

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/259343957>

Percorsi terapeutico-riabilitativi in pazienti con problematiche complesse: un'esperienza di lavoro multidisciplinare integrato

Conference Paper · May 2007

CITATIONS

0

READS

5,228

8 authors, including:



Mateo Ameglio

Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana sud est

17 PUBLICATIONS 64 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Claudio Lucii

Azienda Sanitaria Toscana Sudest

45 PUBLICATIONS 337 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Luca Canestri

Azienda Unità Sanitaria Locale 7 Siena

9 PUBLICATIONS 61 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

**ZONA ALTA VALDELSA
SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE**

**Dipendenze e disturbi psichiatrici:
esperienze italiane a confronto**

A cura di

Mateo Ameglio
Luca Canestri

Indice

La doppia diagnosi nella Valdelsa Senese <i>Betti Emiliano, Lucii Claudio, Mateo Ameglio</i>	Pag.
La diagnosi in psichiatria <i>Fausto Mazzi</i>	Pag.
Uso di sostanze, dipendenza ed altri disturbi mentali <i>Mauro Cibirin, Ina Hinnenthal</i>	Pag.
Correlazione fra disturbi psichici ed abuso di psicostimolanti ed allucinogeni <i>Angelo Cimillo, Luca Veronesi</i>	Pag.
Disturbi da uso di psicofarmaci <i>Giuseppe Zanda</i>	Pag.
Comorbidità psichiatrica nelle dipendenze, l'esperienza nella asl5 di pisa <i>Milo Meini</i>	Pag.
Disturbi da uso di sostanze e comorbidità per Asse II. Certezze o artefatti? <i>Pietro Bertolotti Ricotti, Gennaro Madonna & Massimo Clerici</i>	Pag.
L'esperienza di un servizio di consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze <i>Giuseppe Carrà, Rosangela Scioli, Caterina Giacobone, Lorenzo Restani, Florinda Pozzi, Francesco Barale.</i>	Pag.
Tossicodipendenza e comorbidità psichiatrica in pazienti afferenti ai servizi per le dipendenze della AUSL 7 zone Senese e Alta val d'Elsa <i>Mateo Ameglio, Mario Pellegrini, Giuliana Pacini, Luca Canestri.</i>	Pag.
Doppia diagnosi idagine su un gruppo di tossicodipendenti attivi <i>Carla Fineschi, Luca Canestri, Giuliana Pacini, Tatiana Lizza, Mario Pellegrini, Mateo Ameglio.</i>	Pag.
Prendere in carico pazienti gravi nel SerT <i>Flavio Bonfà</i>	Pag.
L'integrazione dei trattamenti e dei servizi per la gestione della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive <i>Ezio Manzato, Maurizio Fea, Giuseppina Cifelli, Cristina Biasin</i>	Pag.
Percorsi integrati terapeutico-riabilitativi in pazienti con problematiche complesse: una esperienza di lavoro multidisciplinare <i>Mateo Ameglio, Claudio Lucii, Elisabetta Innocenti, Andrea Bencini, Luca Petrangeli, Emanuela Fontani, Sonia Senesi, Luca Canestri.</i>	Pag.

INDIRIZZI PER LA CORRISPONDENZA

LA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA: dott. Fausto Mazzi, Università Degli Studi Di Modena e Reggio Emilia, Via Del Pozzo 71, 41100 Modena, tel. 059-4224305.

USO DI SOSTANZE, DIPENDENZA ED ALTRI DISTURBI MENTALI: dott. Mauro Cibir, Dipartimento per le Dipendenze, Az. U.L.S.S. 13, Via Arino 4, Dolo (Ve), tel. 041.5102307 - 5133238 - fax 041.5102516

CORRELAZIONE FRA DISTURBI PSICHICI ED ABUSO DI PSICOSTIMOLANTI ED ALLUCINOGENI: dott. Angelo Cimillo, Dipartimento di Salute Mentale AUSL Rimini, Via Asili Baldini, 23 Rimini, tel. 0541 717462.

DISTURBI DA USO DI PSICOFARMACI: dott. Giuseppe Zanda, Dipartimento delle Dipendenze Azienda USL 2, Lucca, Via Paolini, Lucca, tel. 0583 449804/805/840

COMORBILTÀ PSICHIATRICA NELLE DIPENDENZE L'ESPERIENZA NELLA ASL 5 DI PISA: dott. Milo Meini, Dipartimento delle Dipendenze Azienda USL 5 di Pisa, Centro Direzionale, Via Zamenhof n. 1 – Pisa, tel. 050540258

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E COMORBIDITÀ PER ASSE II. CERTEZZE O ARTEFATTI?: dott. Pietro Bertolotti Ricotti, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano, Via A. di Rudinì 8, 20144 Milano

L'ESPERIENZA DI UN SERVIZIO DI CONSULTAZIONE PER LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE: dott. Giuseppe Carrà, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali Sezione di Psichiatria Università di Pavia Via Bassi, 21. 27100 Pavia, Tel: 0382.501025, Fax: 0382.501817, E-mail: giuscarra@tin.it

TOSSICODIPENDENZA E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA IN PAZIENTI AFFERENTI AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DELLA AUSL 7 ZONE SENESE E ALTA VAL D'ELSA: dott. Mateo Ameglio, AUSL 7 Siena, Servizi Per le Dipendenze, Zona Alta Val D'Elsa Via della Porta Vecchia, 1. 53034, Colle Val d'Elsa (Si), tel. 0577/994985, e-mail m.ameglio@usl7.toscana.it

DOPPIA DIAGNOSI: IDAGINE SU UN GRUPPO DI TOSSICODIPENDENTI ATTIVI: dott.ssa Carla Fineschi: Università degli Studi di Firenze Facoltà di Psicologia

PRENDERE IN CARICO PAZIENTI GRAVI NEL SERT: dott. Flavio Bonfà, Az.U.S.L. di Piacenza, SerT Val d'Arda e Val Tidone, via Pisaroni 8, 29100 Piacenza; Via Libertà 1 Cortemaggiore (PC), tel. 0523 832811 -23

L'INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI E DEI SERVIZI PER LA GESTIONE DELLA COMORBILTÀ PSICHIATRICA ASSOCIATA ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE: dott. Ezio Manzato, Az. ULSS 21 Legnago (Verona), SerT 1-servizio alcologia Ospedale Chiarenzi, Via Chiarenzi, 2. 37059 - Zevio (Vr).

PERCORSI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI IN PAZIENTI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE: UNA ESPERIENZA DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO: Mateo Ameglio, AUSL 7 Siena Servizi Per le Dipendenze, Zona Alta Val D'Elsa, Via della Porta Vecchia, 1. 53034, Colle Val d'Elsa (Si), tel. 0577/994985, e-mail: m.ameglio@usl7.toscana.it

LA DOPPIA DIAGNOSI NELLA VALDELSA SENESE

Betti Emiliano, Lucii Claudio, Mateo Ameglio

Per gli operatori dei servizi di salute mentale e dei Ser.T è esperienza comune in questi ultimi anni di attività professionale trovarsi di fronte a nuovi emergenti e complessi bisogni di cura, difficilmente codificabili nei correnti sistemi nosografici di tipo categoriale o dimensionale. Tali sistemi ci aiutano, forse a comunicare un fenomeno, ma tentando di semplificare ciò che talvolta è difficilmente semplificabile, spesso mortificano una parte vera e viva di soggettività e di bisogno. Tali meccanismi nosografici contribuiscono inoltre ad allontanare le persone dell'aiuto, che dietro a tali schemi spesso procedono in modo acritico e difensivo. La persona che presenta un concomitante disturbo psichico e di abuso di sostanze fino a vere dipendenze patologiche è senz'altro un fenomeno in crescita anche se sarebbero opportuni necessari studi epidemiologici al riguardo che i servizi deputati non sono in grado di fare. Pertanto anche il concetto nosografico di "doppia diagnosi" risente di questi fenomeni a priori di cui dobbiamo tenere conto. E' una vera nuova categoria nosografica o semplice artificio burocratico che serve a giustificare un numero vario e molteplice di persone e risorse impiegate. Lasciamo aperto questo interrogativo.

La gestione autonoma da parte di un unico Servizio degli utenti portatori di cosiddetta "doppia diagnosi", è un evento storicamente piuttosto frequente. Accade con maggior facilità con utenti in carico ad un Servizio da lungo tempo soprattutto nel caso in cui all'interno vi siano le competenze specifiche per cui si può anche verificare un'adeguata gestione dei quadri patologici di gravità medio-lieve. Ad esempio nel Ser.T ciò può accadere con una certa frequenza per i disturbi d'ansia e dell'umore mentre la presenza di disturbi di personalità, in particolare borderline ed antisociali, rende spesso difficili le gestioni autonome e necessarie le collaborazioni fra servizi. Probabilmente è altrettanto frequente la gestione da parte degli psichiatri di utenti che consumano sostanze in modo contenuto poiché l'utenza portatrice di problemi alcolcorrelati è consistente in molti contesti. Sebbene queste modalità di gestione autonoma, che prescindono dalle consulenze o collaborazioni dei Servizi specialistici competenti, possano talora risultare efficaci, esse presentano spesso evidenti limiti. I vantaggi della collaborazione fra Ser.T e psichiatria sono altresì evidenti ma non sono privi di criticità. Gli interventi effettuati "in serie" fra i due Servizi sono piuttosto difficili di fronte a patologie cronico recidivanti, anche se la lieve entità o il compenso di una delle patologie li rende più praticabili. Pure gli interventi effettuati "in parallelo" beneficiano della netta prevalenza di una patologia sull'altra e sono particolarmente difficili in situazioni di forte scompenso e gravità. Essi richiedono chiarezza rispetto al superamento degli atteggiamenti di delega o rifiuto del paziente e lo sforzo di confronto e pianificazione congiunta viene reso più efficace dalla presenza dell'imprescindibile figura del "case manager".

La condizione che sembra offrire maggiori garanzie di efficacia corrisponde agli interventi di tipo "integrato", i quali richiedono un livello di collaborazione fra Servizi ulteriormente approfondito e sembrano gli unici in grado di garantire un'adeguata gestione dei disturbi gravi e cronici (psicosi, gravi disturbi di personalità). Tale integrazione può essere parziale, attraverso un gruppo di operatori di entrambi i Servizi che collaborano assiduamente nella cogestione dei casi anche attraverso interventi congiunti, oppure essa può realizzarsi attraverso la creazione di un gruppo misto inter-Servizi, con un luogo unico per le prestazioni ed eventualmente con gli stessi operatori che sviluppano i trattamenti delle due problematiche. L'integrazione degli interventi, nella sua versione parziale e comunque non scevra di difficoltà logistiche ed organizzative, è stata spesso attuata nell'ambito della collaborazione fra Ser.T e Dipartimento Salute Mentale (DSM) della Valdelsa.

Il confronto su tali temi è senz'altro complesso ed è auspicabile che le singole esperienze di collaborazione nelle diverse Zone della AUSL 7 possano costituire lo spunto per una riflessione ed un confronto estesi alle varie zone ed ai diversi dipartimenti coinvolti nella gestione dei pazienti con doppia diagnosi.

Il coinvolgimento dei Servizi psichiatrici e dei loro operatori, nella gestione del fenomeno tossicodipendenze, è stato molto significativo già dagli anni '80, nell'ambito dei "Comitati Tecnici" e dei relativi "Gruppi Operativi Tossicodipendenze" prima e successivamente nei Gruppi Operativi Tossicodipendenze (GOT). Questi ultimi, hanno progressivamente acquisito una crescente autonomia dai Servizi Psichiatrici, sino alla sostituzione dei GOT, a forte impronta Psichiatrica, con i SerT negli anni '90.

I soggetti tossicodipendenti, che facevano riferimento terapeutico al servizio psichiatrico, erano quasi esclusivamente eroinomani, venivano inseriti in un programma con forte impegno "salvifico", considerate anche le direttive rigide della Regione stessa che indicava modalità, tempi e luoghi del trattamento del Tossicodipendente. Gli ultimi anni ottanta e i primi anni novanta, come ormai è storia recente, portarono un incremento impressionante di giovani a contatto con nuove forme di abuso di sostanze e nuovi pericoli correlati. In questi anni si assiste ad una progressiva presa d'atto da parte degli operatori di trovarsi spesso di fronte ad una nuova utenza, il crescente consumo di sostanze psicostimolanti ha condotto ad un netto incremento dell'incidenza di disturbi psichiatrici gravi indotti o residuali in soggetti che presentano quadri di poliabuso.

Il frequente rilievo di una comorbilità fra patologie psichiatriche ed abuso o dipendenza da sostanze psicoattive, così come emerge dall'esperienza diretta dei nostri Servizi, confortata peraltro dalla letteratura nazionale ed internazionale, ha reso necessaria la ricerca di una sempre maggiore integrazione funzionale tra i medesimi Servizi, pur nel rispetto delle rispettive specifiche competenze.

Tale collaborazione è stata anche sottolineata dal Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001, quando ha stabilito nella parte IV, cap. B, paragrafo 3, al punto 3.1.1 che "i Servizi Tossicodipendenze (SerT) operano in stretta collaborazione con le Unità Funzionali della Salute Mentale per la predisposizione di progetti rivolti a soggetti con complicità psichiatriche.

Nel Dicembre 1999, seguendo anche le indicazioni della Direzione Aziendale, sono state concordate in un apposito Protocollo di intesa fra U.F. SerT e U.F. Salute Mentale Adulti (SMA) della zona Alta Valdelsa, le modalità operative da attuare nei confronti dei pazienti che presentano "doppia diagnosi"; tale esperienza si è in seguito rivelata estremamente importante da un punto di vista operativo e di programmazione del successivo Protocollo aziendale.

Sulla scia di questo percorso, il SerT della Valdelsa ha organizzato negli anni 2001 e 2002, due eventi di formazione che hanno coinvolto numerosi operatori di altre Zone e Dipartimenti Aziendali, in particolare delle Dipendenze e della SMA. Tali corsi, relativi alla "Gestione degli interventi sulla comorbilità fra patologia psichiatrica e disturbi da uso di sostanze" ed agli "Elementi di diagnostica psichiatrica in relazione alla doppia diagnosi", così come un successivo Progetto relativo alla diagnostica psichiatrica, hanno costituito il terreno sul quale è maturata la presente pubblicazione.

Gli anni 2004 e 2005, sempre su indicazioni Aziendali, hanno visto un confronto di gruppo fra diversi operatori afferenti alle UU.FF. SerT SMA delle 4 Zone, che ha prodotto un Protocollo operativo interdipartimentale. In tale protocollo, largamente basato sul già esistente protocollo della Valdelsa, sono confluite le esperienze operative delle altre Zone.

Nell'anno 2005 si è inoltre concretizzata l'intesa tra il Dipartimento delle Dipendenze e U.F. provinciale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (SMIA), con la produzione di un protocollo operativo per la gestione di una utenza che si caratterizza per una età sempre più giovane, per problematiche di poliabuso e per la elevata incidenza di gravi scompensi psicopatologici.

Tali intese operative sono in accordo con quanto specificato nel Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 che al paragrafo 5.2.1.2 "La Salute mentale" sottolinea la necessità di rafforzare e adeguare gli interventi volti all'infanzia e adolescenza, tenendo conto dei bisogni emergenti" - cioè ai nuovi disagi ed ai nuovi disturbi: in particolare, la "doppia diagnosi"; sempre nel PSR si sottolinea la necessità di rafforzare l'integrazione tra servizi - quali le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, le Unità Funzionale attività Consultoriali, i Consulteri Giovani, i Servizi Tossicodipendenze (SerT).

I tentativi di collaborazione realizzati a oggi nella nostra realtà non sono esenti dalla vasta gamma di difficoltà ma anche di successi insiti in molti dei modelli su esposti e confidiamo che il lento processo che va consolidando questo percorso ci permetterà di perfezionare l'efficacia e la qualità dei nostri interventi. Siamo anche consapevoli della necessità di un deciso approfondimento ed allargamento del confronto fra vari Dipartimenti a livello di tutta l'Azienda USL e probabilmente il coinvolgimento con le nuove esigenze determinate da una utenza caratterizzata da problematiche che necessitano di gestioni sempre più complesse, potranno fungere da catalizzatore del confronto e della collaborazione tra i diversi Servizi.

LA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA

Fausto Mazzi

Università Degli Studi Di Modena e Reggio Emilia

L'EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

L'epidemiologia psichiatrica può essere definita sostanzialmente come lo studio della distribuzione nel tempo e nello spazio dei fenomeni di salute/patologia psichiatrica, e dei fattori che ne influenzano la distribuzione, in "popolazioni" ben determinate. Viene abbandonata la più comune prospettiva "clinica", incentrata sui singoli casi individuali, che caratterizza in generale la formazione medica. Concentrare l'attenzione sulle popolazioni, anziché sui singoli casi, non impedisce delle "ricadute" di ordine clinico, omologabili in qualche modo alla "esperienza clinica". Rispetto a quest'ultima, l'epidemiologia garantisce una maggiore condivisibilità, ma a prezzo di sacrificarne componenti importanti, principalmente quello della "maturazione" del paziente, del suo "entourage" e dell'agenzia terapeutica stessa. Va intesa, perciò, come una prospettiva complementare, e non antitetica, a quella clinica. E' inoltre lo strumento basilare di quella parte dell'attività medica definita "gestionale" o "manageriale" entrata a far parte importante del ruolo dei medici (definiti ora "dirigenti sanitari"). Gli strumenti a disposizione sono quelli della epidemiologia generale, tradizionalmente demandati ai colleghi igienisti, o addirittura a figure non mediche come statistici e sociologi. Il primo problema di un approccio epidemiologico è quello della definizione dei "casi" (cioè delle unità da rilevare che presentano il fenomeno oggetto di interesse dello studio). Vengono usati strumenti di rilevazione standardizzata: un primo tipo di strumento consiste nelle classificazioni, tra le quali le più note nel campo psichiatrico sono attualmente quelle della American Psychiatric Association (A.P.A.) e della Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.); il riferimento, ovviamente, è rispettivamente ai D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e alle I.C.D. (International Classification of Disorders). D.S.M. e ICD marcano l'ingresso nelle classificazioni di criteri essenzialmente "descrittivi", centrati sulla sintomatologia, di stile chiaramente anglosassone nel loro pragmatismo. Sono stati cioè applicati quei criteri di univocità e riproducibilità della rilevazione che costituiscono il presupposto indispensabile di qualsiasi ricerca "sperimentale". Ciò ha reso necessaria anche la messa a punto di "INTERVISTE", o altri strumenti strutturati o semistrutturati: la SCID (Structured Clinical Interview for DSM) è lo strumento più noto.

I PROBLEMI DELLA DIAGNOSI IN PSICHIATRIA: CENNI STORICI SUI DSM

La nosologia psichiatrica, sino a tempi recenti si è ispirata a due paradigmi dominanti che Kendler (1990) ha definito come il principio del "grande professore" e il principio del "consenso degli esperti". Con la prima espressione l'Autore si riferisce al fatto che i principali modelli di classificazione psichiatrica sono stati, per circa duecento anni, elaborati direttamente dai più autorevoli esponenti della disciplina. La diffusione di tali schemi classificatori dipendeva dalla autorevolezza di chi li proponeva, che era naturalmente massima nel suo paese di origine. Il principio del "consenso degli esperti" è quello che è sotteso ai sistemi diagnostici quali i DSM. Il modello psicosociale ebbe una diretta influenza sulla struttura del DSM-I, pubblicato nel 1952, che rappresentò il primo tentativo di classificazione sistematica dei disturbi mentali da parte dell'American Psychiatric Association (APA). Nel DSM-I veniva fatto ampio uso del termine "reazione": tale scelta rifletteva l'influenza dell'approccio "psicobiologico" di Adolf Meyer, il famoso psichiatra di origine svizzera che, emigrato negli Stati Uniti agli inizi del secolo, finì con l'esercitare una notevole influenza sullo sviluppo della psichiatria d'oltre oceano. L'approccio di Meyer, secondo il quale la maggior parte dei disturbi mentali rappresentava una reazione a fattori

psicologici, biologici e sociali, venne successivamente oscurato dall'enorme sviluppo di cui godette in quel paese la psicoanalisi: quest'ultima poi fu una reazione al classificazionismo di Kraepelin.

Il DSM-II, pubblicato nel 1968, fu un tentativo più sistematico di produrre, anche attraverso una più larga partecipazione di esperti, una classificazione dei disturbi mentali. Il termine "reazione" fu abolito. Con il passare del tempo i critici del modello psicosociale divennero sempre più forti. Intorno alla metà degli anni '70 avvenne una svolta decisiva, rappresentata dalla massiccia riduzione delle risorse finanziarie per la psichiatria. Alla professione, pertanto, fu richiesto di diventare maggiormente responsabile delle proprie pratiche. Una confluenza di pressioni sulla professione da parte di influenze esterne (rappresentata da coloro che fornivano la maggior parte delle risorse necessarie per la ricerca e il trattamento in psichiatria, e dal montante movimento della critica antipsichiatrica) pose in forte evidenza tematiche quali l'attendibilità delle diagnosi, gli esiti dei trattamenti e il rendere conto (accountability) di questi esiti. Di conseguenza, il problema della inattendibilità diagnostica, sino a quel momento relativamente assente nella psichiatria statunitense, cominciò ad assumere rilevanza. Alcune ricerche internazionali ebbero una importanza decisiva nel dimostrare la scarsa attendibilità di cui cronicamente soffriva la pratica diagnostica tradizionale a causa della mancanza di specifici criteri diagnostici, il che non permetteva ad operatori diversi di raggiungere un soddisfacente livello di accordo. L'esempio più eclatante di questo stato di cose era rappresentato dalla facilità con cui veniva posta la diagnosi di schizofrenia in Nordamerica rispetto all'uso ristretto che di questa stessa diagnosi veniva fatto in Inghilterra. Ciò emerse chiaramente nell'US-UK Diagnostic Project (Cooper e Coll., 1972), realizzato alla fine degli anni '60, in cui due gruppi di ricercatori studiarono 250 pazienti ricoverati consecutivamente in due ospedali psichiatrici rispettivamente a Londra e a New York. Ciascun paziente fu valutato indipendentemente da uno degli psichiatri partecipanti al progetto che utilizzava una procedura di valutazione standardizzata rappresentata dal "Present State Examination" (PSE), e da uno psichiatra della locale istituzione che esaminava il paziente invece secondo la propria prassi clinica di routine. Al termine di queste due valutazioni emerse che, mentre non vi erano differenze significative tra le percentuali di pazienti affetti da schizofrenia o disturbo dell'umore diagnosticati con il PSE, si rilevavano invece significative differenze tra le diagnosi effettuate dagli psichiatri locali. In particolare a New York la diagnosi di schizofrenia era due volte più frequente rispetto alla diagnosi standardizzata, mentre le diagnosi di depressione e di mania erano rispettivamente quattro e dieci volte meno frequenti. Grazie a questo studio internazionale fu possibile mettere in luce come le grosse differenze riscontrabili tra i due continenti nella diagnosi di schizofrenia non fossero di natura epidemiologica, ma legate all'impiego di diversi criteri diagnostici.

Nel 1980 fu pubblicato il DSM-III che si impose subito all'attenzione internazionale soprattutto per la presenza di criteri diagnostici specifici per ciascun disturbo mentale: tali criteri permettevano di ottenere una soddisfacente attendibilità diagnostica, anche quando il manuale veniva usato da operatori diversi. Oltre a queste innovazioni formali, il DSM-III introdusse importanti innovazioni di contenuto, tra cui va segnalato l'ampliamento dei criteri diagnostici dei disturbi dell'umore. Inoltre va ricordata l'eliminazione del termine "nevrosi", ritenuto aspecifico e intrinsecamente ambiguo, contenendo sia aspetti descrittivi (una sintomatologia egodistonica in una personalità con intanto esame di realtà) che etiologici (un conflitto inconscio), il che lo rendeva inaccettabile nella prospettiva rigorosamente descrittiva adottata. Nel 1987, a metà strada tra il DSM-III e il DSM-IV, è apparso il DSM-III-R ("R" sta per revisionato).

Come si è detto, la principale novità introdotta dal DSM-III in poi è rappresentata dall'adozione di specifici criteri diagnostici, i quali hanno conferito al manuale una maggiore attendibilità rispetto ai precedenti sistemi di classificazione. Non è un caso che le più importanti riviste nordamericane richiedano l'utilizzazione del DSM-III (o delle successive edizioni) come prerequisito per la pubblicazione di un lavoro. A causa della limitatezza delle conoscenze in campo eziologico e della difficoltà di una classificazione centrata sulla prognosi, un approccio strettamente descrittivo si è imposto come il più praticabile. Le interviste strutturate derivate dai DSM non possono essere ritenute sufficienti per una corretta pratica clinica; il giudizio clinico rimane di importanza

fondamentale anche se neppure esso, da solo, può considerarsi adeguato alle esigenze sempre più complesse di una pratica terapeutica scientificamente fondata.

Alcuni studi hanno dimostrato che, soprattutto nella pratica clinica quotidiana, laddove non sono utilizzati strumenti standardizzati di valutazione, il clinico può basare le sue decisioni diagnostiche non sulle informazioni di per sé, ma sulla sua percezione di tali informazioni (P. Williams, 1979), percezione che, in quanto tale, può essere influenzata da molteplici fattori. E' stato ripetutamente dimostrato che variabili quali il sesso, l'età, la razza, il livello socio-economico e culturale, lo stesso aspetto fisico del paziente, il setting in cui viene effettuata la valutazione, ecc., possono influenzare le conclusioni diagnostiche. Anche le aspettative dell'osservatore possono altrettanto influenzare le conclusioni diagnostiche, come è stato esemplarmente dimostrato nel classico studio di Temerlin (1968).

Un'altra novità introdotta dal DSM-III è rappresentata dall'adozione di un sistema multiassiale: in esso varie classi di attributi sono ordinati in una serie di categorie parallele. L'adozione di questo modello "orizzontale" ha rappresentato un salto epistemologico nella pratica clinica, in quanto ha coinciso con il passaggio da un modello prevalentemente ispirato alle malattie infettive (in cui il compito del clinico era quello di identificare eventuali circostanze di confondimento per mettere in luce il meccanismo fisiopatologico di base) ad un modello in cui non esistono più sintomi o circostanze secondarie, ma nel quale invece si incoraggia la raccolta di tutte le informazioni possibili e la loro registrazione su diversi assi. Nel DSM-III furono introdotti cinque assi: I) sindromi cliniche; II) disturbi di personalità e dello sviluppo; III) disturbi fisici; IV) severità di eventuali fattori psicosociali scatenanti (stressors); V) livello più alto di funzionamento sociale nel corso dell'anno precedente. In questo modo si mirava ad ottenere un inquadramento diagnostico più completo del paziente e a facilitare un progetto terapeutico integrato.

Il DSM-IV

L'unità operativa per il DSM-IV ha iniziato a lavorare alla messa a punto del nuovo sistema nel 1988, e ha terminato i lavori nel 1994. Le caratteristiche fondamentali del DSM-IV sono la definizione di specifici criteri diagnostici, l'approccio "ateoretico" e l'adozione di un sistema multiassiale a cinque assi. Una novità del DSM-IV, rispetto ai due DSM-III, è rappresentata dall'attenzione posta anche nei confronti delle possibili concause di tipo medico, o relative all'uso di sostanze, nel determinismo di vari disturbi psichiatrici. Inoltre, nel DSM-IV viene prestata maggiore attenzione, rispetto ai due DSM-III, a come le varie fasi dello sviluppo e del ciclo vitale possono influenzare il quadro clinico. Inoltre il DSM-IV ha necessariamente subito l'influenza di molteplici variabili culturali. Sono molte le critiche rivolte al DSM: gli oppositori sostengono che gli artefici del sistema nosografico abbiano privilegiato l'affidabilità/riproducibilità piuttosto che la validità e che esso sia poco esplicito nell'indirizzare le decisioni diagnostiche (Sadler e Coll., 2001). Si può dire che il DSM-IV, il DSM-III, il DSM-III-R e il DSM-IV, nonostante le difficoltà, i punti deboli e i compromessi raggiunti, abbiano rappresentato sicuramente un grande progresso per la psichiatria di questo secolo, fornendo un impulso alla ricerca, favorendo gli scambi di informazione tra culture diverse e mettendo in evidenza l'importanza dell'adozione di un linguaggio comune (de Girolamo G., Migone P. 1995).

Attualmente i critici non hanno fornito adeguate alternative al DSM che, in ogni caso, ha il pregio di contribuire costantemente a migliorare la capacità di riflettere il più onestamente possibile sul processo nosografico. Spitzer (2001), un autore che ha rivestito un ruolo centrale nello sviluppo del DSM-III e del DSM-III-R, ha replicato alle critiche rivolte in cui si sostiene che il DSM-III pone grande enfasi sulla riproducibilità più che sulla validità e sia nascostamente impegnato nel sostenere l'approccio biologico per spiegare i disturbi psichiatrici.

Il sistema diagnostico dell'OMS, gli ICD, (International Classification of Diseases) che dovrebbe essere adottato da tutti gli stati, è un po' in competizione con i DSM. Questi ultimi si sono imposti maggiormente a livello internazionale di quanto non sia accaduto per gli ICD, poiché, soprattutto a

partire dal DSM-III, sono molto più attendibili per la presenza di precisi "criteri diagnostici" (un elenco di caratteristiche sintomatologiche, di tipo descrittivo, per ogni diagnosi). Una importante differenza tra l'ICD-10 e il DSM-IV è che l'ICD-10 contiene due tipi di criteri diagnostici, cioè due diversi manuali, uno per il clinico, più flessibile, e l'altro per il ricercatore, più preciso, in quanto l'OMS ha ritenuto pericoloso per la pratica clinica l'adozione di rigidi criteri diagnostici come fa il DSM (per le differenze tra l'ICD-10 e il DSM-IV (Migone, 1996). Infatti l'uso un po' meccanico del DSM rischia di snaturare quello che viene chiamato "giudizio clinico", ritenuto ancora indispensabile in un campo così complesso come questo, necessariamente basato sul rapporto interpersonale. I DSM invece hanno deciso di mantenere un unico tipo di criteri diagnostici, per rimanere fedeli all'ideale scientifico secondo il quale la ricerca deve influenzare la clinica e viceversa. Secondo molti ricercatori, il sistema americano è molto più accurato, ma il sistema dell'OMS verrà necessariamente diffuso in quasi tutti i paesi del mondo dove è d'obbligo per precisi accordi internazionali.

IL CONCETTO DI "DISTURBO MENTALE"

Il DSM-III era una revisione del DSM-II. Entrambi i manuali condividevano il presupposto che il concetto di "disturbo mentale" fosse un modello utile e che la psichiatria rappresentasse quella branca della medicina con l'obiettivo primario di studiare e curare i disturbi mentali. Il concetto implicito di entrambe le classificazioni era che un efficace trattamento di un disturbo mentale richiedesse una diagnosi accurata. In entrambi i manuali si partiva dal presupposto che il termine "disturbo" includeva condizioni che presentavano variabili livelli di comprensibilità della causa o del processo pato-fisiologico e che solo in un piccolo numero di disturbi mentali si possiede una conoscenza tale per cui la condizione possa essere definita "malattia".

LA CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI PSICHIATRICI

L'utilizzo delle classificazioni in psichiatria è un punto di vista riconosciuto e condiviso. Ciò implica due punti fermi: che l'attività di classificazione sia qualcosa di proprio della mente umana e che i "fenomeni" psichiatrici siano osservabili e abbiano una certa stabilità. Berrios (1999), sostiene che tutte le classificazioni psichiatriche sono dei prodotti culturali, tentativi di rispondere alle domande su quali dei modelli mutuati dalle scienze naturali possa essere applicato alle malattie mentali.

La medicina non è una attività contemplativa ma piuttosto è in continua evoluzione e perciò gli sforzi di classificazione rappresentano qualcosa di prezioso soltanto quando forniscono nuove informazioni rispetto all'oggetto del nostro studio. Il lavoro concettuale consiste nell'identificare elementi stabili che possano ancorare la classificazione alla "natura". Tuttavia i disturbi mentali sono molto di più che epifenomeni di comportamenti mutevoli avvolti intorno alla struttura genetica. Secondo Berrios (ibid.) è improbabile che le classificazioni che si basano sulla struttura genetica possano essere utilizzate nella nosografia dei disturbi mentali. Vi sono tre modalità di definire la storia della classificazioni in psichiatria: una catalogazione cronologica, una sociale e la storia concettuale. L'ultimo approccio è quello utilizzato da Berrios (ibid.). La storia concettuale è basata sull'ipotesi che i sintomi mentali costituiscano un linguaggio o dei comportamenti che hanno un significato e che trasportano un segnale biologico che può essere compreso dai professionisti della salute mentale.

GLI STUDI EPIDEMIOLOGICI IN PSICHIATRIA

Gli studi epidemiologici sui disturbi mentali sono stati condotti negli Stati Uniti già a partire dalla fine della seconda guerra mondiale, tuttavia si deve attendere fino ai primi anni '80 perché

compaiano strumenti di intervista non specialistici, completamente strutturati, da utilizzarsi per la diagnosi dei disturbi mentali.

Il primo di questi strumenti fu il Diagnostic Interview Schedule (Robins e Coll., 1981) che fu utilizzato nell'Epidemiologic Catchment Area (ECA) study (Robins e Coll., 1991). Tale indagine aveva lo scopo di valutare la prevalenza dei disturbi mentali, nella popolazione generale, facendo riferimento ai criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). La prevalenza lifetime stimata dallo studio, relativamente al Disturbo Depressivo Maggiore, oscillò tra il 3% e il 5.9%, mentre la prevalenza a 12 mesi era compresa in un range tra 1.7% e 3.4%. In una successiva indagine, il National Comorbidity Survey o NCS (Kessler RC e Coll., 1994), venne utilizzata una versione modificata della Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Tale strumento diagnostico valutava i disturbi mentali facendo riferimento ai criteri del DSM-III-R. La prevalenza del Disturbo Depressivo Maggiore stimata dal NCS era considerevolmente più alta rispetto all'ECA study: 14.9% per la prevalenza lifetime e 8.6% per la prevalenza a 12 mesi. Nonostante tali differenze, i risultati dell'ECA e del NCS erano molto simili rispetto all'esordio precoce del Disturbo Depressivo Maggiore e per l'elevata comorbidità con altri disturbi del DSM (Regier e Coll., 1990). Nei dieci anni successivi allo studio NCS si verificò un aumento del numero di americani trattati per depressione e da allora partirono programmi sanitari per promuovere una maggiore consapevolezza sui disturbi depressivi. Parte di questo risultato di sensibilizzazione è avvenuto grazie al riconoscimento che la depressione è una patologia molto seria e molto comune (Wells KB e Coll., 1989). Tutto ciò ha condotto all'avvio di programmi di medicina di base per lo screening e il trattamento della depressione stessa. In quello stesso periodo di tempo l'American Psychiatric Association introdusse il DSM-IV che metteva in evidenza, con maggiore enfasi rispetto al DSM-III, l'importanza del requisito clinico per la diagnosi di depressione. Tale enfasi si realizzò come reazione alla stima della prevalenza ottenuta nel ECA study, eccessivamente elevata.

Una recente revisione del ECA e del NCS ha rivelato che una quota sostanziale di intervistati, classificati come "casi", era clinicamente non significativa: questo risultato conduceva a una sovrastima della prevalenza a 12 mesi. Nel 2000-2001 è stata condotta un'ulteriore indagine epidemiologica, il NCS-R (National Comorbidity Survey Replication). Tale indagine, che ha coinvolto 9090 soggetti, comprendeva una prima valutazione con la CIDI e una successiva re-intervista, di un campione dei partecipanti, mediante la SCID per il DSM-IV. La prevalenza stimata è risultata intermedia rispetto agli studi ECA e NCS. L'accordo tra CIDI e SCID-IV è risultato più alto rispetto all'indagine epidemiologiche precedenti

GLI STRUMENTI PSICO-DIAGNOSTICI UTILIZZATI NEGLI STUDI EPIDEMIOLOGICI

LA SCID (Intervista clinica strutturata per il DSM)

La pubblicazione del DSM-III nel 1980, con l'inclusione di criteri diagnostici specifici per quasi tutti i disturbi mentali, ha rivoluzionato la psichiatria. Prima del 1980 vi erano diversi tipi di criteri diagnostici, come quelli di Feighner o i "Research Diagnostic Criteria" di Spitzer, con le relative interviste strutturate, costruite per fare una diagnosi in accordo con questi sistemi. Nel 1983, in previsione della diffusa adozione dei criteri e del linguaggio del DSM-III per la descrizione dei pazienti da utilizzare nella ricerca, fu iniziato il lavoro sulla SCID come strumento per fare diagnosi in accordo con il DSM-III. La SCID includeva parecchie caratteristiche che non erano presenti negli strumenti precedenti e che avrebbero facilitato il suo uso nella ricerca psichiatrica, come ad esempio una sezione denominata Rassegna anamnestica che permette al paziente di descrivere lo sviluppo dell'episodio in atto, ed uno stile modulare che permette ai ricercatori di eliminare una o più classi diagnostiche non rilevanti per il loro studio. Nel 1983 il Nazionale Institute of Mental Health, riconoscendo la necessità di un procedimento di valutazione diagnostica clinica per la formulazione delle diagnosi del DSM-III, propose lo sviluppo della SCID. Nell'aprile 1985 il Biometrics

Research Department del New York Psychiatric Institute ricevette un finanziamento valido per due anni per determinare l'attendibilità della SCID in diversi gruppi di soggetti malati e non. La SCID per il DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) fu pubblicata dall'American Psychiatric Press, Inc. nel maggio 1990. Il lavoro di revisione della SCID per il DSM-IV cominciò nell'autunno del 1993. Versioni iniziali di questo strumento furono valutate da ricercatori interessati durante la seconda metà del 1994. Una versione finale della SCID per il DSM-IV (Versione per Ricerca) fu prodotta nel febbraio del 1996.

Le “versioni” della SCID

La Scid fu strutturata all'inizio per soddisfare i bisogni sia dei ricercatori che del medico clinico. Ciò richiedeva un'intervista abbastanza dettagliata per i ricercatori, ma allo stesso tempo abbastanza facile da usare per i medici clinici. Questo duplice scopo ha creato problemi per i ricercatori perché molte informazioni potenzialmente utili (per esempio, i sottotipi) furono lasciate fuori dalla versione della Scid per il DSM-III-R per evitare che diventasse troppo ingombrante. Ciò nonostante, molti clinici ritenevano che la quantità di dettagli inclusi nella SCID la rendessero ancora troppo lunga e complessa. Venne quindi risolto il problema con la divisione della Scid per il DSM-IV in due versioni: Versione Clinica e Versione Ricerca.

Versione Clinica

La Scid-CV è finalizzata all'uso in ambiti clinici per assicurare valutazioni standardizzate e di qualità. La Scid-CV riguarda solo quelle diagnosi più comuni nella pratica clinica ed esclude la maggior parte dei sottotipi e specificatori inclusi nella Versione Ricerca. La Versione Clinica può essere usata in vari modi. Ad esempio il clinico, dopo avere effettuato il consueto colloquio psichiatrico, può usare una parte della Scid-CV per confermare e documentare una diagnosi dubbia, in base ai criteri del DSM-IV. La Scid-CV può essere utile nel migliorare la capacità di intervistare i pazienti da parte di studenti che frequentano i servizi psichiatrici e psicologici. La Scid-CV presenta un repertorio di domande utili per raccogliere informazioni da un paziente, domande che possono in seguito essere utilizzate per formulare un giudizio diagnostico.

Versione Ricerca

La Versione Ricerca della SCID è molto più lunga della Versione Clinica perché sono incluse le valutazioni per alcuni sottotipi, gli specificatori sulla gravità e sul decorso e i disturbi che sono utili dal punto di vista diagnostico per i ricercatori ma che non possono essere, in generale, di interesse per i clinici. I seguenti disturbi sono inclusi nella Versione Ricerca: Disturbo da Stress Acuto, Disturbo Depressivo Minore, Disturbo Misto Ansioso Depressivo e Disturbo dell'Alimentazione tipo Abbuffate.

Copertura delle diagnosi

La Scid-CV è divisa in sei moduli relativamente autonomi (Modulo A: Episodi dell'Umore; Modulo B: Sintomi Psicotici; Modulo C: Disturbi Psicotici; Modulo D: Disturbi dell'Umore; Modulo E: Disturbo da Uso di Sostanza Psicoattive; Modulo F: Ansia e Altri Disturbi). Anche se è sottinteso che i sei moduli vengono somministrati in sequenza, il clinico può in certe circostanze modificare l'ordine.

