

DISTURBO DA USO DI ALCOL E ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE: UN MODELLO PER LA COSTRUZIONE DI UN PROFILO CLINICO

Roberta Ledda¹, Gemma Battagliese¹, Giampaolo Condrò², Fabio Attilia¹, Gabriella Maruca¹,
Claudia Rotondo¹, Ida Capriglione¹, Martino Mistretta¹, Maria Luisa Attilia^{1,3}

¹Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1, Roma

²Centro Clinico PsiCo, Roma

³Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione – Sapienza Università di Roma, Roma

Corrispondenza

E-mail: roberta.ledda@aslroma1.it

Riassunto

Il Disturbo da Uso di Alcol è un disturbo cronico e recidivante, dalla gestione multidisciplinare e complessa, caratterizzato da frequenti episodi di ricaduta e abbandono del trattamento influenzati dalla tipologia di craving e da caratteristiche di personalità.

Il presente studio ha utilizzato il modello Cognitivista Costruttivista Post-Razionalista individuando quali Organizzazioni di Significato Personale si associano a maggiori livelli di sintomatologia psicopatologica, craving e caratteristiche temperamentali tipiche del Disturbo da Uso di Alcol.

I risultati hanno evidenziato che i pazienti con Organizzazioni DAP e Depressiva si valutano come maggiormente compromessi riferendo una maggiore sintomatologia psicopatologica, un maggiore craving e delle caratteristiche di personalità associate a una più severa gravità del DUA, ad una prognosi negativa e ad una maggiore possibilità di drop out e di ricaduta.

Utilizzare il modello Post-Razionalista, ponendo diagnosi attraverso le Organizzazioni di Significato Personale, potrebbe permettere di individuare precocemente caratteristiche centrali e peculiari in soggetti affetti da DUA, contribuendo a rendere più mirati e coerenti i percorsi diagnostici e terapeutici e di conseguenza più efficaci gli esiti di trattamento.

Parole chiave: Disturbo da Uso di Alcol, Organizzazione di Significato Personale, modello post-razionalista, craving, doppia diagnosi, TCI

Abstract

Alcohol Use Disorder is a chronic relapsing disorder, with a complex and multidisciplinary management, characterized by higher rates of treatment drop-out and relapse, influenced by the types of craving and personality characteristics.

The present study uses the post-rationalist perspective to assess the relationship between the personal meaning organizations and psychopathological symptomatology, craving and temperamental characteristics in patients with Alcohol Use Disorder.

Results evidenced that patients with Eating Disorder Organization and Depressive organization rated themselves as more damaged with high psychopathology symptoms, craving and personality features

DOI: 10.36131/COGNCL20210108

SOTTOMESSO 16 OTTOBRE 2020, ACCETTATO 13 APRILE 2021

related to a greater severity of alcohol use disorder, a worse prognosis and frequent relapse and treatment abandoning.

The use of the personal meaning organizations, and the underlying post-rationalist model, could permit to early assess specific personality profiles, characterizing patients with alcohol dependence. Adequately assessment of these profiles in clinical practice may be relevant to diagnoses and to plan efficacious treatments tailored on patient characteristics.

Key words: Alcohol Use Disorder (AUD), Personal Meaning Organizations (PMO), post-rationalist perspective, craving, dual diagnosis, TCI

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è definito dal DSM-5 come un pattern problematico di uso di alcol che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (APA, 2013) ed è una patologia complessa e multifattoriale che presenta manifestazioni eterogenee in base alle caratteristiche fisiche, psicologiche e sociali della persona.

Allo stesso modo, i processi che portano allo sviluppo e al mantenimento del DUA sono complessi e causati dall'influenza di molteplici fattori biopsicosociali (Chaudhury et al., 2014; Coriale, Fiorentino, Porrari, et al., 2018; Kendler et al., 2017). Se da una parte c'è l'azione della sostanza, l'alcol, con le sue caratteristiche psicoattive, dall'altra ci sono aspetti situazionali e relazionali, in cui è assunta, e le caratteristiche di personalità, che identificano e definiscono la persona e che potrebbero rendere più o meno probabile lo sviluppo e/o il mantenimento del disturbo stesso (Deak et al., 2019; Moggi, 2018; Naassila, 2018; Samochowiec et al., 2014).

Le caratteristiche del DUA come disturbo cronico e recidivante, dalla gestione complessa, pongono i clinici di fronte all'esigenza di individuare un modello adeguato di diagnosi e trattamento. Il DUA è caratterizzato da aspetti fondamentali quali la perdita di controllo, l'uso compulsivo, l'evitamento del danno e il desiderio per la sostanza (Koob & Le Moal, 1997). Gli episodi di ricaduta, che caratterizzano soprattutto la fase di mantenimento dell'astensione, sono molto frequenti e influenzati da diversi fenomeni, come il craving (Belmer et al., 2016; Di Chiara & Bassareo, 2007; Everitt & Robbins, 2005; Fiabane et al., 2017; Kharb et al., 2018; Ledda et al., 2018) e l'esposizione a fattori di stress (Becker, 2017; Pang et al., 2018). In particolare, il craving è definito come impulso caratterizzato a livello cognitivo (ossessioni) da pensieri ricorrenti legati alla sostanza, a livello comportamentale da ripetitivi e incontrollati episodi di assunzione della sostanza (Edwards & Gross, 1976; Modell et al., 1992) e può essere innescato sia dall'esposizione all'alcol che da stimoli che il soggetto associa alla sostanza stessa, ad esempio stati emotivi o sintomi di astinenza acuta oppure l'esposizione ad ambienti o oggetti correlati alla sostanza (Martinotti & Di Nicola, 2012).

Studi sulla personalità hanno individuato tratti che possono caratterizzare e identificare tipologie di individui predisposti a sviluppare un DUA. È stato dimostrato che, sia negli adolescenti che negli adulti, un modello di personalità caratterizzato da continua Ricerca di novità ed Evitamento del danno rappresenta un fattore di rischio nello sviluppo e nel mantenimento del DUA (Álvarez et al., 2018; Foulds et al., 2017) e incide fortemente sugli esiti di trattamento (Foulds et al., 2017; Newton-Howes & Foulds, 2018).

Le linee guida proposte dal Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL) propongono un approccio multifattoriale e multidisciplinare alla gestione del DUA e promuovono un intervento combinato di tipo farmacologico-medico, sociale e psicologico (Attilia et al., 2018; Coriale, Fiorentino, Porrari, et al., 2018; Vitali et al., 2018). Gli autori indicano di

utilizzare nel trattamento psicologico del DUA l'approccio Motivazionale e la terapia Cognitivo Comportamentale (Coriale, Fiorentino, De Rosa, et al., 2018).

L'approccio Cognitivista Costruttivista Post-Razionalista (Guidano, 1988, 1992), in quest'ottica, potrebbe permettere al soggetto con DUA di acquisire validi strumenti per la gestione delle discrepanze emotive, che sono alla base dello sviluppo della patologia, e rendere più armonico il proprio funzionamento, con conseguente miglioramento del rapporto con la sostanza.