Caratteristiche di base

La Scid-CV può essere somministrata ai pazienti sia dell'area psichiatrica che di medicina generale. Il linguaggio ed il tipo di diagnosi rendono l'uso della Scid più appropriato con i soggetti adulti (più di 18 anni), ma con lievi modifiche può essere usata anche con adolescenti. Persone con un difetto cognitivo grave, agitazione o sintomi psicotici gravi possono non essere in grado di partecipare all'intervista della Scid-CV. La Scid-CV può essere anche usata come una lista di controllo o checklist diagnostica, utilizzando informazioni ottenute da altre fonti. All'inizio dell'intervista il clinico ottiene una descrizione sommaria della malattia in atto e dei precedenti psicopatologici prima di fare domande sui sintomi specifici. Questa anamnesi iniziale (Rassegna anamnestic) incoraggia i soggetti a descrivere i sintomi con le loro parole ed è utile per raccogliere informazioni che non sono incluse nei criteri diagnostici specifici. Alla fine della "rassegna anamnestic", l'intervistatore dovrebbe avere raccolto abbastanza informazioni da poter formulare un'ipotesi di diagnosi differenziale. La sequenza delle domande è stata tracciata allo scopo di avvicinarsi al processo logico, seguito dal clinico esperto, per effettuare una precisa diagnosi differenziale. In definitiva l'intervistatore deve formulare un giudizio clinico per valutare se un criterio diagnostico è soddisfatto o no. Qualora l'intervistatore sia convinto della presenza di un sintomo particolare, non deve modificare la propria opinione di fronte alla negazione da parte del soggetto. L'intervistatore dovrebbe usare tutte le fonti d'informazione disponibili. Queste possono includere notizie fornite da altri clinici, osservazioni dei membri della famiglia e di amici. Generalmente la SCID-CV viene somministrata in una seduta della durata di 45-90 minuti, a seconda della complessità della storia del soggetto, della capacità ed esperienza del clinico e della abilità del paziente a descrivere in poche parole la propria situazione psicopatologica.

La maggior parte dei disturbi nella SCID-CV e nel DSM-IV per essere diagnosticati devono soddisfare un criterio che richiede malessere o menomazione clinicamente significativi. Questo criterio è più importante e più difficile da valutare in ambiti dove i pazienti non sono identificati come "pazienti psichiatrici" (ad esempio nella medicina di base). E' da notare che ci sono due componenti che fanno parte del concetto di significatività clinica: malessere e menomazione, ciascuno dei quali indica significatività clinica. Cercare un trattamento è di sicuro una prova significativa di malessere o menomazione nel funzionamento. La menomazione può implicare, ad esempio, giorni di lavoro o scuola persi o problemi nei rapporti con gli altri.

Cosa fare e cosa evitare nella somministrazione dell'intervista clinica strutturata (SCID)

- E' utile usare la "rassegna anamnestic" per conoscere l'impressione del soggetto sul disturbo e ottenere dati anamnestici sulle terapie. Utile anche farsi un'idea globale del disturbo in atto all'inizio dell'intervista per cercare di capire il contesto in cui lo stesso si è sviluppato. E' consigliabile le domande iniziali così come sono scritte, eccetto quando è necessario introdurre minime modificazioni per prendere in considerazione quello che il soggetto ha già detto o per richiedere elaborazioni o chiarimenti.
- Fare ulteriori domande per chiarire la risposta del soggetto, come "Mi può dire di più a questo proposito?"
- Usare il proprio giudizio nei riguardi di un sintomo prendendo in considerazione tutte le informazioni disponibili; qualora i dati raccolti risultino contraddittori valutare con il paziente la situazione.
- Assicurarsi che si stia facendo riferimento allo stesso periodo di tempo per ogni domanda.
- Non dare per scontato che i sintomi che un soggetto descrive siano raggruppati nello stesso periodo di tempo, a meno che non ce ne siamo assicurati. Ad esempio, il soggetto può parlare di un sintomo che si è verificato un anno fa e di un altro sintomo che è comparso la settimana scorsa, mentre noi stiamo facendo domande concernenti sintomi che sono apparsi insieme durante un periodo di due settimane.
- Non definire come delirio una credenza religiosa accettata in alcuni strati sociali o un'idea sopravvalutata o prevalente.

- Non saltare una sezione senza compilarla perché si ha la sicurezza che non sia applicabile al soggetto.
- Seguire accuratamente l'ordine della Scid-CV, a meno che non vi siano istruzioni di passare ad un'altra sezione.
- Assicurarci che ogni sintomo che è stato registrato come presente sia significativo dal punto di vista diagnostico. Ad esempio, se un soggetto afferma di avere sempre avuto difficoltà a dormire, allora quel sintomo non deve essere segnato come presente nella parte della SCID-CV che tratta la diagnosi di un Episodio di Depressione Maggiore (a meno che la difficoltà a dormire sia ulteriormente peggiorata durante il periodo di tempo che viene esaminato). Questo è particolarmente importante quando una condizione episodica (come un Episodio di Depressione Maggiore) è sovrapposta ad una condizione cronica (come il Disturbo Distimico).

L'Asse IV del DSM-IV è usato per registrare problemi psicosociali e ambientali clinicamente rilevanti che possono essere importanti nella gestione clinica del paziente. I problemi sono suddivisi in aree. Una valutazione del paziente sull'Asse V richiede l'uso della Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF). Per fare una valutazione su questa scala, il clinico sceglie un valore che riflette nel modo migliore il livello globale di funzionamento del paziente. La scala VGF è divisa in 10 ranghi. La descrizione di ogni rango include due aspetti: la prima parte riguarda la gravità dei sintomi e la seconda parte riguarda il funzionamento. La scala VGF può essere considerata costituita da due scale che si sovrappongono e si integrano in una sola: una scala per misurare la gravità dei sintomi e un'altra per valutare il livello di funzionamento sociale e occupazionale.

CONCLUSIONI

Come abbiamo potuto osservare nei capitoli precedenti, l'argomento della diagnosi psichiatrica e della sua riproducibilità sono tuttora oggetto di studi aperti e costituiscono un ambito in gran fermento. La diagnosi psichiatrica non sottende un'etiologia chiara e definita, pertanto sembra inevitabile tollerare una quota di incertezza significativa. Nonostante ciò, riteniamo auspicabile potenziare il tentativo di trovare sempre di più un accordo rispetto alle categorie diagnostiche. L'introduzione di criteri diagnostici espliciti e di classificazioni basate su regole, come il DSM-IV, ha profondamente modificato molti ambiti della pratica psichiatrica. Tale struttura standard di riferimento è stata approvata dalla maggior parte dei clinici, consentendo loro di conseguire un miglior accordo diagnostico e migliorare la comunicazione, i resoconti sulla morbilità psichiatrica, sui trattamenti e i risultati. Più precisi strumenti e criteri diagnostici sono diventati la norma nella ricerca. Sebbene la maggior parte dei criteri diagnostici siano ancora provvisori essi possono essere messi a punto o scartati proprio grazie al loro impatto nella pratica clinica. L'insegnamento e la formazione dei professionisti della salute mentale ora fa riferimento a un sistema classificatorio internazionale che fornisce un linguaggio comune in tutto il mondo. Inoltre, l'accesso pubblico ai criteri diagnostici usati dai professionisti della salute mentale ha aiutato a migliorare la comunicazione con gli utilizzatori dei servizi, gli operatori sanitari e tutta la società. Nonostante l'utilità dei sistemi nosografici, la validità dei concetti diagnostici racchiusi nelle attuali classificazioni dei disturbi mentali non può essere presa per certa e definitiva. L'affidabilità delle diagnosi psichiatriche è drammaticamente migliorata, almeno nei setting di ricerca nei quali era utilizzata l'intervista clinica strutturata, proprio per l'introduzione di esplicite definizioni e alberi decisionali nel DSM. Questa parziale soluzione al problema della affidabilità/riproducibilità ha spostato l'attenzione sull'argomento fondamentale della validità delle diagnosi psichiatriche e c'è una ragionevole e diffusa considerazione che le future edizioni dei manuali daranno un significativo impulso alla validità diagnostica.

BIBLIOGRAFIA

- Kendler KS, (1990), Toward a scientific psychiatric nosology. Strengths and limitations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 969-973.
- Cooper, J. E. e Coll. (1972). *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. Maudsley Monograph No. 20. London: Oxford University Press.
- Sadler JZ, Hulgus J, e Coll. (2001). Hindisight, Foresight, and Having it both ways: a rejoinder to R.L. Spitzer. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 189: 493-497.
- de Girolamo G., Migone P. (1995). Il DSM-IV e il problema della diagnosi in psichiatria. *Psicoterapia e scienze umane*. Anno XXIX- N. 1: 41-85.
- Spitzer R. (2001). Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: An insider's perspective and a belated response to Sadler e Coll. "On Values in Recent American Psychiatric Classification". *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 189:351-359.
- Migone P. (1996). Il rapporto tra ICD-10 e DSM-IV. *Neurologia Psichiatria Scienze umane*, XVI, 4: 543-557.
- Berrios GE. (1999). Classification in psychiatry: a conceptual history. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 33:145-60.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, e Coll. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*.;51:8-19.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, e Coll. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*; 264:2511-2518.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, e Coll. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*; 262:914-919.

USO DI SOSTANZE, DIPENDENZA ED ALTRI DISTURBI MENTALI

*MAURO CIBIN, °INA HINNENTHAL

* Dipartimento per le Dipendenze , Az. U.L.S.S. 13, Dolo Ve

° SerT Asl 1 - Imperia

INTRODUZIONE

L'Abuso e la Dipendenza da Sostanze sono classificati tra i Disturbi Mentali dalle principali classificazioni internazionali quali l' International Disease Classification (I.C.D.), dell' Organizzazione Mondiale della Sanità, ed il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (D.S.M.) della Associazione Psichiatrica Americana.

L'uso di sostanze va sempre considerato nella valutazione psichiatrica anche in assenza di Abuso/Dipendenza, per le svariate azioni sullo psichismo, che possono portare a modificazioni significative del quadro clinico, e per le interazioni con gli psicofarmaci, con la comparsa di effetti indesiderati o inusuali, o con l'inefficacia degli psicofarmaci stessi. Particolarmente importante appare la valutazione del consumo di alcol, considerata la diffusione ubiquitaria di questa sostanza.

Numerosi studi indagano sui problemi psichici antecedenti alla dipendenza, con le conclusioni più varie. Non è possibile oggi indicare un disturbo mentale o una condizione psichica come SPECIFICAMENTE associata allo sviluppo di un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS). Tutte le circostanze di sofferenza psichica, sia legate a situazioni fisiologiche quali l'adolescenza o l'invecchiamento, sia all'estremo apposto, a gravi quadri psicopatologici, possono portare all'uso di sostanze alla ricerca di un temporaneo sollievo, come "autocura". Ove queste situazione si protragga, l'uso di sostanze diviene un disturbo mentale a se stante, una dipendenza, che si automantiene, indipendentemente dalla causa scatenante. Quest'ultima può spontaneamente essere superata, oppure può cronicizzarsi per effetto delle sostanze stesse.

Da molti autori viene tuttavia sottolineata la particolare, anche se non esclusiva , importanza di situazioni traumatiche, blocchi emotivi, di tratti di personalità impulsivi o antisociali, disturbi dell'area fobica e affettiva.

Un esempio di queste situazioni è la Fobia Sociale (Tabella 1) (Lepine., Pelissolo, 1998; Perugi, 2001)

Tabella 1: Caratteristiche della Fobia Sociale

1. Paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali si è esposti al giudizio altrui. Si teme di comportarsi in maniera umiliante o imbarazzante.
 2. La situazione temuta provoca sempre ansia, anche nella forma dell'Attacco di panico.
 3. La fobia può essere specificata come GENERALIZZATA se include la maggior parte delle situazioni sociali (possibile diagnosi addizionale col Disturbo Evitante di Personalità) o
 4. La paura viene riconosciuta come assurda o irragionevole.
 5. Quanto sopra intereferisce con le abitudini personali e con il funzionamento sociale.
 6. Il quadro non è spiegabile con gli effetti di farmaci, droghe, alcol, o da un altro disturbo mentale (es. Personalità Schizoide).
-

L'effetto antifobico e di "lubrificante sociale" dell'alcol rendono questa sostanza particolarmente appetita dai soggetti colpiti da fobia sociale. In un primo tempo l'alcol è in effetti utile ad attenuare

In altri termini le sostanze possono attenuare problemi, ma anche causarli. Infatti nel DSM IV vi è una intera sezione dedicata ai problemi psichici causati dalle sostanze. Ne daremo alcuni esempi (Tabelle 2,3,4)

Tabella 2:Disturbi mentali indotti dall'uso di alcol

Delirium da Intossicazione ed Astinenza
Disturbo Psicotico indotto dall'alcol
Disturbo Umore indotto dall'alcol
Disturbo D'Ansia indotto dall'alcol
Disturbo Sessuale indotto dall'alcol
Disturbo Del sonno indotto dall'alcol
Disturbo Indotto dall'alcol N.A.S.

Tabella 3 : Disturbi mentali indotti dall' uso di cocaina

Delirium d'Intossicazione da Cocaina

Disturbo psicotico indotto da cocaina
Disturbo dell'umore indotto da cocaina
Disturbo d'ansia indotto da cocaina
Disfunzione sessuale indotta da cocaina,
Disturbo del Sonno indotto da Cocaina

Tabella 4: Disturbi mentali indotti dall'uso di oppiacei

Delirium da Intossicazione da Oppiacei
Disturbo psicotico indotto da oppiacei
Disturbo dell'Umore indotto da Oppiacei
Disfunzione sessuale indotta da Oppiacei
Disturbo del Sonno indotto da Oppiacei

I Disturbi indotti dall' Uso di sostanze diverse sono più o meno gli stessi: la differenza sta nella frequenza: infatti il Disturbo Psicotico da Cocaina è assai frequente, in forma di deliri strutturati a tematica persecutoria o grandiosa e costituiscono circa a 1/3 degli interventi per Sindromi dissociative negli Stati Uniti. Non vi sono dati italiani, ma non è difficile pensare che , se pur con numeri per ora minori, qualcosa del genere stia accadendo anche qui . Al contrario per l'alcol i sintomi legati all'uso sono prevalentemente di stampo ansioso e depressivo.

Caratteristica comune di tutti questi Disturbi legati all'Uso di Sostanze è la remissione dopo la eliminazione della sostanza. Se il disturbo procede oltre (termine indicativo sono le quattro settimane) è segno di qualcosa legato allo psichismo personale su cui è necessario intervenire specificamente.

DIAGNOSI

Come abbiamo già evidenziato, le sostanze possono mimare qualunque Disturbo Mentale. La diagnosi va posta a paziente astinente da almeno quattro settimane.

Le seguenti situazioni possono tuttavia fornire importanti indicazioni:

1. Presenza di sintomatologia psichica antecedente al Disturbo da Uso di Sostanze: la comparsa di Disturbi Mentali, o comunque di situazioni di grave difficoltà psicologica personale antecedenti all'uso di sostanze, o comunque in periodi di remissione dell'uso stesso devono farci portare

l'attenzione alla possibilità che un problema analogo ricompaia una volta che il paziente abbia raggiunto la astinenza. Vanno tenuti in particolare considerazione:

a) Problematiche incorse nell'infanzia, quali il Disturbo da deficit dell'attenzione/Iperattività, o il Disturbo della Condotta o ancora Maltrattamento o Abuso sessuale, o comunque ogni condizione che faccia pensare ad un problema psichico rilevante comparso nell'infanzia (es. Comportamento evitante, Mutismo selettivo).

b) Problematiche incorse nell'adulto, prima dell'uso di sostanze. Spesso non è facile definire questa situazione, in particolare per quanto riguarda sostanze di uso comune come l'alcol. A ciò si aggiunga che spesso per ignoranza o per compiacenza, specie nelle donne, neppure nella diagnosi di dimissione si parla di Dipendenza (o comunque una qualche perifrasi, quale "esotossicosi"), ma viene preferito porre diagnosi più socialmente accettate, tra le quali la più frequente è la depressione.

2. Comparsa di sintomi psichici durante periodi di astinenza: Anche in Questo caso non è sempre facile definire con precisione le situazioni. Sicuramente ci aiuta nella indagine anamnestica il fatto che il periodo di astinenza si svolga in situazione controllata, ad esempio durante un trattamento.

3. Familiarità per Disturbi Mentali: anche questo elemento deve farci portare attenzione alla possibilità dello sviluppo di un disturbo mentale una volta raggiunta l'astinenza, anche se con meno "pregnanza" dei due precedenti. E' dunque importante per tutti i pazienti ricostruire per quanto possibile l'albero genealogico psichiatrico, includendo la presenza di Disturbi da Uso di Sostanze.

STUDI DI COMORBILITÀ

Gli studi di comorbilità tra Disturbi da Uso di Sostanze ed altri Disturbi Mentali, risentono, come un po' tutti gli studi di questo tipo in campo psichiatrico di una notevole eterogeneità nei risultati (comorbilità variabile dal 10 al 100% nei diversi studi). Tale eterogeneità, è in parte imputabile alla relativa imprecisione dei criteri diagnostici. Tale imprecisione è particolarmente importante nei Disturbi di asse II (Disturbi di Personalità e Disturbi dello Sviluppo).

Vi sono inoltre spesso problemi legate al disegno sperimentale di cui è necessario tenere conto: non è infatti possibile confrontare risultati ottenuti con disegni sperimentali diversi.

Diamo un elenco dei principali errori riscontrabili nella letteratura specifica:

Studi trasversali vs longitudinali vs anamnestici: sono entità non confrontabili perché riguardano popolazioni diverse.

Popolazioni selezionate: Da un punto di vista epidemiologico questo è l'errore più diffuso: inficiare la prevalenza di un disturbo dalla prevalenza in un campione selezionato (es: Pazienti in trattamento, persone che si presentano spontaneamente, persone ricoverate per altre patologie). Ogni studio di popolazione ha regole e caratteristiche precise, che se non sono seguite rendono lo studio irrilevante scientificamente.

Diagnosi clinica vs testistica . La metodologia usata per porre la diagnosi può rendere dare forti variazioni nei risultati, rendendo anche in questo caso di fatto impossibile il confronto. I test di stato tradizionali non sono in grado da soli di formulare una diagnosi "categoriale", essendo nati come valutazione "dimensionale" sintomatologia (salvo adattamenti successivi). E' questo il caso ad es. dell' SCL 90, del D.S.I., degli STAI, dello Zung, dell'Hamilton. Sono tuttavia assai utili per monitorare la evoluzione dei pazienti. La diagnosi clinica a sua volta risente di una notevole variabilità inter-osservatore, per cui andrebbe condotta sempre dalla stessa persona, o quanto meno da un gruppo di persone che abbiano ricevuto uno specifico training.

Dal punto di vista epidemiologico una certa utilità hanno i test “lifetime”, che però nulla ci dicono sulla specifica situazione di un utente in un dato momento. Un notevole interesse stanno ricevendo un gruppo di test tarati specificamente per ottenere diagnosi secondo il DSM (es. SCIDT).

Tuttavia il fattore di variabilità più importante appare essere lo STATO ATTUALE DI INTOSSICAZIONE . Purtroppo spesso questo importante dato non viene neppure valutato, o valutato in maniera impropria.

Per capire l'importanza di questo fattore basti pensare come l'80 % di un campione di alcolisti ricoverati presenti dopo 24 ore punteggi patologici per depressione alla scala di Hamilton; nello stesso gruppo dopo quattro settimane punteggi patologici si riscontravano nel 12% dei casi (Brown, Schuckit, 1988).

E' evidente che per capire il significato dei sintomi depressivi in questi pazienti è fondamentale interpretare il rapporto con la intossicazione: i “veri” depressi, da trattare in quanto tali, sono verosimilmente da cercare nel 12% finale.

Gli studi campionari su popolazioni aperte sono gli unici che possono darci indicazioni sulla prevalenza di doppia diagnosi psichiatrica “reale” (ovviamente se condotti con metodica adeguata).

EPIDEMIOLOGIA

La presenza di un secondo (o più) Disturbo Mentale associato alla Dipendenza , e le implicazioni di tale condizioni nella clinica sono stati oggetto di numerosi studi, in particolare negli ultimi quindici anni.

Una rilevante quota di questi studi è strutturata in maniera semplicemente “osservazionale”: data una certa popolazione, veniva valutato clinicamente o con test cartacei la copresenza di alcoldipendenza e di altri problemi psichici Sono state così testate popolazioni “chiuse”, quali i soggetti afferenti ad un programma di trattamento per Dipendenze (Tomasson, Vaglum, 1996), o ad un reparto psichiatrico (Schmidt, 1995), o ancora appartenenti a popolazioni particolari, quali anziani (Blixen, McDougall, Suen, 1997), adolescenti (Bukstein, Brent, Kaminer, 1989), donne (Westreich e Coll., 1999), giovani adulti (Turner R.J., Gil A.G., 2000), Studi su popolazioni afferenti a programmi di trattamento sono stati condotti anche in Italia (Bianchi, e Coll., 1995; Degli Stefani., Cibin, 1996; Movalli e Coll., 1996).

Queste ricerche sono difficilmente confrontabili tra loro, sia per l'eterogeneità delle popolazioni analizzate, sia per la diversità dei modelli di studio.

Un esempio di quanto la scelta della popolazione testata possa influenzare i dati di comorbilità è costituita dalla ricerca condotta dal nostro gruppo su due Servizi di Alcolologia del Nord Est (Trieste e Dolo). Sono stati esaminati 641 pazienti in trattamento per Alcoldipendenza a Trieste, 192 a Dolo. Tutti i soggetti erano astinenti da almeno venticinque giorni; non presentavano differenze nelle caratteristiche sociodemografiche e di storia di malattia.

La diagnosi è stata posta secondo il DSM IV.

Tabella 5: Distribuzione delle diagnosi in Asse I e II

	TRIESTE	DOLO
ASSE I	105 (53.5%)	97 (74%) p< 0.03
ASSE 2 Disturbi di Personalità	92 (46.5%)	34 (27%) p< 0.05

La significativa differenza riscontrata nelle due popolazioni , è, a parere degli autori, riferibile alle caratteristiche dei Servizi e della popolazione afferente. In particolare il servizio di Trieste si configura come un servizio di I° livello, ad orientamento medico-sociale, mentre quello di Dolo ha un marcato orientamento psicologico-psichiatrico. Si rileva inoltre la presenza a Trieste di una assistenza psichiatrica diffusa e radicata nel territorio, che probabilmente “aggancia” più facilmente situazioni “intermedie”.

Ai fini del presente lavoro quello che interessa far notare è come una ricerca di questo tipo ci dia notizie sulla situazione dei due Servizi, ma non abbia possa fornire alcun dato rispetto alla reale prevalenza di disturbi mentali tra gli alcolisti.

Analoghi problemi presenta lo studio illustrato in tabella 6.

Tabella 6: Comorbilità psichiatrica nella dipendenza da Cocaina (N. 298) * (14)

	Attuale	Lifetime
Totale	84%	100% (com molte diagnosi multiple)
Affettività Totali	44.3	60.7
Prev. Depressivi	33	
Prev bipolari o maniacali	11.3	
Ansia	15.8	20.8

Schizofrenici	0.30.3	1.3
Alcolismo	30	61.7
Personalità Antisociale	7.7	7.7
Disturbi dell'infanzia	---	35
Gioco patologico	2.3	14.8
Comportamenti suicidari	----	22.5

*Soggetti in trattamento

Analogamente il 70-90% circa delle persone con Dipendenza da Oppioidi in trattamento ha una diagnosi psichiatrica aggiuntiva; le più comuni sono i Disturbi Depressivi Maggiori, Abuso o Dipendenza da Alcol, Disturbi d'Ansia e Disturbo Antisociale di Personalità.

Uno studio condotto recentemente su un campione significativo di popolazione ha rilevato quanto riportato in tabella 8 (Rounsaville e Coll., 1991) confermando attraverso una indagine epidemiologicamente valida la elevata prevalenza “lifetime” di altri disturbi mentali associati all'alcolismo, almeno per quanto riguarda l'asse 1.

Tabella 7: Concorrenza “lifetime” della Dipendenza Alcolica con altri disturbi psichiatrici (Kessler e Coll. 1997)

	Maschi%	Femmine%
Disturbi D'Ansia	35.8	60.7
Disturbi Affettivi	28.1	53.5
Disturbi da Uso di Sostanze	40.6	47.1
Disturbi della Condotta	41.	22.8

Nello studio si rileva una elevata prevalenza di Disturbi da Uso di Sostanze, che in tutto il campione sono la categoria più rappresentata. Le donne sono più rappresentate in quasi tutte le categorie diagnostiche, dato confermato da numerosi altri studi .

Tra i Disturbi d'Ansia il più rappresentato è la Fobia Sociale, seguito da altri quadri della sfera fobica e dal Disturbo Posttraumatico da Stress. Tra i Disturbi affettivi, di gran lunga più frequente la depressione rispetto ad aspetti maniacali o bipolari.

Nei maschi la categoria diagnostica più diffusa è quella dei Disturbi della Condotta .

COMORBILITÀ NELLA PRATICA CLINICA

Gli studi sinora riportati vogliono essere solo esemplificativi di una vasta messe di studi analoghi reperibili nella letteratura scientifica. Essi se hanno una utilità nella comprensione della diffusione del fenomeno e della suo "peso" nei programmi di trattamento, sono invece di scarso aiuto rispetto ai singoli disturbi, al loro decorso, al loro intersecarsi con il disturbo da Uso di sostanze, alle modificazioni nel quadro clinico, nel trattamento e nella prognosi. Una serie di studi successivi ha dunque cercato di entrare più nello specifico, esaminando le variabili indicate.

In questa linea segnaliamo indagini sulla associazione tra alcolismo, altri Disturbi da Uso di Sostanze e schizofrenia (Kessler e Coll., 1997), Disturbi d'ansia (Dixon, 1999), Disturbi di personalità (Schuckit, Hesselbock, 1994; Links e Coll., 1995.), depressione (Perugi, 2001, Hinnenthal e Coll, 200; Grant, Harford, 1995), Disturbi dell'Alimentazione (Roy, 1996; Wiseman e Coll., 1999; Gentile e Coll., 1998; Schuckit e Coll., 1997), comportamento suicidario (Cornelius e Coll., (1996), fobia sociale (Lepine., Pelissolo, 1998; Perugi, 2001).

Un argomento di grande attualità è la coesistenza di Disturbi da Dipendenza, Gioco d'Azzardo patologico ed altri Disturbi Mentali (Cibin e Coll., 2000). In una ricerca condotta dal nostro gruppo utilizzando il South Oaks Gambling Screen (SOGS) si è rilevato come il 29,2% degli Alcolisti ed il 53,8% dei TD afferenti ad un programma di trattamento presentavano problematicità rispetto al gioco d'azzardo. Si rilevava inoltre che gli alcolisti con Gioco d'azzardo Problematico presentavano punteggi significativamente superiori alle scale Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità interpersonale, Ansia, Ostilità e Psicoticismo dell'SCL-90 (Peron e Coll., in pubblicazione).

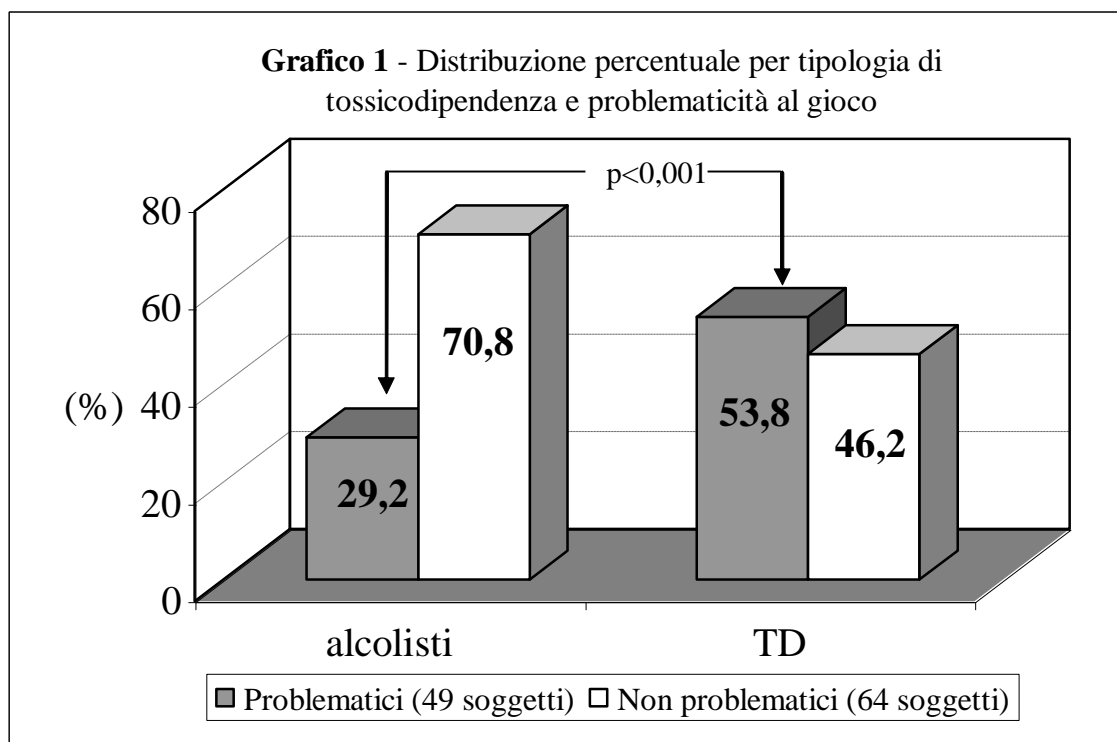


Tabella 8 - Medie dei punteggi ottenuti all'SCL90

Disturbo	Alcolisti		TD	
	Problematicità		Problematicità	
	Si	no	si	no
Somatizzazione	1,4*	0,8	1,1	0,9
Ossessivo compulsivo	1,7*	1,1	1,3	1,3
Sensibilità interpersonale	1,1*	0,7	1,2	1,0
Depressione	1,4	1,0	1,4	1,0
Ansietà	1,4*	0,9	1,2	1,0
Ostilità	1,0*	0,6	1,2	0,8
Fobia	0,6	0,4	0,6	0,5
Psicoticismo	1,0*	0,5	0,9	0,7
Ideazione paranoie	1,0	0,8	1,4	1,1
Disturbi del sonno	1,6	1,2	1,6	1,4

* $p < 0,05$ vs. *i non problematici*

Numerosi Autori sottolineano come la associazione di una dipendenza con un altro Disturbo Mentale non rappresenti solo una somma di situazioni indioendenti, ma cri una «terza» condizione con caratteristiche diverse. Tuttavia non sono molti gli studi che hanno approfondito questo concetto, traducendolo in indicazioni pratiche, Un esmpio delle modificazioni indotte dalle sostanze sul decorso di un disturbo mentale è riportato nella tabella 9.

Tabella 9: Impatto dell'alcool e delle droghe di abuso su disturbi bipolari (Minkoff, Drake, 1991)

1. Modificazioni del decorso

- Età più giovane di inizio
- Ciclo più corto dovuto alla riduzione del “periodo di latenza” tra i due episodi
- Numero totale episodi aumentato
- Persistenza dei sintomi negli intervalli.
- Tasso più elevato di sintomi depressivi
- Alta frequenza di cicli rapidi, misti e sottotipi bisforici
- Aumento dell'imprevedibilità e velocità del decorso

2. Esito o risultato della malattia

- Aumento Cronicità
- Aumento Invalidità
- Aumento Mortalità

Tutte le classificazioni attuali sono CATEGORIALI, cioè definiscono la presenza di un disturbo mentale sulla base del raggiungimento di un certo cut/off. Danno dunque una rappresentazione di tipo tutto/niente.

Nella pratica clinica è importante valorizzare aspetti DIMENSIONALI, cioè aspetti di sofferenza psichica che non costituiscono una vera e propria diagnosi ma che sono importanti per la comprensione del paziente. L'introduzione della Dimensionalità permette di superare una certa eccessiva staticità propria dei sistemi categoriali, e di introdurre nelle vicende cliniche "il movimento", la "dinamica" degli eventi.

Esemplifichiamo questa situazione con un Caso clinico.

Giovane donna, con diagnosi di Dipendenza da Alcol.

La paziente presenta periodicamente periodi di eccitamento non sufficientemente gravi per configurare una diagnosi di disturbo affettivo. Dopo circa una settimana dall'inizio della situazione sub-eccitata, la paziente ricade nell'uso dell'alcol. Questa situazione si ripete tre-quattro volte l'anno.

Da un punto di vista categoriale la signora presenta solo una diagnosi di Dipendenza da Alcol. Tuttavia la valorizzazione di una condizione ipomaniacale sottosoglia e della relazione di questa con la ricaduta è fondamentale per poter intervenire sulla ricaduta stessa.

TRATTAMENTO

I modelli di trattamento per i pazienti alcolisti con doppia diagnosi psichiatrica sono tre: sequenziale, parallelo ed integrato. I modelli sequenziale e parallelo differiscono per la sequenza temporale dell'intervento, ma sono assai simili per l'impostazione di fondo: un terapeuta, od uno staff terapeutico, si occupa del Disturbo da Uso di Sostanze, un altro del disturbo mentale tradizionale. Questi modelli, pur essendo di fatto ancor oggi i più applicati, e non solo in Italia, si sono dimostrati essere insoddisfacenti in termini di ritenzione in trattamento, aderenza al trattamento, efficacia (Moggi e Coll., 1999). Le principali difficoltà risiedono nella scarsa comunicazione tra gruppi di lavoro con impostazione, cultura, pratica clinica quotidiana differente.

Il modello integrato prevede come base organizzativa l'intervento del medesimo terapeuta e del medesimo staff, in un unico setting, su tutti i disturbi mentali, siano essi "addittivi" che "tradizionali". È importante l'attenzione alle influenze che possono avere i vari disturbi reciprocamente, presentando quadri clinici atipici. Sono necessari inoltre alcuni accorgimenti pratici, quali la necessità di una assistenza più intensiva e contenitiva, di informazioni e counseling rispetto all'uso di sostanze, ai problemi connessi al disturbo mentale associato, agli effetti delle sostanze sui sintomi psichici. Si porterà attenzione ai problemi di compliance e drop-out indotti dall'uso di sostanze.

È inoltre necessario che lo staff abbia uno specifico training, e sviluppi una buona coesione attorno ai concetti illustrati; che vengano introdotti elementi di valutazione e counseling motivazionale e di terapia di gruppo, sia con gruppi "istituzionali" sia con gruppi di autoaiuto.

È infine necessario disporre della possibilità di ricovero in ambiente psichiatrico, o in appositi centri per la doppia diagnosi, e di "strutture intermedie" quali centri diurni, halfway-hause, comunità terapeutiche, strutturati sul modello illustrato (Ho, e Coll., 1999; Katz, 1999, Pani e Coll., 1997).

Il "Centro Diurno Alcolisti" di Dolo (Az.U.L.S.S. 13) costituisce un esempio di quanto illustrato.

Tale programma accoglie alcolodipendenti con doppia diagnosi psichiatrica e con disagio socio-economico grave; esso offre un approccio globale, sia in risposta ai problemi alcolcorrelati, che, più in generale, alle difficoltà psico-sociali caratteristiche di questo sottogruppo di utenti (Segantin e Coll., 2000).

Data la gravità dei casi trattati il programma ha carattere di semiresidenzialità e una durata di almeno un anno.

Il trattamento, preceduto da una fase di valutazione e da un'eventuale disintossicazione, comprende:

- permanenza in sede per cinque mattine alla settimana, compreso il pranzo;
- attività riabilitative e ricreative, coordinate da un educatore –animatore;
- partecipazione ad un gruppo di discussione settimanale della durata di 90 minuti, condotto dall'assistente sociale,
- assistenza medica e psichiatrica, assunzione di eventuali terapie farmacologiche ;
- interventi di assistenza sociale.
- Sono stati inoltre particolarmente curati i seguenti aspetti:
- il collegamento con i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per visitare e cure specialistiche (ad es. necessità di cure odontoiatriche o trattamenti fisioterapici, problemi di alimentazione, ecc.),
- il collegamento con i servizi sociali per prestazioni assistenziali (assistenza domiciliare finalizzata al sostegno e allo sviluppo dell'autonomia, accompagnamento, assistenza economica, inserimenti lavorativi, ecc.).

Inoltre molto impegno è dedicato, soprattutto da assistente sociale ed educatore, al miglioramento delle relazioni familiari e sociali, attraverso interventi di rete.

Tabella 10: Adesione al programma a 1,6 e 12 mesi

1 mese	6 mesi	12 mesi
34 (94.5%)	28 (77.5%)	22 (61%)

L'obiettivo di favorire la permanenza in trattamento di pazienti particolarmente "difficili" sembra raggiunto: la percentuale cumulativa di drop-out è leggermente superiore a quella generale degli utenti del Servizio.

Mancano dati relativi a gruppi di utenti con doppia diagnosi e disagio socio economico trattati con metodiche "tradizionale"; a tali utenti viene comunemente riconosciuta una prognosi poco favorevole.

Ulteriori studi, che coinvolgano un numero maggiore di utenti sono tuttavia necessari per confermare quanto evidenziato, e per individuare nella metodica descritta gli elementi a più alta valenza terapeutica.

L'applicazione nella pratica clinica dell'approccio integrato ha prodotto:

- il miglioramento dell'efficacia del trattamento di questi pazienti, documentato da un consistente numero di report (Mojtabai e Coll, 2002; Moggi e Coll, 1999; Ho e Coll, 1999; Katz, 1999; Pani e Coll, 1997)
- l'introduzione di tecniche proprie della psichiatria tradizionale nel campo delle Dipendenze, ma ancor di più l'integrazione nel trattamento dei disturbi comorbili, e, recentemente, anche nella pratica psichiatrica "ordinaria", di concetti propri della clinica del Disturbi da Uso di Sostanze quali la partecipazione "attiva" al trattamento (Velasquez e Coll., 1999), la motivazione al cambiamento (Cibin e Coll., 2001; Barra e Coll., 1992) , l'autoaiuto ed i gruppi multifamiliari (Pristach, Smith, 1999 Cibin e Coll.,1999), la prevenzione della ricaduta nella sua accezione psicobiologica (Ministero della Sanità, 2001; Cornelius e Coll., 1999);
- lo studio di farmaci particolarmente adatti, per caratteristiche farmacodinamiche o farmacocinetiche, all'intervento su questi disturbi, quali il buspirone e alcuni antidepressivi serotoninergici (Angelone e Coll., 1998; Brady e Coll., 1995; , Pettinati e Coll., 2001). L'uso degli S.S.R.I. è indicato nella depressione associata all'alcolismo: si tratta in questo caso degli antidepressivi "di scelta" per le scarse interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche con l'etanolo, e per i minori effetti collaterali (è nota la tendenza di questi pazienti alla scarsa compliance, specie in presenza di effetti indesiderati). Non sono stati invece confermate le ipotesi di un effetto degli SSRI sul consumo alcolico. Gli SSRI se sospesi bruscamente possono

dare una “sindrome da sospensione” che può essere confusa con un Disturbo da Astinenza. Il buspirone (Kranzel e Coll., 1994) presenterebbe minor rischio di abuso acuto e cronico e di dipendenza rispetto alle benzodiazepine.

- la introduzione di modificazioni negli interventi di supporto, “adattandoli” alle caratteristiche di questi pazienti. Ad esempio in situazioni caratterizzate da “rigidità” psicologica o da sintomatologia psichiatrica grave può tornare utile un atteggiamento assertivo, che intervenga in maniera “forte” sulle necessità del paziente, dunque un approccio comportamentale e psicoeducazionale. Al contrario, ove la situazione psicopatologica non comporti una diminuzione della “responsabilità” del paziente, assai utili possono essere tecniche di “accompagnamento e supporto”, di counseling motivazionale, di “sblocco emotivo”. (Trogu, 1999; Brown , e Coll., 1997).

CONCLUSIONI

E’ fuor di dubbio che la presenza di uno o più Disturbi Mentali diversi dal Disturbo da Uso di Sostanze stesso sia uno dei fattori prognostici più importanti nel trattamento della Dipendenza .

Volutamente in questo capitolo non si è trattato del problema dei familiari, che comunque, ricordiamo, va in parallelo a quello dei pazienti.

All’estero molto più numerose appaiono le proposte rispetto al problema oggetto del presente lavoro, proposte spesso confortate da consistenti evidenze scientifiche. La diffusione di centri specializzati per utenti con “doppia diagnosi” ha permesso di costruire un know-how consistente in un campo ove la pratica clinica si intreccia con interventi non professionali da un lato (autoaiuto), con importanti conoscenze biologiche, genetiche, farmacoterapiche dall’altro. E’ infatti accertato che questi pazienti necessitano di interventi più complessi in termini professionali, più variegati e contenitivi in termini “ambientali”. In altre parole necessitano di personale medico, psicologico, infermieristico, sociale, educativo capace di cogliere e gestire i molteplici e mutevoli aspetti di problemi complessi. Particolarmente urgente appare la necessità di garantire la disponibilità di personale medico con competenze psichiatriche in tutte le situazioni in cui si trattino Disturbi da Uso di Sostanze.

E’ necessario inoltre fornire la possibilità di trattamenti residenziale, ospedalieri o comunitari, e di “strutture intermedie” (centri diurni, programmi serali o “del week-end”) con programmi adatti alle specifiche situazioni (Cibin e Coll., 2001).

Quanto detto potrà realizzarsi a patto che i professionisti che si occupano di sostanze e salute mentale abbiano gli strumenti culturali per affrontare i problemi delineati, partendo dalla comune radice di operatori del mentale. L’esigenza di una formazione specifica, scientificamente fondata, tecnicamente competente è indilazionabile.