Nel seguente modello il termine personalità è sostituito dall'Organizzazione di Significato Personale (OSP) definito come un "processo unitario di ordinamento dell'esperienza... sulla base di strutture invariante di significato personale" (Guidano, 1987). Il Significato Personale è il nucleo emotivo/cognitivo che garantisce al soggetto un sentimento di continuità e di unicità. Il primo permette di affrontare e integrare le discontinuità (discrepanze emotive), il secondo permette di affrontare ed integrare l'alterità (Dodet & Merigliano, 2016; Merigliano, 2019).

Il modello delle Organizzazioni di Significato Personale individua quattro stili differenti attraverso i quali è costruito il senso di sé e del mondo. Nella formulazione originale del modello (Guidano et al., 2018; Guidano, 1983) e nei suoi sviluppi clinici (Arciero, 2002; Dodet, 2003; Dodet & Merigliano, 2001; Dodet, 2014; Mannino, 2005; Reda, 2011), si fa riferimento a Organizzazioni di tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni", "Fobico", "Ossessivo" e "Depressivo".

L'organizzazione Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP) è tipica di soggetti che, sulla base di un attaccamento che elicitava prevalentemente vissuti di ambiguità, in cui sono presenti infiniti significati in un unico messaggio, strutturano un senso di sé dai contorni vaghi e indefiniti con una oscillazione emotiva di base di Colpa e di Rabbia. Questi soggetti si presentano come dipendenti dalla realtà esterna che è in grado di confermare o disconfermare il sentimento di sé, centrato sul tema di adeguatezza personale. L'organizzazione Fobica (FOB) si osserva in soggetti che hanno sperimentato un pattern di attaccamento ansioso e iperprotettivo che elicitano vissuti di pericolo e un'oscillazione emotiva di base di Paura e Curiosità (spinta all'esplorazione). Il sentimento di sé sarà centrato sul tema della vulnerabilità personale. L'organizzazione Ossessiva (OSS), tipica di soggetti con un attaccamento che sollecita vissuti di ambivalenza, con messaggi unici che hanno significati opposti e antitetici, e una oscillazione emotiva di Desiderio e Rabbia. Il senso di sé, centrato sul tema della certezza, si muove tra la ricerca di adesione a un modello esterno di perfezione e l'incapacità di conseguire tale obiettivo, con una bassa attivazione emotiva e una predominante attivazione di spiegazioni razionali dell'esperienza. L'organizzazione Depressiva (DEP), infine, consegue un'esperienza di attaccamento con genitori evitanti e freddi. Il sé si struttura intorno ad un tema centrale di perdita e di solitudine, di ineluttabile fallimento esistenziale, con vissuti di abbandono e attivazioni emotive di Disperazione e Rabbia. Il sentimento di sé è centrato sul tema dell'amabilità personale (Dodet & Merigliano, 2008, 2016; Merigliano, 2019).

Le quattro Organizzazioni rappresentano i punti cardinali di un sistema più complesso e articolato che può essere espresso anche attraverso l'osservazione clinica di Organizzazioni Miste in cui si sovrappongono e si articolano diversi temi di due Organizzazioni di Significato Personale (Dodet & Merigliano, 2016). Le possibili articolazioni e connessioni dei nuclei cognitivi e emotivi delle diverse organizzazioni, presenti in varie situazioni cliniche, mostrano significati personali diversi che vanno in qualche modo a contaminarsi l'un l'altro in rapporti di sopra e sotto ordinazione (Lambruschi, 2018). Questa complessità, ha reso necessari approfondimenti del modello di Guidano, producendo un modello a tre assi (in/out-wardness; dipendenza/indipendenza dal campo; diacronia/sincronia) che tiene conto dei rapporti tra configurazioni

di attaccamento, sviluppo del sé e possibili manifestazioni psicopatologiche (Mannino, 2005; Nardi, 2007; Lambruschi, 2018)

Nelle quattro organizzazioni di significato personale, il sintomo o il disagio psicologico, definito come espressione della soggettività dell'individuo, diventa una delle vie con cui si può accedere alle specifiche caratteristiche personali, al senso di sé, che sottende i processi di identità. Considerando che ogni soggetto costruisce un proprio significato personale e utilizza uno specifico modo di elaborare la realtà, facendo esperienza di percorsi di vita più o meno adattivi, quest'approccio permette di comprendere lo sviluppo di specifiche storie di vita (Dodet, 2010; Dodet, 1998), comprese quelle delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e DUA (Pannelli, 2006).

Facendo riferimento alle quattro organizzazioni di significato personale, i comportamenti di dipendenza potrebbero assumere un senso, dal punto di vista del soggetto, per spiegare la perdita della coerenza interna: l'intersezione tra gli eventi di vita perturbanti, la difficoltà di assimilare e la possibilità di incontrare le sostanze può delineare specifici e soggettivi percorsi evolutivi del DUS, che risultano essere differenti in riferimento al significato personale su cui pone le basi la costruzione del proprio senso di sé (Dodet & Merigliano, 2008; 2016).

Ad oggi, non sono presenti studi in letteratura che mettono in relazione le OSP e il Disturbo da Uso di Alcol.

L'obiettivo del presente studio è, quindi, di implementare il modello Cognitivista Costruttivista Post-Razionalista in un campione di pazienti con DUA in trattamento in un servizio Alcolologico, individuando quale OSP è maggiormente rappresentata e valutando quali organizzazioni si associano a maggiori livelli di sintomatologia psicopatologica, craving e caratteristiche temperamentali tipiche del disturbo. Dunque, identificare un modello di trattamento che ponga attenzione sia alla fase diagnostico-terapeutica, che alle successive fasi di gestione della malattia è centrale nel processo di cura del DUA. Utilizzare in questo senso una prospettiva post razionalista, ponendo diagnosi attraverso le OSP, potrebbe permettere di individuare precocemente caratteristiche centrali e peculiari in soggetti affetti da DUA.

Metodo

Partecipanti

Lo studio ha incluso 192 pazienti con diagnosi di DUA, secondo i criteri del DSM-5, in trattamento presso il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL), afferente al Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1, nel periodo da Settembre 2018 a Febbraio 2020.

Procedura

I pazienti sono stati reclutati durante le visite ambulatoriali e durante il periodo di disintossicazione in regime di Day Hospital (DH). Hanno effettuato: visita medica con valutazione alcolologica, visita psichiatrica, colloqui di accoglienza, assessment psicodiagnostico e colloqui motivazionali individuali e/o di gruppo.

Dal campione sono stati esclusi pazienti che non hanno mantenuto l'astinenza o che presentavano sindromi astinenziali complicate, con gravi patologie psichiatriche in atto (deliri, allucinazioni, atti suicidari...), patologie neoplastiche, diagnosi di demenza o Alzheimer. Successivamente alle settimane di disintossicazione e di inquadramento diagnostico ai pazienti

è stato proposto un progetto terapeutico, sia medico-psichiatrico (terapia anticraving e/o terapia psichiatrica) che psicologico-sociale.