BIBLIOGRAFIA

- Angelone S.M., Bellini L., Di Bella D., Catalano M., (1998), Effects of fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of Italian detoxified alcoholics. *Alcohol Alcohol* 33, 2, 151-6.
- Barra S., Franceschi S., Maccioni A., Bidoli E., (1992), Characteristics of alcoholics attending "Alcoholics in treatment" clubs in northeastern Italy. *Eur J Epidemiol* 8, 4, :527-531.
- Bianchi A., Bellincioni V., Cappellini M., e Coll., (1995), Alcohol addiction and psychiatric comorbidity: assessment, treatment and outcome in a sample of patients at a psychiatric department. *Alcologia*, 7, 3, 225- 231,.
- Blixen C.E., McDougall G.J., Suen L.J., (1997), Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital. *Int J Geriatr Psychiatry* 12,3, 307-313.
- Brady K.,T., Sonne S.C., Roberts J.M., (1995), Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *J Clin Psychiatry*. 56, 11, 502-5,.
- Brown R.A., Evans D.M., Miller I.W. , E Coll. (1997), Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 65, 5, 715-26.
- Brown S.A., Schuckit M.A., (1988), Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 49,5,412-417.
- Bukstein O.G., Brent D.A., Kaminer Y., (1989), Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 146, 1131-1141.
- Cibin M. , Marin G., Pedroni F. , Bozzola P., Guelfi G.P. (2001), I programmi residenziali nel trattamento integrato dell' alcolismo. in "L' alcologia nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale" a cura di Mauro Cibin, Marco Mazzi , Lorenzo Rampazzo, Giovanni Serpelloni. Ministero della Sanità- Regione del Veneto, Venezia, pp. 279-89.
- Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V., (2001), Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico *Bollettino Farmacodipendenze ede Alcolismo*, ANNO XXIV, n°. 1
- Cibin M., Hinnenthal I., Zavan V., (2001), Prevenzione della ricaduta, Motivazione e Sofferenza Psicica. *Alcologia* (ed. Italiana) 12, 2, 168-172.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M. , Manzato E., Zavan V., (1999), Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali" in " L' Alcologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale." Ministero della Sanità – Regione del Veneto, Venezia, 2001, pp.239-49
- Cibin M., Zavan V., Zampieri N., (2000),Gioco d'Azzardo Patologico (GAP): Storia Naturale e Possibilità di Intervento, *Alcologia* (ed. Italiana), 12, 163-70. www.dfc.unifi.it/SIA/
- Cornelius J.R., Salloum I.M., Haskett R.F., Ehler J.G., Jarrett P.J., Thase M.E., Perel J.M., (1999), Fluoxetine versus placebo for the marijuana use of depressed alcoholics. *Addict Behav.* 24, 1, 111-4.
- Cornelius J.R., Salloum I.M., Day N.L., e Coll., (1996), Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*, 20, 1451-1455.
- Degli Stefani M., Cibin M., (1996), Quando l'alcol da alla testa , *Medicina delle Tossicodipendenze*, 4, 2-3, 58-65,.
- Dixon L., (1999) Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res*, 1;35 Suppl, S93- 400.
- Gentile N., Cibin M., Forza G, Luciani E., (1998), Quando l'abuso di sostanze convive con i Disturbi Alimentari, *Medicina delle Tossicodipendenze*, 6, 3, 12 – 14,
- Grant, B.F., and Harford, T.C., (1995), Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey. *Drug Alcohol Depend* 39,197-206,.
- Guelfi G.P., Orlandini D., Cibin M, (2000), Sofferenza Psicologica ed "Addictive Personality", in *Libro Italiano di Alcologia*, S.E.E. Editore, Firenze.
- Hinnenthal I. , Schmidt R., Munizza C., Falkai P., (2001), Alcol e personalità: il problema "borderline", in "L'alcologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina generale", a Cura di

Mauro Cibir, Marco Mazzi, Lorenzo Rampazzo, Giovanni Serpelloni, Ministero della Sanità-Regione del Veneto, Venezia,

Ho A.P., Tsuang JW; Liberman RP., e Coll. (1999), Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry* 156, 11,1765-70.
http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/bull2001.htm

Katz RI., (1999), The Addiction Treatment Unit: a dual diagnosis program at the California Medical Facility: a descriptive report. *J Psychoactive Drugs* 31, 1,41-6.

Kessler R.C., Crum R.M., Warber L.A. e Coll., (1997), Lifetime co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with other Psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 313-321.

Kranzel H.R., Burleson J.A., Del Boca F.K. e Coll., (1994), Buspirone treatment of anxious alcoholics: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 731.

Lepine J.P., Pelissolo A., (1998), Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord* 50 Suppl 1,323-328.

Links P.S., Heslegrave R.J., Mitton JE. E Coll., (1995), Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Can J Psychiatry* , 40,1, 9-14.

Minkoff K, Drake R.E. eds. (1991), *Dual Diagnosis of major Mental Illness and Substance Use Disorders*. New directions for Mental Health Services Jossey-Bass inc. , San Francisco.

Moggi F., Ouimette P.C., Finney J.W., Moos R.H., (1999), Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *J Stud Alcohol*, 60. 6, 856-66,

Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D., (2002), Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders.*Arch Gen Psychiatry*. 59, 77-84.

Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A. , Maffei C., (1996), Personality Disorders (DSM-III-R, DSM IV): prevalence in Alcoholics and influence on drop-out from treatment. *Alcologia*, 8,1, 47-52,

Pani P.P., Trogu E., Contu P., Agus A., Gessa G.L., (1997), Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. *Drug Alcohol Depend.* 48, 2, 119-26.

Peron C., Cibir M., Baldo V., Cristofolletti M., Suardi L., Trivello L., Zampieri N., Cima L. Indagine epidemiologica sulle relazioni tra gioco d'azzardo patologico (Gap), alcolismo e tossicodipendenza, ADD, in pubblicazione.

Perugi G., (2001), *Oltre la timidezza: la fobia sociale*. Carocci Ed., Roma,

Pettinati HM, Volpicelli JR, Luck G, Kranzler HR, Rukstalis MR, Cnaan A., (2001), Double-blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence.*J Clin Psychopharmacol.* 21, 2, 143-53.

Pristach C.A., Smith C.M., (1999), Attitudes towards Alcoholics Anonymous by dually diagnosed psychiatric inpatients. *J Addict Dis* 18, 3, 69-76.

Rounsaville B.J., Anton S.F., Carroll K., e Coll.,(1991), Psychiatric diagnoses in treatment seeking cocaine abusers *Arch Gen Psychiatry* 48, 45,.

Roy A., (1996), Aetiology of secondary depression in male alcoholics. *Br J Psychiatry* 169, 6, 753-757.

Schmidt L.A., (1995), The role of problem drinking in psychiatric admissions. *Addiction* 90, 3, 375-89.

Schuckit M.A., HesselbockV., (1994), Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *Am J Psychiatry*, 151, 1131-1141.

Schuckit M.A., Tipp J.E., Antrhtherneli R.M. e Coll., (1997), Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa in Alcohol dependent Men and Women and their relatives. *Am J Psychiatry* , 153, 1, 74-82,

Segantin C., Muffato I., Zavan V., Cibir M., (2000), Un programma diurno per alcolodipendenti con problematiche complesse, in M.Cibir, D. Orlandini, L. Rampazzo (a cura di), "Alcologia, Prevenzione, Progettualità Regionale", Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Padova, pp. 239-250.

Tomasson K., Vaglum P.,(1996), Psychopathology and alcohol consumption among treatment seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction* , 81, 7, 1019-30,.

Trogu, M., (1999), Il counseling nei soggetti con Doppia diagnosi psichiatrica. Intervento al “III Convegno Nazionale sul Metadone ed Altre Terapie sostitutive”, Pietrasanta LU.

Turner R.J., Gil A.G., (2000), .Psychiatric and substance use disorders in South Florida: racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort. *Arch Gen Psychiatry* 59. 1, 43-50.

Velasquez M.M., Carbonari J.P., DiClemente C.C., (1999), Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addict Behav* 24, 4, 481-96.

Westreich L., Guedj P., Galanter M. e Coll., (1999), Differences between men and women in dual-diagnosis treatment. *Am J Addict* 6, 4, 311-7.

Wiseman C.V., Sunday S.R., Halligan P., e Coll., (1999), Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Compr Psychiatry* 40,5, 332-6.

CORRELAZIONE FRA DISTURBI PSICHICI ED ABUSO DI PSICOSTIMOLANTI ED ALLUCINOGENI

§ **Angelo Cimillo**, ⊗ **Luca Veronesi**

§ Dirigente Medico di Psichiatria con Incarico Professionale ad Alta Specializzazione sulla “Doppia Diagnosi”, AUSL Rimini

⊗ Dirigente Medico di Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale AUSL Rimini

INTRODUZIONE

Attualmente il problema della “Doppia Diagnosi” investe l’intero sistema istituzionale sanitario e sociale come fenomeno di ampia portata e di difficile soluzione. Riguarda tutti gli strati sociali della popolazione e, se includiamo l’alcoldipendenza e l’insieme delle “Dipendenze Patologiche”, rispecchia tutte le classi d’età dell’intera popolazione dai 15 ai 70 anni e oltre.

Intendiamo, comunque, per “Doppia Diagnosi” la comorbilità di patologie psichiatriche in soggetti affetti da “Dipendenze Patologiche” di entità medio-grave e viceversa. Per alcuni Autori il concetto di “Doppia Diagnosi” viene limitato ai casi gravi (per intensità e durata) di abuso di sostanze psicoattive cosiddette “pesanti” (ad es. tipo eroina, oppiacei, cocaina, allucinogeni, ecc.) che presentano una psicopatologia di base di grave entità (ad es. psicosi croniche produttive, bipolari, schizo-affettive, depressioni maggiori, gravi disturbi di personalità, ecc.). Per altri Autori tale concetto va esteso ai soggetti che, pur presentando problemi psichiatrici di entità medio-grave, evidenziano una grave dipendenza da altre sostanze (tipo alcol, amfetamine, barbiturici, “designer drugs”, disturbi del comportamento alimentare, ecc.), ponendo l’accento più che sulla tipologia e sull’entità della dipendenza, sulle dinamiche e sui processi psicopatologici che la sottendono.

Tale distinzione non appare sostanziale, ma risulta comunque utile per un approccio metodologico clinico (diagnostico e terapeutico) del problema. Va inoltre considerato che, per la natura specifica e complessa del problema, l’approccio deve essere integrato tra Servizi Pubblici e Privato Sociale e non deve essere limitato alla presa in carico di un solo Servizio (nello specifico Dipartimento di Salute Mentale o SerT.) o di entrambi i Servizi in modo integrato, ma è fondamentale una stretta collaborazione tra questi ultimi, i Servizi Territoriali: Materno-Infantile, Consultori Familiari, Comunità Terapeutiche, Cooperative di lavoro, ecc. e Reparti Ospedalieri quali Psichiatria, Infettivologia, Medicina Interna, Endocrinologia, Medicina di Laboratorio, Medicina d’Urgenza, ecc.. Nasce proprio da questo tipo di integrazione socio-sanitaria la possibilità di formulare progetti terapeutici più efficaci e validi che possono condurre a risultati meno frustranti e più interessanti.

I pazienti che abusano di sostanze psicoattive sono spesso difficili da individuare e da valutare, in quanto non sono facilmente classificabili in specifiche categorie, quasi sempre sottostimano la quantità di sostanza utilizzata, tendono a negarne l’abuso, hanno spesso atteggiamenti manipolativi e generalmente temono le conseguenze che potrebbero derivare dal fatto che il loro problema venga alla luce.

Spesso l’abuso di sostanze coesiste con altri problemi psichiatrici, come i disturbi psicotici, depressivi o ansiosi. Tali condizioni, tuttavia, sono difficili da valutare con correttezza in presenza di abuso di sostanze in atto, che a sua volta è causa di vari sintomi. L’abuso di sostanze è spesso associato a disturbi di personalità, ad esempio disturbo antisociale, borderline, narcisistico di personalità.

Gli individui depressi, ansiosi o psicotici possono assumere autonomamente sostanze prescritte o non prescritte dal loro medico curante, come tentativo di autoterapia.

I disturbi indotti da sostanze dovrebbero essere sempre presi in considerazione nella valutazione della depressione, dell’ansia o delle psicosi.

Nello specifico, l'abuso di allucinogeni e di sostanze psicostimolanti possono causare sindromi cliniche con allucinazioni e/o deliri, identici dal punto di vista sintomatico ad una psicosi schizofrenica acuta (modello dopaminergico della schizofrenia).

La letteratura scientifica recente non ha ancora dimostrato con certezza una correlazione di interdipendenza tra i disturbi psichiatrici e l'abuso di oppioidi, anzi sembra vero il contrario, cioè che soggetti portatori di disturbi psichiatrici traggano beneficio da autosomministrazione di oppiacei nell'attenuare o compensare la sintomatologia psicotica.

Riguardo alle sostanze psicostimolanti e allucinogene, la ricerca attuale ha dimostrato la gravità degli effetti dannosi sul sistema nervoso centrale e su quello cardio-respiratorio, sia in fase di intossicazione acuta che cronica, ed anche nelle fasi astinenziali. Esse inducono, sotto l'aspetto clinico:

- induzioni di sindromi psicotiche produttive (deliri paranoidei, allucinazioni acustiche e visive, ansia somatoforme con sintomi fobici ed attacchi di panico);
- disturbi del comportamento (agitazione psicomotoria, irritabilità, ipercinesia...);
- disturbi del tono dell'umore (depressione mono o bipolare, ideazione suicidiaria con passaggio all'atto, disforia, ecc.);
- disturbi della volontà (apatia, blocco psicomotorio, ecc.) specie nelle fasi di astinenza di lunga durata;
- disturbi dell'affettività e appiattimento del senso etico;
- disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria.

Ci sembra utile, quindi, ricordare gli effetti psicopatologici ed organici specifici delle sostanze allucinogene e psicostimolanti, sottolineando che l'incidenza e la gravità di tali effetti dipendono: dalle proprietà intrinseche della sostanza, dalla quantità che se ne assume, dal tempo di esposizione ad essa (periodo di tossicodipendenza) e dalla vulnerabilità individuale del soggetto che la assume.

ALLUCINOGENI

Le principali sostanze allucinogene sono:

- dietilamide dell'acido lisergico (LSD);
- psilocibina (da alcuni funghi);
- mescalina (cactus peyote);
- armina e armalina;
- ibogaina;
- amfetamine sostituite, ad es. MDMA, MDEA, MMDA, TMA, ecc., classificate comunemente tra le amfetamine.

Le statistiche rilevano che il 10% circa degli Americani ha fatto uso di allucinogeni.

Gli allucinogeni sono assunti per via orale o fumati; di solito vengono usati sporadicamente a causa della comparsa di tolleranza. Agiscono come simpaticomimetici e causano ipertensione, tachicardia, ipertermia e midriasi. Gli effetti psicologici variano da lievi alterazioni della percezione ad allucinazioni franche. Nella fase di post-assunzione ci troviamo di fronte ad una esperienza dolorosa di alterazione della percezione, successiva a cessazione dell'uso di un allucinogeno (un flashback, ad es.). Gli allucinogeni sono spesso contaminati da sostanze ad azione anticolinergica.

La fase di **intossicazione acuta** da allucinogeni presenta:

- alterazioni della percezione (depersonalizzazione, illusioni, allucinazioni);
- ansia, con reazioni di panico ("bad-trip"), e disturbi del comportamento (agitazione psicomotoria, iperattività, ecc.);
- midriasi, tachicardia, sudorazione, annebbiamento visivo, tremori ed incoordinazione motoria;
- depressione, idee di riferimento, ideazione paranoide.

Nei cosiddetti “bad-trips” il soggetto sviluppa la convinzione che il disturbo percettivo sia reale, ha la sensazione di impazzire, di avere un danno cerebrale e che non potrà mai guarire.

In pazienti particolarmente vulnerabili talvolta si sviluppano psicosi irreversibili e sindromi deliranti organiche con disturbi organici dell’umore (depressione).

Il **trattamento** consiste nel rassicurare il soggetto, nel farlo assistere da persone amiche o di fiducia. Se il livello di ansia è elevato, si possono utilizzare benzodiazepine. Se il paziente manifesta sintomi psicotici o è agitato, sono utili antipsicotici ad elevata potenza (aloperidolo, flufenazina, tiotixene). Può essere necessario utilizzare mezzi di contenzione fisica.

COCAINA

La cocaina era conosciuta già dagli Incas nel 1×500, all’epoca della colonizzazione spagnola dell’America Latina, ed era estratta da una pianta (Erithroxylon Coca).

E’ l’alcaloide più importante contenuto nelle foglie di coca ed è stato isolato nel 1844 e può essere preparato anche chimicamente in laboratorio. Si presenta sotto forma di prismi bianchi (in gergo “la neve”).

Al pari degli oppiacei (morfina, eroina, buprenorfina) è un potente **analgesico** ed era (ed è) usato in chirurgia operatoria, in oncologia e nelle forme di dolore più gravi e resistenti ai farmaci antidolorifici. Ha una potente azione sul sistema nervoso centrale.

Per quanto riguarda gli effetti fisici e psichici, si possono distinguere due fasi:

I fase: euforia, atteggiamento ipomaniacale, caratterizzato da logorrea, vivacità affettiva ed ideativa, rapidità dei nessi associativi, alterazione delle percezioni che diventano più vivide ed espressive, sensazione di facile tollerabilità alla stanchezza.

II fase: si verifica al termine dell’effetto della cocaina e presenta **ansia** non controllabile, **agitazione psicomotoria**, tendenza alle **ideazioni deliranti**, **sintomi allucinatori**, profonda **astenia** e senso di stanchezza e spossatezza fisica, **depressione**, ecc., che configurano la sindrome astinenziale da cocaina e da amfetamine.

La grave intossicazione da cocaina può portare a **morte** per fibrillazione cardiaca o paralisi dei centri bulbari, ed in taluni casi indurre vere e proprie **psicosi**.

PSICOSTIMOLANTI

Gli psicostimolanti (amfetamina e sostanze amfetaminosimili) vengono di solito assunte per via orale; causano il rilascio di dopamina e hanno potenti effetti anoressizzanti. Possono anche essere aspirate o iniettate. Le sindromi cliniche delle amfetamine sono simili a quelle indotte dalla cocaina. L’assunzione degli psicostimolanti per os produce un’euforia meno rapida ed una minore dipendenza rispetto a quelle assunte per via endovenosa.

Tra gli **effetti collaterali**, nella fase di intossicazione acuta, causano agitazione, ansia, logorrea, ideazione paranoide, aggressività, grandiosità, iperattività ed altri sintomi ipomaniacali.

ECSTASY (Metilen-Diossi-MetAmfetamina) (MDMA)

È stata sintetizzata nel 1898 dal chimico tedesco Fritz Haber ed è il prototipo di un gruppo di amfetamine e fa parte delle “**droghe ricreative**” in voga tra i giovani. Nelle discoteche e nei cosiddetti “rave parties” gli effetti dell’ecstasy vengono esaltati dall’intensa stimolazione sensoriale prodotta dalla musica ritmata e dalle luci psichedeliche, per cui la frequenza delle discoteche e la preferenza per la “house-techno-music” predispongono fortemente all’uso di ecstasy tra gli adolescenti.

Essendo una amfetamino-simile è di elevata potenza e di basso costo e produce inizialmente **effetti gradevoli**. Nella fase di intossicazione acuta sono molto frequenti effetti **allucinogeni**.

E' assunta per via orale (e non intravenosa) e i consumatori di ecstasy non si riconoscono come tossicodipendenti, anche se riconoscono che l'uso della sostanza ha portato spesso conseguenze negative di vario genere.

L'ecstasy presenta proprietà stimolanti sul sistema nervoso centrale, come le amfetamine, la cocaina, i farmaci serotoninergici, ecc. L'effetto viene raggiunto dopo circa **15-30 minuti** ed il picco massimo in **2 ore**. L'emivita nel plasma è di circa **6-7 ore**.

Effetti collaterali fisici e psichici: **ipertensione arteriosa, tachiaritmie e disturbi cardiovascolari, cefalea, fenomeni psicotici, ansia e attacchi di panico, sindrome di depersonalizzazione, depressione, deficit cognitivi, disturbi del sonno, flashback.**

L'assunzione continuativa e massiccia di ecstasy può produrre **gravi danni neurologici** permanenti ed irreversibili.

CANNABINOIDI

La Cannabis esiste in tre differenti specie: Sativa, Indica e Ruderalis, e contengono diversi principi attivi, il più importante dei quali è il **Delta-Tetraidrocannabinolo (THC)**. I principali derivati della Cannabis sono:

- la **marijuana**, prodotta mescolando assieme varie parti della pianta. Contiene al massimo il 10% di principio attivo;
- l'**hashish**, derivato dalla resina dei fiori. Contiene il 20% di principio attivo;
- l'**olio di hashish**, concentrato alcolico dell'hashish, molto potente e pericoloso. Contiene il 50-60% di principio attivo.

La normale assunzione è per via inalatoria, attraverso il fumo di sigaretta, e l'effetto inizia **dopo pochi minuti** e termina dopo circa **3 ore**.

Gli **effetti fisici** sono: **tachicardia, iperemia sclero-congiuntivale, riduzione della salivazione.**

Gli **effetti psichici** sono: con un dosaggio minimo **euforia** blanda, **ansia, maggiore facilità di comunicazione**, apparente **benessere**. Se l'uso è massiccio e continuativo: **disturbi della memoria, ideazione paranoide, disorganizzazione concettuale, allucinazioni, agitazione psicomotoria, confusione mentale**. In tal caso si verificano crisi di astinenza sovrapponibili a quelle da nicotina.

Gli effetti sono estremamente variabili in funzione del dosaggio assunto e delle caratteristiche di personalità di chi le assume. I cannabinoidi possono slatentizzare patologie psichiatriche latenti e misconosciute allo stesso assunto.

Tra i gravi **effetti da intossicazione acuta** da ecstasy, allucinogeni, amfetamine, cocaina, cannabinoidi in dosi massicce e delle altre "designer drugs", possiamo riscontrare i seguenti sintomi:

- **fenomeni psicotici** con fasi deliranti e allucinatorie visive e uditive;
- **ansia con agitazione psicomotoria e attacchi di panico;**
- **depressione** con spunti di **auto ed eteroaggressività;**
- **incapacità di autocontrollo** dei propri freni inibitori comportamentali;
- **perdita del senso etico** e della capacità di autocritica;
- **atteggiamento ipomaniacale** con logorrea, euforia, e alterazioni cognitivo-percettive;
- **tachiaritmie, disturbi cardiovascolari e disturbi della sfera sessuale.**

La **difficoltà di trattamento delle fasi di intossicazione acuta** delle cosiddette "nuove droghe", nonostante la gravità del quadro clinico e l'esito potenzialmente letale con gravi rischi socio-familiari, può dipendere da più fattori:

- dalla **mancata coscienza** dei giovani assuntori di ritenersi affetti da gravi problemi di dipendenza patologica;
- dalla **sottostima dei danni** provocati dalle nuove sostanze psicostimolanti;
- da una **informazione poco adeguata e corretta** circa i rischi reali del loro uso;

- la **connotazione pseudoculturale** di considerare, da parte di molti assuntori e non, solo l'eroina per via parenterale la vera "tossicodipendenza", per cui la compliance al trattamento risulta molto bassa per le nuove sostanze;
- la **mancata formazione da parte di molti operatori** sia per problemi di "doppia diagnosi" che di trattamento delle "nuove sostanze", proponendo a volte modelli clinici superati o validi solo per gli assuntori di oppiacei;
- la **mancanza di strumenti clinici e operativi adeguati** per "trattare" il fenomeno.

CASO CLINICO

Giovane di 19 anni. Genitori viventi, in buona salute; una sorella minore di anni 17, studentessa IV° anno del liceo scientifico. Il giovane frequenta il 5° anno del liceo linguistico, come ripetente.

Nel giugno 2001 viene accompagnato al Pronto Soccorso da alcuni amici per una crisi di ansia, seguita da attacchi di panico, con deliri somatici, nausea, vomito ed agitazione psicomotoria. Inoltre accusava dolori retrosternali, difficoltà respiratoria e alterazione dello stato di coscienza.

Negava di avere assunto sostanze psicoattive, per cui viene subito sottoposto ad un elettrocardiogramma (ECG) che evidenzia una tachiaritmia parossistica e notevole stato ipertensivo (P.A. 190/130).

Viene richiesta ed effettuata una consulenza psichiatrica e l'esame tossicologico urinario evidenzia presenza di cataboliti in elevato dosaggio di cocaina, MDMA e cannabinoidi. Ad una anamnesi più approfondita, con il paziente finalmente collaborante, risulta un abuso occasionale di superalcolici.

Non era emersa alcuna positività per problemi psicopatologici, né eredo-familiari, né individuali. Il giovane asserisce, però, che da circa 3 anni ha cominciato a frequentare un gruppo di pari che facevano uso di stupefacenti psicostimolanti (ecstasy, cannabinoidi, cocaina ed alcol) ogni week-end nelle discoteche. Inizialmente gli effetti delle sostanze risultavano piacevoli, socializzanti e disinibenti, in particolare riguardo alla timidezza. Successivamente, il giovane ha cominciato ad accusare una cefalea persistente, insonnia, difficoltà di concentrazione, e perdita di memoria. La qual cosa lo aveva condotto ad una difficoltà di impegno e di apprendimento in ambito scolastico, per cui l'esito dell'ultimo anno scolastico è stato del tutto insufficiente.

Ad un colloquio effettuato con i genitori e gli insegnanti è emerso un continuo deterioramento psichico e comportamentale del giovane, con periodi di irascibilità, aggressività, trasgressività e disorientamento temporo-spaziale.

Quindi è stata refertata una diagnosi di "Disturbo narcisistico di personalità, con attacchi di panico in soggetto intossicato da sostanze psicostimolanti ed alcol".

Per cui il giovane è stato sottoposto ad una detossificazione in ambito ospedaliero, a dei test psicodiagnostici (MMPI-2 e Rorschach) che ne hanno evidenziato i nuclei conflittuali, ad un trattamento integrato farmacologico, psicoterapico individuale e familiare, che sta dando esiti positivi circa un recupero bio-psico-sociale.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association, (1994), DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington D.C., (tr. it. DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano, 1996.)

Fioritti A., Solomon J., (2001), Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento, Franco Angeli, Milano,.

Kaplan H.I., (1993), Sadock B.J., Manuale di psichiatria, EdiSES, Napoli.

DISTURBI DA USO DI PSICOFARMACI

Giuseppe Zanda

Dipartimento delle Dipendenze Azienda USL 2 Lucca

PREMESSA

Nell'epoca in cui viviamo i farmaci stanno assumendo un'importanza sempre maggiore. L'allungamento impressionante della vita media è sicuramente dovuto anche alla disponibilità di farmaci efficaci. In Italia, poi, i farmaci stanno ricevendo una particolare attenzione dal punto di vista economico perché la spesa per il loro approvvigionamento sta letteralmente sbancando le aziende sanitarie.

Di conseguenza l'opinione pubblica viene facilmente interessata dalle notizie riguardanti i farmaci. Ricordiamoci, per esempio, del "caso Lipobay": l'estate scorsa per giorni e giorni i media ci hanno bombardato di servizi sulla drammatica importanza di conoscere gli effetti collaterali e le interazioni dei farmaci.

A questo proposito vorrei aggiungere, tra parentesi, che ritengo urgente ed importante che gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze (SerT) e dei servizi di salute mentale (SSM) conoscano sempre meglio le interazioni tra i farmaci utilizzati nel campo delle dipendenze da sostanze (metadone, buprenorfina, naltrexone, disulfiram, etc.) e gli psicofarmaci usati per gli altri disturbi psichiatrici (antipsicotici, antidepressivi, ansiolitici, stabilizzatori dell'umore, etc.).

Oggi l'utilizzo degli psicofarmaci non è più un tabù nell'attività della maggior parte dei SerT.

In passato, invece, nei SerT l'utilizzo degli psicofarmaci era praticamente proscritto per due motivi principali: primo, perché non veniva riconosciuta la natura psichiatrica di molti disturbi presentati dai tossicodipendenti; secondo, perché, in ogni caso, nei SerT era considerato troppo pericoloso prescrivere farmaci psicoattivi a soggetti che ne avrebbero potuto fare un uso improprio.

Negli ultimi anni anche sotto questo aspetto gli operatori dei SerT si trovano ad affrontare problematiche simili agli operatori dei SSM e, di conseguenza, risulta di grande utilità il reciproco contributo di conoscenze che questi Servizi possono fornirsi riguardo alle insidie connesse all'uso degli psicofarmaci.

Stamattina parlerò dei disturbi da abuso e dipendenza da psicofarmaci, argomento in generale poco trattato che sembra aver acquistato una particolare rilevanza negli ultimi tempi.

A questo proposito, solo per fare un esempio, ricordo che su "La Stampa" di qualche mese fa (8/9/01) comparve un articolo, il cui titolo a lettere cubitali era: "Siamo schiavi di un antidepressivo. Decine di pazienti denunciano la casa farmaceutica Glaxo". Il farmaco in questione era la paroxetina, ma nell'articolo si faceva riferimento anche ad altre molecole antidepressive.

Per quanto mi riguarda, come psichiatra che da anni lavora nel settore delle tossicodipendenze, sono stato spinto ad approfondire il tema dell'abuso/dipendenza da psicofarmaci principalmente per le seguenti ragioni:

- primo, perché oggi i tossicodipendenti sono sempre più frequentemente politossicodipendenti, cioè utilizzatori contemporaneamente di più d'una sostanza d'abuso illegale (eroina, cannabinoidi, cocaina, eccetera) e di diverse sostanze psicotrope legali (psicofarmaci e, soprattutto, alcol);
- secondo, perché anche nel nostro paese nella cura delle patologie da dipendenza si sta osservando un notevole aumento dell'utilizzo di psicofarmaci, le cui eventuali proprietà additive ed i rischi ad esse connessi non sono generalmente conosciuti;
- terzo, perché nella pratica clinica, non solo strettamente psichiatrica, molto frequentemente abbiamo a che fare con pazienti che tendono a rifiutare le terapie con psicofarmaci perché temono di andare incontro ad un vero e proprio stato di dipendenza da

essi.

ABUSO/DIPENDENZA DA BENZODIAZEPINE

Nel DSM-IV (1994) una sezione dei Disturbi correlati a sostanze é dedicata ad un particolare gruppo di psicofarmaci, che possiedono un'attività depressogena sul SNC, frequentemente utilizzati nella pratica clinica nella terapia dell'ansia e dell'insonnia. Si tratta di sostanze sedative, ipnotiche e ansiolitiche, che includono le benzodiazepine (BDZ), i carbamati, i barbiturici e gli ipnotici simili ai barbiturici.

Dalla loro introduzione le BDZ hanno rapidamente sostituito gli altri tranquillanti minori e gli ipnotici, grazie alla loro efficacia e sicurezza, in quanto posseggono un elevato margine terapeutico. Nel corso degli anni, tuttavia, è stato evidenziato da molti autori il rischio di dipendenza da BDZ ed il fenomeno, descritto per la prima volta da Hollister nel 1961, ha attirato un interesse e una preoccupazione sempre più crescenti.

La preoccupazione è giustificata dal fatto che in Italia un adulto su dieci fa uso di BDZ e che tale percentuale, se si considera la popolazione oltre i 65 anni di età, sale ad uno su quattro. Inoltre tra gli utilizzatori anziani di BDZ ben tre su quattro sono consumatori cronici (Tiller, 1994).

E' importante, comunque, distinguere tra abuso e dipendenza, in quanto solo il 25 % dei soggetti che abusano di BDZ ne sono dipendenti. Sono stati proposti alcuni criteri diagnostici per la dipendenza da BDZ (Busto e Sellers, 1991): uso continuo di BDZ per almeno tre mesi e comparsa di uno dei tre dati seguenti: incapacità di interrompere l'assunzione di BDZ per la comparsa di sintomi di astinenza, comparsa di effetti secondari attribuibili all'uso di tali sostanze, aumento della posologia assunta quotidianamente oltre quella raccomandata.

Fattori rischio per la dipendenza da bdz

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di dipendenza da BDZ sono i seguenti:

- elevata posologia pro die,
- durata della terapia di almeno 3-4 mesi,
- emivita della BDZ inferiore ad 8 ore,
- metabolismo biochimico individuale,
- precedenti di dipendenza da alcol o da altre sostanze psicotrope.

In particolare tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da BDZ devono essere considerati due tipi di personalità: i soggetti border-line con carattere instabile e comportamento impulsivo e i soggetti passivo-dipendenti, ansiosi con labilità emotiva.

Inoltre sembra che le donne siano a maggior rischio di dipendenza da BDZ degli uomini forse anche in relazione al fatto che questi ultimi sono maggiormente esposti alla dipendenza da alcol.

Sul Bollettino del Ministero della Sanità di alcuni anni fa (1997) sono state proposte le seguenti indicazioni sull'utilizzo delle BDZ nei tossicodipendenti:

- le BDZ non andrebbero mai prescritte a un eroinomane;
- l'uso delle BDZ dovrebbe essere ristretto a i soggetti dipendenti da BDZ, agli alcolisti in fase di astinenza e nei casi di intossicazione acuta da cocaina.

Sintomatologia della sindrome da astinenza da bdz

I sintomi di astinenza in genere si manifestano entro 4-5 giorni dall'interruzione dell'assunzione delle BDZ e regrediscono dopo 10-15 giorni.

I sintomi dell'astinenza da BDZ, interessanti le sfere somatica, affettiva e cognitiva, sono i seguenti: irritabilità, ansia, cefalea, sudorazione, tremori, fascicolazioni, parestesie, mialgie, prurito, nausea, sapore metallico, cardiopalmo, iperventilazione, agorafobia, atassia, abbassamento della soglia delle sensopercezioni (fotofobia, iperosmia, iperacusia, ipersensibilità tattile e dolorifica), poliuria,

diminuzione della libido.

Nelle forme più gravi possono verificarsi episodi convulsivi, reazioni deliranti di tipo paranoideo, allucinazioni visive. I disturbi dispercettivi sono peculiari della sindrome da astinenza da BDZ e permettono di differenziarla dal cosiddetto effetto “rebound”, cioè la ricomparsa in forma più grave ed intensa, dopo brusca interruzione del farmaco, della sintomatologia per la quale il farmaco era stato prescritto.

INTERRUZIONE DI PSICOFARMACI

L'esperienza clinica ci mostra che anche molti farmaci utilizzati in psichiatria possono causare sintomi da sospensione o, per meglio dire, sintomi da interruzione (discontinuation symptoms), tra i quali ricordo il litio (Mander e Loudon, 1988, Spanarello e Coll., 1999), i neurolettici (Gardos e Coll. 1978), gli anticonvulsivanti, gli antiparkinsoniani e i beta-bloccanti (Schuckit, 1995).

Tali psicofarmaci non sono compresi nel DSM-IV tra quelli che causano disturbi correlati a sostanze, in particolare dipendenza e astinenza.

I sintomi da interruzione per se non indicano una dipendenza da farmaci, poiché la dipendenza è una sindrome, di cui “i sintomi da astinenza” sono solo un aspetto (DSM IV, 1994). Ricordiamo che per parlare di dipendenza è necessaria la presenza di altri sintomi chiave, quali la tolleranza, il tipico comportamento di ricerca della sostanza, l'incapacità di controllare l'uso della sostanza e l'uso continuato malgrado gli effetti dannosi.

Per queste ragioni, quando si ha a che fare con i farmaci che, pur presentando sintomi da interruzione, non danno dipendenza, è preferibile utilizzare la definizione di “reazione da interruzione” piuttosto che quella di “reazione da astinenza”, poiché il termine interruzione non rimanda al concetto dipendenza (Haddad, 1998).

Malcolm Lader (1983) ha proposto le seguenti caratteristiche per definire la sindrome da interruzione: “(la sindrome da interruzione ha) un esordio e una durata prevedibili ed è costituita da sintomi psicologici e somatici non precedentemente lamentati dal paziente”.

ABUSO/DIPENDENZA DA ANTIDEPRESSIVI

Da quasi 30 anni è noto che la sospensione brusca o graduale degli antidepressivi può produrre fenomeni di interruzione sia somatici che psicologici.

Vorrei di nuovo sottolineare che la distinzione terminologica tra interruzione e astinenza è particolarmente importante nel caso degli antidepressivi dal momento che, come ho già detto, la gente comune crede che causino dipendenza (Priest e Coll., 1996) e, probabilmente, questo è uno dei motivi che contribuiscono al significativo insufficiente trattamento dei disturbi affettivi.

In seguito alla interruzione di antidepressivi sono stati riportati i seguenti sintomi: sintomi simil-influenzali, malessere gastrointestinale, compresi nausea e vomito, aritmie, ansia, disturbi del sonno, disturbi del movimento, mania o ipomania, attacchi di panico, e stato confuso-onirico con agitazione psicomotoria (delirium).

I sintomi da interruzione possono includere anche alterazioni dell'umore, dello stato d'animo, dell'appetito e del sonno.

E' frequente che tali sintomi siano interpretati come il segno di una ricaduta nella depressione. Pazienti, cui viene diagnosticata una ricaduta durante l'interruzione della terapia con antidepressivi, possono, in realtà, essere affetti da sintomi da interruzione non riconosciuti.

Generalmente i sintomi prodotti dalla interruzione degli antidepressivi tricyclici (TCA) e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono lievi e transitori, ma tuttavia possono essere notevolmente fastidiosi e portare a ridurre l'efficienza personale e ad interrompere l'attività lavorativa. I pazienti maggiormente a rischio risultano essere quelli che assumono terapie antidepressive ad alte dosi e quelli che vengono trattati per un lungo periodo di tempo.

I bambini e gli adolescenti che assumono terapie antidepressive possono essere a rischio più degli adulti per lo sviluppo di sintomi da interruzione.

I sintomi da interruzione si presentano più frequentemente nei pazienti che cessano improvvisamente il trattamento antidepressivo rispetto a quelli il cui trattamento è scalato gradualmente.

I pazienti possono lasciare i loro farmaci a casa quando vanno in vacanza o dimenticare di prendere le loro pillole e sperimentare un quadro da interruzione pochi giorni dopo. L'incidenza è più bassa nei pazienti che seguono un regime di scalaggio stabilito dai loro medici, ma sono stati riportati numerosi casi nei quali i pazienti sperimentavano sintomi indesiderati anche durante un lento scalaggio e a bassi dosaggi degli antidepressivi.

E' molto importante distinguere i sintomi da interruzione di antidepressivi da quelli dovuti ad una ricaduta o a una recidiva: una corretta diagnosi in questo senso richiede un inquadramento sia qualitativo che quantitativo dei sintomi presenti prima del trattamento e di quelli comparsi durante l'interruzione degli antidepressivi.

Quando i pazienti presentano questi sintomi durante la fase di interruzione del trattamento il medico deve decidere se aumentare temporaneamente la dose dell'antidepressivo, ripristinare il trattamento, prescrivere una cura per eliminare i sintomi, rivolgersi ad un agente alternativo, oppure semplicemente rassicurare il paziente che i sintomi saranno transitori. Ne deriva che i pazienti che presentano questi sintomi dovrebbero essere strettamente monitorati dal medico.

Prima di entrare nel merito specifico delle sindromi da interruzione delle varie categorie di antidepressivi vediamo una tabella introduttiva, nella quale sono riassunti il profilo farmacologico e gli effetti collaterali dei principali farmaci antidepressivi (vedi Tabella senza numero).

Sindromi da interruzione degli ad triciclici e anti mao

Andersen e Kristiansen (1959) e Mann e MacPherson (1959) per primi hanno descritto quadri clinici riconducibili all'interruzione di antidepressivi. I primi casi riguardavano trattamenti con imipramina. Negli anni successivi sintomi da interruzione sono stati riportati con gli anti-MAO (IMAO), con gli altri TCA e con gli SSRI, in particolare con la paroxetina.

L'incidenza di sintomi riportata dopo l'interruzione di antidepressivi presenta un range che varia da 0% a 100% a seconda del tipo di antidepressivo e la casistica presi in considerazione (vedi la Tabella 1, nella quale sono elencati i principali studi retrospettivi e prospettici sull'incidenza della sindrome da interruzione di antidepressivi).

Nella Tabella 2 sono riassunte le sindromi indotte dalla interruzione di antidepressivi triciclici (da Lejoyeux e Coll., 1996).

Ma già molti anni prima Dilsaver e Coll. (1987) avevano proposto cinque categorie di sintomi, che compaiono dopo l'interruzione di triciclici:

- malessere somatico generale associato ad ansia (per es. anoressia, nausea, vomito, diarrea, sudorazione, cefalea, brividi, astenia),
- disturbi del sonno (per es. insonnia, sogni molto numerosi e vividi),
- disturbi del movimento (per es. acatisia, parkinsonismo),
- attivazione comportamentale (per es. mania o ipomania, attacchi di panico, e delirium),
- aritmia cardiaca.

Nella Tabella 3 è riportato l'elenco dei sintomi somatici e psicologici generali associati all'interruzione dei TCA.

I primi sintomi da interruzione di TCA possono presentarsi dopo solo 12 ore dall'ultima assunzione, mentre la vera e propria sindrome da interruzione si sviluppa caratteristicamente dopo 24 - 48 ore dopo l'ultima dose. In letteratura é stato riportato che la sindrome da interruzione di TCA può durare fino ad un mese (Zajecka e Coll., 1997).

Per quanto riguarda la patofisiologia sottostante i fenomeni da interruzione di TCA é stata ipotizzata una supersensibilità al sistema colinergico, mentre un'interazione tra sistemi colinergico e

monoaminergico può giocare un ruolo importante in particolare nello sviluppo della sintomatologia maniforme (Zajacka e Coll., 1997).

Nella Tabella 4 sono riportati i sintomi associati all'interruzione degli inibitori delle monoaminossidasi.