Strumenti

Durante il periodo di disintossicazione e dopo almeno 7 giorni di astinenza dall'alcol, sono stati somministrati i seguenti questionari:

QSP - Questionario per la valutazione dell'organizzazione di Significato Personale (Picardi, 2003; Picardi et al., 2003; Picardi, Gaetano, Toni, Caroppo, & Arciero, 2004; Picardi & Mannino, 2001) è uno strumento che si basa sul modello cognitivista post-razionalista di identificazione del proprio significato personale. Attraverso l'attribuzione di punteggio a una serie di item vengono individuate quattro dimensioni che corrispondono alle organizzazioni Disturbo Alimentare Psicogeno - DAP, Fobica - FOB, Ossessiva - OSS e Depressiva - DEP. Il questionario è costituito da 68 item, suddivisi in quattro scale di 17 item ciascuna. Gli item sono formulati come affermazioni autodescrittive relative al modo generale di pensare, sentire ed agire di una persona, e non contengono alcun esplicito riferimento a sintomi psicopatologici. Per ogni item, viene richiesto di attribuire un punteggio su una scala a cinque punti che, a seconda del contenuto dell'item, può essere una misura di accordo oppure una misura di frequenza.

SCL-90-R - Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1994; Derogatis et al., 2011) è una scala di autovalutazione, che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sia i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Lo strumento è composto da 90 item che compongono le 9 dimensioni psicopatologiche (somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, rabbia-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo). A ciascuno item viene dato un punteggio su scala Likert da 0 a 4 punti, corrispondenti alla misura dell'intensità dell'esperienza soggettiva di disagio. Dalla somma dei punteggi si ricava il General Symptomatic Index (GSI).

OCDS - Obsessive Compulsive Drinking Scale (Anton et al., 1995; Janiri et al., 2004) è una scala che valuta l'intensità del craving e il rischio di ricaduta e comprende 14 item su una scala Likert in 5 punti. Consiste di due sottoscale: gli item da 1-6 fanno parte della sottoscala Pensieri ossessivi, gli item da 7-14, d'altra parte, fanno parte della sottoscala Compulsività. Il punteggio totale deriva dalla somma dei punteggi ottenuti nei vari item.

TCI - Temperament and Character Inventory (Cloninger et al., 1994; Fossati et al., 2007) è un test di personalità self-report che indaga caratteristiche di personalità innate e biologicamente determinate (Temperamento), e caratteristiche apprese nel corso della vita (Carattere). Costituito da 240 item in risposta dicotomica (Vero-Falso), valuta 4 scale di temperamento (Ricerca della novità - NS, Evitamento del danno - HA, Dipendenza dalla ricompensa - RD, Persistenza - P) e 3 scale di carattere (Autodeterminazione - SD, Cooperatività - C, Autotrascendenza - ST).

Analisi statistica

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software SPSS 25. Come nello studio originale del QSP di Picardi (2003) è stata condotta un'analisi discriminante per valutare la corretta assegnazione dei punteggi del QSP alle 4 organizzazioni di personalità. Sono state poi effettuate le analisi descrittive del campione e eseguite le analisi della varianza univariata e le correlazioni di Pearson per valutare le differenze tra le organizzazioni di personalità e i punteggi

dell'SCL-90, dell'OCDS e del TCI. Per valutare le differenze tra variabili qualitative è stato usato il test del χ^2 . Sono state considerate significative le differenze e le associazioni con un livello di significatività inferiore a 0,05.

Risultati

Descrizione del campione

Sono stati reclutati un totale di 192 soggetti. Il 76% del campione è composto da maschi ($n=146$) e il 24% da femmine ($n=46$). L'età media è di $49,33 \pm 10,95$ anni, con un range di età da 23 a 76 anni. Le variabili socio-demografiche, cliniche e alcoliche dei pazienti sono riportate nella **tabella 1**. Tutti i soggetti hanno una diagnosi di DUA con un livello di severità grave e con la presenza di almeno 6 criteri soddisfatti. Il 65,6% ha una familiarità per Problematiche Alcol Correlate (PAC), maggiormente sulla linea paterna (41,3%). Il 38,9% fa uso di altre sostanze e quelle prevalenti sono THC (31,1%), THC e Cocaina (32,5%) e Cocaina (13,5%). Il 74,7% presenta una doppia diagnosi, rilevata attraverso il colloquio con lo psichiatra, e sono maggiormente rappresentati i pazienti con diagnosi di Disturbi di personalità (47,5%) e Disturbi Bipolari, Disturbi Depressivi e disturbi correlati (29,5%).

La media dell'età di primo contatto con l'alcol è di $15 \pm 5,3$ anni, mentre la media dell'età di inizio consumo di alcol a rischio è di $28,34 \pm 13$ anni. La media degli anni di consumo a rischio è di $20,3 \pm 12,88$, con un minimo di 1 e un massimo di 58 anni. Il consumo medio di alcol nei 30 giorni precedenti al ricovero è di $12,73 \pm 10,04$ Unità Alcoliche (UA).

Individuazione delle Organizzazioni di Significato Personale: Analisi discriminante

Al fine di individuare le Organizzazioni di Significato Personale, rilevate attraverso il QSP, è stata considerata la scala sulla quale il paziente ha ottenuto il punteggio più alto. Con questa metodologia è possibile assegnare alle varie OSP l'89,5% dei casi (Picardi et al., 2003). Il 10,5% dei casi ($n=20$) hanno presentato il punteggio più elevato in 2 categorie concomitanti. Non potendo discriminare l'OSP principale è stato utilizzato il punteggio del QSP superiore all'80° percentile per le scale DAP, FOB e DEP e il 90° percentile per la categoria OSS, e successivamente condotta un'analisi della funzione discriminante per valutare la corretta assegnazione dei pazienti alle categorie OSP come nello studio originale di Picardi et al. 2003. Non sono state considerate, dunque, le OSP Miste in quanto il QSP è stato validato per individuare le quattro organizzazioni prevalenti. I risultati evidenziano che tutte le funzioni discriminanti sono statisticamente significative ($p < 0,001$). L'analisi ha permesso di classificare correttamente l'83,9% dei soggetti nel loro gruppo di appartenenza, il successo della classificazione è stato pari a 87,5% per l'organizzazione DAP, 78,7% per l'organizzazione FOB, 84,2% per l'organizzazione OSS e 100% per l'organizzazione DEP. Il nostro campione risulta prevalentemente composto da pazienti con DUA con organizzazione OSS (52,6%), seguito da organizzazione FOB (31,8%) DAP (8,3%) e DEP (7,3%) (vedi **figura 1**). Le OSP si distribuiscono in modo omogeneo per genere ($p=n.s.$), mentre le persone che presentano una organizzazione OSS hanno un'età più elevata ($51,50 \pm 10,41$) rispetto alle altre organizzazioni ($p=0,035$). La descrizione delle variabili sociodemografiche e alcoliche nelle varie organizzazioni di personalità sono descritti nella **tabella 2**.