I sintomi secondari all'interruzione degli IMAO sono particolarmente gravi e comprendono delirium, disorganizzazione del pensiero, depressione associata a compromissione cognitiva, mania, ipomania, aggressività e irritabilità, agitazione, insonnia e mioclonie. Deliri paranoidei e allucinazioni visive, olfattive, gustative e tattili sono spesso osservati nei pazienti schizofrenici che smettono un trattamento per la depressione con IMAO.

Dilsaver (1987) ha sottolineato il fatto che la sindrome da interruzione di IMAO assomiglia alla sindrome da overdose amfetaminica ed ha ipotizzato che questi due fenomeni abbiano una comune patofisiologia. Gli IMAO down-regolano e subsensibilizzano i recettori alfa2-adrenergici e down-regolano i recettori della dopamina. Tali effetti potenzialmente terapeutici degli IMAO, assieme con le possibili attività amfetaminiche, forniscono una base teorica della psicosi da interruzione degli IMAO (Lejoyeux e Coll., 1996).

Sindrome da interruzione degli SSRI

La cosiddetta sindrome da interruzione degli SSRI é di particolare interesse in quanto i farmaci di questa classe stanno imponendosi come farmaci antidepressivi di prima scelta a causa della loro relativa maneggevolezza e della scarsità di effetti collaterali.

Nella Tabella 5 sono riassunti i principali studi sulla incidenza della sindrome da interruzione di SSRI.

Sotto il profilo clinico é interessante anche considerare la Tabella 7, nella quale sono riportate le percentuali di pazienti che presentano sintomi da interruzione di antidepressivi inibitori (selettivi e non selettivi, come la clomipramina) della ricaptazione della serotonina.

I sintomi da interruzione degli SSRI frequentemente sono transitori e lievi ma possono causare un forte malessere. Compaiono più spesso con gli SSRI a vita media più breve (paroxetina, sertralina, e fluvoxamina) che con la fluoxetina, che possiede una vita media lunga. I sintomi più comuni, riportati nella Tabella 6 sono: ansia, irritabilità, sintomi simil-influenzali (rinorrea, mialgia, malessere, nausea, vomito, diarrea, brividi "squotenti").

Secondo le descrizioni della casistica riportate in letteratura il sintomo più frequentemente riferito dai pazienti, le vertigini, era caratterizzato da sensazioni di "nuotare", "espandersi nello spazio", "ebbrezza" o "ronzio", e poteva essere aggravato dal movimento. Le parestesie, che rappresentavano i secondi sintomi più frequenti, erano riportate come "urenti", "vibranti" o "come scosse elettriche". Alcuni pazienti, poi, notavano un nuovo sintomo ad insorgenza improvvisa, la letargia. Altri descrivevano sogni vividi o incubi oppure insonnia iniziale o media. Mentre il sognare era generalmente un sintomo nuovo, l'insonnia spesso rappresentava un peggioramento delle condizioni del paziente, che durante il trattamento antidepressivo aveva recuperato il sonno.

I fenomeni da interruzione degli SSRI sono probabilmente dovuti ad una diminuzione della serotonina sinaptica utilizzabile a fronte di una down-regulation dei recettori della serotonina (Schatzberg e Coll., 1997).

Anche altri neurotrasmettitori come la dopamina, la noradrenalina o il GABA possono essere coinvolti.

Per quanto riguarda la gravità é probabile che giochino un certo ruolo anche la genetica e l'assetto mentale dei singoli pazienti.

Come già detto, i dati pubblicati suggeriscono che i sintomi di interruzione si presentano più frequentemente dopo l'interruzione di paroxetina. L'aumentata frequenza con la paroxetina può essere dovuta alle proprietà farmacologiche intrinseche della molecola, quali gli effetti colinergici, la vita media più breve o la potenza farmacologica a livello del sito dell'uptake della serotonina.

Anche gli altri SSRI con vita media più breve (per esempio, la venlafaxina e la fluvoxamina) sembrano essere più comunemente associati ai fenomeni di interruzione.

Sembra, pertanto, che la frequenza e la gravità dei sintomi possono dipendere dal profilo farmacologico dei singoli farmaci.

Ulteriori ricerche sono necessarie per meglio descrivere i meccanismi fisiopatologici che sono alla base della sindrome da interruzione da SSRI e definire più chiaramente le caratteristiche di questo fenomeno.

TRATTAMENTO

Nella Tabella 8 é riportato lo schema del trattamento della sindrome da interruzione di antidepressivi consigliato in relazione alla gravità dei sintomi presentati.

CONCLUSIONI

L'impiego a lungo termine degli psicofarmaci, in particolare delle BDZ e degli AD, rappresenta oggi una prassi terapeutica, che suscita spesso forti perplessità e talora franchi dissensi. Le ragioni di tali perplessità e dissensi sono essenzialmente legate al possibile rischio di tolleranza, abuso e dipendenza, che possono instaurarsi come conseguenza di tale prassi.

In realtà non si dovrebbe generalizzare. Come si è visto, infatti, si tratta di rischi diversi tra loro dal punto di vista clinico (sintomi, gravità, decorso) ed epidemiologico (incidenza, fattori di rischio), che vanno discussi separatamente e non, come spesso accade, identificati come un unico fenomeno strettamente correlato all'uso prolungato di BDZ o AD.

Il trattamento prolungato non può essere valutato solo alla luce dei pericoli ad esso connessi, ma devono essere considerati realisticamente anche i potenziali vantaggi clinici, che ne possono derivare ai singoli pazienti (Bellantuono, 1998).

Per quanto concerne le BDZ deve essere chiarito che i rischi, cui si è accennato sopra, possono essere ridotti e meglio controllati attraverso un loro utilizzo razionale, soprattutto nella medicina generale, dove tale classe di farmaci viene frequentemente prescritta nel trattamento di condizioni di ansia e/o come ipnoinducenti (Bellantuono, 1998).

Si può affermare con una certa sicurezza che tra i fattori di rischio farmacologici per l'instaurarsi della dipendenza da BDZ i più importanti sembrano essere la durata del trattamento e l'impiego di dosaggi elevati.

Ad oggi non vi sono dati che consentano di identificare BDZ particolarmente pericolose per l'induzione di condizioni di dipendenza. Invece è stato dimostrato che il periodo di insorgenza, l'intensità e la durata della sintomatologia astinenziale variano a seconda dell'emivita della BDZ usata, della sua potenza e della velocità di assorbimento. Con le BDZ a breve emivita, ad elevata potenza ed a rapido assorbimento l'insorgenza della sindrome di astinenza è più precoce, l'intensità più elevata e la durata più breve. Quando l'interruzione avviene in modo graduale tali differenze tra diverse BDZ sono molto meno evidenti.

Va anche sottolineato che anche i fattori di rischio "extrafarmacologici", quali il tipo di personalità, le esperienze di vita, il contesto culturale e sociale del paziente, rivestono un ruolo importante nel complesso meccanismo, che induce la comparsa di uno stato di dipendenza (Bellantuono, 1998)

Anche per quanto riguarda gli AD è necessario che, quando si decide di utilizzare un antidepressivo, si tenga presente la possibilità di una reazione da interruzione.

I sintomi da interruzione possono presentarsi quando le dosi sono frequentemente "dimenticate" (noncompliance intermittente), in occasione di una brusca cessazione del trattamento e, meno spesso, durante una riduzione di dosaggio.

Tali sintomi sono stati riportati in letteratura con frequenza crescente nei casi di interruzione di molti diversi AD: degli SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e citalopram),

dell'inibitore del reuptake della serotonina e della noradrenalina venlofaxina, e del tricyclico clomipramina.

La sindrome da interruzione in genere comprende un insieme di sintomi, che, nel caso degli SSRI, di solito insorge entro 24 - 72 ore dopo la loro interruzione e dura, in media, da 7 a 14 giorni.

E', comunque, importante tenere presente che la sindrome da interruzione di antidepressivi è caratterizzata dai seguenti principali aspetti:

- non é attribuibile ad altre cause;
- compare dopo una brusca interruzione, frequenti salti di terapia, e, meno spesso, dopo una riduzione della dose;
- é generalmente di lieve entità e di breve durata, ma può provocare notevole disagio;
- può essere contrastata reintroducendo il farmaco interrotto oppure un altro farmacologicamente simile;
- é minimizzata con un lento scalaggio o usando un farmaco che ha una lunga emi-vita.

Un'ultima, breve considerazione conclusiva molto personale: la convinzione che l'esperienza nel campo delle dipendenze, lungi dall'essere solo monotona e frustrante, costituisce la fonte di numerose suggestioni per l'arricchimento e la migliore comprensione di altri settori della cura della patologia del comportamento umano.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. A.P.A., Washington
- Andersen K., Kristiansen E.S. (1959). Tofranil treatment of endogenous depressions. *Acta Psychiatr Scand*, 34, 387-397
- Bellantuono C. (1998). Rischi e benefici del trattamento a lungo termine con benzodiazepine. *Bollettino di Aggiornamento in Neuropsicofarmacologia*, 14, 1-3
- Brunello N. (2000). Il ruolo della noradrenalina nella depressione. *Facts News & Views*, 1, 5-7
- Busto U.E., Sellers E.M. (1991). Anxiolytics and sedative/hypnotics dependence. *Br J Addiction*, 86, 1647-1652
- Dilsaver S.C. (1987). The pathophysiologies of substance abuse and affective disorders: an integrative model? *J Clin Psychopharmacol*, 7, 1-10
- Dilsaver S.C., Greden J.F., Snider R.M. (1987). Antidepressant withdrawal syndromes: phenomenology and pathophysiology. *Int Clin Psychopharmacol*, 2, 1-19
- Gardos G., Cole J.O., Tarsy D. (1978). Withdrawal syndromes associated with antipsychotic drugs. *Am J Psychiat*, 135, 1321-1324
- Haddad P. (1998). The SSRI discontinuation syndrome. *J Psychopharmacol*, 12, 305-313
- Lader M. (1983). Benzodiazepine withdrawal states. In: Trimble M.R.(ed.). *Benzodiazepines Divided*. John Wiley & Sons, New York
- Lane R.M. (1996). Withdrawal symptoms after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *J. Serotonin Research*, 3, 75-83
- Lejoyeux M., Adès J. (1997). Antidepressant discontinuation: a review of the literature. *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl 7), 11-16
- Lejoyeux M., Adès J., Mourad I., Solomon J., Dilsaver S. (1996). Antidepressant withdrawal syndrome. *CNS Drugs*, 5, 278-292
- Mander A.J, Loudon J.B. (1988). Rapid recurrence of mania following abrupt discontinuation of lithium. *Lancet*, 339, 15-17
- Mann A.M., MacPherson A.S. (1959). Clinical experience with imipramine (G22355) in the treatment of depression. *Can Psychiat Ass J*, 4, 38-47
- Schatzberg AF., Haddad P., Kaplan E.M., Lejoyeux M., Rosenbaum J.F., Young A.H., Zajecka J. (1997). Possible biological mechanisms of the serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome. *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl 7), 23-27
- Schuckit M.A. (1995). *Drug and Alcohol Abuse* (4th ed.). Plenum Medical Book Company, New York and London
- Spanarello S., Quartesan R., Borri P. (1999). *Sindrome da sospensione da neurolettici*. *SIP Bollettino Scientifico e di Informazione*, 6, 17-20
- Tiller J. (1994). Reducing the use of BDZ in general practice. Explain the likely duration of treatment (short) before prescribing the first dose. *Br Med Journal*, 309, 3-4
- Zajecka J., Tracy K.A., Mitchell S. (1997). Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: a literature review. *J Clin Psychiatry*, 58, 291-297

TABELLE

Principali farmaci antidepressivi: profilo farmacologico ed effetti collaterali

Farmaco	Meccanismo d'azione	Effetti collaterali
Inibitori MAO: iproniazide, isocarbossazide, fenelzina	Inibizione irreversibile delle monoamino ossidasi	Epatotossicità, ipertensione, interazioni alimentari
RIMA: moclobemide, toloxatane	Inibizione reversibile delle monoamino ossidasi A	Nausea, vertice, insonnia
AD triciclici: imipramina, amitriptilina, clomipramina, desipramina, nortriptilina	Inibizione del reuptake della serotonina e della noradrenalina Blocco dei recettori muscarinici, istaminergici e alfa-adrenergici	Simpatomimetici: tachicardia, tremore Antimuscarinici: xerostomia, visione offuscata, costipazione, difficoltà nella minzione, confusione Cardiovascolari: ipotensione, alterazioni ECG
SSRI: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina	Inibizione selettiva del reuptake della serotonina	Disturbi gastrointestinali: nausea, perdita di appetito, diarrea Disturbi sessuali Ansia, tremore, insonnia
SNRI: venlafaxina, milnacipran	Inibizione selettiva del reuptake della serotonina e della noradrenalina	Disturbi gastrointestinali, disturbi sessuali Ipertensione (alte dosi)
NRI: reboxetina	Inibizione selettiva del reuptake della noradrenalina	Xerostomia, costipazione, sudorazione, insonnia Ipertensione (alte dosi)
NASSA: mianserina, mirtazapina	Blocco dei recettori alfa2-adrenergici e dei recettori 5HT2 e 5HT3	Sedazione, sonnolenza, aumento di peso
Farmaci serotoninergici: trazodone, nefazodone	Blocco della ricaptazione della serotonina e dei recettori 5HT	Sedazione, sonnolenza, ipotensione, nausea, stipsi
Farmaci dopaminergici: amisulpride, bupropione	Blocco dei recettori dopaminergici presinaptici (amisulpride a basse dosi) e blocco della ricaptazione della dopamina (bupropione)	Agitazione, tremore, insonnia, xerostomia
Composti fisiologici: SAM e estratto di iperico	Stimolazione dei processi di demetilazione (SAM e), blocco della ricaptazione delle monoamine e lieve inibizione delle MAO (estratto di iperico)	Irritazione gastrointestinale (SAM e ed estratto di iperico) Fototossicità (estratto di iperico)

(Da Brunello, 2000)

Tabella 1 - Incidenza della sindrome da interruzione di antidepressivi (studi retrospettivi e prospettici)

Autori	Anno	N. pazienti	Farmaci	Incidenza (%)
Andersen & Kristiansen	1959	85	Imipramina	21,5
Kramer et al.	1961	45	Imipramina	55,0
Law et al.	1981	22	Imipramina	100,0
Bialos et al.	1982	17	Amitriptilina	80,0
Tyrer	1984	51	TCA	29,4
			Fenelzina	32,2
Geller et al.	1987	36	Nortriptilina	16,0
Diamond et al.	1989	20	Clomipramina	33,3
Otani et al.	1991	NR	Mianserina	0,0
Ceccherini-Nelli et al.	1993	10	TCA	70,0
Mallya et al.	1993	17	Fluvoxamina	28,0
Barr et al.	1994	6	Paroxetina	50,0
Keuthen et al.	1994	13	Paroxetina	38,5

(Da Lejoyeux e Coll., 1996)

Tabella 2 - Sindromi indotte dalla interruzione di antidepressivi triciclici

- Malessere somatico e psicologico generalizzato
- Disturbi del sonno (insonnia iniziale e intermedia, sogni vividi e terrifici)
- Disturbi del movimento (parkinsonismo e acatisia)
- Disturbi affettivi (depressione, ipomania o mania)

(Da Lejoyeux e Coll., 1996)

Tabella 3 - Sintomi somatici e psicologici generali associati all'interruzione degli antidepressivi triciclici

- Dolore addominale
 - Anoressia
 - Brividi
 - Sudorazione
 - Diarrea
 - Stanchezza
 - Cefalea
 - Malessere
 - Mialgia
 - Nausea
 - Vomito
 - Debolezza
-

(Da Lejoyeux e Coll., 1996)

Tabella 4 – Sintomi associati all'interruzione degli inibitori delle monoaminossidasi

- Aggressività
 - Agitazione
 - Atassia
 - Atetosi
 - Catatonia
 - Deficit cognitivo
 - Insonnia
 - Irritabilità
 - Labilità affettiva
 - Mioclonie
 - Deliri paranoidei
 - Depressione del tono dell'umore
 - Linguaggio rallentato
 - Sonnolenza
 - Tendenza suicidiaria
 - Allucinazioni visive, olfattive, gustative e tattili
-

(Da Lejoyeux e Coll., 1996)

Tabella 5 – Studi sulla incidenza della sindrome da interruzione di ssri

Autori	Anno	Farmaci	N. pazienti	Incidenza (%)
Black et al.	1993	Fluvoxamina	14	86
Mallya et al.	1993	Fluvoxamina	17	24
Barr et al.	1994	Paroxetina	6	50
Keuthen et al.	1994	Paroxetina	13	39
Oehrberg et al.	1995	Paroxetina	55	35
		Placebo	52	14
Braunik & Wildgust	1996	Paroxetina	12	42
		Fluoxetina	?	0
Coupland et al.	1996	Clomipramina	13	31
		Paroxetina	50	20
		Fluvoxamina	43	14
		Sertralina	45	2
		Fluoxetina	20	0

(Da Haddad, 1997)

Tabella 6 – Sintomi associati all'interruzione di SSRI

- Sintomi simil-influenzali (per es. rinorrea, dolori muscolari, malessere, cefalea)
- Ronzii, vertigini, scoordinamento dei movimenti, disturbi dell'andatura
- Sudorazione
- Nausea, vomito, dolenzia addominale, anoressia, diarrea
- Agitazione, irritabilità, aggressività
- Disturbi del sonno, incubi
- Tremore
- Confusione, difficoltà della memoria e della concentrazione
- Letargia, malessere, debolezza, stanchezza
- Parestesie, sensazione di vibrazione sotto la cute

(Da Lane, 1996)

Tabella 7 – Percentuale di pazienti che presentano sintomi da interruzione di inibitori della ricaptazione della serotonina

Farmaco	%pazienti
Cimipamina	38
Paroxetina	20
Fluoxetina	40
Sitalina	20
Fluocina	0

(Da Lejoyeux & Adès, 1997)

Tabella 8 – Trattamento consigliato in relazione alla gravità dei sintomi associati all'interruzione di antidepressivi

Sintomi	Trattamento
Interruzione con sintomi lievi	
<p>Nausea Vento Irritabilità Sintomi influenzali Nausea Riduzione Debolezza Cefalea Dubbiosità Tremore</p>	<p>Riservazione di parte Ritorno all'antidepressivo</p>
Interruzione con sintomi di media gravità	
<p>Gli stessi sintomi del caso precedente con durata maggiore di una settimana oppure pazienti per i quali non è possibile reintrodurre la terapia con antidepressivi Mania o ipomania</p>	<p>Nei casi di interruzione di TCA e di AntiMAO prescrizione di agenti antimuscarinici Può essere utilizzato in via transitoria un antipsicotico per avere un miglioramento sintomatico. Può essere efficace il litio. Prendere in considerazione una nuova prescrizione di antidepressivi se la mania è chiaramente correlata all'interruzione. Casi gravi di mania possono portare all'ospedalizzazione.</p>
Tachicardia, aritmia ventricolare	<p>Inquadramento clinico e ECG frequente (ogni settimana). Prendere in considerazione una nuova prescrizione di antidepressivi.</p>
Interruzione con sintomi gravi	
<p>...</p>	<p>...</p>

COMORBILITÀ PSICHIATRICA NELLE DIPENDENZE L'ESPERIENZA NELLA ASL 5 DI PISA

Milo Meini

Responsabile Dipartimento delle Dipendenze Azienda USL 5 di Pisa

PREMESSE

Coniato negli anni '70 per la patologia internistica, il concetto di comorbilità definisce la presenza, in uno stesso soggetto, di due o più condizioni morbose.

Queste non necessariamente debbono presentarsi contemporaneamente.

La comorbilità è riconosciuta infatti anche per disturbi che possono presentarsi in periodi diversi nel corso della vita dello stesso individuo, in base ad una comune predisposizione alle malattie od alla condivisione di meccanismi patogenetici (dimostrata o presunta).

La comorbilità psichiatrica nelle dipendenze fa riferimento:

- ai disturbi mentali primitivi concomitanti con condizioni di dipendenza (disturbi identici ad una patologia psichiatria spontanea in soggetti tossico e/o alcolodipendenti);
- ai disturbi mentali secondari all'uso di sostanze (circoscritti alla sintomatologia psicopatologica persistente dopo un "congruo periodo" dalla sospensione dell'assunzione di sostanze o dalla risoluzione della eventuale sindrome da deprivazione¹).

Per i Servizi impegnati nella prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, sia pubblici che del privato sociale, l'impatto con fenomeni di comorbilità ha comportato profonde riflessioni che, nella continua evoluzione del fenomeno delle dipendenze, si sono anche tradotte in sostanziali revisioni delle strategie complessive di intervento.

Queste peraltro sono sempre andate maturando attraverso confronti con altre discipline ed altri settori.

E' ad esempio il caso della comorbilità per malattie infettive che, in particolare negli anni '80 con l'avvento della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, ha determinato una forte spinta verso nuove politiche di intervento quali i programmi di "riduzione del danno"².

E, in considerazione della specificità che il concetto stesso di malattia subisce all'interno degli Istituti Penitenziari, è ancora la realtà dell'attuale confronto con la medicina penitenziaria per l'applicazione della normativa³ che assegna al Servizio Sanitario Nazionale la totalità delle funzioni di assistenza ai detenuti tossico e/o alcolodipendenti.

E' certo che sia la Medicina delle Farmacotossicodipendenze che la Psichiatria fanno i conti quotidianamente con condizioni di comorbilità, sia che esse vogliano essere ricondotte in uno specifico ambito d'intervento sia che richiedano un approccio interdisciplinare.

Così come nelle Farmacotossicodipendenze è infatti ormai consueto il riscontro di condizioni di dipendenza da più sostanze, sia di uso simultaneo che consecutivo, altrettanto avviene in Psichiatria con il frequente riconoscimento della presenza di diversi quadri sindromici nello stesso paziente.

Sempre più frequentemente, e certo non soltanto negli ultimi anni, è stata posta attenzione anche alla complessa interrelazione tra dipendenze e disturbi mentali.

E' oggi comunemente accettato il fatto che disturbi psichiatrici concomitanti ad una tossicodipendenza ne condizionano il decorso, la capacità di ritenzione ai trattamenti, la loro efficacia e, in ultima analisi, la stessa prognosi⁴.

¹ Quattro settimane nel DSM IV. Sei settimane Sec. Schuckit, 1998.

² Si veda in proposito il "Libro bianco sulle tossicodipendenze: Atti della Prima Conferenza Nazionale sulla Droga". Palermo 24-26 giugno 1993. Presidenza del Consiglio dei Ministri.

³ Decreto Legislativo n. 230 del 22 giugno 1999.

⁴ Si vedano ad esempio:

Se questa attenzione è in parte da ricondursi a studi epidemiologici (ancorché talora condotti con semplificate metodologie di valutazione che portano gli stessi Autori a sollevare dubbi sull'affidabilità dei risultati⁵) oggi essa trova riscontro anche nella normativa e/o in atti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

I BISOGNI

E' noto che fin dagli anni '80 nel nostro Paese sono state prospettate modificazioni delle abitudini al consumo di droghe in base ad indagini epidemiologiche ed alle elaborazioni ministeriali dei dati inviati dai Servizi regionali di assistenza⁶.

Nell'ultimo decennio le modifiche sono state sottolineate anche da indicatori posti in relazione con una variazione nella disponibilità degli stupefacenti sul mercato.

Fin dal 1990 infatti i quantitativi di cocaina sequestrati hanno superato in peso quelli di eroina, aumentando costantemente negli anni successivi fino a sopravanzarli di un fattore dieci nei primi mesi del 1994.

Nello stesso periodo sono parallelamente aumentati anche i sequestri di altre sostanze quali l'amfetamina e composti analoghi⁷.

Nell'Azienda USL 5 di Pisa è stato registrato, in particolare dal 1998, un aumento di richieste di intervento collegate all'uso di derivati amfetaminici (MDMA o "ecstasy") e, soprattutto, di cocaina. La maggiore psicotossicità di queste sostanze ha posto ai SerT. problematiche nuove rispetto a quelle della dipendenza da oppiacei che peraltro, ancora oggi, costituiscono la classe di stupefacenti maggiormente utilizzata dagli utenti dei servizi.

Il variare della domanda ha richiesto di rivalutare l'adeguatezza e la disponibilità degli strumenti e l'informazione che di essi si riesce a fornire.

Storicamente centrati su strategie di intervento indirizzate alla dipendenza da oppiacei i servizi si sono trovati a dover riorganizzare i mezzi di recupero per contrastare efficacemente anche le nuove forme del fenomeno.

Se le nuove fasce di utenza hanno fornito una delle motivazioni per rivalutare l'integrazione e proporre un confronto con i Servizi del Dipartimento della Salute Mentale (DSM) un'ulteriore spinta in tal senso è emersa dalla maggiore attenzione posta sul territorio verso le problematiche legate al consumo di alcol.

Non sempre infatti è un fenomeno nuovo a far emergere un'esigenza.

Talora il bisogno si ripropone anche per le migliori capacità di rilevare problemi già noti o in virtù dell'aumento dell'offerta dei servizi come si era verificato, nell'ultimo biennio, per lo sviluppo dell'attività in campo alcologico del Dipartimento delle Dipendenze.

Operativa fin dal 1995 a Volterra⁸ e dal 1998 all'interno degli altri servizi le Équipe Alcologiche, costituite formalmente sul modello organizzativo regionale⁹ nel marzo 1999, sono attive in ciascuno dei tre SerT. aziendali.

a. McLellan AT "Psychiatric severity as a predictor of outcome from substance abuse treatments" in Psychopathology and addictive disorders. Guilford Press NY, 1986;

b. Castrogiovanni e Coll., "La comorbilità psichiatrica nella tossicodipendenza da eroina" ADD n. 1 anno 2000.

⁵ Tempesta e Coll. "Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico" Boll. Farmacodip. E Alcoolis. n. 3-4, 1993.

⁶ Già i dati del 1985 e del 1986 indicavano la cocaina come sostanza primaria di abuso rispettivamente nello 0,35 % e nel 1,6 % dei casi. Un uso come droga secondaria era indicato in circa il 7 % dei nuovi pazienti e in circa il 14 % dei poliassuntori.

⁷ Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Antidroga.

⁸ Già Gruppo Operativo Alcolodipendenze (GOA) costituito ai sensi della LRT 51/93.

⁹ Si veda l'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcologici", approvata dal Consiglio Regionale della Toscana con Deliberazione 281/98 e integralmente richiamata dal PSR.

Nei primi sei mesi di operatività le Équipe hanno preso in carico 66 soggetti che hanno quasi saturato la capacità di offerta ipotizzata inizialmente in base al carico di lavoro sostenibile dai SerT..

Si ricordi infatti che per queste strutture organizzative, configurate quali moduli operativi multiprofessionali, non è prevista alcuna assegnazione di risorse e che quindi il personale non è aggiuntivo ma vi opera in proiezione dal SerT. al quale è assegnato.

Eppure oltre alle attività, individuali e di gruppo, fruite direttamente o dai familiari, questi pazienti richiedono un costante impegno nei rapporti con Medici di Medicina Generale, Associazioni di Volontariato, reparti ospedalieri e altre strutture o servizi aziendali.

Ovviamente tra questi ultimi una importanza primaria è rivestita dai servizi della Salute Mentale e non soltanto per la numerosità dei disturbi psicopatologici associati all'eccessivo consumo di alcol ma anche per la frequenza con cui tali patologie pervengono primariamente all'osservazione di tali strutture.

Per verificare l'esigenza di un progetto di intervento sulla comorbidità psichiatrica è stata condotta nel 1998 una rapida indagine retrospettiva sui pazienti in carico a due SerT. aziendali ad alta utenza (Zona Pisana e Valdera) e alle Unità Operative di Psichiatria.

Sui 963 utenti clinicamente valutati nei SerT., 119 (12.3%) rispondevano ai criteri per un disturbo psichiatrico in comorbidità con un disturbo di dipendenza da sostanze.

I 119 pazienti rispondevano ai criteri di diagnosi per:

- disturbo dell'umore di tipo unipolare n. 34 (pari al 28.5% del campione);
- disturbo dell'umore di tipo bipolare n. 32 (pari al 26.8% del campione);
- disturbo psicotico n. 17 (14.2% del campione);
- disturbo di personalità di tipo borderline n. 14 (pari al 11.7% del campione);
- disturbo da attacchi di panico n. 12 (pari al 10.2% del campione);
- disturbo della condotta alimentare n. 6 (pari al 5.3% del campione);
- fobia sociale n. 3 (pari al 2.5% del campione);
- disturbo ossessivo compulsivo n. 1 (pari al 0.8% del campione).

Inoltre il Dipartimento della Salute Mentale segnalava 42 soggetti trattati dalle Unità Operative di Psichiatria per un abuso di alcol concomitante ad altri disturbi.

In circa 20 dei soggetti a doppia diagnosi era rilevata la richiesta e/o l'accettazione di un inserimento in una struttura residenziale.

Oltre alle motivazioni riconducibili alla domanda anche altri fattori hanno riproposto l'opportunità di un confronto interdipartimentale.

In tal senso ha esercitato una sua influenza la considerazione che ogniqualvolta fosse possibile prospettare l'avvio di tossicodipendenti con disturbi psichiatrici a programmi di recupero in Comunità convenzionate ciascun Servizio riscontrava le medesime difficoltà per:

- la quasi totale assenza, sul territorio regionale, di idonee strutture di assistenza a questi pazienti, sia a gestione pubblica che convenzionata;
- la difficoltà manifestata dagli Enti Ausiliari ad accogliere richieste di inserimento di questi utenti;
- l'alto costo della retta per il ricovero in strutture psichiatriche ad alto carico assistenziale.

UN CONFRONTO INTERDIPARTIMENTALE

Del cosiddetto "fenomeno droga", così come della comorbidità psichiatrica associata, esistono probabilmente tante rappresentazioni quanti sono coloro che se ne occupano.

Le ripartizioni degli agenti farmacologici usati per scopi soggettivi vanno soggette a continue revisioni in letteratura così come accade per il concetto stesso di "droga".

Altrettanto può dirsi per la continua evoluzione a cui sono andate incontro le definizioni della "tossicodipendenza".

Ma in questo ambito, al di là di ogni definizione, l'interesse per un intervento interdisciplinare sta, in primo luogo, nei vantaggi diagnostici e terapeutici che ciò può comportare, sia per i pazienti che per gli operatori.

Un'utilità pratica correlata alla diretta relazione che si stabilisce tra migliore comprensione dei disturbi ed incisività delle terapie ma soprattutto derivante da un aumento, quantitativo e/o qualitativo, delle opzioni terapeutiche possibili.

E' certo che per migliorare l'assistenza sia in termini di reale efficacia che di qualità percepita è necessario far sì che sia la centralità del paziente a guidare il processo.

Ciò significa orientare i servizi intorno alle sue necessità e non viceversa.

In questa accezione la nosografia è utilizzabile per individuare i percorsi assistenziali più idonei così da evitare accuratamente di stabilire barriere in difesa del servizio o del singolo operatore.

Eppure anche la nosografia viene invece spesso utilizzata in tal senso.

Ad esempio.

Il disturbo dell'umore indotto da sostanze è definito¹⁰ come una alterazione dell'umore rilevante e persistente che si ritiene dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza e che comporta un disagio clinicamente significativo o una compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Una diagnosi che richiede il riscontro, anamnestico o attraverso l'esame obiettivo o mediante il laboratorio, di elementi sufficienti a comprovare l'uso della sostanza.

Una diagnosi che si pone quando i sintomi di alterazione dell'umore sono in eccesso rispetto a quelli solitamente associati con la sindrome da intossicazione o da astinenza.

Altrettanto dicasi per il disturbo psicotico indotto da sostanze, caratterizzato da rilevanti deliri o allucinazioni attribuibili agli effetti fisiologici diretti di una sostanza.

Una diagnosi che dovrebbe essere posta solo quando i sintomi psicotici siano più intensi di quelli generalmente associati all'intossicazione o all'astinenza caratteristica della sostanza.

Una diagnosi giustificata quando la sintomatologia psicotica è sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica indipendente.

Ma che influenza esercita la visione soggettiva dello specialista nel valutare se l'alterazione dell'umore sia sufficientemente grave da richiedere indipendentemente attenzione clinica ?

Quanto la sua percezione può portarlo a ritenere che la sintomatologia sia eccedente o meno rispetto all'intossicazione o all'astinenza ?

E nella diagnosi differenziale con il disturbo primario quanto pesa ancora la sua soggettività nella valutazione dell'insorgenza, del decorso e di altri fattori ?

Eppure è intorno a questa soggettività che si decide quale servizio "è tenuto a intervenire" sul disagio del paziente e dei suoi familiari.

E' appellandosi a questi riferimenti nosografici che si agiscono le resistenze degli Operatori che, di volta in volta, tendono a sostenere che "il problema è del SerT." oppure che "il paziente è della Psichiatria".

Però mentre i servizi possono dibattere intorno "a chi appartiene il problema" questo è sempre e comunque del paziente e del suo sistema familiare e sociale.

Perciò per realizzare risposte più appropriate alle esigenze di cura e alle necessità assistenziali di questi pazienti costruendo una collaborazione tra Servizi innanzitutto è fondamentale chiedersi se si ha la volontà di confrontarsi con problematiche così complesse.

Fin dall'inizio della collaborazione tra DSM e Dipartimento delle Dipendenze nell'ASL 5 di Pisa ci è apparso evidente che tra le prime difficoltà da prendere in considerazione ci fosse proprio quella rappresentata dalle resistenze, esplicite o implicite, poste dagli stessi Operatori.

Resistenze che:

- ◇ si manifestavano in una diffidenza reciproca tra professionisti dei diversi servizi della Psichiatria o delle Dipendenze;

¹⁰ Nel DSM IV (ICD-10: sindrome affettiva residua dovuta all'uso di una sostanza psicoattiva).

- ◇ andavano ad alimentare un uso strumentale delle diagnosi differenziali;
- ◇ si esprimevano con concezioni, del tutto della soggettive, dei rispettivi ambiti di competenza istituzionale.

Abbiamo valutato che queste resistenze potessero rappresentare anche il bisogno di alcuni di evitare di confrontarsi con il problema.

Nella certezza che il sottovalutare questi aspetti potesse compromettere quel processo di integrazione che dicevamo di voler realizzare proprio nell'interesse dei pazienti abbiamo ritenuto opportuno orientare la nostra esperienza anche in base a queste considerazioni.

Con queste riflessioni, nel 1998, è andata maturando la decisione di proporre alla Regione Toscana l'attuazione di un progetto interdipartimentale sulla comorbilità psichiatrica nelle dipendenze da realizzarsi nell'ASL 5 di Pisa.

Una decisione che si è tentato di calare nel contesto del nostro territorio.

IL CONTESTO

Se è vero che ciascun Servizio tende ad adeguare le proprie modalità operative sia alle caratteristiche della domanda sia alla disponibilità di strumenti di intervento è certo che anche ognuno dei nostri SerT. aveva sviluppato proprie peculiarità nelle risposte di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze e nelle modalità di approccio al problema della comorbilità psichiatrica nelle dipendenze.

In questo processo, influenzato dalla tipologia del fenomeno e dalle esperienze professionali e formative degli Operatori in organico ai Servizi (ad esempio il SerT. di Volterra lamentava l'assenza di specialisti in Psichiatria), ciascuna struttura però interagisce anche con il contesto ambientale in cui è inserita.

Nella nostra realtà risultavano evidenti alcune condizioni oggettive che avevano agito orientando la specificità di risposta, le possibilità di raccordo e le modalità di integrazione tra Servizi nelle diverse Zone dell'Azienda USL.

Un'influenza significativa in tal senso è stata sicuramente esercitata dalla presenza o meno sul bacino territoriale di riferimento:

- di Istituti Penitenziari, a diversa tipologia e caratteristiche dell'utenza da essi afferente (due Istituti a custodia ordinaria ma con fisionomia prevalente di Casa Circondariale a Pisa ed esclusiva di Casa di Reclusione a Volterra);
- di Comunità gestite da Enti Ausiliari (presenti, seppur con diversa capacità recettiva, nelle Zone Pisana e Valdera e assenti in Alta Val di Cecina);
- di Comunità a gestione diretta (presenti nella sola Zona Valdera);
- di Centri di Accoglienza e Orientamento, a gestione diretta o di Enti Ausiliari (presenti nella sola Zona Pisana).
- di presidi ospedalieri dell'Azienda USL (in Valdera e Alta Val di Cecina - sulla Zona Pisana afferenti invece dall'Azienda Ospedaliera Pisana).

Certamente quest'ultima condizione è altamente significativa in quanto l'afferenza dei servizi ad altra Azienda Sanitaria (e l'influenza dell'Università) si ripercuote sull'organizzazione di entrambi i Dipartimenti condizionandone le possibilità d'intervento.

Si tenga conto che per tale condizione non si è raggiunta fino ad oggi, da parte dell'Azienda USL, la diretta gestione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) della Zona Pisana.

La maggiore complessità del rapporto interaziendale esercitava, allora come ora, un ruolo significativo anche per l'assenza quasi totale di protocolli d'intervento condivisi tra i servizi territoriali della Zona Pisana ed i reparti ospedalieri o il Pronto Soccorso.

Pertanto pur avendo già tentato un'integrazione tra i Dipartimenti mediante un primo "protocollo operativo" stipulato nel febbraio 1998, la collaborazione si era poi consolidata in misura del tutto differenziata nelle tre Zone dell'Azienda.

IL PROGETTO

Nella primavera del 1999 è stato perciò predisposto un progetto, configurato quale programma coordinato, tra i Dipartimenti interessati e soggetti del “terzo settore”, per la riconversione specialistica delle attività terapeutiche a favore di tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica ed il contestuale avvio di una sperimentazione del loro trattamento residenziale nella Comunità terapeutica a gestione diretta¹¹.

Fulcro del processo di integrazione è stato un impegnativo corso di formazione sul lavoro di gruppo e di rete nel trattamento della comorbidità psichiatrica nelle Dipendenze.

Questa serie di incontri è stata concepita come l’avvio di un processo per programmare insieme gli interventi, per perfezionare l’integrazione delle attività dei servizi, tra loro e con le strutture di collegamento, e per consolidare così il lavoro di rete.

Al tempo stesso ha rappresentato il presupposto e l’occasione per verificare l’opportunità di promuovere la costituzione di una o più équipe multiprofessionali, interdipartimentali e integrate anche con professionalità extra aziendali, sufficientemente stabili e motivate da poter gestire nel proseguo le attività, approfondendo anche aspetti professionali parzialmente inevasi nell’ambito del corso.

La formazione si è svolta tra il gennaio e l’aprile 2000 ed ha avuto una durata complessiva di 112 ore impegnando n. 28 Operatori (17 del Dipartimento delle Dipendenze – 7 del DSM – 4 del Privato Sociale) delle seguenti professionalità:

- Medici specialisti in Psichiatria: 12
- Medici specialisti in altre discipline: 3
- Psicologi: 4
- Infermieri: 1
- Assistenti Sociali: 2
- Educatori Professionali: 6

I partecipanti all’iniziativa sono stati innanzitutto informati del percorso seguito per consentire a tutti di conoscere il punto di partenza e le possibili prospettive.

Tra le informazioni condivise sono state comprese quelle relative:

- a. alla definizione del problema ed alle possibili dimensioni sul territorio;
- b. alle motivazioni e alle finalità del progetto;
- c. alle disposizioni e agli atti della programmazione sanitaria che oltre a costituirne le premesse normative hanno consentito di reperire le risorse finanziarie per la sua attivazione;
- d. al contesto aziendale in cui il progetto stesso si articolava.

I contenuti su cui si è poi centrata la formazione sono stati i seguenti:

- L’organizzazione dei servizi.
- La diagnosi psicopatologica; dalla diagnosi alla comprensione psicopatologica.
- La metodologia d’intervento in comunità terapeutica.
- La comunicazione efficace e gli stili di leadership.
- L’educazione all’ascolto.
- Le metodologie della consulenza.
- Le tecniche di conduzione e di facilitazione del gruppo.
- Gli strumenti di analisi dei contesti territoriali.
- Il lavoro di rete.
- Il raccordo con le risorse formali e informali del territorio.
- I gruppi di auto aiuto e il lavoro per progetti.

Per arrivare ad una realtà operativa che realizzasse trattamenti integrati si è operato mediante un confronto:

¹¹ Comunità Terapeutica “La Bianca” – Pontedera (Pisa).

- sui processi, diagnostici e terapeutici;
- sull'assetto organizzativo in cui potevano articolarsi gli interventi.

All'interno del percorso di formazione l'analisi di casi specifici è stata indubbiamente utile per sviluppare un comune linguaggio intorno ad un'unica nosografia di riferimento.

Ciò ha reso più semplice l'esame di aspetti quali quelli attinenti:

- alle caratteristiche dei trattamenti, farmacologici e non;
- al significato degli interventi di sostegno dei piani terapeutici;
- alle attività finalizzate all'inclusione sociale e di reinserimento lavorativo.

Non trascurabile, nel contesto attuale di una sanità che cerca di conciliare la qualità degli interventi con risorse disponibili, è stato un orientamento del lavoro che non prescindesse dai seguenti elementi:

- analisi dei costi;
- individuazione dei dati utili e dei sistemi e degli strumenti di loro rilevazione;
- modalità di verifica dei risultati.