Tabella 1. *Descrizione del campione*

Pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (n=192)	
Genere	M (n=146; 76%) F (n= 46; 24%)
Età	49.33±10.95
Anni di scolarità	12.53±3.84
Occupazione	
Lavoratore	n= 161; 68.9%
Disoccupato	n= 59; 31.1%
Familiarità per DUA	n= 124; 65.6%
Grado di Familiarità	
I grado	n= 51; 41.1%
II grado	n= 44; 35.5%
III grado	n= 29; 23.4%
Linea ereditaria	
Paterna	n= 78; 62.9%
Materna	n= 27; 21.8%
Materna e Paterna	n= 19; 15.3%
Uso di altre Sostanze	n= 74; 38,9%
Attuale	n= 44; 59.5%
Pregresso	n= 30; 40.5%
Tipologia di sostanza	
THC	n= 25; 33,8%
Cocaina	n= 11; 14,8%
Eroina	n= 5; 6,8%
THC e Cocaina	n= 25; 33,8%
THC e Eroina	n= 8; 10,8%
Doppia Diagnosi	n=139 ; 74,7%
Variabili Alcolologiche	
Età di primo contatto	15.1±5.3
Età di consumo a rischio	28.3±12.9
Anni di consumo a rischio	20.3±12.9
Unità alcoliche medie negli ultimi 30 giorni precedenti il trattamento	12.73±10.1

Profilo psicopatologico dei pazienti con DUA e Organizzazioni di Significato Personale

Sono state condotte delle Analisi della Varianza one-way per valutare le differenze tra le OSP e i punteggi alle scale dell'SCL-90-R. I risultati evidenziano una differenza statisticamente significativa tra le OSP sia per quanto riguarda tutte le sottoscale che il punteggio totale dell'SCL-90 (tutte le $p < 0.05$). I confronti post hoc effettuati con il test LSD, hanno evidenziato che i pazienti con organizzazione DAP e DEP descrivono una maggiore sofferenza psicopatologica, mentre i

pazienti con organizzazione OSS e FOB riferiscono sempre punteggi più bassi. I pazienti con diagnosi psichiatrica, effettuata dal clinico, e associata al DUA si distribuiscono senza differenze significative tra le varie OSP ($p=ns$) (**tabella 3**). Inoltre, non si riscontrano differenze significative tra le OSP e i differenti disturbi psicopatologici indagati quali Disturbi di Personalità, Disturbi Bipolari e Depressivi e disturbi correlati e Disturbi d'Ansia ($p=ns$).

Figura 1. Prevalenza delle dimensioni (OSP) del QSP in pazienti con DUA

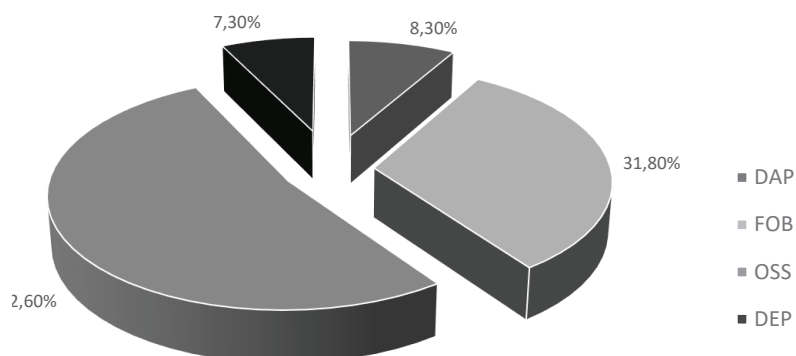


Tabella 2. Differenze socio demografiche e variabili alcolologiche tra le dimensioni del QSP

	DAP (N=16; 8,3%)	FOB (N=61; 31,8%)	OSS (N=101; 52,6%)	DEP (N=14; 7,3%)	p
Genere (M%/F%)	56,3%/43,8%	78,7%/21,3%	79,2%/20,8%	64,3%/35,7%	ns
Età	46±12,02	47,26±10,53	51,50±10,41*	46,50±13,05	,035
Anni di scolarità	12,38±3,40	11,87±3,27	12,94±4,17	12,71±4,14	ns
Occupazione (Lavoratore)	62,5%	63,3%	75%	57,1%	ns
Familiarità per DUA Positiva	60%	53,3%	75%*	57,1%	,036
Uso di altre Sostanze	68,8%*	40%	35,6%	23,1%	,049
Doppia Diagnosi	87,5%	70%	76,3%	69,2%	ns
Variabili Alcolologiche					
Età di primo contatto	15,93±3,24	14,27±4,42	15,53±6,13	14,21±3,56	ns
Età di consumo a rischio	23,13±7,86	26,12±11,76	31,23±13,81*	23±11,21	,008
Anni di consumo a rischio	22±10,96	19,92±12,20	19,85±13,61	23,21±13	ns
Consumo medio negli ultimi 30 giorni precedenti ricovero in DH (UA)	13,77±5,98	13,07±13,39	12,60±8,53	11±7	ns
CAD negli ultimi 30 giorni precedenti ricovero in DH (giorni)	7,38±10,26	7,77±11,73	8,43±11,12	5,79±9,55	ns
CAD durante il ricovero in DH (giorni)	14,63±1,85	15,58±3,25	15,59±5,26	15,46±3,57	ns
CTD durante il ricovero in DH (giorni)	15,25±1,77	16,77±5,20	16,71±5,46	17±4,34	ns

In grassetto sono evidenziate le differenze statisticamente significative. LSD Post hoc: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Craving e Organizzazioni di Significato Personale nei pazienti con DUA

Sono state condotte delle analisi della varianza One-Way per valutare le differenze tra le OSP e i punteggi alle scale dell'OCDS. I risultati evidenziano una differenza statisticamente significativa tra le OSP sulla sottoscala Ossessività ($p=0.024$) e sul totale ($p=0.048$). In particolare, i confronti post hoc effettuati con il test LSD, hanno evidenziato che i pazienti con organizzazione DAP e DEP riportano punteggi significativamente elevati nella scala Ossessività e sul punteggio totale (**tabella 3**).