In ultimo sono stati elaborati i piani d'azione ed è stato definito un nuovo "protocollo d'intesa" tra Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento della Salute Mentale che è stato applicato dal giugno 1999.

Al protocollo siamo quindi arrivati per definire un atto ampiamente partecipato e capace di coniugare le opzioni terapeutiche disponibili nei percorsi assistenziali dei pazienti.

In altri termini il significato attribuito al "protocollo" è stato di una ratifica di una modalità condivisa di integrazione dei Servizi nella convinzione che ciascuna procedura ha un valore tanto maggiore quanto più costruita insieme con gli Operatori tenuti ad attuarla.

In questo scenario i programmi in Comunità sono stati finalizzati a perseguire il raggiungimento di alcuni obiettivi, ottenibili in diversa misura in relazione alle caratteristiche cliniche e sociali dei singoli pazienti ammessi al trattamento:

- Condizione drug free all'interno della struttura.
- Sospensione delle condotte di abuso nel successivo reinserimento.
- Compenso psicopatologico e sufficiente equilibrio psicoaffettivo.
- Trattamento delle eventuali patologie somatiche coesistenti.
- Miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali nell'ambiente familiare e sociale, con prospettive di allargamento dello spettro relazionale.
- Reinserimento lavorativo.

Sono stati inizialmente considerati ammissibili ai programmi in Comunità pazienti che rispondessero ai seguenti criteri di inclusione:

1. Età superiore a 18 anni, di entrambi i sessi.
2. Accettazione di un trattamento in regime residenziale.
3. Dipendenza da oppiacei, cocaina o alcol anche in associazione tra loro e/o con altre sostanze.
4. Comorbidità per almeno una delle seguenti categorie diagnostiche del DSM IV:
 - ⇒ Disturbo dell'umore, di tipo bipolare o unipolare, anche con manifestazioni psicotiche;
 - ⇒ Disturbi psicotici brevi, schizofreniformi o schizoaffettivi, e psicosi croniche, senza gravi deficit cognitivi;
 - ⇒ Gravi disturbi di personalità;
 - ⇒ Gravi disturbi d'ansia con particolare riferimento al disturbo di panico e al disturbo ossessivo compulsivo;
 - ⇒ Disturbi della condotta alimentare.

La diagnosi e la valutazione dell'aderenza ai criteri di inclusione per i programmi in Comunità sono condotte in forma integrata dai Servizi Tossicodipendenze e dalle Unità Funzionali per la Salute Mentale Adulti.

Le prescrizioni farmacologiche, all'atto dell'ammissione nella struttura, sono effettuate dal medico inviante.

Internamente alla struttura possono essere completati programmi di disassuefazione da oppiacei e avviati trattamenti con antagonisti al termine del programma residenziale o semiresidenziale.

Ove i trattamenti impostati richiedano una particolare vigilanza medica (es. somministrazione di farmaci per fleboclisi) i pazienti possono essere trattati, anche in regime di Day Hospital, presso le strutture della Salute Mentale.

Allo stesso modo ove le condizioni dei pazienti lo richiedano (es. fasi di acuzie) possono essere effettuati brevi cicli di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Zona.

CONCLUSIONI

Per verificare l'applicazione del protocollo sono stati organizzati n. 4 incontri di "follow up" che hanno nuovamente coinvolto tutti gli Operatori che avevano partecipata alla formazione.

Questi incontri hanno avuto una durata complessiva di n. 32 ore e si sono svolti nel dicembre 2000, nel febbraio e nel settembre 2001.

I follow up sono stati utilizzati per promuovere nuovamente il confronto e sono perciò stati indirizzati alle seguenti tematiche:

- Aggiornamento casistica.
- Discussione casi emblematici.
- Presentazione studi.
- Analisi problematiche.
- Definizione azioni di miglioramento.

La progressione degli utenti in carico alle equipe integrate registrata ai tre follow up è indicata nel grafico seguente:

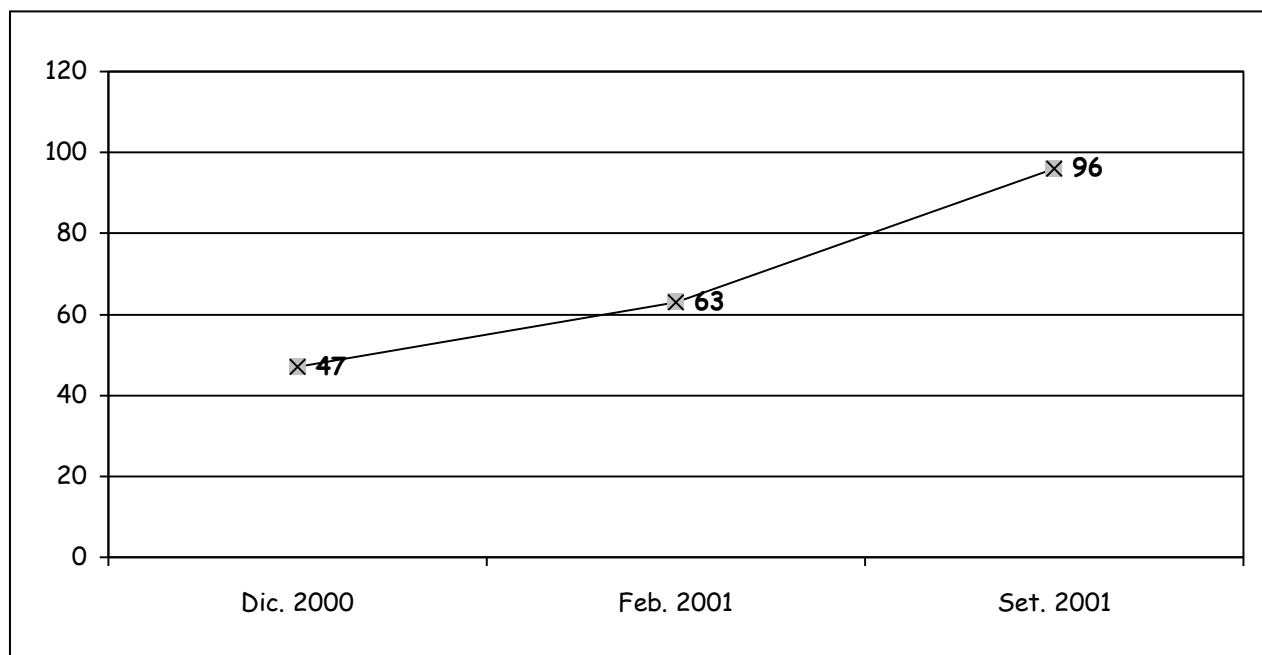


Figura 1. Utenti in carico nei tre follow up

Gli utenti presi in carico congiuntamente dal luglio 2000 al settembre 2001 hanno fruito di trattamenti ospedalieri e ambulatoriali, domiciliari e residenziali in strutture dedicate.

La diversa agibilità delle strutture sopra evidenziata è il principale motivo della diversa ripartizione degli interventi verificatasi nelle diverse Zone.

	Zona Pisana	Zona Valdera	Zona AVC	Totale
Totale assistiti	39	43	14	96

A domicilio	6	2	1	9
Ricoveri in SPDC	2	17	0	19
Day Hospital	0	11	0	11
Inseriti in Comunità	8	16	0	24
In CT a gestione diretta	2	7	0	9

Tabella 1. Tipologia degli interventi sugli utenti in carico

Ancora oggi tra le criticità evidenziate dagli Operatori viene però sottolineato che:

- solo coloro che sono stati coinvolti nel percorso di formazione hanno sviluppato un linguaggio comune;
- altri non accettano di farsi carico, a pieno titolo, di persone con “doppia diagnosi”;
- per valutare le necessità assistenziali e predisporre il piano di trattamento si opera congiuntamente solo per una parte degli assistiti in carico ai servizi.

La collaborazione tra Dipendenze e DSM è ancora considerata “parziale”; la piena integrazione è forse tuttora un obiettivo di un “processo culturale ancora in corso”.

Gli Operatori hanno infine rimarcato le esigenze di:

- uniformare la rilevazione dei bisogni con criteri di gravità condivisi;
- confrontarsi sugli approcci farmacologici alle dipendenze emergenti (es. patologia da cocaina);
- realizzare momenti di aggiornamento sulle interazioni tra farmaci.

Per completare i percorsi assistenziali di questi pazienti e tracciare le prospettive del lavoro si è infine resa evidente la necessità di estendere le partnership:

- ai Pronto Soccorso ed ai Reparti Ospedalieri;
- alla Psichiatria Universitaria (anche per programmi di ricerca);
- ai Medici dell’Emergenza Territoriale;
- ai Servizi Sociali, aziendali e degli Enti Locali.

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E COMORBIDITÀ PER ASSE II. CERTEZZE O ARTEFATTI?

SUBSTANCE USE DISORDERS AND AXIS II COMORBIDITY: FACT OR ARTIFACT?

Pietro Bertolotti Ricotti, Gennaro Madonna, Massimo Clerici

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano

RIASSUNTO

E' stata individuata, tramite il Questionario SCID-II per il DSM III-R, la presenza di DP nella quasi totalità dei soggetti tossicodipendenti da oppiacei presi in esame, con una elevatissima frequenza di sovrapposizione diagnostica. Come del resto per altri strumenti autosomministrati, tale risultato è da attribuire in parte ad una scarsa specificità dello SCID II. Tuttavia l'elevata prevalenza di DP sospettati, unita al dato acquisito della maggior gravità del decorso e della prognosi del DUS nei pazienti con DP e alla necessità di un trattamento integrato per i disturbi in "doppia diagnosi", impone la valutazione in asse II della popolazione afferente ai SerT come elemento prioritario.

Se i tentativi di resetting - tramite l'innalzamento dei valori-soglia e/o la considerazione più generica del numero totale di items critici - porteranno a una maggiore attendibilità dello SCID II, esso potrà essere utilizzato come valido strumento di screening.

Parole-chiave: Disturbi da uso di sostanze; Disturbi di Personalità, Comorbidità

ABSTRACT

Using the SCID Questionnaire for DSM III-Revised, we found Personality Disorders in almost the whole body of the sample of heroin addicts involved in the research, with a very high percentage of diagnostic overlapping. As usual as with others self-report questionnaires, the result is widely explained by the poor specificity of SCID II. Nevertheless, the high prevalence of personality disorders suspected – related to the greater seriousness of the course and the prognosis of the substance use disorder in patients with personality disorder and to the need of an integrated treatment for disorders in "dual diagnosis" – pointed out the Axis II evaluation of the samples treated by Addiction Units, also in Italy, as the first step of the treatment.

If any attempt of resetting SCID, raising the cut-off or increasing the number of critical items of the instrument, will improve the validity of the self-report version, this questionnaire can be used as an important instrument for the screening of addicts in the diagnostic phase.

Key-words: Substance Use Disorders; Personality Disorders, Comorbidity

INTRODUZIONE

In tema di approccio psichiatrico alle tossicodipendenze (addiction psychiatry), si indica con i termini di comorbidità o "doppia diagnosi" (dual diagnosis) la copresenza del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e di ogni altra diagnosi psichiatrica riferibile all'asse I o all'asse II del DSM (APA., 1988; 1996).

Secondo i rilievi di una letteratura ormai da alcuni anni piuttosto vasta (almeno per quanto riguarda le linee epidemiologiche generali del problema; APA, 1995; 1997; Robins e Coll., 1985; 1991), la presenza di un altro disturbo è più frequente nella popolazione degli abusatori di sostanze che non nella popolazione generale. In secondo luogo essa è associata a indici di maggiore gravità psicopatologica del DUS, sia per quanto riguarda l'esordio (generalmente più precoce), sia il decorso (caratterizzato da modalità d'uso più intense e prolungate, con frequente riscontro di politossicomania; da una maggiore rilevanza e pervasività nelle vita dell'individuo, maggior tasso di mortalità, frequenza di ricoveri e di agiti suicidari, più alta prevalenza di infezioni da HIV, virus epatitici ed endocardite per chi fa uso di sostanze per via endovenosa; e dal riscontro di indicatori di un più grave disadattamento sociale, quali perdita del lavoro, della casa, e/o comportamenti criminali), che la prognosi. Questi pazienti, inoltre, manifestano una compliance terapeutica inferiore - rispetto alla più generale popolazione degli abusatori di sostanze - con maggior frequenza di diniego della patologia, incremento nei tassi di drop-out e peggiori esiti nel trattamento.

Tra i pazienti con "doppia diagnosi" il gruppo dei portatori di un disturbo della personalità (DP, soprattutto quelli più gravi), oltre a risultare il più numeroso (alcuni dati di letteratura - citati in Clerici, Carta, 1996 - sono schematizzati nella tabella 1; mentre esponiamo i dati relativi alla Lombardia, sempre aggiornati all'ultima ricerca fatta dal gruppo di Milano nel 1996, in tabella 2), è quello che presenta le maggiori difficoltà sul piano psicosociale. Dal punto di vista terapeutico ne consegue frequentemente, tra l'altro, un atteggiamento di sostanziale rifiuto verso questa tipologia di pazienti sia da parte delle strutture che del personale sanitario e, ovviamente, un trend verso l'impiego dei Servizi a maggior costo (pronto soccorso, reparti di degenza, carceri, etc.).

Tabella 1. Alcuni studi clinici sulla comorbidità tra DP e dipendenza da oppiacei

	N. soggetti	% DP	DP PREDOMINANTE	
Khantzian, Trecce (1985)	133	65.0 %	Antisociale	35 %
Woody e Coll. (1985)	110	45.0 %		
Kosten, Rounsaville (1986)	384	68.0 %	Antisociale Borderline	54.7 % 14.0 %
Tempesta e Coll. (1987)	158	43.1 %	Antisociale Borderline	32.4 % 20.6 %
Weiss e Coll. (1988)	293	61.8 %	Antisociale	28.0 %
Clerici e Coll. (1989)	226	61.0 %	Dipendente Antisociale	19.0 % 11.7 %
Carta, Clerici (1991)	606	55.8 %	Antisociale Dipendente Borderline	20.5 % 19.2 % 13.9 %
Rounsaville e Coll. (1991)	553	26.5 %		
Nace e Coll. (1991)	100	57.0 %	Borderline	29.8 %
Brady e Coll. (1993)	100	62.0 %	Antisociale	18 %
Broner e Coll. (1997)	716	34.8 % in atto 40.5 % lifetime	Lifetime Antisociale	33.9 % uomini 15.4 % donne
Rounsaville e Coll. (1998)	370	57.0 %	Antisociale Borderline	27.0 % 18.4 %

Skodol e Coll. (1999)		OR per DUS = 12	Cluster B
-----------------------	--	--------------------	-----------

Tabella 2. Disturbi della personalità nei tossicodipendenti valutati in Lombardia (decennio 1986-1996).

CLUSTER	DISTURBO DI PERSONALITÀ	PREVALENZA
Cluster A (9 %)	Paranoide	5 %
	Schizoide	1 %
	Schizotipico	3 %
Cluster B (50 %)	Antisociale	20 %
	Borderline	14 %
	Narcisistico	8 %
	Istrionico	8 %
Cluster C (38 %)	Dipendente	19 %
	Evitante	9 %
	Passivo-aggressivo	7 %
	Ossessivo-compulsivo	3 %

(tratto da Clerici, Sacchetti, 1996)

Negli ultimi anni, pertanto, gli studi su questa popolazione si sono costantemente intensificati.

L'approccio più frequentemente seguito è probabilmente quello categoriale sul quale si fonda la classificazione DSM e che risulta orientato alla definizione di specifiche sottopopolazioni, discrete e individuabili. In genere lo studio mantiene l'assunto ateoretico che tende alla descrizione epidemiologica individuando, su questa base, indicatori e predittori di decorso e di esito, e cercando la possibilità di accoppiamento (matching) tra specifico disturbo e differenti forme di trattamento disponibili.

Non mancano, peraltro, studi fondati su misure dimensionali derivate dai modelli di Eysenk (1991) - che individua tre fattori fondanti la personalità quali estroversione-nevroticismo-psicoticismo - o di Costa e McRae (1988; modello a cinque fattori, i cosiddetti big five, cioè estroversione, nevroticismo, amabilità, coscienziosità, apertura all'esperienza). Il modello di Costa e McRae (1988) avrebbe mostrato una buona correlazione con le diagnosi secondo il DSM, mentre scarsamente correlabile è risultato il modello a sette fattori di Cloninger (1987), che fa riferimento a un modello prevalentemente neurochimico incentrato sulla ricerca della novità, l'evitamento del pericolo e la dipendenza dalla gratificazione.

Nell'incertezza epistemologica ancora rilevante che caratterizza la ricerca sui Disturbi della Personalità (Westen 1997), si è fatto ricorso a numerosi strumenti di assessment (Zimmermann, Coryell, 1990). Tra quelli derivati direttamente dalla classificazione del DSM, si possono ricordare l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di asse II (SCID II; 1993) - che descriveremo meglio nella seguente sezione del lavoro - e il Questionario per i Disturbi della personalità (PDQ; Dowson, Berios, 1991; Dowson, 1992; Ghodse 1995). Numerosi studi utilizzano poi il Millon Multiphasic Clinical Inventory (MCMI, giunto ora alla terza revisione; Millon 1977; 1987; Millon e Coll., 1994; Flynn e Coll., 1995; Marlowe e Coll., 1997; 1998) che, pur non derivando direttamente dal DSM, è costruito in modo da pervenire alla diagnosi formulata secondo il Manuale o il classico Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), del quale è stata recentemente elaborata la seconda versione (Donovan e Coll., 1998). Tranne lo SCID, si tratta di questionari autosomministrati.

Questi strumenti, però, hanno mostrato di produrre risultati spesso discordanti. Gli studi di Marlowe e collaboratori (1997; 1998), condotti tra l'altro su campioni di cocainodipendenti, hanno

paragonato la diagnosi emersa al MCMI-I con quella DSM IV, notando che i due sistemi appaiono non correlati.

Il secondo problema emerso per tutti i questionari autosomministrati è la loro bassa specificità: essi mostrano una scarsa capacità di discriminare tra un disturbo e l'altro, dando luogo a comorbidità stimate dalla letteratura presa in analisi tra una media di 2.68 (campione con DUS, MCMI-I; Nadean e Coll., 1999) e 4.5 (campione con generica problematica psichiatrica, PDQ-R; Dowson, Berios, 1991; Dowson, 1992) disturbi di personalità portati dal singolo soggetto.

Rispetto alla diagnosi clinica o al raffronto con questionari somministrati ai parenti (Dowson, Berios, 1991; Dowson, 1992) essi appaiono sovradiagnosticare e dare luogo a un gran numero di false positività, in particolare se si considera il singolo disturbo più che la presenza di un generico DP. Sebbene d'altro canto essi appaiano strumenti affidabili per escludere la diagnosi, questa evenienza risulta infrequente. Nadean e collaboratori (1999) nella rassegna condotta con MCMI-I l'ha quantificata nel 11.8 %; uno studio di Ekselius e collaboratori (1994) ha paragonato - su un campione psichiatrico - una versione autosomministrata derivata dallo SCID II con l'Intervista Clinica Strutturata, evidenziando con il primo strumento un 73 % di DP, e con il secondo un 56 %. I suoi risultati diventano però ben concordanti applicando un fattore di aggiustamento che modifica il cut-off per la diagnosi.

Complessivamente, pertanto, l'opinione prevalente (Dowson, 1992) è che il questionario autosomministrato sia da ritenersi strumento non completamente valido per diagnosticare un disturbo della personalità. Lo stesso Dowson suggerisce di utilizzare per l'assessment il numero complessivo di items critici.

Lo studio che presentiamo costituisce un tentativo di effettuare uno screening per gli 11 disturbi della personalità classificati nel DSM III-R (più il Disturbo Autofrustrante compreso nell'Appendice) in un campione di eroinodipendenti afferenti ad un SerT della città di Milano (il SerT della ex-USL 37) e di trovare associazioni tra il riscontro di un disturbo della personalità ed altri indicatori quali la durata dell'uso di sostanze, l'eventualità di politossicomania, la continuità di uso (indicata dalla presenza di metaboliti urinari dell'eroina), l'infezione da HIV e una storia psichiatrica caratterizzata da tentativi di suicidio e dalla familiarità per DUS e per altri disturbi psichiatrici.

MATERIALI E METODI.

Nello studio sono stati inseriti 83 pazienti diagnosticati come dipendenti da eroina secondo il DSM IV, con i seguenti criteri di selezione:

- assenza di segni e sintomi di astinenza e di intossicazione acuta;
- assenza di malattia, danno o disfunzione cerebrale evidente;
- adeguata capacità di comprensione del questionario;
- adesione volontaria all'indagine a seguito di informazione chiara e completa sulle finalità della stessa.

Il campione è risultato composto da 61 uomini (73.5%) e 22 donne (26.5%), con un rapporto pari a circa 4:1; età compresa tra 19 e 57 anni (media di 34 anni). 64 soggetti (77.1%) ha una storia di dipendenza superiore ai 10 anni. 75 soggetti (90.3%) erano in trattamento sostitutivo metadonico (range dosaggio: 10-120 mg/die; media: 49 mg/die).

Per indagare la presenza di disturbi della personalità è stato utilizzato il questionario incluso nell'intervista clinica strutturata per il DSM III-R (SCID-II) elaborata da Spitzer nel 1990, non essendo all'epoca disponibile il questionario aggiornato al DSM-IV. Il questionario comprende 113 item con risposta NO/SI, ciascuno corrispondente ad una domanda contenuta nell'intervista strutturata; le domande sono raggruppate in 12 set, ciascuno corrispondente ai criteri diagnostici per i singoli disturbi della personalità (Spitzer, Williams, 1988).

Le aree in cui il numero di risposte SI è uguale o maggiore di un valore soglia vengono definite come "problematiche o patologiche" e nel procedimento diagnostico completo devono essere

confermate dalle informazioni desunte dall'intervista. In questa forma il questionario è autosomministrato.

I dati raccolti in merito ai valori sopra-soglia sono stati innanzitutto considerati descrittivamente per singolo disturbo e per cluster diagnostico, quindi incrociati con le variabili soprariportate con test χ^2 , operando anche sul parametro del numero complessivo dei valori sopra-soglia.

RISULTATI

Dai dati anamnestici raccolti in cartella sono emersi:

- familiarità positiva per uso di sostanze per 26 soggetti (31.3%);
- familiarità positiva per malattie psichiatriche per 19 soggetti (22.8%) e tentati suicidi accertati per 7 soggetti (8% dei casi);
- politossicomania in 44 soggetti (53.0%);
- comportamento d'abuso in atto (positività del test sulle urine) in 38 soggetti (45.7%);
- 28 soggetti (33.7%) sono risultati HIV-positivi.

Non ci sono differenze significative tra maschi e femmine.

Rispetto al sospetto diagnostico per DP esso non è emerso solo in 5 soggetti (6%). 78 soggetti (94%) hanno raggiunto il valore soglia per almeno una sospetta patologia della personalità.

25 soggetti (30.2%) sono risultati positivi per un numero compreso tra 1 e 3 disturbi, 29 (34.9%) tra 4 e 6 disturbi e 24 (28.9%) oltre 7 disturbi (tabella 3). La media complessiva dei sospetti disturbi di personalità compresenti per ciascun soggetto è risultata pari a 4.75.

Le donne sembrano presentare una maggior sovrapposizione di disturbi, ma non a livello significativo (per i maschi il numero medio di disturbi compresenti è di 4.4, mentre per le donne risulta di 5.5).

TABELLA 3. RILEVANZA DEI DP IN UNA POPOLAZIONE MILANESE

Sospetto diagnostico	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Nessun DP	4	6.6	1	4.6	5	6.0
1-3 DP	22	36.1	3	13.6	25	30.2
4-6 DP	20	32.7	9	40.9	29	34.9
> 7 DP	15	24.6	9	40.9	24	28.9
Totale	61	100.0	22	100.0	83	100.0

χ^2 : 4.60; p: n.s.

Sul totale delle diagnosi sospettate, il 40.7% appartiene al cluster B, il 28.8% al cluster C, il 17.7% al cluster A e il 12.6% al disturbo autofrustrante di personalità.

Sul totale del campione di pazienti preso in esame, 45 soggetti (54.2%) presentano una copresenza di aree critiche su tutti e tre i cluster. Almeno un disturbo di cluster B è sospettato nell'84.3% del campione. Per quanto riguarda il cluster C la percentuale è pari al 73.4% e per il cluster A al 66.2%. In tabella 4 sono mostrati i valori per singolo disturbo.

TABELLA 4. RILEVANZA DEI SINGOLI DP IN UNA POPOLAZIONE MILANESE

Disturbo della personalità	MASCHI (N. = 61)		Femmine (N. 22)		Totale (N. 83)	
	N	%	N	%	N	%
NESSUN DISTURBO	4	6.5	1	4.5	5	6.0
PARANOIDE	34	55.7	16	72.7	50	60.2
Schizotipico	10	16.4	3	13.6	13	15.6
Schizoide	5	8.2	2	9.1	7	8.4
Istrionico	9	14.7	5	22.7	14	16.9
Narcisistico	32	52.4	13	59.1	45	54.2
Borderline	35	57.3	19	86.4	54	65.0
Antisociale	36	59.0	12	54.5	48	57.8
Evitante	18	29.5	12	54.5	30	36.1
Dipendente	16	26.2	6	27.3	22	26.5
OSSESSIVO- COMPULSIVO	28	45.9	7	31.8	35	42.1
Passivo-aggressivo	17	27.9	10	45.4	27	32.5
AUTOFRUSTRANTE	33	54.1	17	77.2	50	60.2

Dist. Borderline: χ^2 4.48; $p = 0.03$

Dist. Autofrustrante: χ^2 3.63; $p = 0.06$

Possiamo evidenziare come il DP più rappresentato appaia quello borderline (54 riscontri, 65.0% del campione; Nurnberg, 1991), seguito dal disturbo paranoide, da quello autofrustrante (entrambi con 50 riscontri, 60.2%), dall'antisociale (48, 57.8%) e dal narcisistico (45, 54.2%).

Significativamente di più frequente riscontro nelle donne rispetto agli uomini ($p < 0.05$) il disturbo borderline; sempre nel campione femminile è emerso un trend per il disturbo autofrustrante.

La relazione tra la patologia di personalità ipotizzata tramite il nostro strumento e le variabili familiari e di gravità del disturbo correlato vengono mostrate in tabella 5.

Tabella 5. Correlazioni tra DP e variabili cliniche

Disturbo di personalità	Politox.	HIV +	Urine +	Familiarità DUS	Familiarità Psichiatrica	T. S.
	(N. = 44)	(N. = 28)	(N. = 38)	(N. = 26)	(N. = 19)	(N. = 7)
	53.0 %	33.7 %	45.8 %	31.3 %	22.9 %	8.4 %
PARANOIDE (N. = 50) 60.2	27	18	27	17	12	4
	61.4	64.3	71.0	65.4	63.1	57.1
Schizotipico (N. = 13) 15.7	7	4	6	3	3	2
	15.9	15.2	15.7	11.5	15.7	28.0
Schizoide (N. = 7) 8.4	2	2	3	3	1	1
	4.5	7.1	7.8	11.5	5.2	14.3
Istrionico (N. = 14) 16.9	8	2	6	2	2	3
	18.1	7.1	15.7	7.6	7.6	42.8
Narcisistico (N. = 45) 54.2	28	14	24	12	9	3
	63.6	50.0	63.1	46.1	47.3	42.8
Borderline (N. = 54) 65.0	31	19	29	16	15	5
	70.4	67.8	76.3	61.3	78.9	71.4
Antisociale (N. = 48) 57.8	28	15	20	16	11	4
	63.6	53.6	52.6	61.5	57.8	57.1
Evitante (N. = 30) 36.1	17	12	14	44	12	3
	38.6	42.8	36.8	42.3	63.1	42.8
Dipendente (N. = 22) 26.5	13	7	10	8	6	2
	29.5	25.0	26.3	30.7	31.5	28.5
Ossessivo-compulsivo (N. = 35) 42.1	19	11	17	13	8	4
	43.1	39.2	44.7	50.0	44.4	57.1
PASSIVO-AGGRESSIVO (N. = 27) 32.5	16	8	13	9	7	1
	36.6	28.6	34.2	34.6	36.8	14.2
Autofrustrante (N. = 50) 60.2	28	15	26	15	13	5
	63.6	53.5	68.4	57.7	68.4	71.4

Nota: le percentuali nella colonna disturbi della personalità e sotto le celle che riportano le variabili di familiarità, caratteristiche del DUS, sieropositività e T.S. sono calcolate sulla totalità del campione. Le percentuali entro la tabella 2x2 sono calcolate sulla parte del campione positiva per la variabile indicata (es. percentuale di sieropositivi che presentano una diagnosi presuntiva di DP borderline).

Le significatività sono calcolate con test χ^2 confrontando il gruppo di pazienti positivi per un dato sospetto diagnostico con quelli negativi (es. borderline vs diagnosi borderline esclusa).

Disturbo evitante x familiarità psichiatrica: $\chi^2 = 7.79$; $p < 0.01$

Disturbo borderline x positività urine: $\chi^2 = 3.91$; $p = 0.048$

Disturbo paranoide x positività urine: $\chi^2 = 3.42$; $p = 0.064$

Disturbo narcisistico x politossicomania: $\chi^2 = 3.35$; $p = 0.067$

Complessivamente pochi sottogruppi caratterizzati dalla positività per le variabili considerate (politossicomania, positività delle urine, positività per HIV, familiarità per uso di sostanze, familiarità per disturbo psichiatrico e tentati suicidi accertati) hanno mostrato un differente profilo di diagnosi presunta, come si può notare raffrontando le percentuali riportate nella colonna disturbi della personalità con quelle relative alle correlazioni. I valori di trend (significatività con p compresa tra 0.1 e 0.05) sono contrassegnati in corsivo, quelli significativi con $p < 0.05$ in grassetto. In due circostanze essi riguardano la positività delle urine, che appare in relazione con la diagnosi presuntiva di disturbo borderline e di disturbo paranoide di personalità. Il disturbo narcisistico appare associato con la politossicomania; mentre una relazione significativa appare tra la familiarità psichiatrica e la sospetta presenza di un disturbo evitante.

Risultati vicini alla significatività statistica, in relazione alla positività delle urine e alla politossicomania, sono stati notati dividendo il campione in base al cut-off di 3 o più disturbi. Un simile risultato, relativo alla politossicomania è stato ottenuto raffrontando i pazienti che presentano un'associazione di disturbi presunti in tutti e 3 i cluster (eccentrico, drammatico ed ansioso) con quelli che non la presentano.

- Pz. con > 3 DP vs pz con < 3 DP x politossicomania: **60.3%** vs **40.0%**, χ^2 : 3.19, $p = 0.074$
- Pz. con > 3 DP vs pz con < 3 DP x positività urine: **52.8%** vs **33.3%**, χ^2 : 2.93, $p = 0.086$
- Pz. con diagnosi di cluster A + B + C vs Altri x politossicomania: **62.2%** vs **40.1%**, χ^2 : 3.35; $p = 0.067$

Non hanno invece dato esito i tentativi operati su associazioni di specifici disturbi (ad esempio è stata testata l'associazione borderline + antisociale), per cluster e per **numero complessivo di criteri sopra-soglia (range tra 0 e 67, con una media di 28.6 e una mediana di 29)**; altrettanto infruttuosa è risultata la variazione del valore soglia indicato per l'Intervista Strutturata

DISCUSSIONE

Il nostro studio presenta di certo rilevanti limiti metodologici che, come anticipato nell'introduzione, sono da attribuirsi in particolar modo alla scelta dello strumento diagnostico autosomministrato, ritenuto scarsamente valido dalla maggior parte degli autori in quanto causa di possibili false positività. Nei fatti, anche nella nostra ricerca sono state riscontrate un gran numero di sovrapposizioni diagnostiche: in media 4.75 disturbi presunti per soggetto, in linea con il dato di Dowson, pari a 4.5 (1992). Tali sovrapposizioni rendono quindi ardua anche la discriminazione di associazioni tra specifici disturbi della personalità e variabili anamnestiche e cliniche presentate dal soggetto dipendente.

Tuttavia ci sembra che questo studio contenga alcuni spunti di valore.

La grande prevalenza di patologia della personalità nella popolazione tossicodipendente, nota da anni nell'esperienza clinica e nella letteratura (anche italiana) sul fenomeno, viene confermata. Un dato di rilievo, meritevole di approfondimento con una valutazione diagnostica strutturata è la sovrapposizione di disturbi in tutti e 3 i cluster, riscontrata nel 54% dei soggetti. Se confermata, oltre ad evidenziare i limiti pratici di un approccio diagnostico categoriale alla popolazione tossicodipendente per quanto riguarda i disturbi della personalità (McLellan e collaboratori., 1997, suggeriscono - ai fini del matching - la maggiore utilità di un inquadramento per aree di bisogno, in particolare lavoro, relazioni familiari e problematica psichiatrica), potrebbe evidenziarne comunque

una particolare complessità del profilo personologico con un indice di grave disfunzione su molteplici aree.

Va peraltro notato che la nostra rilevazione ha segnalato un numero estremamente rilevante di disturbi paranoidi (60.2% dei soggetti), già segnalati in letteratura seppure in termini molto più modesti (Brooner e Coll., 1997), ma che potrebbero essere influenzati (ad esempio, nei termini di una manifestazione secondaria) dal comportamento e delle relazioni sociali del tossicodipendente cronico (il nostro campione ha un'età media elevata e, per la gran parte, oltre 10 anni di tossicodipendenza!), come del resto la diagnosi di disturbo antisociale. Di riscontro assai frequente poi (60.2%) il disturbo di personalità autofrustrante, ancora escluso - a tutt'oggi - dal DSM IV.

Se consideriamo le frequenze per cluster sul totale dei disturbi riscontrati, oltre che sul campione, il profilo della proporzione tra i vari cluster appare peraltro in linea con le osservazioni già note. La maggior prevalenza dei disturbi di cluster B (86% sul campione, 40% sui disturbi rilevati) appare chiara, in particolare per quanto riguarda il disturbo antisociale e il disturbo borderline (che sembra associato a uso continuativo di sostanze). I nostri dati suggeriscono anche un'elevata frequenza di disturbo narcisistico. Per quanto riguarda il cluster C (73.4% sul campione, 28.6% sul totale dei DP supposti), una frequenza maggiore rispetto alla letteratura americana è già stata di costante riscontro nella nostra regione (Clerici; 1993; Clerici, Carta, 1996). Skodol e collaboratori (1999) riconoscono questa caratteristica come peculiare delle aree metropolitane di medio o alto livello socio-economico. Potremmo notare anche l'inversione del rapporto generalmente riscontrato in letteratura tra DP evitante e DP dipendente. Da valutare la significatività clinica del riscontro statistico, peraltro forte, tra DP evitante, familiarità psichiatrica e, evidentemente, abuso di sostanze.

Relativamente alla ricerca di associazioni tra indici di gravità del DUS, sieropositività, T.S. e familiarità per DUS e con altri disturbi psichiatrici e specifici disturbi, abbiamo dovuto pesantemente riscontrare i limiti di discriminazione del nostro strumento. Intuitivo, ma comunque sempre utile anche per verificare una sua relativa attendibilità, il riscontro di una maggior gravità del DUS (politossicodipendenza e positività delle urine) in soggetti con polidiagnosi (3 o più disturbi).

Un secondo ordine di considerazioni riguarda la politica sociosanitaria relativa al trattamento delle tossicodipendenze.

Il nostro studio è stato condotto in un ambito clinico pubblico, il Servizio Tossicodipendenze (SerT), nel quale l'assetto organizzativo stesso tende a privilegiare il trattamento del DUS quale unica diagnosi o, al massimo, quello dei disturbi indotti da sostanze e non di quelli in comorbidità stabile. Al di là del probabile sovradimensionamento diagnostico e dell'identificazione di specifici profili di personalità tramite strumenti validi e di altrettanto facile applicabilità, un risultato di valore numerico tanto consistente (94% di pazienti con sospetto DP), pone innanzitutto il problema di riconsiderare il ruolo della psichiatria all'interno di questo Servizio (Clerici, 1994; Tempesta, Pozzi, 1994).

E' noto infatti che un corretto inquadramento psicopatologico del soggetto che abusa di sostanze permette a quest'ultimo di poter fruire di un trattamento multimodale personalizzato in grado di offrire vantaggi non secondari non solo sui comportamenti di abuso e dipendenza, ma anche sui tratti maladattativi e sulla eventuale psicopatologia concomitante, non di rado determinando una prognosi più favorevole su entrambi i binari della "doppia diagnosi". Quando un disturbo psichiatrico e l'uso di sostanze vengono considerati separatamente, possono essere causa di abbandono precoce sia dei trattamenti specifici della tossicodipendenza sia di quelli psichiatrici, facilitando i rischi di cronicizzazione degli utenti (Cacciolla, 1996; Fariello, Scheidt, 1989; Osher, Kofoed, 1989; Strain e Coll., 1991). La competenza psichiatrica si rivela pertanto necessaria per impostare correttamente un piano di trattamento, sia nei suoi aspetti esclusivamente farmacologici che in quelli psicosociali e riabilitativi; sul piano operativo lo screening diagnostico di chi si presenta ai Servizi con una richiesta di trattamento non avrà esclusivamente lo scopo dell'inquadramento nosografico del paziente, quanto piuttosto il miglioramento della definizione di un programma multimodale (medico-psico-sociale) che risponda alle esigenze cliniche del paziente

e la selezione di tecniche di intervento maggiormente mirate ed efficaci in relazione alle aree di sofferenza rilevate (Fioritti e Coll., 1997; Nurnberg e Coll., 2000; Pozzi e Coll., 1993; Scarpa e Coll., 1999; Verheul e Coll., 2000).

Un ultimo tema da affrontare riguarda il timing delle diagnosi, cioè le difficoltà che insorgono nella valutazione in relazione alle condizioni di assunzione di sostanze illegali o di trattamento sostitutivo a dosaggi elevati, sebbene sia noto che esso influisca meno sulla valutazione di asse II rispetto a quella di asse I. Il problema è rilevante, soprattutto se lo si accosta all'attuale assetto organizzativo del SerT che non favorisce affatto né l'osservazione diagnostica in setting protetti dall'impiego di sostanze, né la valutazione longitudinale protratta in un regime di disassuefazione. I tempi di osservazione dovrebbero quindi essere protratti e, soprattutto, garantiti da strutture più "robuste" delle attuali, sia in termini di organizzazione del setting che delle risorse professionali che vi operano (Ball e Coll., 1997; Blume, 1989).

A questo fine va intesa la selezione di strumenti di valutazione validi ed universalmente riconosciuti, il ricorso a strumenti diagnostici standardizzati e l'adesione a linee-guida terapeutiche condivise.

CONCLUSIONI

La nostra ricerca ha individuato tramite il Questionario SCID-II la presenza di DP nella quasi totalità dei soggetti presi in esame, con una elevatissima frequenza di sovrapposizione diagnostica. Come del resto per altri strumenti autosomministrati, tale risultato è da attribuire in parte ad una scarsa specificità dello SCID II. E' stato pertanto difficile ricavarne un valore euristico in merito all'associazione cercata tra DP e variabili correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Tuttavia l'elevata prevalenza di DP sospettati, unita al dato acquisito della maggior gravità del decorso e della prognosi del DUS nei pazienti con DP e alla necessità di un trattamento integrato per i disturbi in "doppia diagnosi", impone la valutazione in asse II della popolazione afferente ai SerT come elemento prioritario.

Il questionario SCID II appare inadeguato per una diagnosi definitiva e, a questo scopo, deve essere seguito dall'Intervista Clinica Strutturata. Tuttavia la rispondenza proporzionale della rilevanza epidemiologica dei disturbi e dei cluster rispetto a dati già noti e il rilievo di alcune associazioni significative e clinicamente coerenti, permette di considerarlo uno strumento male tarato più che strutturalmente non valido, come del resto noto. Se i tentativi di resetting - tramite l'innalzamento dei valori-soglia e/o la considerazione più generica del numero totale di items critici - porteranno a una maggiore attendibilità dello SCID II, esso potrà essere utilizzato come valido strumento di screening.

E' comunque necessario che i SerT. siano dotati di tecnologie (tra cui lo strumento diagnostico) necessarie a una valutazione clinica psicopatologica che non si limiti all'eventuale fase acuta, in particolare indotta da sostanze, ma sia in grado di considerare longitudinalmente la presenza dei disturbi psichiatrici comorbili e, in particolare, dei disturbi di asse II.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. DSM III-R – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition Revised (trad. it.), Masson, Milano, 1988.
- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (trad. it.), Masson, Milano, 1996.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with Substance Use Disorders: alcohol, cocaine, opioids. Supplement to the Am J Psychiatry, 152, 11, 5-49, 1995.
- American Psychiatric Association. Linee guida cliniche. Centro Scientifico Editore, Torino, 1997.
- Ball SA, Tennen H, Poling JC, Kranzler HR, Rounsaville BJ. Personality, temperament and character dimensions and the DSM IV Personality Disorders in substance abusers. J Abnormal Psychology, 106(4), 545-553, 1997.
- Blume SG. Dual Diagnosis: psychoactive substance abuse and Personality Disorders. J Psychoactive Drugs, 21(2), 139-144, 1989.
- Bronner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry, 54: 71-80, 1997.
- Cacciolla JS. Personality Disorders and treatment outcome in Methadone Maintenance patients. J Nerv Ment Dis; 184: 234-239, 1996
- Clerici M. Tossicodipendenza e Psicopatologia. Franco Angeli, Milano 1993.
- Clerici M. Working on drug abuse in Italy: the Multidimensional Nature of Addiction Service. It J Psychiatry Behav Sciences, 1: 99-102, 1994
- Clerici M, Sacchetti E. Incontro all'eroina. Masson, Milano 1996.
- Clerici M, Carta I. Personality disorders among Psychoactive Substance users: diagnostic and psychodynamic issues. Eur Addict Res, 2: 147-155, 1996.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry, 44: 579-588, 1987.
- Costa PT, McCrae RR. From Catalog to Murray's needs and the five-factors model. J Personality and Social Psychology, 55: 258-265, 1988.
- Donovan JM, Soldz F, Kelley HF, Penk WE. Four addictions. The MMPI and the discriminant function analysis. J Addictive Diseases, 17(2), 41-55, 1998.
- Dowson JH, Berios GE. Factor structure of DSM III-R personality disorders shown by self-report questionnaire. Implications for classifying and assessing personality disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84(6), 555-560, 1991.
- Dowson JH. Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaire: the role of informants and a screening-test for comorbidity personality disorders (STCPD). Br J Psychiatry, 161: 344-352, 1992.
- Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G. SCID II interview and SCID screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM III-R. Acta Psychiatrica Scandinavica; 90(2): 120-123, 1994.
- Eysenk HJ. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. J Personality Disorders, 58: 245-261, 1991.
- Fariello D, Scheidt S. Clinical case management of the dually diagnosed patient, Hosp Comm Psychiatry, 40, 1065-1069, 1989.
- Fioritti A, Ferri S, Galassi L, Warner R; Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples. Community Mentally Ill Journal, 33, 5: 429-442, 1997.
- Flynn PM, McCann JT, Fairbank JA. Issues of assessment of personality disorders and substance abuse using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II). J Clinical Psychology, 51(3), 415-21, 1995.
- Ghodse H. Substance Misuse and Personality Disorders. Current Opinion in Psychiatry; 8: 177-179, 1995.

Lehmann A, Myers CP, Corty E. Assessments and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hosp Comm Psychiatry*, 40:1019-1025, 1989.

Marlowe DB, Husband SD, Bonieskie LM, Kirby KG, Platt JJ. Structure interview versus self-report test advantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence. *J Personality Disorders* 11(2): 177-190, 1997.

Marlowe DB, Festinger DS, Kirby KC, Rubenstein DF, Platt JJ. Congruence of the MCMI-II and MCMI-III in cocaine dependence. *J Personality Assessment*; 71(1): 15-28, 1998.

McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. Problem-Service matching in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 730-735, 1997.

Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. National Computer Systems, Minneapolis, 1977.

Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. National Computer Systems, Minneapolis, 1987.

Millon T, Millon C, Davis RD. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. National Computer Systems, Minneapolis, 1994.

Nadean L, Landry M, Racine S. Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44(6): 592-596, 1999.

Nurnberg G. The comorbidity of Borderline Personality Disorder with other DSM III-R Axis II Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 148: 1311-1317, 1991.

Nurnberg G, Martin GA, Somoza E, Coccaro EF, Skodol AE, Oldham JM, Andrews J, Mulder RT, Joyce PR. Identifying Personality disorders: toward a development of a clinical screening instrument. *Comprehensive Psychiatry*; 41(2), 137-146, 2000.

Osher FC, Kofoed LL. Treatment of Patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Comm Psychiatry*, 40:1025-1030, 1989.

Pozzi G, Bacigalupi M, Serretti A, Tempesta E. Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 16: 69-77, 1993.

Robins LN, Heizer JE, Weissmann MM, Orvaschel H, Gruenbert E, Burke JD jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 949-958, 1985.

Robins LN, Locke B, Regier D. An overview of psychiatric disorders in America. In Robins L, Regier D (eds) *Psychiatric disorders in America*, Free Press, New York, 328-336, 1991.

Scarpa A, Luscher KA, Smalley KJ, Pilkonis PA, Kim Y, Williams WC. Screening of Personality Disorders in a non-clinical population. *J Personality Disorders*, 13(4), 345-360, 1999.

SCID Intervista Clinica Strutturata per il DSM-III-R. Versione italiana a cura di M Fava, GP Guaraldi, F Mazzi, M Rigatelli. OS – Organizzazioni Speciali, Firenze 1993.

Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156: 733-738, 1999.

Spitzer RL, Williams JBW. Having a dream: a research study for DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 871-874, 1988.

Strain EC, Brooner RK, Bigelow JE. Clustering of multiple substance abuse and psychiatric diagnosis in Opiate addicts. *Drug Alcohol Dependence*, 27 (2): 127-130, 1991.

Tempesta E, Pozzi G. Psychiatric comorbidity of drug addiction in Italy *It J Psychiatry Behav Sciences*, 2: 89-94, 1994.

Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ. Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? *J Study on alcohol*, 61 (1): 101-10, 2000.

Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing Personality Disorders: Implications for research and the evolution of Axis II. *Am J Psychiatry*; 154(7): 895-902, 1997.

Zimmermann M, Coryell WH. Diagnosing Personality Disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psych*, 47(6), 527-531, 1990.

L'ESPERIENZA DI UN SERVIZIO DI CONSULTAZIONE PER LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE.

Giuseppe Carrà, Rosangela Scioli, Caterina Giacobone, Lorenzo Restani, Florinda Pozzi, Francesco Barale.

U.O. Psichiatria AO Pavia. Dipartimento SSAPP Università di Pavia

RIASSUNTO

Lo studio si sviluppa all'interno del Progetto Sperimentale "Comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze", finanziato dalla Regione Lombardia e coordinato dall'Unità Operativa di Psichiatria dell'Università di Pavia. Attraverso la collaborazione tra Servizi per le Tossicodipendenze (SerT.), Comunità terapeutiche (C.T.) e il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) nell'Ospedale S. Matteo di Pavia, è stato creato un Servizio di Consultazione per pazienti con doppia diagnosi.

Lo scopo dello studio è la valutazione dell'efficacia del Servizio di consultazione attraverso la valutazione dei profili di gravità, tratti dall'adattamento europeo dell'Addiction Severity Index (Europ-ASI).

Il campione consiste di 128 pazienti e di un gruppo di controllo randomizzato (89 pazienti). Sono stati reclutati tutti i pazienti inviati al Servizio di Consultazione, fornendo loro una valutazione multidimensionale e trattamenti psichiatrici.

E' stata effettuata una diagnosi clinica ed una Valutazione del Funzionamento Globale (VFG), secondo i criteri del DSM IV, oltre ad una valutazione semistrutturata circa i problemi dei pazienti in sette aree, somministrando l'Europ-A.S.I..

Viene effettuato quindi un follow-up ad 8 mesi mediante il re-test dell'Europ-A.S.I., per verificare l'efficacia del trattamento proposto sia per il disturbo da uso di sostanze che per il disturbo psichiatrico, nell'ipotesi che l'Europ-A.S.I. sia uno strumento sensibile, pur nella sua semplicità d'uso, per rilevare tali cambiamenti.

Al tempo basale si rileva nel gruppo indice un massiccio consumo attuale, un VGF medio basso, livelli di gravità ai severity ratings alti soprattutto nelle ultime aree dell'Europ-A.S.I.(problemi familiari e psichiatrici), si conferma l'inattendibilità dell'area legale mentre l'area relativa al consumo di droghe appare elevata.

Al follow-up, si nota un miglioramento complessivo nei severity ratings e nei composite scores statisticamente significativo in particolare decresce sensibilmente il livello di gravità nelle aree relative all'abuso di droghe, ai problemi familiari e psichiatrici.

L'intervento dello "Sportello di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica in Disturbi da Uso di Sostanze" ha ottenuto risultati significativi tale da ritenerlo un modello di trattamento adeguato.

Parole chiave: abuso di sostanze -disturbi psichiatrici -addiction severity index

COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E/O DOPPIA DIAGNOSI: ANCORA UNA VOLTA L'UOVO O LA GALLINA?

(Meyer, 1986)

Già gli studi sui disturbi da uso di sostanze, condotti in setting psichiatrici negli anni '60 e '70, dimostrarono la rilevante prevalenza di disturbi mentali nelle popolazioni di tossicodipendenti: Rosenberg (1969) riscontrò esenti da tali disturbi il 10% e Sheppard (1972) il 15% dei pazienti.

Ricerche più recenti, d'altra parte, riportano percentuali differenti di patologia psichiatrica con tassi di comorbidità variabili da più del 50% al 93% (Regier e Coll.,1990; Khantzian e Coll., 1985, Brooner e Coll., 1997), mentre approssimativamente il 50% dei soggetti con una malattia mentale

grave sviluppa un abuso (Drake e Coll., 1993). In Italia Clerici e Coll., (1989) esaminando 226 pazienti ospiti di una comunità terapeutica nell'area milanese riscontrano una prevalenza del 30,1% per i disturbi dell'Asse I e del 59,3% per i disturbi dell'Asse II; Pani e Coll., (1991), valutando pazienti in terapia di mantenimento con metadone, riscontrano una prevalenza del 53,8% per disturbi sull'Asse I e del 43,5% per disturbi sull'Asse II, mentre Pozzi e Coll., (1997) riscontrano il 26,2% in pazienti valutati clinicamente ed il 32,3% in pazienti valutati con interviste strutturate. Fioritti e Coll., (1997) riscontrano percentuali di circa il 47%; in particolare, per quanto riguarda i disturbi dell'asse II, anche in una recente review olandese viene ribadita l'alta prevalenza di comorbidità e quindi l'opportunità di effettuare un assessment per i disturbi di personalità nei tossicodipendenti, inoltre si suggeriscono possibili modelli interpretativi di legame tra l'aspetto personologico e la storia tossicomana (Marsden e Coll., 2000).

Tuttavia, ogni tentativo di attribuire un senso all'interfaccia tra psicopatologia e tossicodipendenza è destinato ad offrire sistematicamente il fianco a critiche per lo più legittime. Un lucido tentativo sembra essere quello di Meyer (1986), che descrive diversi tipi di correlazioni tra i due ambiti, ma di notevole interesse appare la posizione della più avveduta letteratura statunitense (McLellan, 1986) che non sostiene ipotetiche relazioni tra specifiche diagnosi psichiatriche e decorso ed esito della tossicodipendenza, sottolineando invece il valore della gravità della psicopatologia, le cui dimensioni d'espressione sembrano essere particolari assetti timici depressivi, povertà delle relazioni d'oggetto, carenza nel controllo degli impulsi (Hesselbrock e Coll., 1984).

La complessità del problema riguardante i pazienti con "doppia diagnosi" rappresenta una vera sfida per il clinico (Lehman e Coll., 1993), sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico (Sheean, 1993; Marsden e Coll., 2000), occorrendo, tra l'altro, attuare trattamenti integrati in diversi approcci (Drake e Coll., 1996), previa un'attenta valutazione e classificazione dei singoli casi (Lehman e Coll., 1994a; Mowbray e Coll., 1997), data anche l'elevata percentuale di drop out in questo tipo di utenza (Siegal e Coll., 1995). Si auspica, infatti, la diffusione di tali trattamenti integrati, che si rivolgano cioè contemporaneamente alla cura dell'abuso e del disturbo psichiatrico (Drake e Coll., 1996), una maggiore collaborazione tra servizi di salute mentale e servizi per le tossicodipendenze a causa dell'elevata percentuale di casi di comorbidità (Hien e Coll., 1997), nonché un'attenzione specifica alle esigenze di trattamento -residenziale o meno- per pazienti con abuso di sostanze con diagnosi psichiatrica (Moos e Coll., 1996).

Nella letteratura sul problema della "doppia diagnosi", è rilevante la quantità di studi nei paesi anglosassoni, a partire da alcuni fondamentali termini quantitativi di riferimento per i quali, ad esempio negli U.S.A., il 16.1% dei pazienti nelle strutture psichiatriche ospedaliere presentava Disturbi d'Abuso-Dipendenza da Sostanze (4), nell'ambito di una prevalenza complessiva del 60%, peraltro inferiore al 79% dell'US National Comorbidity Survey (Kessler e Coll., 1995) con una stabilizzazione dei patterns di comorbidità. Vista tale prevalenza di disturbi da uso di sostanze in popolazioni di pazienti psichiatrici e poiché la presenza massiccia dei sintomi psichiatrici può mascherare la presenza di abuso, a molti ricercatori è sembrato utile costruire e utilizzare degli strumenti per effettuare un primo screening e monitorare la presenza di comorbidità psichiatrica nei tossicodipendenti (Carey e Coll., 1996).

L'ADDICTION SEVERITY INDEX

Grande diffusione ha avuto l'Addiction Severity Index (A.S.I.), intervista semi strutturata per una valutazione multidimensionale di pazienti tossicodipendenti. (McLellan e Coll., 1979; McLellan e Coll., 1980).

Obiettivo della somministrazione dell'A.S.I. è quello di ottenere dei profili di funzionamento in sette aree: medica, funzionamento lavorativo, abuso di droghe, di alcool, problemi legali, problemi familiari/sociali, problemi psichiatrici, tipicamente compromesse nei soggetti alcolisti e tossicodipendenti. Dall'intervista per ciascuna area si ricavano due tipi di risultati: i "severity ratings", che derivano da una valutazione empirica dell'intervistatore il quale assegna un punteggio

di gravità da 0 a 9, e i “composite scores”, ottenuti attraverso l’applicazione di formule matematiche standardizzate a partire dalle risposte del paziente riguardanti i comportamenti degli ultimi 30 giorni precedenti l’intervista, i quali hanno valori da 0 a 1 e rappresentano una valutazione più obiettiva della gravità. (McGahan e Coll., 1986). L’intervista è somministrata in 40 minuti circa da operatori addestrati. Sono, infatti, state stabilite regole e convenzioni, organizzati dei corsi di training per l’uso dello strumento e, in alcuni casi, somministrati dei quiz brevi agli intervistatori per valutarne le informazioni acquisite (Fureman e Coll., 1994; Cacciola e Coll., 1997a).

Dalla versione statunitense dell’A.S.I. è stato in seguito tratto un adattamento europeo, l’Europ-A.S.I. (Kokkevi e Coll., 1995; Pozzi e Coll., 1995), dopo esperienze pilota italiane (Consoli, Bennardo, 1995; Pani e Coll., 1996) francesi (Martin e Coll., 1996) e tedesche (Scheurich e Coll., 2000).

Dai primi studi di McLellan e Coll., (1979) ove l’A.S.I. era utilizzata quale strumento clinico multidimensionale, evidenziando la severità psichiatrica come predittore d’esito del trattamento, questa intervista semistrutturata ha avuto una notevole diffusione nella medicina delle tossicodipendenze, per cui se ne è proposto l’uso per “abbinare” i pazienti a determinati pattern d’interventi (McLellan e Coll., 1983a), poiché i pazienti che ricevono questo screening preliminare, sembrano avere migliore outcome.

Le applicazioni in ambito di ricerca di questo strumento sono state innumerevoli e, in genere, gli studi hanno dimostrato l’affidabilità e la validità dell’A.S.I. in varie direzioni: per valutare i problemi di pazienti con abuso di alcool e di oppioidi (McLellan e Coll., 1980), per confrontare diverse modalità di trattamento residenziale o ambulatoriale (McLellan e Coll., 1983b; Harrison e Coll., 1999), per prevedere i risultati dei diversi trattamenti anche per lunghi periodi di osservazione (Bovasso e Coll., 2001), individuando gruppi di pazienti selezionati per trattamenti specifici (McLellan e Coll., 1985), essendo considerato uno strumento valido anche per i pazienti in trattamento per patologie psichiatriche in comorbidità (Kosten e Coll., 1983; Hodgins e Coll., 1992).

Uno degli usi più frequenti, come documentato anche dalla più recente letteratura è quello anamnestico-descrittivo tra pazienti in trattamento sia ambulatoriale (Zanis e Coll., 1997) che residenziale (Guydish e Coll., 1998; Eland-Goossensen e Coll., 1998) o in reparti psichiatrici (Appleby e Coll., 1997), talora per selezionare particolari categorie di pazienti (Palacios e Coll., 1999), per testare l’efficacia dell’uso di servizi sociali aggiunti alla terapia riabilitativa tradizionale (McLellan e Coll., 1998), per rilevare espressioni di antisocialità in pazienti in trattamento con metadone (Alterman e Coll., 1998), per evidenziare un disturbo posttraumatico da stress (Najavitis e Coll., 1998); recenti applicazioni sono state effettuate ad esempio tra homeless (Zanis e Coll., 1994), popolazioni rurali (Wertz e Coll., 1995) ed anche in condizioni non ideali, come avvenuto in uno studio statunitense in cui, nonostante l’elevato numero di A.S.I., somministrate non sempre è stato possibile garantire la stretta aderenza al protocollo di somministrazione raccomandato, dal momento che si trattava di alcune aree metropolitane “sotto-servite”; l’A.S.I., tuttavia, dimostra comunque una buona validità interna (Leonhard e Coll., 2000).

L’individuazione di specifici indicatori predittivi di outcome (Broers e Coll., 2000; McCaul e Coll., 2001) costituisce, come già accennato, uno degli usi principali dello strumento (McLellan e Coll., 1981a; 1981b; McLellan, 1986), individuando nella severità psichiatrica il principale tra questi (McLellan e Coll., 1983a). In uno studio multicentrico con follow-up a sei mesi, ad esempio, McLellan e coll. (1986), attraverso la somministrazione dell’A.S.I., dimostra l’importanza dei trattamenti per alcool e droga nel migliorare anche gli altri problemi di questi pazienti, eccetto i problemi medici. Poco predittivi rispetto all’esito del trattamento appaiono i dati demografici, mentre si conferma, in questo senso, l’importanza della gravità dei sintomi psichiatrici, il numero di trattamenti seguiti, oltre che l’inserimento lavorativo e l’atmosfera familiare; risultati in parte discordanti emergono da un più recente studio che evidenzia come l’outcome sia predetto dalla razza, dal sesso e dai bisogni lavorativi (tradotti in composite scores) e non tanto dal substance use status (McCaul e Coll., 2001).

Molteplici replicazioni internazionali confermano la capacità predittiva dell'A.S.I sottolineando ancora come il punteggio di gravità ottenuto nell'area del consumo di droghe può costituire un predittore di esito dell'efficacia di trattamenti psicosociali per cocainomani (Critse-Christoph e Coll., 1999), mentre la gravità psichiatrica e l'interazione tra questa ed una forte alleanza terapeutica si sono dimostrati elementi predittivi nei confronti del completamento del trattamento (Petry, Bichel, 1999), essendo questo interrotto più frequentemente dai pazienti con maggiore severità di patologia mentale da cui, ancora una volta, la necessità di una precoce identificazione dei pazienti tossicodipendenti da oppiacei con più alti livelli di comorbidità psichiatrica; alti punteggi di gravità nelle aree dell'inserimento lavorativo, dei problemi medici e dei problemi legali (Campbell, 1997) sono individuati come segno predittivo di cattivo outcome nei programmi residenziali.

Nell'ambito di un utilizzo dell'A.S.I. come strumento predittore degli esiti del trattamento, si sono confrontati anche pazienti ambulatoriali e residenziali con lo scopo di determinare se la percentuale di astinenza fosse maggiore tra i residenziali piuttosto che tra gli ambulatoriali: l'astinenza non è risultata significativamente correlabile con la residenzialità se non per il sottogruppo di pazienti con comportamento suicidario (Harrison e Coll., 1999).

Recentemente l'A.S.I. si è rivelato efficace per predire la ricaduta e i risultati del trattamento ad un mese di follow-up, ma non a medio termine, dopo cioè un periodo di 6 mesi (Broers e Coll., 2000).

Il miglioramento negli scores è stato usato anche recentemente come valutazione d'esito per l'efficacia di programmi dai molteplici orientamenti: ambulatoriali (Martin e Coll., 1996; Gottheil e Coll., 1998; Brochu e Coll., 1997), diurni (Guydish e Coll., 1995) o residenziali (McCusker e Coll., 1997; Guydish e Coll., 1998; 1999) ove, in particolare, profili di gravità elevati per problemi psicologici e sociali (Elande-Goossensen e Coll., 1997a), nell'area del consumo di droga e nell'area medica sono suggestivi di cattivo esito del programma di disintossicazione e, di conseguenza, costituiscono un ostacolo al programma di riabilitazione (Franken e Coll., 1999).

L'ASI è ancora utilizzata come strumento sensibile per valutare i risultati della terapia di mantenimento con metadone (Mulvaney e Coll., 1999; Bovasso e Coll., 2001) o di medicazione per la dipendenza da cocaina (Kampman e Coll., 1999) o, comunque, da non oppioidi (Alterman e Coll., 2000).

L'affidabilità e la riproducibilità dello strumento, tuttavia, non sono unanimemente condivise (Alterman e Coll., 1994) ora confermandone la validità e la stabilità dei valori negli studi longitudinali (Stoffelmayr e Coll., 1994), ora suggerendo cautela, per la necessità di misure ulteriori sia al baseline sia al follow up (Cacciola e Coll., 1997b), riscontrando una eccellente reliability per la maggior parte degli items lifetime delle aree medica, lavoro, del consumo di droghe, d'alcool e dei problemi legali, mentre nelle aree dei problemi familiari/sociali e dei problemi psichiatrici in numerosi items non sembra raggiungersi un accettabile livello di riproducibilità (Cacciola e Coll., 1999).

La reliability dello strumento è stata recentemente implementata in versioni computerizzate, ottenendo un'alternativa validata ai punteggi assegnati soggettivamente dall'intervistatore mediante i Severity Ratings, potenzialmente non riproducibili, confermando il ruolo dell'A.S.I. nella programmazione d'interventi e nell'abbinamento di pazienti al trattamento (Butler e Coll., 1998). Considerata la difficoltà ad integrare i dati per le differenze esistenti tra operatori che somministrano lo strumento il gruppo di McLellan ha fornito linee guida operative per la definizione di un data-base standardizzato (Carise e Coll., 2001).

L'ASI E LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA

Uno dei problemi più gravi da affrontare da parte dei servizi nel pianificare interventi effettivamente basati sulle esigenze di questo tipo di utenza è la vasta eterogeneità della loro comorbidità, cioè le varie declinazioni, la severità e i differenti tipi di decorso della loro patologia sia psichiatrica che di abuso (Mowbray e Coll., 1997). A tale riguardo l'A.S.I., sin dalle sue prime applicazioni, mostrò la propria sensibilità e specificità nell'individuare ad esempio

tossicodipendenti depressi, con disturbo antisociale di personalità o privi di alcuna diagnosi psichiatrica (Kosten e Coll., 1983). D'altronde l'A.S.I. appare uno strumento di valutazione per lo più valido ed affidabile quando viene utilizzato con tossicodipendenti che hanno contemporaneamente un disturbo psichiatrico maggiore (Hodgins e Coll., 1992; Schaar e Coll., 2001), sebbene l'utilità delle aree legale, familiare/sociale e dell'area riguardante il lavoro siano risultate meno favorevoli.

A questo proposito, l'A.S.I. è stato utilizzato come efficace strumento per determinare l'assessment e per valutare i risultati del trattamento metadonico in uno studio che aveva lo scopo di esaminare la relazione esistente tra comorbidità psichiatrica e risultati del trattamento (Cacciola e Coll., 2001).

Sempre come strumento di valutazione dotato di maneggevolezza molto recentemente l'A.S.I. è stata usata insieme ad altri strumenti in un'ampio studio multicentrico condotto su tossicodipendenti con severa patologia psichiatrica testati al momento della presa in carico e ad un follow-up di 18 mesi (Schaar e Coll., 2001).

L'A.S.I. si è dimostrata uno strumento adeguato a distinguere sottogruppi di pazienti con doppia diagnosi, mettendo i servizi in condizione di pianificare più correttamente i loro interventi (Lehman e Coll., 1994b), in quanto di solito il riscontro della severità globale della psicopatologia non è sufficiente per valutare l'impatto di questa dimensione sul trattamento.

L'A.S.I. è stata considerata anche uno strumento di valutazione valido tra tossicodipendenti in trattamento per patologie psichiatriche (Verheul e Coll., 2001); pur auspicandone l'utilizzo in reparti psichiatrici al fine di individuare gruppi di pazienti con caratteristiche simili all'interno del vasto gruppo dei pazienti con doppia diagnosi e che richiedono trattamenti potenzialmente diversi, e confermandone in via generale l'affidabilità e la validità, è consigliabile mantenere un atteggiamento di cautela nei confronti dei valori ottenuti, considerando le possibili variazioni dipendenti dal setting in attesa di ulteriori esplorazioni e verifiche (Appleby e Coll., 1997). Ad esempio nei programmi di mantenimento con metadone, l'A.S.I. è usato con altri strumenti che permettono di diagnosticare la patologia in comorbidità, al fine di confrontare la severità psicopatologica con misure di outcome come abuso contemporaneo di droga, problemi familiari e problemi di lavoro (Mason e Coll., 1998); in un campione di cocainomani ambulatoriali, sulla base della severità psichiatrica, l'A.S.I. ha contribuito a validare le differenze dei sottotipi, ottenuti con l'MMPI (Ball e Coll., 1997). Tuttavia, somministrando l'A.S.I. in soggetti tossicodipendenti con grave patologia psichiatrica trattati in un centro di salute mentale, è possibile individuare una serie di possibili errori riguardanti l'intervistatore, il paziente o lo strumento stesso (molti soggetti risultano inattendibili per la difficoltà a comprendere le domande, a volte danno risposte incoerenti o discordanti e molti dati vanno persi, la consistenza dei valori si riduce molto quando l'intervista è fatta in tempi diversi ecc.), tali da renderlo meno affidabile (Zanis e Coll., 1997).

Non mancano, infatti, discordanze sulla sensibilità psicopatologica dello strumento; confrontando i dati ottenuti attraverso l'A.S.I. con quelli derivanti dalla somministrazione della SCID -l'intervista clinica strutturata per il DSM-III-R- (Spitzer e Coll., 1992) si conferma una buona specificità dell'A.S.I. (Lehman e Coll., 1996), mentre somministrando l'A.S.I. e la C.I.D.I. (Robins e Coll., 1988), si evidenzia che i due strumenti non concordano su larga scala, in quanto una parte dei casi con note di psicopatologia, secondo il DSM-III-R, venivano persi nelle misure di severità ottenute con l'A.S.I. (Elande-Goossensen e Coll., 1997b).

Anche in questo specifico campo, tra i vari usi dello strumento, uno dei più importanti sembra essere la possibilità di ottenere specifici indicatori, che possano essere utilizzati per la scelta del trattamento e come predittori di esito. Grande importanza in questo senso è attribuita alla gravità dei sintomi psichiatrici piuttosto che alla diagnosi in sé (Elande-Goossensen e Coll., 1997b), oltre che a fattori ambientali quali ad esempio l'ampiezza del network e la disponibilità di familiari accoglienti (Rutheford e Coll., 1994). Infatti, classicamente gli autori concordano sul fatto che il miglior predittore di risultato per questi pazienti sia la gravità dei sintomi psichiatrici, essendo questa inversamente proporzionale all'outcome (McLellan e Coll., 1983a; Rounsaville e Coll., 1986). In tal

sensu il miglioramento delle condizioni psichiche influenza positivamente tutte le altre aree indagate, compresa quella riguardante l'abuso (McLellan e Coll., 1981a; Alterman e Coll., 1993) e la frequenza di remissioni delle condotte di abuso di sostanza in pazienti psichiatrici al follow-up ad un anno non mostra differenze significative nell'uso dei servizi psichiatrici tra pazienti psichiatrici con abuso nel passato, quelli con abuso attuale e quelli senza diagnosi di abuso (Dixon e Coll., 1998).

Tuttavia, recentemente, sono emersi risultati discordanti (Saxon e Coll., 1996) analizzando i probabili fattori predittivi di outcome in pazienti sottoposti a terapia di mantenimento con Metadone, ove alti valori di gravità psichiatrica nell'A.S.I. inducono questi soggetti prima di incominciare il trattamento ad utilizzare la droga come auto-medicazione, mentre in seguito, grazie all'effetto ansiolitico, antipsicotico e antidepressivo del Metadone, con l'inizio del trattamento sembrano avere meno bisogno di ricorrere alle sostanze da cui l'indiretta conferma per i pazienti psichiatrici quali candidati al trattamento metadonico; d'altronde (Tidey e Coll., 1998), anche in un campione di pazienti cocaino-dipendenti si dimostra che la severità psichiatrica, secondo i composite scores, non si mostra un buon indicatore del futuro esito dei trattamenti.

MATERIALI E METODI

Il presente studio si svolge nell'ambito del Progetto Sperimentale "Comorbidità psichiatrica nei Disturbi da uso di sostanze stupefacenti" approvato dalla Regione Lombardia e coordinato, all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Pavia. Attraverso la collaborazione tra Servizi per le Tossicodipendenze (SerT.) dell'A.S.L. di Pavia, Servizi Ausiliari del privato sociale e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Policlinico S. Matteo di Pavia è stato organizzato uno "Sportello di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica nei Disturbi da Uso di Sostanze", escludendo coloro che riferivano l'alcool come unica sostanza d'abuso. In tale contesto sono fornite valutazioni multidimensionali e, ove già non siano instaurati, trattamenti psichiatrici, fungendo, se necessario, da tramite con le Unità Operative di Psichiatria cui spetta la competenza territoriale; l'ipotesi del presente lavoro è dunque che il metodo messo a punto secondo le indicazioni di cui sopra, in un modello formalmente integrato (Minkoff e Coll., 1991), alieno da ogni contraddittoria frammentazione (Ridgely e Coll., 1990), fornisca ai pazienti sottoposti alla consultazione valide indicazioni per il trattamento, per cui si possa documentare al re-test un miglioramento sia dell'abuso sia dei problemi psichiatrici.

Nello studio sono stati reclutati tutti i pazienti con Disturbi da Uso di Sostanze inviati dai vari Servizi a tale Sportello per un sospetto di comorbidità psichiatrica. Per ognuno all'ingresso è stata effettuata una valutazione diagnostica clinica e una Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) secondo i criteri del DSM-IV, nonché una valutazione semistrutturata dell'abuso e della situazione sociale e relazionale attraverso la somministrazione dell'Europ-A.S.I. (Europ-Addiction Severity Index) (Pozzi e Coll., 1997)¹². Il protocollo prevede un follow-up dopo 8 mesi mediante il re-test dell'Europ-A.S.I., per verificare l'efficacia del trattamento proposto sia per il disturbo da uso di sostanze che per il disturbo psichiatrico, nell'ipotesi che l'Europ-A.S.I. sia uno strumento sensibile, pur nella sua semplicità d'uso, per rilevare tali cambiamenti.

Ove necessario, nei casi più lievi si è provveduto semplicemente ad una medicazione psicofarmacologica con successivo rinvio al SerT.; nei casi d'accertata severa comorbidità i pazienti sono stati inviati al Servizio di Salute Mentale. Le modalità di trattamento sono state individuate sia attraverso una valutazione clinica dell'impatto che il disturbo psichiatrico ha sulle condotte d'abuso,

* I punteggi composti dell'Addiction Severity Index derivano, per ciascuna area, dalla sommatoria delle risposte ad alcune domande sensibili al cambiamento (ultimi 30 giorni). Gli algoritmi originali sono reperibili in: P.L. Galan, J.A. Griffith, R. Parente, A. T. Mc Lellan - Composite Scores from the ASI-NIDA & VA, draft publication . Un adattamento per la versione italiana dell'Europ-ASI è stato proposto dal Dott. G. Pozzi (comunicazione personale, 1999) .

sia utilizzando, come indicatori, i profili di gravità nelle specifiche aree dell'Europ-A.S.I.: abuso di droghe e problemi psichiatrici.

Il campione oggetto del presente studio è costituito da 128 pazienti; alla data d'elaborazione dei dati, 107 pazienti avevano raggiunto un periodo di presa in carico di 8 mesi, anche se, essendosi riscontrati 46 drop out, è stato possibile effettuare il follow up per 61 casi. Il gruppo indice è stato confrontato con un gruppo di controllo costituito da 89 soggetti reperiti, con procedura di randomizzazione, fra gli utenti in carico al SerT. che non avevano destato negli operatori un sospetto di comorbidità psichiatrica. In entrambi i gruppi sono state analizzate:

- le caratteristiche socio-demografiche, in particolare il sesso, l'età, lo stato civile, la scolarità e la condizione lavorativa;
- la storia tossicomane, rilevando l'abuso di sostanze in anamnesi, l'età d'inizio della condotta d'abuso e il comportamento, di astinenza o meno, tenuto negli ultimi 30 giorni;
- i profili di gravità considerando sia i Severity Ratings sia i Composite Scores ottenuti tramite la somministrazione dell'Europ-A.S.I.

I pazienti del gruppo indice, inoltre, sono stati suddivisi, secondo il DSM- IV, in 6 categorie diagnostiche: A= disturbi correlati a sostanze (N=6); B= A+schizofrenia e altri disturbi psicotici (N=4); C= A+disturbi dell'umore (N=48); D= A+disturbi d'ansia o somatoformi (N=9); E= disturbi di personalità (N=34); E+C = A+disturbi di personalità e dell'umore (N=27) (fig.1).

- | | |
|---|---|
| ▪ | A = Disturbi da uso di sostanze (N = 6) |
| ▪ | B = A + Disturbi schizofrenici ed altri disturbi psicotici (N = 4) |
| ▪ | C = A + Disturbi dell'umore (N = 48) |
| ▪ | D = A + Disturbi d'ansia o somatoformi (N = 9) |
| ▪ | E = A + Disturbi di personalità (N = 34) |
| ▪ | E + C = A + Disturbi dell'umore + Disturbi di personalità (N = 27) |

Figura 1. Diagnosi secondo il DSM-IV

Per ogni paziente è stato determinato anche il punteggio di Valutazione Globale di Funzionamento (VGF, AsseV del DSM-IV) all'ingresso. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il programma di Statistica per le Discipline Biomediche Primer versione 4.02 (Glantz, 1997).

ANALISI DEI RISULTATI

Dall'analisi dei risultati emerge un gruppo indice caratterizzato per lo più da uomini (85%), celibi (72%), intorno ai 30 anni, con livello di istruzione e condizione lavorativa medio bassa. Nel confronto tra il gruppo indice e il gruppo di controllo non si è evidenziata alcuna differenza statisticamente significativa riguardo al sesso, allo stato civile, alla condizione lavorativa, né riguardo alla scolarità; al contrario il gruppo indice presenta un'età media superiore in misura significativa (Tab.1). Per quanto attiene alla storia tossicomane si evidenzia una differenza statisticamente significativa attribuibile al maggior uso stimolanti, inalanti, nonché ad un più frequente poliabuso nei pazienti del gruppo indice; entrambi i gruppi presentano un largo uso di oppiacei (l'89% dei pazienti del gruppo indice e l'81% del gruppo di controllo ha usato almeno un tipo di oppiaceo, incluso il metadone) (Tab.2). Nel gruppo indice è stato poi analizzato l'utilizzo di sostanze nei sottogruppi diagnostici. Si evidenzia un preponderante utilizzo di oppiacei (compreso il metadone) nei disturbi dell'umore e nei disturbi di personalità mentre le altre sostanze presentano una distribuzione pressochè omogenea. (Tab.3).

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche

Variabili	Casi		Controlli	
	N = (128)	%	N = (89)	%
Femmine	19	15	14	16
Maschi	109	85	75	84

<i>Celibi/Nubili</i>	92	72	75	84
<i>Coniugati</i>	18	14	6	7
<i>Separati/Divorziati</i>	16	13	8	9
<i>vedovi</i>	2	1	0	0
<i>disoccupati o sottooccupati</i>	65	51	53	59
<i>Lavoratori con esperienza professionale specifica</i>	54	42	34	39
<i>Dirigenti</i>	9	7	2	2
	<i>Media (ds)</i>		<i>Media (ds)</i>	
<i>Età (anni)</i>	32.04 ± 7.05		29.89 ± 5.87	
<i>Scolarità (anni)</i>	9.57 ± 3.15		9.59 ± 5.9	

*Età: t test = 2.473 p = 0.014**

L'età di esordio della condotta di abuso si colloca intorno ai 16 anni (16.03 ± 3.73), in linea con le medie ad es. statunitensi (Brooner e Coll., 1997; Cacciola e Coll., 1994), mentre si nota un'ulteriore precocità tra i controlli (15.2 anni ± 3.68), anche se in termini non statisticamente significativi.

Un primo elemento, riguardo alla gravità del campione, si desume dai livelli di astinenza negli ultimi 30 giorni, dove non si denota alcuna differenza tra i gruppi indice e controllo, entrambi caratterizzati da un massiccio consumo attuale, 64% e 65% rispettivamente. Il livello di Funzionamento Globale, secondo il VGF al primo contatto, evidenzia, tra i casi, valori complessivamente medio-bassi (media= 53.73, DS = 14.74), mentre in funzione della diagnosi si riscontrano differenze statisticamente significative, si osserva un funzionamento compromesso soprattutto tra gli schizofrenici (V.G.F.: media = 38.75; DS = 23.23) e tra la comorbidità disturbi di personalità disturbi dell'umore (V.G.F = 47.07; DS = 12.33) (Tab. 4).

Tabella 2. Abuso di sostanze lifetime

<i>Sostanze</i>	<i>Casi N = 128</i>	<i>Controlli N = 89</i>	<i>test χ^2</i>
<i>Alcool</i>	87 (68%)	59 (67%)	<i>n.s</i>
<i>Oppiacei + Metadone</i>	94 (73%)	63 (71%)	<i>n.s</i>
<i>Oppiacei - Metadone</i>	20 (16%)	18 (20%)	
<i>Sedativi, ipnotici, ansiolitici</i>	25 (20%)	26 (30%)	<i>n.s</i>
<i>Stimolanti</i>	117 (91%)	62 (70%)	<i>p = 0.000</i>
<i>Cannabis</i>	84 (66%)	55 (62%)	<i>n.s</i>
<i>Inalanti</i>	32 (25%)	9 (10%)	<i>p = 0.010</i>
<i>Poliabuso</i>	84 (66%)	43 (48%)	<i>p = 0.016</i>

$\chi^2 = 12.11 p = 0.009^*$

Tabella 3. Storia tossicomana per gruppi diagnostici

<i>N =</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>E+C</i>	<i>TOT</i>	<i>%</i>
6	4	48	9	34	27	128		
<i>Alcool</i>	5	4	28	6	27	17	87	68
<i>Oppiacei + metadone</i>	4	1	36	5	28	20	94	73
<i>Oppiacei - metadone</i>	0	2	9	1	3	5	20	16
<i>Sedativi ipnotici Ansiolitici</i>	0	1	9	1	7	7	25	20
<i>Stimolanti</i>	5	4	43	8	32	25	117	91
<i>Cannabis</i>	4	3	31	5	22	19	84	66
<i>Inalanti</i>	1	2	11	0	11	7	32	25
<i>Poliabuso</i>	5	3	35	5	18	18	84	66

N.B. Le percentuali superano 100 perchè è possibile più di una risposta

Tabella 4. V.G.F. e diagnosi

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>E + C</i>	<i>TOT</i>
<i>Media</i>	52.83	38.75	56.83	62.22	53.62	47.07	53.73
<i>DS</i>	27.71	23.23	13.75	7.54	13.05	12.33	14.74

$F = 3.20 p = 0.009^*$

Sono stati analizzati i profili di gravità dei pazienti del gruppo indice nelle singole aree -medica, funzionamento lavorativo, abuso di droghe, di alcool, problemi legali, problemi familiari/sociali, problemi psichiatrici- indagate dall'Europ-A.S.I.. Si sono raggruppati i "valori di gravità" (Severity Ratings) in tre intervalli: "basso" (da 0 a 3), "medio" (da 4 a 6), "alto" (da 7 a 9) (McLellan e Coll., 1985). Si osserva (Tab 5) che, in una distribuzione con differenze nel complesso significative ($p=0.000^*$), l'intervallo di gravità "basso" è maggiormente rappresentato nelle prime aree (medica e consumo di alcool in particolare) decrescendo nelle aree successive (soprattutto situazione familiare e condizione psichiatrica). L'intervallo di gravità "alto" cresce tendenzialmente dalle prime alle ultime aree, come già segnalato nei classici contributi (McLellan e Coll., 1985). In particolare, però, rispetto all'indicazione di McLellan, oltre che per l'inevitabile inattendibilità dei problemi legali riferiti, si riscontrano intervalli di gravità "alto" soprattutto nelle aree "droga", "disturbi psichiatrici" "problemi familiari".

Tabella 5. Severity ratings (casi)

<i>S. R.</i>	<i>Medica</i>	<i>Lavoro</i>	<i>Alcool</i>	<i>Droga</i>	<i>Legale</i>	<i>Famiglia</i>	<i>Psichiatrica</i>
<i>Basso</i>	79	46	96	7	82	31	10
<i>Medio</i>	32	45	19	36	25	58	55
<i>Alto</i>	17	37	13	85	21	39	63

$$\chi^2 = 307.4; p = 0.000^*$$

Si è inoltre considerato il valore medio di gravità, secondo i severity ratings, per singola area, confrontandolo tra i diversi sottogruppi diagnostici (Rounsaville e Coll., 1986; Calsyn e Coll., 1989; Cacciola e Coll., 1994; Lehman e Coll., 1994b; Brooner e Coll., 1997.). In questo confronto (Tab.6), secondo l'analisi della varianza ad una via (ANOVA), osserviamo una sostanziale omogeneità. Da notare l'alto profilo di gravità dell'area dei "problemi lavorativi" tra i pazienti con Disturbi di Personalità e Disturbi dell'umore (gruppo E + C) e tra i pazienti affetti da Schizofrenia o altri disturbi psicotici (gruppo B). L'area dei "problemi psichiatrici" mostra profili elevati di gravità in tutti i sottogruppi diagnostici, seppure con picchi statisticamente significativi ($p=0.000^{***}$), nei gruppi B (disturbi correlati a sostanze + Schizofrenia o altri disturbi psicotici), E+C (disturbi correlati a sostanze+Disturbi dell'Umore+ Disturbi di Personalità) ed E (disturbi correlati a sostanze + Disturbi di Personalità). Il consumo di "droghe" mostra valori assoluti di gravità elevati in tutte le categorie diagnostiche (Pozzi e Coll., 1997).