Tabella 3. *Differenze tra le dimensioni del QSP e le scale dell'SCL90-R e dell'OCDS*

	DAP	FOB	OSS	DEP	p
SCL-90-R					
Somatizzazione (SOM)	,98±,67*	,54±,57	,61±,55	,86±,78*	,026
Ossessione-Compulsione (O-C)	1,45 ±,71*	,76±,67	,79±,60	1,48 ±1,12*	<,001
Sensibilità Interpersonale (INT)	1,02 ±,64*	,53±,56	,48±,51	1,01 ±,90*	<,001
Depressione (DEP)	1,55±,58*	,67±,65	,77±,57	1,20±,82*	<,001
Ansia (ANX)	1,27±,52*	,68±,67	,65±,60	1,13±,99*	,001
Rabbia-Ostilità (HOS)	,82 ±,74*	,41±,49	,37±,43	,69±,71*	,002
Ansia Fobica (FOB)	,63±,50*	,25±,39	,33±,57	,62±,91*	,025
Ideazione Paranoide (PAR)	1,17±,81*	,64±,59	,65±,60	1,24±1,04*	,001
Psicoticismo (PSY)	,94±,46*	,46±,50	,50±,49	,96±,77*	<,001
GSI	1,19±,45*	,60±,51	,63±,47	1,09±,80*	<,001
OCDS					
Ossessività (OSS)	6,56±3,46*	4,03±3,36	4,45±3,96	6,64±4,99*	,024
Compulsività (COM)	6,13±3,63	4,10±4,31	3,96±4,27	5,71±4,81	ns
Totale	12,69±5,80*	8,05±7,11	8,41±7,86	12,36±9,31*	,048

In grassetto sono evidenziate le differenze statisticamente significative. LSD Post hoc: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Temperamento e carattere nei pazienti con DUA e Organizzazioni di Significato Personale

Sono state condotte correlazioni di Pearson per analizzare l'associazione tra le OSP e le scale del TCI. Sono state considerate significative le correlazioni superiori a $r=0.30$. La **tabella 4** mostra le relazioni significative tra le quattro dimensioni del QSP e le scale del TCI. I risultati evidenziano correlazioni significativamente positive con la scala di Evitamento del Danno (HA) per tutte le dimensioni del QSP. Inoltre, correlano positivamente le OSP DAP e DEP con la scala di Ricerca della Novità (NS), l'organizzazione FOB on la scala di Persistenza (P) e le organizzazioni OSS, FOB e DEP con la scala di Autotrascendenza (ST). Si evidenziano invece correlazioni negative tra la dimensione DAP e DEP e le scale di Autodeterminazione (SD) e di Cooperatività (C).

Tabella 4. *Correlazione di Pearson tra le dimensioni del QSP e le scale del TCI*

	DAP	FOB	OSS	DEP
Ricerca della novità (NS)	,306**	,062	,026	,326**
Evitamento del danno (HA)	,364**	,373**	,335**	,344**
Dipendenza dalla ricompensa (RD)	-,102	,042	-,027	-,274*
Persistenza (P)	-,252*	,302**	,225*	-,133
Autodeterminazione (SD)	-,685**	,001	,023	-,585**
Cooperatività (C)	-,322**	,011	,137	-,363**
Autotrascendenza (ST)	,182*	,306**	,395**	,306**

* p < 0,05

** p < 0,01

Discussione

Lo scopo del presente lavoro è stato, dunque, di osservare una popolazione di persone con Disturbo da Uso di Alcol, esaminando empiricamente il costrutto delle Organizzazioni di Significato Personale, sviluppato da Guidano (Guidano, 1987), e associandolo alla presenza di psicopatologia, di craving e di tratti temperamentali e caratteriali al fine di indagare la presenza di caratteristiche peculiari di personalità in soggetti con DUA.

Il campione che arriva all'osservazione clinica presso il Centro di Riferimento Alcolologico ha un'età di circa 50 anni, prevalentemente di sesso maschile presentando nella sua totalità una diagnosi di DUA con un livello di severità grave. Inoltre, il 74,7% presenta una doppia diagnosi.

I risultati hanno mostrato una maggiore prevalenza dell'organizzazione Ossessiva, nel campione di soggetti con DUA, seguita dall'organizzazione Fobica, DAP e Depressiva.

I pazienti con organizzazione Ossessiva arrivano all'osservazione clinica in età significativamente più avanzata rispetto alle altre organizzazioni, riportano un'età di inizio di consumo di alcol a rischio più elevata e riferiscono anche una familiarità per uso eccessivo di alcol.

Nonostante le organizzazioni DAP e Depressiva rappresentino solo il 15,60% del campione, questi pazienti si riferiscono maggiormente compromessi auto descrivendo una maggiore sintomatologia psicopatologica, maggiore craving e caratteristiche di personalità associate a una più severa gravità del DUA, una prognosi negativa, e ad una maggiore possibilità di drop out e di ricaduta (Álvarez et al., 2018; Cloninger et al., 1994; Fossati et al., 2007; Foulds et al., 2017; Ledda et al., 2018). In particolare, i DAP riferiscono di utilizzare maggiormente altre sostanze psicoattive oltre l'alcol.

Nello specifico, le organizzazioni DAP e Depressiva riferiscono punteggi più elevati di sintomatologia psicopatologica in tutte le scale dell'SCL-90-R e in particolare su Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia e Ideazione Paranoide, e sul Global Severity Index. Coerentemente la letteratura internazionale ha evidenziato che i pazienti con DUA che riferiscono maggiori livelli di Sensibilità Interpersonale, Ansia, Ansia Fobica e GSI hanno anche un rischio più elevato di ricadute (Engel et al., 2015; Lucht et al., 2002; Sander & Jux, 2006). Inoltre, studi effettuati sulla popolazione generale hanno dimostrato che maggiori

livelli di Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Ansia e GSI si associano a un consumo di alcol maggiormente a rischio per la salute (Luca et al., 2015).

Il craving gioca un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del DUA, caratterizzato a livello cognitivo (ossessioni) da pensieri ricorrenti legati alla sostanza e a livello comportamentale da ripetitivi e incontrollati (compulsioni) episodi di assunzione della sostanza (Janiri et al., 2004). Nel DUA questi aspetti possono coesistere e caratterizzare la stabilizzazione del disturbo. Uno studio recente (Ledda et al., 2018) ha evidenziato che durante la disintossicazione, alti valori alle sottoscale dell'OCDS, compresi tra 6 e 10 e alla scala totale di circa 12, possono predire una minore capacità di mantenere l'astinenza con elevate probabilità di ricadere. In linea con lo studio precedente (Ledda et al., 2018), il nostro campione rivela che le organizzazioni DAP e Depressiva riferiscono punteggi significativamente più elevati di Ossessività e del punteggio totale. L'impulsività è definita come predisposizione alla rapidità, alle reazioni impreviste a stimoli interni ed esterni, senza riguardo per le conseguenze negative per sé o per gli altri. La compulsività fa riferimento ad azioni perseveranti e ripetitive, eccessive e inadeguate. La prima è spesso correlata ad aspetti piacevoli o di gratificazione, la seconda viene invece attuata per placare la tensione o l'ansia, come ad esempio nel disturbo ossessivo-compulsivo. Il craving può essere innescato sia dall'esposizione all'alcol che da stimoli che il soggetto associa alla sostanza stessa, ad esempio stati emotivi o sintomi di astinenza acuta oppure l'esposizione ad ambienti o oggetti correlati alla sostanza (Martinotti & Di Nicola, 2012).