Tabella 6. Severity ratings e diagnosi.

<i>S.R</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>E+C</i>	<i>ANOVA</i>
	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>	
<i>Medica</i>	1.33 (1.51)	4.75 (2.99)	2.87 (2.53)	3.33 (3)	3 (2.86)	2.59 (2.41)	<i>n.s</i>
<i>Lavoro</i>	3.5 (3.02)	5.75 (2.36)	3.52 (3.33)	3.33 (2.91)	4.56 (2.99)	5.59 (2.47)	<i>p = 0.065</i>
<i>Alcool</i>	4 (3.29)	1.25 (1.5)	1.48 (2.48)	1.22 (2.39)	1.44 (2.46)	2.48 (2.33)	<i>n.s</i>
<i>Droga</i>	6.17 (1.47)	7.25 (2.22)	6.69 (2.18)	6.33 (3.12)	7.29 (1.74)	7.26 (1.81)	<i>n.s</i>
<i>Legale</i>	1.17 (2.04)	2.25 (4.5)	2.15 (3.05)	2.66 (3.35)	2.91 (3.07)	2.93 (2.99)	<i>n.s</i>
<i>Famiglia</i>	3.17 (1.17)	4.5 (3.42)	5.12 (2.34)	4.22 (2.44)	5.56 (2.48)	4.7 (2.38)	<i>n.s</i>
<i>Psichiatrica</i>	4.17 (1.17)	8.5 (0.58)	5.71 (1.95)	5.55 (2.07)	6.35 (1.69)	7.15 (1.35)	<i>p = 0.000^*</i>

Confrontando i severity ratings, nelle diverse aree, tra casi e controlli, considerando la percentuale di pazienti posti negli intervalli di gravità "basso", "medio" o "alto" (Tab 7), si notano differenze

significative per le aree “lavoro”, “droga”, “legale” e soprattutto nelle aree “famiglia” e “problemi psichiatrici”, che appaiono più compromesse nel gruppo indice.

I valori medi dei profili di gravità (Tab 8) evidenziano una differenza significativa tra casi e controlli ancora nelle aree “lavoro” ($p = 0.025$) droga ($p = 0.017$) “legale” ($p = 0.006$) “famiglia” ($p=0.000$), “problemi psichiatrici” ($p= 0.000$) con sempre maggior potenza statistica nelle ultime due aree.

Come è già stato illustrato l’A.S.I. consente, oltre alla valutazione più soggettiva ottenuta con i valori di gravità “Severity Ratings”, il calcolo dei “Composite Scores”, una valutazione empiricamente fondata, derivata da calcoli su specifici items relativi agli ultimi trenta giorni.

Tabella 7. Severity ratings

<i>Aree</i>	<i>S.R</i>	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>Test χ^2</i>
<i>Medica</i>	<i>Casi</i>	79 (62%)	32 (25%)	17 (13%)	<i>n.s</i>
	<i>Controlli</i>	60 (68%)	18 (20%)	11 (12%)	
<i>Lavoro</i>	<i>Casi</i>	46 (36%)	45 (35%)	37 (29%)	<i>p = 0.02</i>
	<i>Controlli</i>	49 (55%)	22 (25%)	18 (20%)	
<i>Alcool</i>	<i>Casi</i>	96 (75%)	19 (15%)	13 (10%)	<i>n.s</i>
	<i>Controlli</i>	76 (85%)	8 (9%)	5 (6%)	
<i>Droga</i>	<i>Casi</i>	7 (5%)	36 (28%)	85 (67%)	<i>p = 0.04</i>
	<i>Controlli</i>	14 (16%)	23 (26%)	52 (58%)	
<i>Legale</i>	<i>Casi</i>	82 (65%)	25 (19%)	21 (16%)	<i>p = 0.016</i>
	<i>Controlli</i>	73 (82%)	9 (10%)	7 (8%)	
<i>Famiglia</i>	<i>Casi</i>	31 (24%)	58 (45%)	39 (31%)	<i>p = 0.000</i>
	<i>Controlli</i>	46 (52%)	25 (28%)	18 (20%)	
<i>Psichiatrica</i>	<i>Casi</i>	10 (8%)	55 (43%)	63 (49%)	<i>p = 0.000</i>
	<i>Controlli</i>	60 (68%)	20 (22%)	9 (10%)	

Tabella 8. Severity ratings (media)

<i>S.R</i>	<i>Medica</i> <i>M (DS)</i>	<i>Lavoro</i> <i>M (DS)</i>	<i>Alcool</i> <i>M (DS)</i>	<i>Droga</i> <i>M (DS)</i>	<i>Legale</i> <i>M (DS)</i>	<i>Famiglia</i> <i>M (DS)</i>	<i>Psichiatrica</i> <i>M (DS)</i>
<i>Casi</i>	2.87 (2.61)	4.29 (3.07)	1.77 (2.71)	6.94 (2.04)	2.51 (3.05)	4.97 (2.41)	6.19 (1.88)
<i>Controlli</i>	2.36 (2.82)	3.31 (3.25)	1.25 (2.13)	6.17 (2.65)	1.42 (2.53)	3.55 (2.97)	2.62 (2.51)
<i>t test</i>	<i>n.s</i>	<i>p = 0.025</i>	<i>n.s</i>	<i>p = 0.017</i>	<i>p = 0.006</i>	<i>p = 0.000</i>	<i>p = 0.000</i>

Osservando l’andamento di questi valori nel gruppo indice, nei diversi sottogruppi diagnostici (Tab 9), si evidenzia -in termini statisticamente significativi (ANOVA)- l’elevato valore di gravità riguardo all’area “problemi psichiatrici” nel sottogruppo B (Schizofrenia ed altri disturbi dello spettro) e nel sottogruppo E + C (Disturbi di personalità + Disturbi dell’umore) coerentemente con i risultati ottenuti con il calcolo dei severity ratings. Si segnala inoltre con un trend di significatività il dato riguardante il consumo di sostanze che ha il valore meno severo nel gruppo degli Schizofrenici, mentre esso è più elevato per i Disturbi di Personalità, l’abuso di alcool che appare essere più severo nel gruppo E + C. Confrontando le medie dei composite scores tra casi e controlli (Tab10), si nota una differenza statisticamente significative per i “problemi psichiatrici” con valori più elevati per i casi rispetto ai controlli. Mentre nelle aree droga e legale appaiono più gravi i controlli.

Tabella 9. Composite score e diagnosi (medie)

<i>c.s.</i>	<i>A</i> <i>M (DS)</i>	<i>B</i> <i>M (DS)</i>	<i>C</i> <i>M (DS)</i>	<i>D</i> <i>M (DS)</i>	<i>E</i> <i>M (DS)</i>	<i>E + C</i> <i>M (DS)</i>	<i>ANOVA</i>
<i>Medica</i>	0.12 (0.23)	0.38 (0.44)	0.23 (0.27)	0.23 (0.25)	0.26 (0.29)	0.25 (0.23)	<i>n.s</i>
<i>Lavoro</i>	0.39 (0.40)	0.8 (0.14)	0.48 (0.35)	0.47 (0.36)	0.56 (0.34)	0.56 (0.3)	<i>n.s</i>

<i>Alcool</i>	0.24 (0.22)	0.04 (0.06)	0.09 (0.13)	0.05 (0.1)	0.07 (0.14)	0.16 (0.23)	<i>p = 0.057 trend</i>
<i>Droga</i>	0.11 (0.12)	0.05 (0.05)	0.2 (0.14)	0.16 (0.06)	0.23 (0.14)	0.19 (0.1)	<i>p = 0.050</i>
<i>Legale</i>	0.15 (0.24)	0.23 (0.36)	0.12 (0.23)	0.26 (0.33)	0.15 (0.0.25)	0.18 (0.29)	<i>n.s</i>
<i>Famiglia</i>	0.19 (0.08)	0.3 (0.21)	0.36 (0.23)	0.25 (0.13)	0.38 (0.23)	0.32 (0.23)	<i>n.s</i>
<i>Psichiatrica</i>	0.15 (0.22)	0.68 (0.16)	0.4 (0.21)	0.4 (0.17)	0.38 (0.24)	0.53 (0.37)	<i>p = 0.007</i>

Tabella 10. Composite scores (medie).

<i>c.s.</i>	<i>Medica M (DS)</i>	<i>Lavoro</i>	<i>Alcool</i>	<i>Droga</i>	<i>Legale</i>	<i>Famiglia</i>	<i>Psichiatrica</i>
<i>Casi</i>	0.24 (0.27)	0.52 (0.34)	0.10 (0.16)	0.20 (0.13)	0.16 (0.26)	0.34 (0.22)	0.42 (0.27)
<i>Controlli</i>	0.2 (0.24)	0.5 (0.34)	0.1 (0.17)	0.26 (0.18)	0.26 (0.27)	0.29 (0.25)	0.19 (0.19)
<i>t test</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>p = 0.005</i>	<i>p = 0.007</i>	<i>n.s.</i>	<i>p = 0.000</i>

I pazienti del gruppo indice che avevano raggiunto gli 8 mesi di presa in carico (N = 107), infine, sono stati sottoposti ad un follow-up; 44 pazienti sono risultati irreperibili (drop-out), 2 sono deceduti. Ai rimanenti (N=61) si è somministrato nuovamente l'Europ-A.S.I., valutando sia i "severity ratings" sia i "composite scores".

Per quanto attiene i severity ratings (Fig.2) si osserva, in un confronto tra medie, un miglioramento complessivo statisticamente significativo ($p=0.007^{**}$); in particolare le aree "droghe", "psichiatrica" e "famiglia" mostrano -nell'ordine- le migliori performance positive.

Tali evidenze sono confermate ai composite scores (Fig.3) ove le tre aree appaiono significativamente migliorate, in aggiunta pur con meno significatività statistica appare un miglioramento anche nell'area medica

t test per dati appaiati: $t = 4.073$, $p = 0.007$
 Droga $t = 5.609$, $p = 0.000$; famiglia $t = 2.321$, $p = 0.022$
 Psichiatrica $t = 4.133$, $p = 0.000$

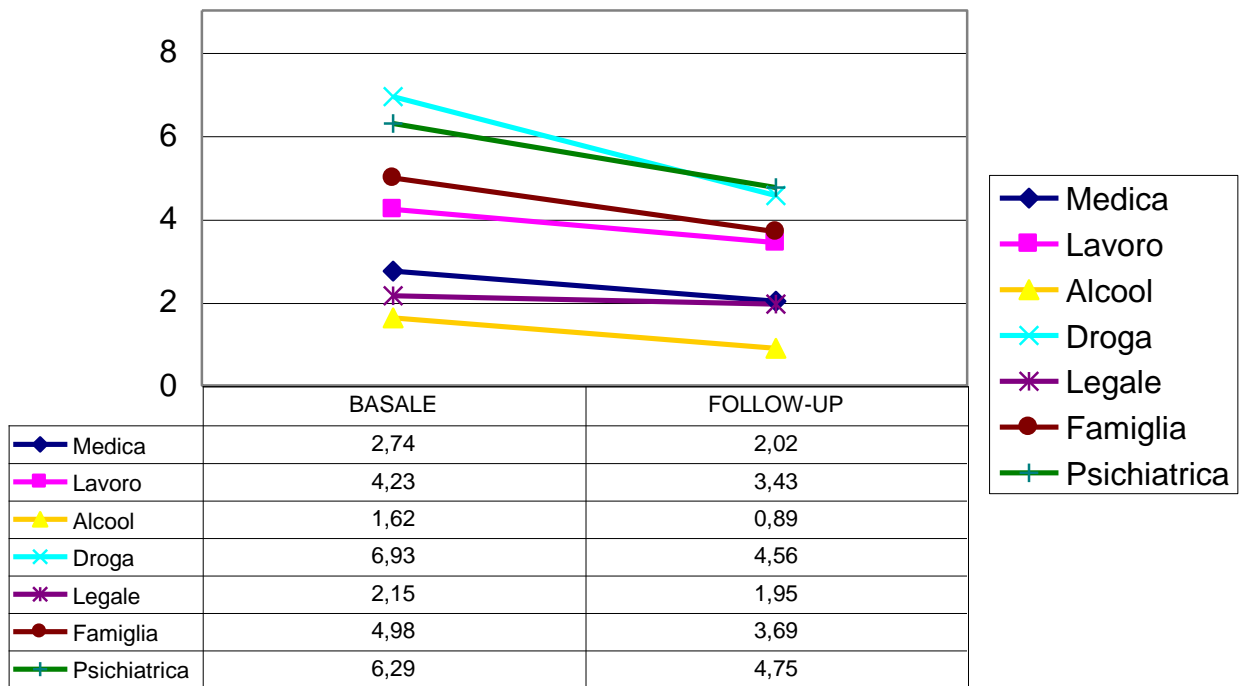


Fig. 2 Follow-up severity ratings

t test per dati appaiati t = 3.196, p = 0.019
 Medica t = 1.987, p = 0.049; Droga t = 0.358, p = 0.001; Famiglia t = 2.893, p = 0.005;
 Psichiatrica t = 2.945, p = 0.004

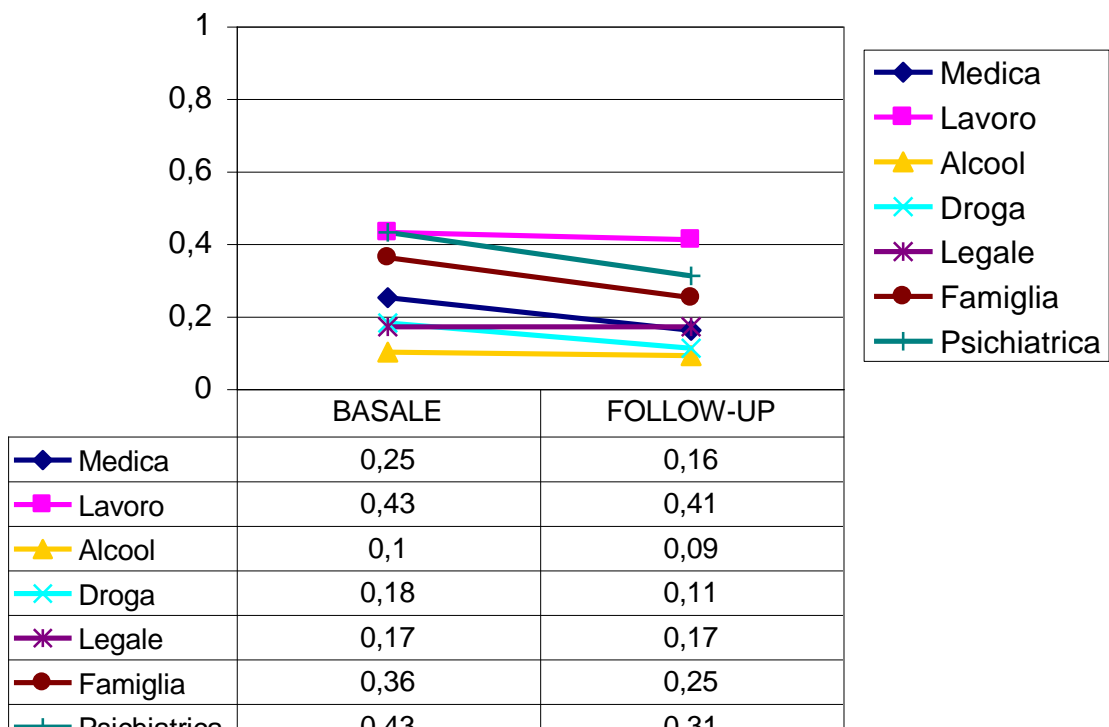


Fig 3. Follow-up composite scores

CONCLUSIONI

L'Addiction Severity Index (A.S.I.) anche nella versione europea (Europ-ASI), si è dimostrato un utile strumento di pianificazione degli interventi nonché di valutazione dell'esito degli stessi. La nostra esperienza dello "Sportello di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica in Disturbi da Uso di Sostanze" rappresenta a tutt'oggi uno dei pochi servizi esistenti nell'ambito dell'*Addiction Psychiatry*.

Gli invii al Servizio sono stati appropriati come si rileva dal basso numero di falsi positivi (<5%), pur in funzione di modalità di selezione del tutto soggettive ma adeguatamente orientate dalla collaborazione raggiunta.

Al tempo basale il gruppo indice presenta profili di gravità elevata espressi sia in termini di patologia psichiatrica sia in termini di storia tossicomana, incluso l'esordio delle condotte d'abuso, di consumo attuale e di livello di funzionamento globale; esso presenta una distribuzione diagnostica in linea con la letteratura corrente, ove –rispetto al gruppo di controllo privo di patologia psichiatrica- stimolanti, inalanti e poliabuso hanno una maggiore rilevanza nella storia tossicomana, pur in un abuso attuale di pari severità.

L'Europ-Addiction Severity Index conferma la funzione di valutazione della gravità mediante i severity ratings nelle diverse aree, sia rispetto a tossicodipendenti privi di comorbidità psichiatrica – in particolare per le aree "problemi psichiatrici", "problemi familiari" e "lavoro"- sia nel confronto tra diversi sottogruppi diagnostici: i *severity ratings* si dimostrano infatti sensibili indicatori di gravità psichiatrica evidenziando una maggiore compromissione per i Disturbi Schizofrenici e per i Disturbi Umore associati ai Disturbi di Personalità.

Le rilevazioni tratte dai composite scores confermano la sensibilità ad individuare la gravità psichiatrica per i Disturbi Schizofrenici, nonché l'evidenza di bassa gravità oggettiva per il consumo di sostanze nel medesimo sottogruppo. Inoltre rilevano la maggiore gravità della comorbidità disturbi dell'umore-disturbi di personalità confrontati con gli altri disturbi (ansia, umore, personalità). Rispetto al gruppo di controllo i *composite scores*, confermano i livelli superiori di gravità nel gruppo indice per l'area "problemi psichiatrici" mentre appaiono meno gravi, ancora in termini di significatività, per le aree "droga" e "legale".

Di fronte ad un quadro di tale gravità l'intervento dello "Sportello di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica in Disturbi da Uso di Sostanze" sembra aver ottenuto risultati in termini di efficacia. Sia sotto il profilo della valutazione soggettiva dell'intervistatore nelle aree "droghe", "problemi psichiatrici" e "problemi familiari", sia sotto quello più oggettivo della valutazione dei "composite scores" nelle medesime aree (ed in misura seppur minore in quella "medica") si è rilevato un significativo miglioramento. Evidenti ragioni logistiche, finanziarie e cliniche rendono improbabile che i pazienti siano "abbinati" esattamente a specifici tipi di programmi, mentre è possibile orientare il modello di trattamento scelto in funzione di specifiche aree problematiche dei pazienti (McLellan e Coll., 1997).

Il modello organizzativo oggetto dello studio, pur collocandosi nell'ambito dei trattamenti "paralleli" (Ries e Coll., 1993), unica opzione possibile nell'attuale assetto organizzativo sanitario, e non "integrato" (Lehman e Coll., 1994b), la preferenza per il quale è ancora da dimostrare (Drake e Coll., 1998), ha rivelato caratteristiche di efficacia per pazienti con storia di malattia non breve e livelli elevati di compromissione in termini di severità

BIBLIOGRAFIA

- Alterman AI, Brown LS, Zaballero A, McKay JR, Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(3):201-9, 1994.
- Alterman AI, McLellan AT, Shifman RB. Do Substance Abuse Patients with More Psychopathology receive More Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 576-82, 1993.
- Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Boardman CR Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, feb 01; 49/3 : 217-23, 1998.
- Alterman AJ, McDermott PA, Cook TG, Cacciola JS, McKay JR, McLellan AT, Rutherford MJ, Generalizability of the clinical dimensions of the Addiction Severity Index to nonopioid-dependent patients, *Psychol Addict Behav*, 14(3):287-94, 2000.
- Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins DJ. Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 159-65, 1997.
- Ball SA, Carrol KM, Robinson JE, O'Malley SS. Addiction severity and MMPI-derived typologies in cocaine abusers. *American Journal of Addiction*, winter; 6(1):83-8, 1997.
- Bovasso GB, Alterman AI, Cacciola JS, Cook TG, Predictive validity of the Addiction Severity Index's composite scores in the assessment of 2-year outcomes in a methadone maintenance population. *Psychological Addict Behav*, 15(3):171-76, 2001.
- Brochu S, Landry M, Bergeron J, Chiochio F. The impact of a treatment process for substance users as a function of their degree of exposure to treatment. *Substance Use and Misuse*, 32: 1993-2011, 1997
- Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A, Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug and Alcohol Dependence*, 1;58(1-2):85-92, 2000.
- Broner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80, 1997.
- Butler SF, Newman FL, Cacciola JS, Frank A, Budman SH, Mc Lellan AT, Ford S, Blaine J, Gastfriend D, Moras K, Salloum IM, Barber JP. Predicting addiction severity index (asi) interviewer severity ratings for a computer- administered asi. *Psychological Assessment*, 10/4: 399-407, 1998.
- Cacciola JS, Alterman AI, Fureman I, Parikh GA, Rutherford MJ. The use of case vignettes for Addiction Severity Index training. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14: 439-43, 1997a.
- Cacciola JS, Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT. The Addiction Severity Index in clinical efficacy trials of medications for cocaine dependence. *NIDA-Research-Monograph*, 175: 182-91, 1997b.
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD, The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 1;61(3):271-80, 2001.
- Cacciola JS, Koppenhaver JM, McKay JR, Alterman AI. Test-retest reliability of the lifetime items on the addiction severity index. *Psychological Assessment*, 11/1: 86-93, 1999.
- Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, Snider EC. An examination of the diagnostic criteria for antisocial personality disorder in substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182: 517-23, 1994.
- Calsyn DA, Roszell DK, Chaney EF. Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 45: 991-98, 1989.
- Campbell WG. Evaluation of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change. *Journal of Addictive Diseases*, 16(2): 27-39, 1997.

- Carey KB, Cocco KM, Simons JS. Concurrent validity of clinicians' ratings of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47: 842-47, 1996.
- Carise D, McLellan AT, Cacciola J, Love M, Cook T, Bovasso G, Lam V, Suggested specification for a standardized Addiction Severity Index database. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(3):239-44, 2001.
- Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 219-226, 1989.
- Consoli A, Bennardo A. *Diagnosi e Valutazione nelle Tossicodipendenze e nell'Alcolismo*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborski L, Onken LS, Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavitis LM, Lie J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study (see comments). *Archives of General Psychiatry*, jun., 56 (6): 493-502, 1999.
- Dixon L, McNary S, Lehman AF. Remission of substance use disorder among psychiatric inpatients with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155: 239-43, 1998.
- Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66: 42-51, 1996.
- Drake RE, Bartels SJ, Teague GB, Noorsdy MD, Clark RE.. Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *J Nerv Ment Dis*, 181: 606-11, 1993.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser T, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4): 589-608, 1998.
- Eland-Goossensen A, van der Goor IA, Benchop AJ, Garretsen HFL. Profiles of heroin addicts in different treatment conditions and in the community. *Journal of psychoactive drugs*, jan.feb; 30(1): 11-20, 1998.
- Eland-Goossensen A, van der Goor IAM., Garretsen HFL. Heroin addicts in the community and in treatment compared for severity of problems and need for help. *Substance Use and Misuse*, 32: 1313-30, 1997a.
- Eland-Goossensen A, van der Goor IAM., Garretsen HFL., Schudel J. Screening for psychopathology in the clinical practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14: 585-91, 1997b.
- Fioritti A, Ferri S, Galassi L, Warner R. Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples. *Community Mental Health Journal*, 33: 429-42, 1997.
- Franken IH., Hendricks VM. Predicting outcome of inpatients detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*, Jun; 50(6): 813-17, 1999.
- Fureman I, McLellan AT, Alterman A. Training for and Maintaining Interviewer Consistency with the ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11: 233-37, 1994.
- Glantz SA. *Statistica per discipline bio-mediche*. IV edizione, Milano, Mac Graw Hill Libri Italia, 1997.
- Gottheil E, Weinstein SP, Sterling RC, Lundy A, Serota RD. A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *Psychiatric Services*, Jun; 49(6):782-87, 1998.
- Guydish J, Sorensen JL, Chan M, Werdegar D, Bostrom A, Acampora A. A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, jun; 67(3): 428-34, 1999.
- Guydish J, Werdegar D, Sorensen JL, Clark W, Acampora A. Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2): 280-89, 1998.

- Guydish J, Werdegar D, Sorensen JL, Clark W, Acampora A. A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12: 441-47, 1995.
- Harrison PA, Asche SE. Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients and outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3):207-20, 1999.
- Hartman D. A study of drug-taking adolescents. In: Eissler RS, Freud A, Hartman H, Lustman S, Kris M (eds.) *The psychoanalytic study of the child* (vol.24, pp.384-98). New York, International University Press, 1969.
- Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Babor TF, Stabenau JR, Meyer RE, Weidenman MA. Antisocial behavior, psychopathology and problem drinking in the natural history of alcoholism. In: D. Goodwin, K. Van Dusen, S. Mednick (eds), *Longitudinal Research in Alcoholism*, Boston, Kluwer-Nijhoff, 1984.
- Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S. Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics. *Psychiatric Services*, 48: 1058-63, 1997.
- Hodgins DC, El-Guebaly N. More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally ill substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 197-201, 1992.
- Kampman KM, Rukstalis M, Ehrman R, McGinnis DE, Gariti P, Volpicelli JR, Pettinati H, O'Brian CP. Open trials as a method of prioritizing medications for inclusion in controlled trials for cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, mar-apr 24:2: 287-91, 1999.
- Kessler RC. The Epidemiology of psychiatric comorbidity. In *Textbook of Psychiatric Epidemiology* (eds M. Tsuang, M. Tohen & G. Zahner), pp.179-97. New York, John Wiley, 1995.
- Khantzian EJ. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: similarities and differences. *Recent Developments in Alcoholism*, 8:255-71, 1990.
- Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1067-71, 1985.
- Kokkevi A, Hartgers C. EUROP-ASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1: 208-10, 1995.
- Kosten TR., Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 606-10, 1983.
- Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson J. Severity of substance use disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182: 164-67, 1994a.
- Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1019-25, 1989.
- Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 556-61, 1994b.
- Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Detection of Substance Use Disorders among Psychiatric Inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184: 228-33, 1996.
- Leonhard C, Mulvey K, Gastfriend DR, Shwartz M. The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2):129-35, 2000.
- Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *British Journal of Psychiatry*, 176:285-289, 2000.
- Martin C, Grabot D, Auriacombe M, Brisseau S, Tignol J. Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France. *L'Encéphale*, XXII: 359-63, 1996.
- Martin K, Giannandrea P, Rogers B, Johnson J. Group Intervention with pre-recovery patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13: 33-41, 1996.
- Mason BJ, Kocsis JH, Melia D, Khuri ET, Sweeney J, Wells A, Borg L., Millman RB, Kreek MJ. Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *Journal of Addictive Disease*, 17(3); 75-89, 1998.
- McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 1;62(1):9-17, 2001.

McCusker J, Bigelow C, Frost R, Garfield F, Hindin R, Vickers-Lahti M, Lewis B. The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *American Journal of Public Health*, 87: 1637-43, 1997.

McGahan P, Griffith J, McLellan AT. Composite scores from the Addiction Severity Index: manual computer software. Philadelphia, Veterans Administration Press, 1986.

McLellan AT, Erdlen FR, Erdlen DL., O'Brien CP. Psychological severity and response to alcoholism rehabilitation. *Drug and Alcohol Dependence*, 8(1): 23-25, 1981b.

McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP.. Problem-Service "matching" in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry*, 54: 730-35, 1997.

McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Gould F, Meyers K, Bencivengo M, Durell J. Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, Oct; 93 (10): 1489-99, 1998.

McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr H, O'Brien CP. New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in Three Centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173: 412-23, 1985.

McLellan AT, Luborsky L, Erdlen FR, LaPorte DJ, Intitolo V. The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients. In: Gottheil E, McLellan AT, Druley KA. (eds) *Treatment of substance abuse among the psychiatric illness*. New York, Pergamon, 1979.

McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predicta *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12: 101-20, 1986.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. Are the "Addiction-related" Problems of Substance Abusers Really Related? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 232-39, 1981a.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for Substance Abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-33, 1980.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, Druley KA, O'Brien CP. Predicting response to drug and alcohol treatment: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-25, 1983a.

McLellan AT, Woody GE, Luborsky L. Increased effectiveness of substance treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 597-605, 1983b.

McLellan AT. "Psychiatric severity" as a predictor of outcome from substance abuse treatments. In: (Meyer E. ed.) *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York, The Guilford Press, 1986.

Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. In: Meyer E.(ed.) *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York, The Guildford Press, 1986.

Minkoff K, Drake RE. (eds.) *Dual Diagnosis of major mental illness and substance disorders*. San Francisco, Jossey-Bass, 1991.

Moos RH, King MJ, Patterson MA. Outcomes of residential treatment of substance abuse in hospital and community-based programs. *Psychiatric Services*, 47: 68-74, 1996.

Mowbray CT, Ribisl KM, Solomon M, Luke DA, Kewson TP. Characteristics of Dual Diagnosis patients admitted to an urban, public psychiatric hospital: an examination of individual, social, and community domains. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23: 309-26, 1997.

Mulvaney FD, Brown LS, Alterman AI, Sage RE, Cnaan A, Cacciola J, Rutheford M. Methadone maintenance outcomes for Hispanic and African-American men and women. *Drug and Alcohol Dependence*, Mar. 1; 54(1): 11-18, 1999.

Najavitis LM, Weiss RD, Reif S, Gastfriend DR, Siqueland L, Barber JP, Butler SF, Thase M, Blaine J. The Addiction Severity Index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, Jan.; 59(1): 56-62, 1998.

Palacios WR, Urman CP, Newel R, Hamilton N. Developing a sociological framework for dually diagnosed women *Journal of Substance Abuse Treatment*, jul.-sept, 17(1-2): 91-102, 1999.

Pani PP, Carta M, Rudas N. Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. *Minerva Psichiatrica* 32, 145-50, 1991.

Pani PP., La Croce ML, Zuddas E, Musio A, Pinna M, Pariante C, Carpiniello B. Versione italiana dell'Addiction Severity Index: riproducibilità dei punteggi di gravità e dei punteggi composti. *Bollettino delle Farmacodipenze e Alcolismo XIX* (1): 36-39, 1996.

Petry NM, Bichel WK. Therapeutic alliance and psychiatric severity as a predictor of completion of treatment of opioid disorders. *Psychiatric Services*, feb; 50 (2): 219-27, 1999.

Pozzi G, Bacigalupi M, Tempesta E. Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy. *Drug and Alcohol Dependence*, 46: 69-77, 1997.

Pozzi G, Tempesta E. (eds) EUROP-ASI: adattamento europeo dell' Addiction Severity Index (EUROP-ASI: a european adaptation of the Addiction Severity Index – Italian version). *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo XVIII* 2: 7-41, 1995.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264: 2511-18, 1990.

Ridgely MS, Goldman HH, Willenbring M. Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 123-32, 1990.

Ries R, Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 16: 167-75, 1993.

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA e Coll., The Composite International Diagnostic interview. An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic System and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-77, 1988.

Rosenberg CM. Young drug addicts: background and personality. *J Nerv Ment Dis*, 148:65-73, 1969.

Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. A 2.5-year follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 43: 739-45, 1986

Rutheford MJ, Metzger DS, Alterman AI. Parental Relationships and substance use among methadone patients: The impact on levels of psychological symptomatology. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5: 415-23, 1994.

Saxon AJ, Wells EA, Fleming C, Jackson TR, Calsyn DA. Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction*, 91: 1197-1209, 1996.

Schaar I, Ojehagen A, Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(2):70-78, 2001.

Scheurich A., Muller MJ., Wetzel H., Anghelescu I., Klawe C., Ruppe A., Himmerich H., Heidenreich M., Schmid G., Hautzinger M, Szegedi A, Reliability and validity of the German version of the European Addictio Severity Index (EuropASI). *Journal Stud Alcohol*, 61(6):916-19, 2000.

Sheehan MF. Dual diagnosis. *Psychiatric Quarterly* 64: 107-34, 1993.

Sheppard C, Fracchia J, Ricca E, Merlis S. Indications of psychopathology in male narcotic abusers, their effects and relation to treatment effectiveness. *Journal of Psychology*, 81: 351-60, 1972.

Siegal HA, Fisher JH, Rapp RC, Wagner JH. Presenting problems of substance abusers in treatment: implications for service delivery and attrition. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21: 17-26, 1995.

Spitzer RL, Williams J, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): user's guide. Washington DC, American Psychiatric Press, 1992.

Stoffelmayr BE, Mavis BE, Kasim RM. The Longitudinal Stability of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11: 373-78, 1994.

Tidey JW, Mehl.Madrona L, Higgins ST, Badger GJ. Psychiatric symptom severity in cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use characteristic and treatment outcomes. *Drug and Alcohol Depend.*, Mar 1; 50(1):9-17, 1998.

Verheul R, Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 16(5):274-82, 2001.

Wertz JS, Cleaveland BL, Stephens RS. Problems in the application of the Addiction Severity Index (ASI) in rural abuse services. *Journal of Substance Abuse*, (7), 2: 175-88, 1995.

Zanis DA, McLellan AT, Cnaan RA, Randall M. Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11: 541-48, 1994.

Zanis DA, McLellan AT, Corse S. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Mental Health Journal*, 33:213-27, 1997.

TOSSICODIPENDENZA E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA IN PAZIENTI AFFERENTI AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DELLA AUSL 7 ZONE SENESE E ALTA VAL D'ELSA.

§Mateo Ameglio, °Giuliana Pacini, ◇MarioPellegrini, ◇§Luca Canestri

§AUSL 7 SerT zona Alta Val D'Elsa

◇AUSL 7 SerT zona Senese

°AUSL 7 Dipartimento di Salute Mentale Adulti

L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI COMORBIDITÀ

La definizione di criteri diagnostici e la classificazione del DSM-IV dei disturbi mentali riflettono un accordo su definizioni attuali derivate dalla evoluzione costante delle conoscenze in campo psichiatrico; i criteri diagnostici specifici di ciascun disturbo sono forniti come schema orientativo per fare diagnosi, dato che è stato dimostrato che l'uso di tali criteri fa innalzare la concordanza tra clinici e ricercatori (A.P.A. 1994).

Jaspers (1964) aveva definito esplicitamente il concetto di esclusione gerarchica nelle patologie psichiatriche, affermando che "...non più di una malattia psichiatrica può essere diagnosticata in ciascun paziente", tale modello gerarchico è rimasto valido fino ai giorni nostri.

L'impiego di nuovi sistemi classificativi, portando ad una netta delimitazione dei singoli disturbi, evidenzia la possibilità di rilevare una concomitanza di quadri sindromici diversi e conduce ad un riesame critico del modello gerarchico nella diagnosi dei disturbi mentali, favorendo lo studio del fenomeno della Comorbidità.

Con il DSM.III-R. (A.P.A., 1987) i criteri di esclusione su base gerarchica vengono ridotti e, con l'eccezione dei Disturbi Mentali Organici, la diagnosi nella quasi totalità della patologia psichiatrica preclude un numero piuttosto basso di disturbi associati; risulta così possibile prendere in considerazione la possibilità di Comorbidità fra differenti disturbi psichiatrici (Savino e Coll., 1993). L'utilizzo del termine Comorbidità viene attualmente riservato a vere e proprie patologie o a sindromi e non si riferisce a singoli aspetti sintomatologici (Klerman, 1979).

Il concetto di comorbidità è stato successivamente ripreso da alcuni autori, portando alla definizione di alcuni modelli:

- ✓ **Comorbidità Patogenetica** quella situazione per cui un particolare disturbo condiziona sicuramente l'insorgenza di un'altro e quindi le due manifestazioni cliniche sono da considerare etiologicamente correlate.
- ✓ **Comorbidità Diagnostica** quando i criteri diagnostici sono basati su patterns di sintomi che sono individualmente non specifici.
- ✓ **Comorbidità Prognostica** nel caso che il disturbo di base possa predisporre ad una patologia (Feinstein, 1970).

La successione temporale fra le diverse patologie consente di parlare di:

- ✓ **Comorbidità Intraepisodica** quando coesistono due entità diagnostiche in un preciso momento;
- ✓ **Comorbidità Lifetime** quando le due patologie si presentano nel corso della vita del paziente;
- ✓ **Comorbidità Familiare** quando c'è una coesistenza di distinte entità diagnostiche nei familiari
- ✓ **Comorbidità Inter-Episodica** se diversi disturbi si alternano nel tempo nello stesso soggetto sovrapponendosi o meno. (Cassano, 1994).

La natura e il grado di relazione fra diversi Disturbi psichiatrici ha fatto nascere molte controversie sui modelli interpretativi di questa entità clinica. Frances e Coll. (1992) approfondiscono ulteriormente questo schema interpretativo e definiscono una serie di modelli.

"Continuum model" – differenti disturbi psichiatrici costituiscono la punta dell'iceberg rappresentato da un "general distress factor" ed il tentativo di definire in maniera nettamente separata i diversi disturbi è limitato dalla presenza di un comune denominatore. La Comorbidità rifletterebbe in questo caso una separazione artificiosa in diverse parti di una entità in realtà più complessa.

"Separate Discrete Comorbid Syndrome" - Esiste una sovrapposizione fra aspetti sintomatologici di sindromi diverse, tuttavia le varie sindromi rimangono sempre due entità distinte; tale distinzione sarebbe persa con il modello precedente.

"Predispositional Model" - L'evidenza degli studi clinici longitudinali (dai quali risulta alcuni disturbi ne precedono frequentemente altri) suggerisce che un disturbo psichiatrico predisponga allo svilupparsi di altri definiti e prevedibili disturbi

"Definitional Overlap" - La Comorbidità potrebbe essere in buona parte artificiosa, ciò può essere spiegato se si pensa alla similitudine di molti criteri diagnostici nei diversi disturbi.

È però opportuno evidenziare come frequentemente l'utilizzo di diagnosi descrittive acquisite attraverso interviste cliniche strutturate, possa essere fonte definizioni diagnostiche molto complesse e talora anche confuse.

L'evidenza dei dati riguardanti la correlazione dei disturbi psichiatrici con caratteristiche non strettamente sintomatologiche, ha condotto alla definizione di diagnosi multiassiale.

Un sistema diagnostico multiassiale comporta la valutazione su diversi livelli psicopatologici (assi), ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che possono aiutare nella pianificazione del trattamento e forniscono alcune indicazioni prognostiche.

Nel DSM-IV la classificazione comprende l'indagine di 5 assi:

- ✓ **Asse I** *disturbi clinici, altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*
- ✓ **Asse II** *disturbi di personalità, ritardo mentale*
- ✓ **Asse III** *condizioni mediche generali*
- ✓ **Asse IV** *problematiche psicosociali ed ambientali*
- ✓ **Asse V** *Valutazione globale del funzionamento*

Il sistema multiassiale permette di organizzare e comunicare l'informazione clinica, favorendo così la comprensione della complessità delle situazioni cliniche, della eterogeneità degli individui che presentano una stessa diagnosi e la possibilità di inquadrare il disturbo in un modello che tenga conto di fattori bio-psico-sociali.

L'approccio alla diagnosi comunque prevede vari livelli di interpretazione, che presumono diversi metodi di rappresentazione. L'approccio "convenzionale" di tipo descrittivo alla doppia diagnosi (DSM, ICD), prevede una descrizione di sintomi statisticamente associati in clusters escludendo la possibilità di una definizione esplicativa della sintomatologia in relazione alla storia ed ai vissuti di ciascun paziente. Un approccio diagnostico di tipo descrittivo appare indicato e funzionale soprattutto alle terapie farmacologiche. Una farmacoterapia che migliori i sintomi, può fungere da verifica esterna "ex adiuvantibus" rispetto all'inquadramento nosologico (Reda e Canestri., 2002).

DEFINIZIONE DI DOPPIA DIAGNOSI

Sulla definizione del termine "doppia diagnosi", è ancora in fase di svolgimento un ampio dibattito che vede coinvolti molti degli autori che si occupano di questo particolare tipo di pazienti.

Facendo un excursus storico, l'espressione "doppia diagnosi" fu coniata anni fa dalla psichiatria americana (De Leon 1989, Solomon 1996) per descrivere la coesistenza di un grave disturbo mentale (soprattutto in asse I e di tipo psicotico) con un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze.

La letteratura più recente, tuttavia, apre le porte ad uno spettro di situazioni ben più ampie e meno restrittive di quanto compreso nell'accezione originaria. Doppia diagnosi si adotta, infatti, per descrivere una determinata categoria di pazienti che presenta sia un comportamento tossicomano (spesso di poliabuso) sia una sintomatologia psichiatrica (Rigliano, 2004).