Coerentemente con i risultati relativi alla sofferenza psicopatologica, anche per il craving le organizzazioni più a rischio di ricaduta, e quindi con più probabilità di abbandonare il trattamento precocemente, sono le organizzazioni DAP e Depressiva. In particolare, rispetto al craving l'ipotesi è che l'organizzazione DAP presenti un craving caratterizzato da una maggiore attenzione all'externalità e da uno sbilanciamento dell'immagine di sé sul momento presente (sincronia), mentre l'organizzazione DEP presenti maggiormente un craving caratterizzato dalla ricerca di una modulazione di stati e sentimenti di sé negativi percepiti come intollerabili. Queste considerazioni sono in linea con le teorie che identificano il "reward craving" definito come desiderio di gratificazione, dato dal piacere che si sperimenta durante l'assunzione e dal desiderio per le future assunzioni, potrebbe derivare da uno stile di personalità caratterizzato dalla ricerca di sensazioni forti e gratificanti e il "relief craving" definito come desiderio di ridurre la tensione, potrebbe derivare da uno stile di personalità caratterizzato da una spiccata sensibilità allo stress (Martinotti & Di Nicola, 2012; Verheul et al., 1999).

Altro obiettivo dello studio è stato quello di individuare quali caratteristiche di personalità tipiche del DUA (Álvarez et al., 2018; Cloninger et al., 1994; Newton-Howes & Foulds, 2018; Orelan et al., 2018; Vitali et al., 2018) si potessero associare alle Organizzazioni di Significato Personale. Il profilo dei tratti di personalità osservato è coerente con il modello teorico di Guidano (Dodet & Merigliano, 2016; V. Guidano, 1987; Merigliano, 2019; Picardi et al., 2004) e risulta in linea con gli studi in letteratura che descrivono le caratteristiche di persone con DUA (Álvarez et al., 2018; Vitali et al., 2014). Appare molto interessante che l'Evitamento del danno sia l'unico tratto trasversale a tutte le organizzazioni di personalità, questa dimensione, infatti, è definibile come uno specifico indicatore di personalità in soggetti con DUA (Álvarez et al., 2018; Orelan et al., 2018; Vitali et al., 2014).

I tratti temperamentali di Ricerca di novità ed Evitamento del danno corrispondono a un maggiore grado di severità del DUA e sono maggiormente riferiti dai pazienti con organizzazione DAP e Depressiva. Quindi nel nostro campione le persone più impulsive e curiose o le più timorose rispetto ai cambiamenti riferiscono una sintomatologia più grave, cominciano a consumare alcol

a rischio in giovane età predisponendosi maggiormente allo sviluppo psicopatologico della dipendenza e hanno un maggiore craving per l'alcol che può portare ad una prognosi più grave con maggiore probabilità di ricaduta e abbandono del trattamento.

In letteratura, i tratti di Autodeterminazione, Cooperazione e Autotrascendenza sono legati a una minore gravità del Disturbo da Uso di Alcol (Álvarez et al., 2018), mentre altri studi riportano che i pazienti che ricadono più frequentemente riportano maggiore Ricerca di novità, minore Persistenza, Dipendenza dalla ricompensa e Cooperatività rispetto a quelli che non ricadono (Foulds et al., 2017). Inoltre, i pazienti con alta Ricerca di novità e bassa Cooperatività hanno più probabilità di abbandonare il trattamento (Arnau et al., 2008; Escribano et al., 2016).

Dai nostri risultati nuovamente emerge che soggetti con organizzazione di tipo DAP e Depressiva riferiscono alti punteggi di Ricerca di novità ed Evitamento del danno e punteggi correlati negativamente di Autodeterminazione e di Cooperazione collegati alla gravità del DUA e a una maggiore probabilità di un esito negativo del trattamento con frequenti ricadute e possibilità di abbandono del trattamento. Questo potrebbe indicare come i pazienti con queste due organizzazioni si percepiscano come maggiormente compromessi e riferiscano una maggiore gravità del disturbo.

Dai dati del presente studio è quindi emerso che i pazienti con DUA e Organizzazione di Significato Personale DAP e Depressiva presentano un quadro clinico autoriferito più compromesso rispetto alle altre due organizzazioni, Fobica e Ossessiva, nonostante la percentuale di pazienti con doppia diagnosi si distribuisca equamente tra le organizzazioni. Infatti, questi pazienti si descrivono con un quadro psicopatologico più grave che potrebbe contribuire al mantenere del Disturbo da Uso di Alcol ed esitare in un outcome negativo caratterizzato da forte craving, ripetute ricadute e abbandono del trattamento. Questo quadro si configura nelle persone con organizzazione DAP, caratterizzate da forte senso di inadeguatezza e criteri interni poco definiti, e nelle persone con organizzazione Depressiva, che presentano uno scarso sentimento di amabilità e sentono di dover contare solo su loro stessi. L'ipotesi è che, in maniera trasversale rispetto alle varie OSP, l'utilizzo dell'alcol sia un tentativo sintomatico di restituire una coerenza interna di Organizzazione, soprattutto nel momento in cui ci si trova a vivere delle oscillazioni emotive fortemente discrepanti, sia elicitate dal rapporto con l'ambiente relazionale esterno che rispetto al proprio senso di sé, e che il gestire queste oscillazioni possa essere centrale anche nel meccanismo del craving. Nello specifico, possiamo supporre, in accordo con la teoria di Guidano (Guidano et al., 2018; Guidano, 1983), che nell'organizzazione DAP questa oscillazione emotiva sia principalmente Colpa/Rabbia, e nell'organizzazione DEP sia principalmente Disperazione/Rabbia. Rispetto al significato che il disturbo assume nelle due organizzazioni, le persone con un'organizzazione DAP potrebbero utilizzare il Disturbo da Uso di Alcol per mantenere un'immagine di sé stabile in relazione agli aspetti di eternalità e di giudizio, dove anche un'immagine "negativa" di sé viene percepita come maggiormente desiderabile rispetto ad una indefinita; mentre i pazienti con organizzazione Depressiva tenderebbero a mantenere proprio una immagine di sé inamabile e "irrecuperabile" che contribuisce alle ricadute ed al mantenimento del (Dodet, 2010; Dodet & Merigliano, 2016; Lambruschi, 2018; Merigliano, 2019).

Le persone con organizzazione Fobica e Ossessiva, pur rappresentando l'84,4% dei pazienti, riferiscono un quadro clinico complessivo meno compromesso. Questo è probabilmente legato a caratteristiche tipiche di queste organizzazioni quali una minore capacità di contatto con i propri piani emotivi interni, un minore riconoscimento del significato personale legato al Disturbo da Uso di Alcol e un maggior senso di controllo che dà, apparentemente al paziente, la percezione di una gestione più funzionale del disturbo stesso.

Inoltre, la mancanza di competenze riflessive del sé e schemi interpersonali ridotti e rigidi, che permangono nel campo della coscienza e nel campo relazionale, producono discrepanze emotive e/o agiti impulsivi, che non essendo modulate dalla componente esplicita della conoscenza di sé e trattate adeguatamente, potrebbero mantenere una sintomatologia psicopatologica (Lambruschi, 2018). Dunque, potenziare le modalità processuali di elaborazione dei temi specifici, di ciascuna Organizzazione di Personalità, con particolare riguardo alle capacità di mentalizzazione (o metacognitive) (Semerari et al., 2014; Pellicchia et al., 2018), potrebbe portare ad una maggiore flessibilità ed incrementare le competenze meta-rappresentative del soggetto.

In conclusione, nel trattamento del Disturbo da Uso di Alcol, l'individuazione di tratti specifici di personalità e del significato personale, su cui pone le basi la costruzione del proprio senso di sé e lo sviluppo della dipendenza stessa, contribuisce a rendere più mirati e coerenti i percorsi diagnostici e terapeutici e di conseguenza più efficaci gli esiti di trattamento consentendo al soggetto di acquisire o migliorare strumenti di comprensione e di gestione delle emozioni discrepanti alla base del disagio e che gli permettano di rigenerarsi verso forme più armoniche di funzionamento.

Bibliografia

- Álvarez, A., Ávila, J. J., Palao, D. J., & Montejo, Á. L. (2018). Influence of Personality Traits on the Severity of Alcohol Use Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 7(6), 127. <https://doi.org/10.3390/jcm7060127>
- Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A Self-Rated Instrument for the Quantification of Thoughts about Alcohol and Drinking Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(1), 92–99. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01475.x>
- APA. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*. (American Psychiatric Publishing (ed.); 5th ed.).
- Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale: riflessioni sull'esperienza umana*. Bollati Boringhieri.
- Arnau, M.M., Mondon, S., & Santacreu, J.J. (2008). Using the temperament and character inventory (TCI) to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 43(5), 583–588. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn047>
- Attilia, F., Perciballi, R., Rotondo, C., Capriglione, I., Iannuzzi, S., Attilia, M.L., Coriale, G., Vitali, M., Cereatti, F., Fiore, M., Ceccanti, M., & Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD - SIPDip. (2018). Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 118–122. <https://doi.org/10.1708/2925.29413>
- Becker, H.C. (2017). Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. In *Neuropharmacology* (Vol. 122, pp. 115–126). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.04.028>
- Belmer, A., Patkar, O. L., Pitman, K.M., & Bartlett, S.E. (2016). Serotonergic Neuroplasticity in Alcohol Addiction. *Brain Plasticity*, 1(2), 177–206. <https://doi.org/10.3233/bpl-150022>
- Chaudhury, S., Gupta, A., Menon, P., Salujha, S., & Srivastava, K. (2014). Allelic variants of ADH, ALDH and the five factor model of personality in alcohol dependence syndrome. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(1), 44. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.144956>
- Cloninger, C.R., Svrakic, D., Prtzebeck, T.R., & Wetzel, R.D. (1994). *The temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Coriale, G., Fiorentino, D., De Rosa, F., Solombrino, S., Scalese, B., Ciccarelli, R., Attilia, F., Vitali, M., Musetti, A., Fiore, M., & Ceccanti, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 141–148.

- Coriale, G., Fiorentino, D., Porrari, R., Battagliese, G., Capriglione, I., Cereatti, F., Iannuzzi, S., Mauri, B., Galli, D., Fiore, M., Attilia, M.L., & Ceccanti, M. (2018). Diagnosis of alcohol use disorder from a psychological point of view. In *Rivista di Psichiatria* (Vol. 53, Issue 3, pp. 128–140). Pensiero Scientifico.
- Deak, J.D., Miller, A.P., & Gizer, I.R. (2019). Genetics of alcohol use disorder: a review. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 27, pp. 56–61). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.07.012>
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R : symptom checklist-90-R : administration, scoring & procedures manual* (3rd ed.). [National Computer Systems Inc.]. <https://www.worldcat.org/title/scl-90-r-symptom-checklist-90-r-administration-scoring-procedures-manual/oclc/45061147>
- Di Chiara, G., & Bassareo, V. (2007). Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do. In *Current Opinion in Pharmacology* (Vol. 7, Issue 1, pp. 69–76). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2006.11.003>
- Dodet, M. (1998). La moviola. *Psicoterapia*, 4(13), 89–93.
- Dodet, M. (2003). *L'intervento clinico sulla reciprocità di coppia*. In F. Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri.
- Dodet, M. (2010). *Self meaning e tema di vita. Una proposta cognitivo-costruttivista*. In A. Pacciolla & F. Mancini (a cura di). *Cognitivismo esistenziale. Dal significato del sintomo al significato della vita*. (Franco Ang).
- Dodet, M. (2014). Costruire storie e significati in terapia di coppia. *PSICOBIEETTIVO*, 1, 119–126. <https://doi.org/10.3280/PSOB2014-001009>
- Dodet, M., & Merigliano, D. (2001). *Voci "La moviola" e "Narratività"*. In S. Borgo (a cura di). *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Mc Graw-Hill.
- Dodet, M., & Merigliano, D. (2008). Organizaciones de significado y personal y trastornos de personalidad: una propuesta constructivista [Organizzazioni di significato personale e disturbi di personalità: Una proposta costruttivista]. *Revista de Psicoterapia*, 19(74), 73–88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3070556>
- Dodet, M., & Merigliano, D. (2016). Significato, identità, relazione: una riflessione sul metodo post-razionalista in psicoterapia. *Costruttivismi*, 3, 63–75. <https://doi.org/10.23826/2016.01.063.075>
- Edwards, G., & Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1(6017), 1058–1061. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.6017.1058>
- Engel, K., Schaefer, M., Stickel, A., Binder, H., Heinz, A., & Richter, C. (2015). The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. Can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol and Alcoholism*, 51(1), 27–31. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv062>
- Escribano, J.J.Á., Barba, M.S., Pedrero, A.Á., Villarreal, A.L., Pérez, J.R., Rodilla, M.R., & García, E.F. (2016). Predictive Capacity of Cloninger's temperament and character inventory (TCI-R) in alcohol use disorder outcomes. *Adicciones*, 28(3), 136–143. <https://doi.org/10.20882/adicciones.711>
- Everitt, B.J., & Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1481–1489. <https://doi.org/10.1038/nn1579>
- Fiabane, E., Ottonello, M., Zavan, V., Pistarini, C., & Giorgi, I. (2017). Motivation to change and posttreatment temptation to drink: a multicenter study among alcohol-dependent patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 13, 2497–2504. <https://doi.org/10.2147/NDT.S137766>
- Fossati, A., Cloninger, C.R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., Battaglia, M., & Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.003>
- Foulds, J., Newton-Howes, G., Guy, N.H., Boden, J.M., & Mulder, R.T. (2017). Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 112(8), 1345–1357. <https://doi.org/10.1111/add.13810>
- Guidano, V. (1987). *Cognitivismo e sistemi complessi. Ecologia della Mente: Vol. Anno II, n.*
- Guidano, V. (1988). *La complessità del sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.

- Guidano, V. (1992). *Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Pubns.
- Guidano, V., Liotti, G., (a cura) Onofri, A., & (a cura) La Rosa, C. (2018). *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia* (Apertamenteweb (ed.)). 12 aprile 2018.
- Janiri, L., Calvosa, F., Dario, T., Pozzi, G., Ruggeri, A., Addolorato, G., Di Giannantonio, M., & De Risio, S. (2004). The Italian version of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale: Validation, comparison with the other versions, and difference between type 1- and type 2-like alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(2), 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.01.004>
- Kendler, K.S., Ohlsson, H., Edwards, A.C., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2017). A developmental etiological model for drug abuse in men. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 220–228. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.036>
- Kharb, R., Shekhawat, L. S., Beniwal, R.P., Bhatia, T., & Deshpande, S.N. (2018). Relationship between Craving and Early Relapse in Alcohol Dependence: A Short-Term Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 315–321. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_558_17
- Koob, G.F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335), 52–58. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52>
- Lambruschi, F. (2018). *Un modello a tre assi per la formulazione del caso secondo la prospettiva cognitivo-costruttivista ed evolutiva* (Vol. 15).
- Ledda, R., Battagliese, G., Attilia, F., Rotondo, C., Pisciotta, F., Gencarelli, S., Greco, A., Fiore, M., Ceccanti, M., & Attilia, M.L. (2018). Drop-out, relapse and abstinence in a cohort of alcoholic people under detoxification. *Physiology & Behavior*, 198(October 2018), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.10.009>
- Leonard R. Derogatis, (a cura) Preti, E., (a cura) Prunas, A., (a cura) Sarno, I., & (a cura) Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R: symptom checklist-90-R: adattamento italiano*. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali. <https://books.google.it/books?id=B3J1oAEACAAJ>
- Luca, M., Ruta, S., Signorelli, M., Petralia, A., & Aguglia, E. (2015). Psychological variables and alcohol consumption in a sample of students of medicine: Gender differences. *Rivista Di Psichiatria*, 50(1), 38–42. <https://doi.org/10.1708/1794.19536>
- Lucht, M., Jahn, U., Barnow, S., & Freyberger, H. J. (2002). The use of a symptom checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *European Addiction Research*, 8(4), 190–194. <https://doi.org/10.1159/000066131>
- Mannino, G. (2005). Le Organizzazioni di significato Personale: un modello a tre dimensioni. *Rivista Di Psichiatria*, 40, 26–35.
- Martinotti, G., & Di Nicola, M. (2012). *Una scala di valutazione delle tipologie di craving da alcol : il Craving Typology Questionnaire (CTQ)*. May.
- Merigliano Daniela (Curatore). (2019). *La Psicoterapia Post-Razionalista. Casi clinici, metodi di intervento e aspetti applicativi*. Franco Angeli . <https://www.hoepli.it/libro/la-psicoterapia-post-razionalista-casi-clinici-metodi-di-intervento-e-aspetti-applicativi/9788891782243.html>
- Modell, J. G., Glaser, F.B., Cyr, L., Mountz, J.M., & Schmaltz, S. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving of alcohol abuse and dependence: Quantification by a newly developed questionnaire. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 272–274.
- Moggi, F. (2018). Epidemiologie, Ätiologie und Behandlung von Patienten mit Psychosen und komorbider Suchterkrankung. *Therapeutische Umschau*, 75(1), 37–43. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000964>
- Naassila, M. (2018). Neurobiological bases of alcohol addiction. *Presse Medicale*, 47(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.12.001>
- Nardi, B. (2007). *Costruirsi: sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia*. Franco Angeli Editore, Milano
- Newton-Howes, G., & Foulds, J. (2018). Personality disorder and treatment outcome in alcohol use

- disorder. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 31, Issue 1, pp. 50–56). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000375>
- Oreland, L., Lagravinese, G., Toffoletto, • Simone, Kent, • Nilsson, W., Harro, • Jaanus, Cloninger, • C Robert, & Comasco, E. (2018). Personality as an intermediate phenotype for genetic dissection of alcohol use disorder. *Journal of Neural Transmission*, 125. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1672-9>
- Pang, T. Y., Hannan, A. J., & Lawrence, A. J. (2018). Novel approaches to alcohol rehabilitation: Modification of stress-responsive brain regions through environmental enrichment. *Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2018.02.021>
- Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T., Fiore, D., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mind reading make the difference? *Comprehensive Psychiatry* 80, 163-169.
- Picardi, A., Gaetano, P., Toni, A., Caroppo, E., & Arciero, G. (2004). Sostegno alla teoria delle organizzazioni di significato personale da altre elaborazioni teoriche nell'area della personalità: uno studio di validità convergente del QSP. *Rivista Di Psichiatria*, 39(2), 112–124. http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00068_2004_02/fulltext/05_112-124.pdf
- Picardi, A., Mannino, G., Arciero, G., Gaetano, P., Pilleri, M., Arduini, L. et. al. (2003). Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello stile di personalità secondo la teoria delle “organizzazioni di significato personale.” *Rivista Di Psichiatria*, 38, 13–34.
- Reda, M. A. (2011). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Carocci.
- Samochowiec, J., Samochowiec, A., Puls, I., Bienkowski, P., & Schott, B. (2014). Genetics of Alcohol Dependence: A Review of Clinical Studies. *Neuropsychobiology*, 70, 77–94. <https://doi.org/10.1159/000364826>
- Sander, W., & Jux, M. (2006). Psychological distress in alcohol-dependent patients: Evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCL-90-R). *European Addiction Research*, 12(2), 61–66. <https://doi.org/10.1159/000090424>
- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., & Pedone, R. (2014). Metacognitive Dysfunctions in personality disorders: correlations with disorders severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders* 28, 137
- Verheul, R., Van Den Brink, W., & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34(2), 197–222. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.197>
- Vitali, M., Napolitano, C., Berman, M.O., Minuto, S.F., Battagliese, G., Attilia, M. L., Braverman, E.R., Romeo, M., Blum, K., & Ceccanti, M. (2014). Neurophysiological Measures and Alcohol Use Disorder (AUD): Hypothesizing Links between Clinical Severity Index and Molecular Neurobiological Patterns. *Journal Of Addiction Research & Therapy*, 5. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000181>
- Vitali, M., Sorbo, F., Mistretta, M., Scalese, B., Porrari, R., Galli, D., Coriale, G., Rotondo, C., Solombrino, S., Attilia, M. L., & Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD - SIPDip. (2018). Dual diagnosis: an intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 154–159. <https://doi.org/10.1708/2925.29418>