Il termine doppia diagnosi o comorbidità indica una direzione di studio che cerca di integrare due aspetti problematici e spesso coesistenti, la tossicodipendenza e la malattia psichiatrica, che in passato sono stati oggetto di una netta e profonda separazione sia nell'approccio ideologico che in quello della pratica clinica lasciando così irrisolta una complessa condizione di sofferenza umana.

Essendo molteplici le relazioni fra uso di sostanze, sintomi psichiatrici e sindromi psicopatologiche che complicano il processo diagnostico, è necessario prendere in considerazione le possibili interazioni che intercorrono tra uso di sostanze e psicopatologia, in effetti l'uso di sostanze può causare sindromi e sintomi psichiatrici, esacerbare un disturbo psichiatrico, mascherare sindromi psichiatriche; l'astinenza conseguente all'uso di sostanze può innescare sintomi psichiatrici e mimetizzare sindromi psicopatologiche, i sintomi psichiatrici possono nascondere problemi legati all'uso di sostanze, i disturbi psichiatrici e l'uso di sostanze possono coesistere indipendentemente; l'abuso di sostanze può determinare deterioramento psicofisico e continui stati di angoscia, insuccessi e compromissione dell'adempimento dei normali ruoli scolastici, professionali, familiari e sociali, un uso persistente in situazioni di pericolo dovute all'assunzione della sostanza e che comportano un rischio fisico, ricorrenti problemi interpersonali e legali collegati all'uso di una data sostanza, una polarizzazione dell'interesse sull'assunzione della sostanza a discapito di altre attività, un uso continuo nonostante i problemi interpersonali e legali; per quanto riguarda la dipendenza quest'ultima può essere la causa di processi patologici spesso progressivi e cronici, può essere associata a compulsione e preoccupazione su come procurarsi le sostanze, si possono avere perdite di controllo sull'uso della sostanza ed un uso continuo malgrado conseguenze sfavorevoli, nella quasi totalità dei casi si verifica un incremento della tolleranza con conseguente astinenza: il soggetto va in crisi quando cessa l'effetto della sostanza, per cui, per evitare il malessere fisico e/o psichico che ne consegue, la deve nuovamente assumere perdendo la capacità di controllarne l'uso e ricercandone ostinatamente il consumo ("craving"), nonostante lo scadimento fisico e prestazionale che ne consegue. tendenza alle ricadute dopo un periodo di astinenza (Meyer, 1986; Lehman e Coll., 1989; Landry e Coll., 1991).

DIPENDENZA E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: I DISTURBI IN ASSE I

La comorbidità fra disturbi mentali e fenomeni da abuso/dipendenza da sostanze è una realtà di particolare rilevanza epidemiologica.

In una ricerca condotta per l'Organizzazione Mondiale della Sanità Edwards e Coll. (1981), evidenziano come tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze si possono rilevare tre diversi tipi d'associazione:

- ✓ I disturbi mentali causano l'assunzione di sostanze;
- ✓ I disturbi mentali conseguono all'uso di sostanze;
- ✓ Tra disturbi mentali ed uso di sostanze esiste solo un'associazione casuale.

Negli Stati Uniti sono stati effettuati due grandi studi epidemiologici relativi alla rilevazione di disturbi psichiatrici in comorbidità, l'Epidemiological Catchment Area Study (ECA, Regier e Coll., 1990) e il National Comorbidity Survey (NCS, Kessler e Coll., 1997, 1999) a fronte di una prevalenza a un anno di tutti i disturbi mentali compresa tra il 22.1% e il 29.5% e di una prevalenza dell'abuso/dipendenza da sostanze compresa tra il 9.5% e l'11.3%, rivelano entrambi rilevantissimi livelli di comorbidità.

La comorbidità lifetime fra abuso/dipendenza alcolica e disturbi mentali è pari, sia nell'ECA che nel NCS al 52%, mentre quella con abuso/dipendenza da altre sostanze oltre l'alcol raggiunge il 75% dei casi nell'ECA Study e il 59% nel NCS. Sempre nelle stesse ricerche viene evidenziata una notevole incidenza di comorbidità fra disturbi dell'umore e abuso/dipendenza da sostanze, sia nella popolazione generale che in campioni clinici; la comorbidità fra disturbi dell'umore, soprattutto bipolari, e gli stati di abuso/dipendenza si presenta con una elevata incidenza; dai dati rilevati emerge che la doppia diagnosi risulta più rappresentata fra i disturbi bipolari tipo I, anche se la

comorbidità con una o più sostanze d'abuso è elevata anche fra i Bipolari II (Regier e Coll., 1990; Kessler e Coll., 1997, 1999).

La letteratura prodotta negli ultimi anni relativa alla doppia diagnosi, documenta ampiamente come il tasso di incidenza di quadri psicopatologici tra i tossicodipendenti che affluiscono ai servizi in Italia, varia tra il 50% e il 90% (Clerici e Coll., 1989), in uno studio condotto sulla presenza di comorbidità psichiatrica con i disturbi da uso di alcol (Borghesi, Di Mauro, 1998), si rileva che in pazienti etilisti i Disturbi d'Ansia sono stati evidenziati nel 19,4% del campione, i Disturbi dell'Umore nel 13,4%, mentre Disturbi Psicotici sono stati rilevati nel 3,8% dei pazienti, sempre nello stesso studio si rileva una incidenza di Disturbo Antisociale di Personalità presente nel 14,3% del campione esaminato.

La presenza di disturbi psicotici e abuso di sostanze rappresenta una delle condizioni prognosticamente più sfavorevoli nella gestione clinica terapeutica dei pazienti con doppia diagnosi. In generale le popolazioni di pazienti con diagnosi di schizofrenia che afferiscono ai servizi psichiatrici hanno tassi doppi di abuso di alcol e sostanze rispetto ai controlli di popolazione generale reclutati nella stessa area geografica (Fioritti, 2003). Per i tassi di abuso di alcol lifetime tali percentuali sono dell'ordine del 25 vs. 12% e per le altre sostanze illecite dell'ordine del 15 vs. 7% in Germania (Buhler e Coll., 2002), dell'ordine del 60% in Australia (Fowler e Coll., 1998) e negli USA (Swofford e Coll., 2000). Si può stimare che, nei paesi occidentali, le percentuali oscillino tra il 25 ed il 60% per abuso lifetime e tra il 10 ed il 30% a sei mesi. Per le caratteristiche del nostro Paese le percentuali dovrebbero situarsi a livelli intermedi, configurando comunque una situazione in cui circa 1/5 dei pazienti schizofrenici si trova in una fase attiva di abuso/dipendenza da sostanze e 2/5 presentano il problema nel corso della vita (Fioritti e Coll., 1995; Fioritti e Coll., 1997; Clerici e Coll., 2000)

I risultati delle ricerche epidemiologiche fanno emergere una rilevante compresenza di disturbi da uso/dipendenza da sostanze e disturbi psichiatrici in associazione, in particolare vengono essere rilevate alcune caratteristiche rilevanti; la prima evidenza è che sia nella popolazione generale sia nelle popolazioni cliniche vi è elevata prevalenza di doppie diagnosi, la prevalenza di comorbidità è elevata sia nel caso di prima diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze che in quello di prima diagnosi di disturbo psichiatrico, l'elevato tasso di morbilità nei casi di doppia diagnosi sembra indicare uno stretto rapporto tra i due gruppi di disturbi, infine l'associazione diagnostica si riscontra tra qualunque abuso/dipendenza da sostanze e qualunque principale raggruppamento diagnostico psichiatrico varia in rapporto al tipo di sostanze (lecite o illecite) ed al tipo di disturbo psichiatrico (Manna, 2000, 2004).

DIPENDENZA E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: I DISTURBI IN ASSE II

La valutazione della comorbidità psichiatrica, tra i disturbi di personalità e dipendenza da sostanze, evidenzia un'associazione delle due condizioni patologiche molto frequente, in alcuni studi si rileva una coesistenza delle due condizioni patologiche compresa tra il 26.5% e il 100% (Manna e Ruggiero, 2001).

Altre ricerche relative alla valutazione dei disturbi di personalità in pazienti tossicodipendenti condotte attraverso strumenti standardizzati, evidenziano una percentuale dei Disturbi di Personalità in comorbidità che oscilla tra il 31% e il 58%. I Disturbi di Personalità del Cluster B risultano i più rappresentati: in particolare il Disturbo Antisociale di Personalità ed il Disturbo Borderline di Personalità (Rounsaville e Coll., 1998; Skodol e Coll., 1999; Thomas e Coll., 1999; Skinstad e Swain, 2001).

Uno studio condotto su 673 fratelli di pazienti con abuso di cocaina mostra come anche nei fratelli vi sia un'elevata vulnerabilità per lo sviluppo di alcolismo, abuso di sostanze e Disturbo Antisociale di Personalità (Luthar e Rounsaville, 1993).

La maggior parte degli studi sulla comorbidità tra Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi di Personalità evidenzia che la presenza di un Disturbo di Personalità influenza negativamente la

prognosi del Disturbi da Uso di Sostanze di Asse I, determinando un maggior numero di “drop-out” dai programmi di trattamento e un maggior numero di ricadute nell’uso di sostanze dopo il completamento del trattamento di disintossicazione. Franken e Hendriks (2000), in un’indagine condotta su 174 pazienti con Disturbi da Uso di Sostanze, hanno rilevato che il gruppo di pazienti con esordio del disturbo prima dei 18 anni presentava tassi significativamente più elevati di tratti antisociali, borderline e passivo-aggressivi.

La diagnosi di disturbo antisociale di personalità in un soggetto con una diagnosi di dipendenza, è associata a maggiori e più frequenti problemi legali, minore compliance terapeutica, peggiore prognosi, minore efficacia dei programmi terapeutici integrati con psicoterapia, ridotta efficacia delle terapie farmacologiche con peggiori esiti.

I tossicodipendenti portatori di un disturbo di personalità dei cluster A e C, tendono ad una distribuzione omogenea negli ambiti terapeutici, ambulatoriali o residenziali. I soggetti del cluster B si concentrano nei servizi ambulatoriali per le tossicodipendenze, probabilmente in relazione alle difficoltà che vengono incontrate, in programmi terapeutici ad alta valenza sociale ed interpersonale, come quelli residenziali comunitari (Manna e Ruggiero, 2001).

L’attenzione alle manifestazioni psicopatologiche in Asse I, che per la loro evidenza e talora drammaticità sono immediatamente diagnosticate e trattate, finisce spesso per distogliere il clinico dalla valutazione della diagnosi in Asse II; la presenza di una diagnosi di Disturbo di Personalità dovrebbe essere tenuta in considerazione dato che rappresenta un importante predittore di ritenzione in trattamento e di successo terapeutico. (Cois e Coll., 2002)

SCOPO DELLA RICERCA

Tossicodipendenza e diagnosi psichiatrica rappresentano senz’altro uno dei principali fattori di criticità nella gestione terapeutica multidisciplinare che gli operatori dei servizi per le dipendenze si trovano a dover gestire.

La rilevazione dei dati relativi alla situazione psichiatrica di pazienti attivi sotto il profilo dell’abuso e della dipendenza da sostanze stupefacenti, attualmente in trattamento presso i SerT, consente di approfondire la valutazione relativa alla presenza o meno di disturbi psichici pregressi o associati alla dipendenza da sostanze, permette di impostare programmi terapeutici adeguati valutando l’impatto delle sostanze d’abuso sul decorso e sulla prognosi delle condizioni psicopatologiche di rilevanza clinica.

MATERIALI E METODO

Per la nostra valutazione sono stati arruolati 39 pazienti totali, di cui 24 nel Servizio per le Tossicodipendenze di Colle Val D’Elsa e 15 presso Servizio per le Tossicodipendenze di Siena (A.S.L.7 Siena). Il periodo di tempo necessario a completare tutte le interviste è stato tra il Settembre 2004 ed Maggio 2005. Tutti gli intervistati presentavano una situazione di tossicodipendenza in fase attiva ed erano sottoposti a terapia sostitutiva (metadone o buprenorfina). I criteri di inclusione utilizzati sono stati: la presenza di un Disturbo da Uso da Sostanze diagnosticato secondo i criteri del D.S.M.-IV ed una precedente diagnosi psichiatrica o un trattamento psicofarmacologico specifico per un disturbo psicopatologico. I pazienti sono stati inizialmente contattati dagli operatori di riferimento che, una volta presentata la finalità dello studio e ottenuto il consenso a partecipare all’indagine, mettevano in contatto l’utente con l’intervistatore; ai soggetti sono stati esposti i criteri di riservatezza caratteristici delle indagini cliniche garantendo il rispetto della privacy.

Tutti i soggetti reclutati si sono sottoposti alla Intervista Clinica Strutturata per il D.S.M.-IV Asse I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1992) e Asse II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1993). La versione della S.C.I.D. I usata è quella denominata “Clinica”.

La scelta della SCID come strumento di indagine è stata effettuata in quanto, sia in letteratura sia nella pratica clinica dell'approccio alle tossicodipendenze tale strumento è spesso utilizzato al fine di valutare l'incidenza il decorso e la gravità delle condizioni psicopatologiche che più frequentemente ricorrono nei pazienti tossicodipendenti.

Alla conclusione dell'intervista, nei casi di diagnosi dubbie, sono state raccolte informazioni provenienti dai case manager (psicologi e/o psichiatri del servizio di riferimento), dalle cartelle cliniche dei SerT e da altro materiale sanitario prodotto dagli stessi pazienti (cartelle cliniche relative a degenze psichiatriche o a terapie psicofarmacologiche prescritte da operatori psichiatrici).

RISULTATI E COMMENTO

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche (Tab. 1-3; Fig. 1-6) il nostro campione è costituito da 39 soggetti, 12 femmine e 27 maschi, l'età media è di 32,41 anni con una deviazione standard di 7,39 anni, il titolo di studio è licenza elementare: 2 soggetti; licenza media inferiore: 23; licenza media superiore: 13; per un soggetto non è stata rilevata la scolarità. I dati sembrano indicare una distribuzione socio-culturale abbastanza omogenea delineando un campione costituito da soggetti abbastanza giovani, in prevalenza maschi, con un livello culturale medio-basso.

Tab. 1 Distribuzione per sesso

	Siena	Colle	Totale cumulativo
Maschi	12	15	27
Femmine	3	9	12
Totale per sede	15	24	39

Tab.2 Distribuzione per età

Media	32,41
Dev. Standard	7,39

Tab.3 Distribuzione per titolo di studio

	Siena	Colle	Totale cumulativo
Lic. Elementare	0	2	2
Lic. Media Inferiore	9	14	23
Lic. Media Superiore	6	7	13

Fig.4 Titolo di studio (Colle)

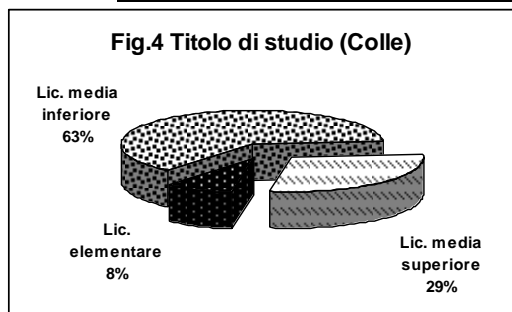
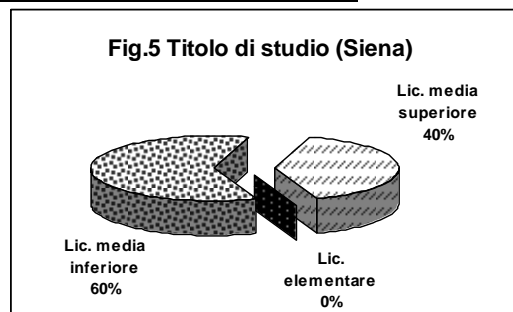
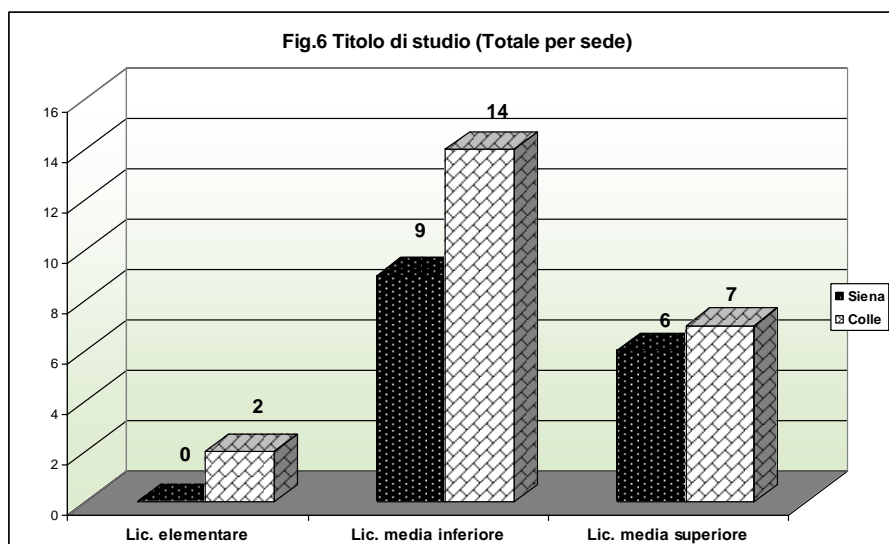


Fig.5 Titolo di studio (Siena)





Dall'analisi attinente alle caratteristiche relative al consumo di sostanze psicotrope (Tab.4,5; Fig. 7-14), non si rilevano differenze significative nella sostanza primaria di dipendenza tra i soggetti afferenti al SerT. di Siena e quelli del servizio dipendenze di Colle Val D'Elsa, la principale sostanza da cui i soggetti risultano attualmente dipendenti è l'eroina con il 51% dei soggetti in totale, segue l'alcol con il 33% e la cocaina con il 12% del campione, gli allucinogeni non sono rappresentati come sostanza primaria, mentre i cannabinoidi si rilevano in due soggetti come sostanza non di abuso, ma di vera e propria dipendenza.

Nel caso di comportamenti di abuso di sostanze le sostanze maggiormente rappresentate risultano i cannabinoidi con il 34% del totale, con una nettissima prevalenza nel consumo di cannabis da parte dei soggetti di Colle Val D'Elsa (49%) rispetto a quelli di Siena (11%); la situazione risulta invertita per quanto riguarda il consumo di allucinogeni che nella popolazione del servizio senese risulta estremamente più elevato (47%) che nei soggetti valdelsani (8%).

Per quanto riguarda la cocaina i soggetti afferenti al servizio di Colle Val D'Elsa presentano un consumo di cocaina circa doppio (27%) rispetto a Siena (11%).

Anche rispetto al consumo di alcol si rilevano alcune differenze, l'alcol risulta presente come sostanza abituale d'abuso maggiormente nel campione di Siena (26%) rispetto alla Val D'Elsa (12%); per quanto riguarda l'eroina le percentuali di abuso sono sovrapponibili (4 e 5%)

Le differenze nel consumo di sostanze di abuso rilevate tra le due popolazioni spesso risultano estremamente discrepanti, tale differenza è probabilmente riconducibile alla esiguità dei campioni statistici riferibili alle singole sedi.

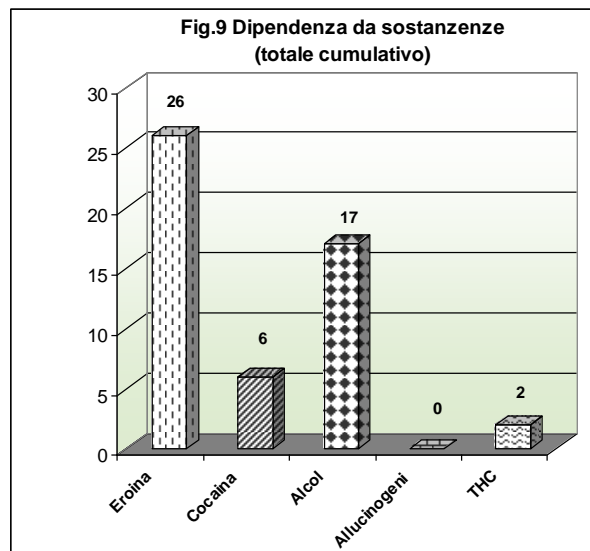
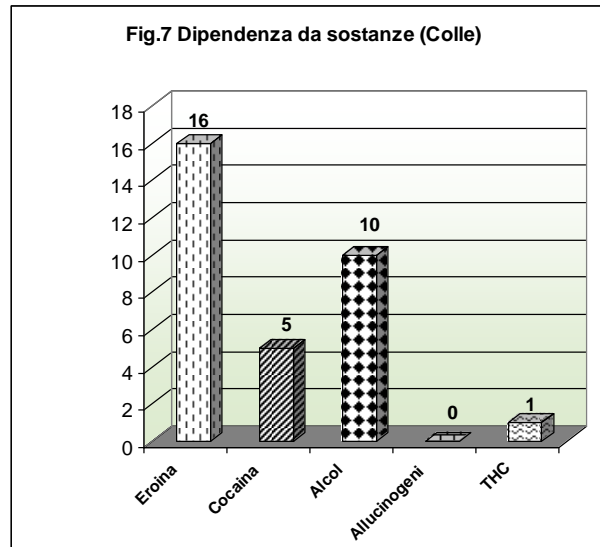
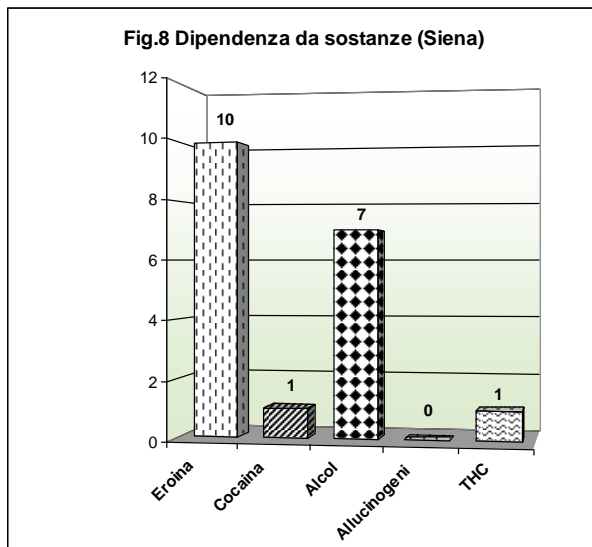
Tab.4 Dipendenza da Sostanze (possibili più sostanze per ogni soggetto)

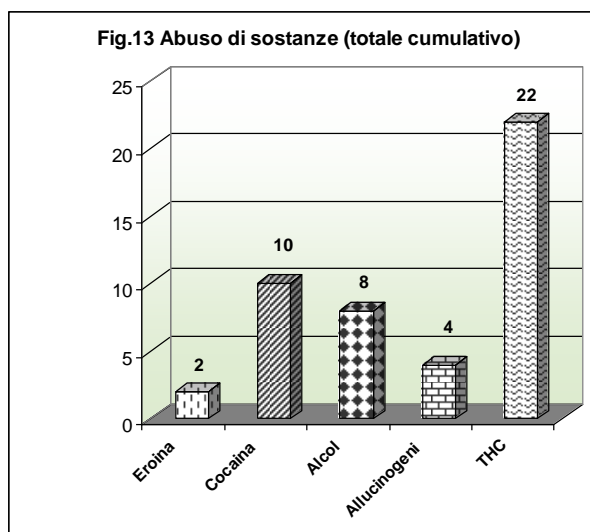
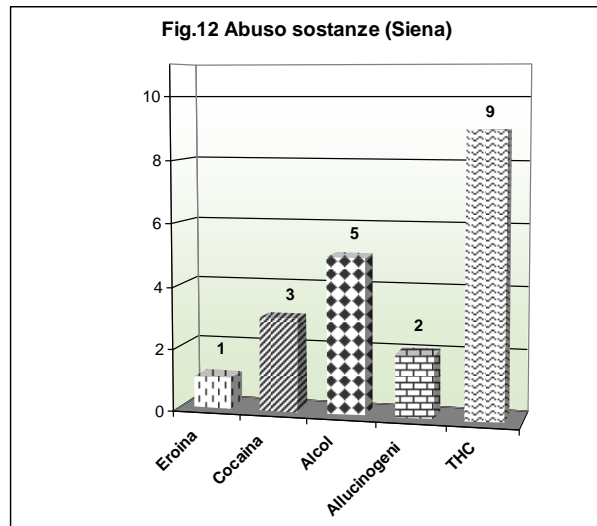
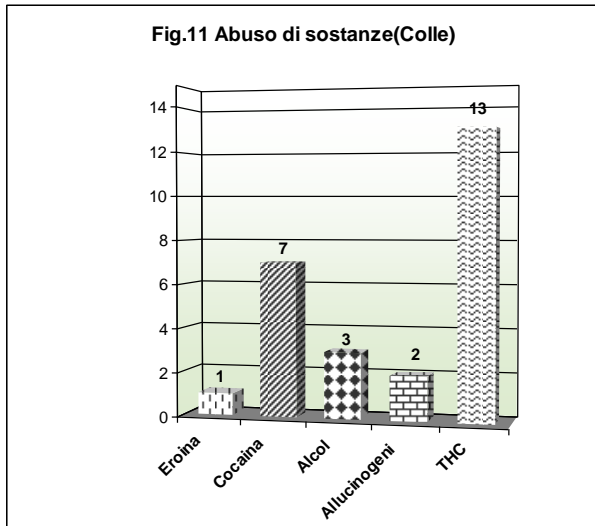
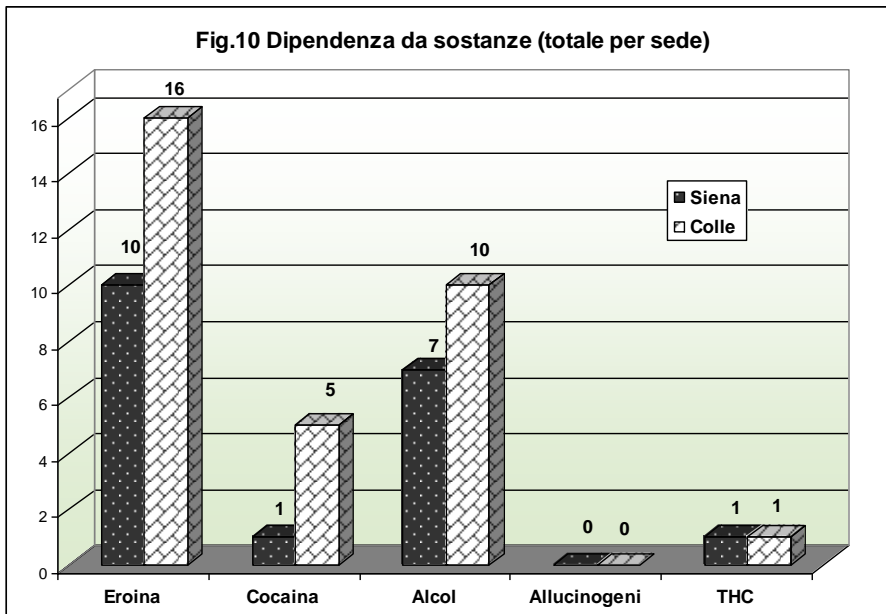
	Siena	Colle	Totale cumulativo
Eroina	10	16	26
Cocaina	1	5	6
Alcol	7	10	17
Allucinogeni	0	0	0
THC	1	1	2

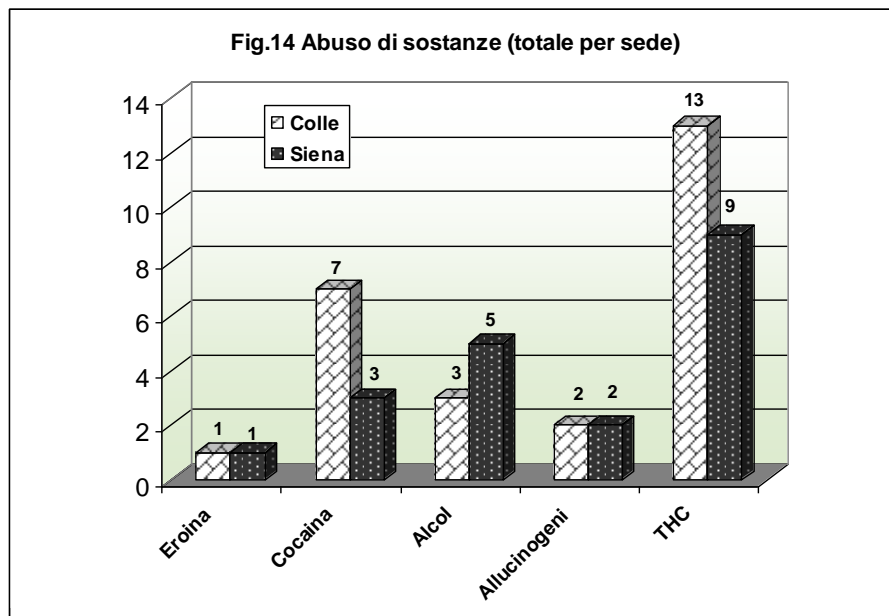
Tab.5 Abuso di Sostanze (possibili più sostanze per ogni soggetto)

	Siena	Colle	Totale cumulativo
Eroina	1	1	2
Cocaina	2	7	9
Alcol	5	3	8
Allucinogeni	9	2	11

THC	2	13	15
-----	---	----	----







Nella valutazione dei disturbi psichiatrici (Tab.6; Fig. 15-18) emerge una prevalenza di tre raggruppamenti diagnostici in particolare si delinea una prevalenza dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore (rispettivamente il 32% e 20% del totale) e dei Disturbi Alimentari (11% del totale)

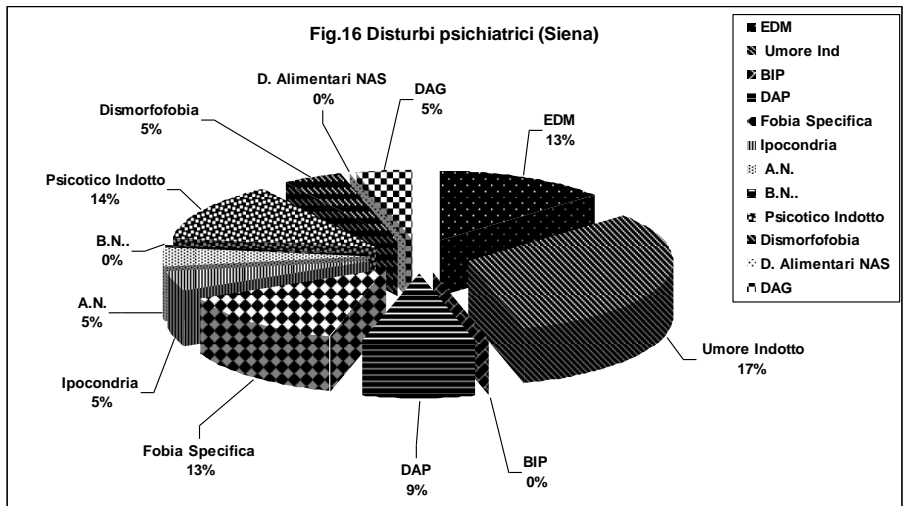
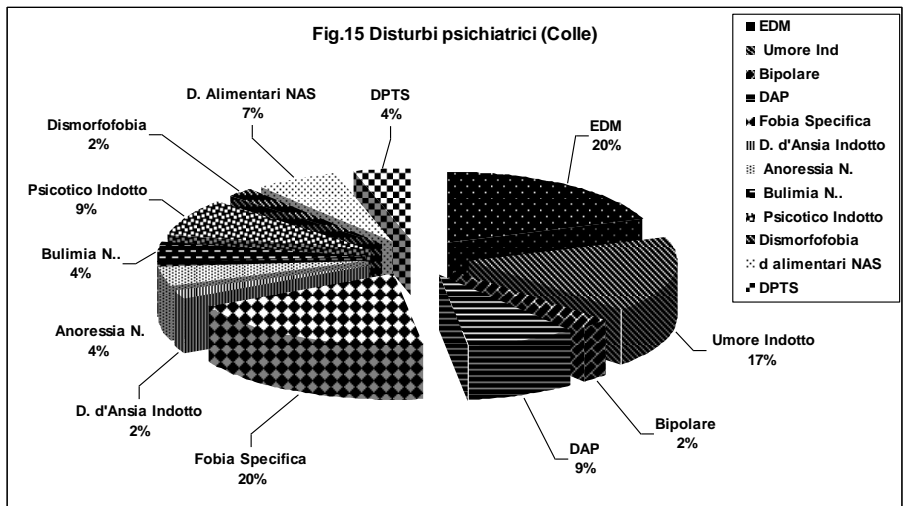
I dati relativi alle diagnosi in Asse I risultano in accordo con quelli rilevati nei principali studi epidemiologici, ma è interessante notare come i Disturbi Indotti da Uso di Sostanze siano stati rilevati in circa un terzo (28%) della popolazione intervistata.

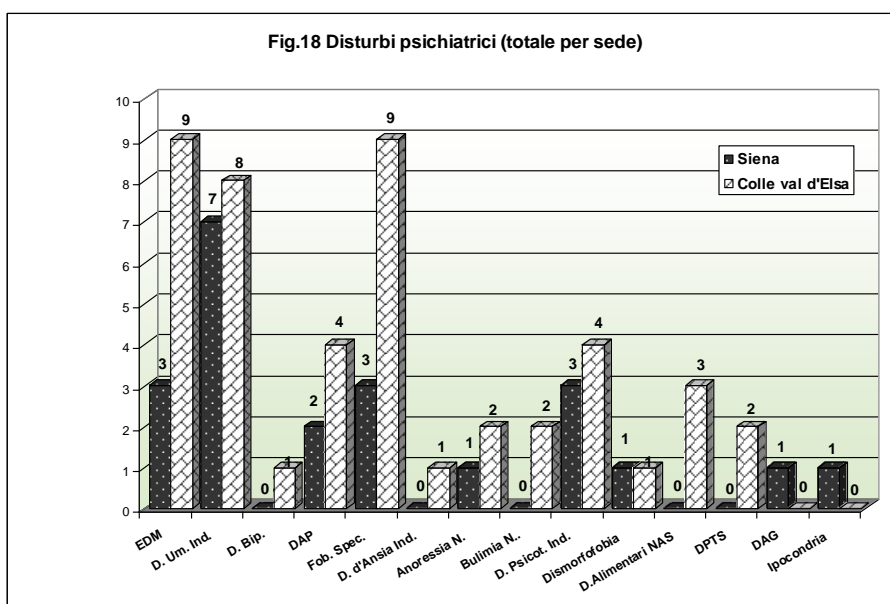
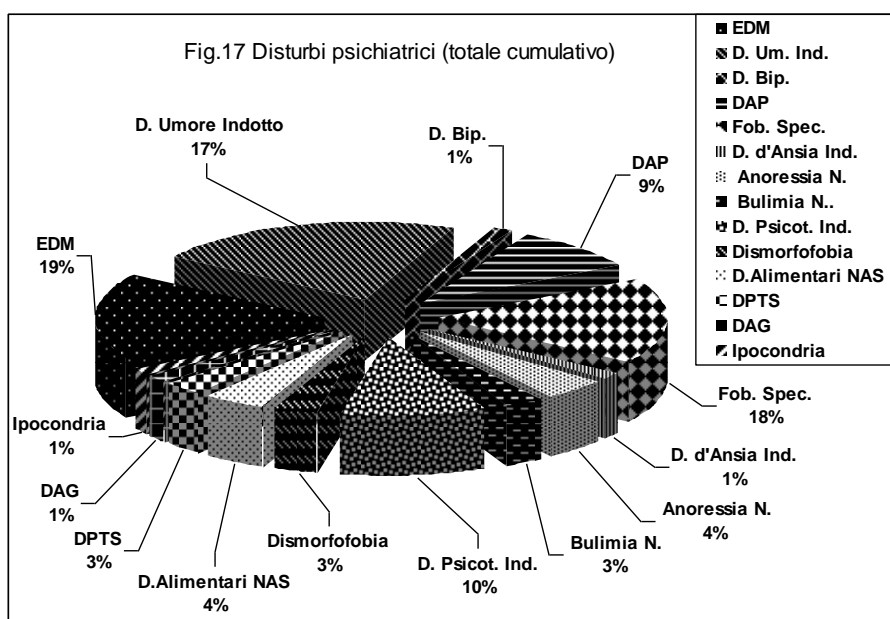
La rilevanza dei dati relativi alla presenza lifetime di uno o più Disturbi dell'Umore e/o Psicotici indotti da sostanze, rispettivamente il 17% e 10% del totale del nostro campione, suggerisce una riflessione rispetto alla correlazione tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici in Asse I.

Tab. 6 Diagnosi in Asse I (possibili più diagnosi in comorbidità per ogni soggetto)

Colle Val d'Elsa				Siena				
	N°	%		N°	%		N°	%
Episodio Depressivo Maggiore	9	20	Episodio Depressivo Maggiore	3	13			
D. Umore Indotto da sostanze	8	17	D. Umore Indotto da sostanze	7	31			
D. Bipolare	1	2	D. Bipolare	0	0			
Disturbo da Attacchi di Panico	4	9	Disturbo da Attacchi di Panico	2	9			
Fobia Specifica	9	20	Fobia Specifica	3	13			
D. d'Ansia Indotto da Sostanze	1	2	Ipocondria	1	5			
Anoressia N.	2	4	Anoressia N.	1	5			
Bulimia N..	2	4	Bulimia N..	0	0			
D. Psicotico Indotto da Sostanze	4	9	D. Psicotico Indotto da Sostanze	3	14			
Dismorfofobia	1	2	Dismorfofobia	1	5			
D.Alimentari NAS	3	7	D.Alimentari NAS	0	0			
DPTS	2	4	Disturbo d'Ansia Generalizzata	1	5			

Totale Cumulativo		
	N°	%
Episodio Depressivo Maggiore	12	19
D. Umore Indotto da sostanze	15	17
D. Bipolare	1	1
Disturbo da Attacchi di Panico	6	9
Fobia Specifica	12	18
D. d'Ansia Indotto da Sostanze	1	1
Anoressia N.	3	4
Bulimia N..	2	3
D. Psicotico Indotto da Sostanze	7	10
Dismorfofobia	2	3
D.Alimentari NAS	3	4
DPTS	2	3
Disturbo d'Ansia Generalizzata	1	1
Ipocondria	1	1



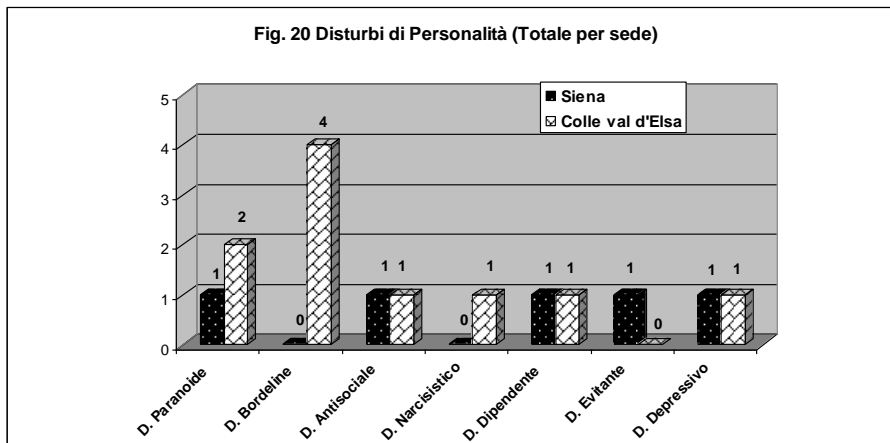
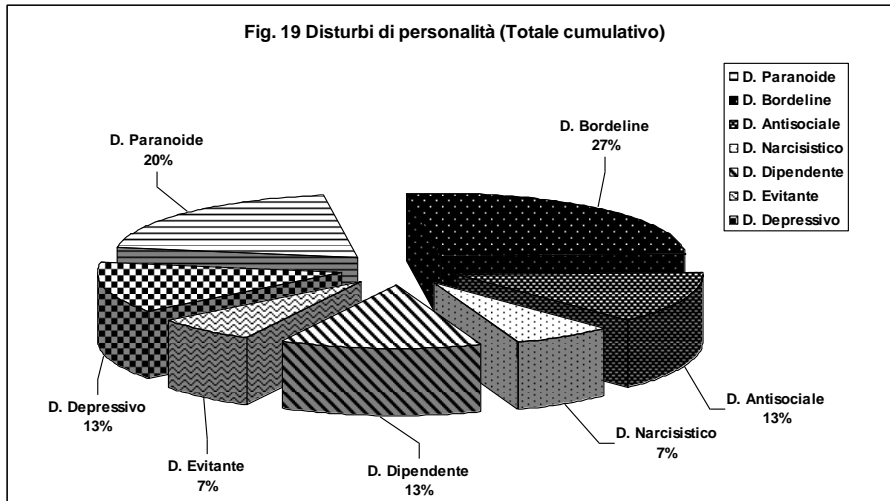


La presenza di disturbi di personalità nella popolazione indagata, è rilevabile in circa il 28% degli intervistati, in alcuni soggetti è stata rilevata più di una categoria diagnostica di Disturbo di Personalità, abbiamo deciso di considerare un solo Disturbo di Personalità per ogni paziente in relazione alla nostra difficoltà a collocare più personalità disturbate tra loro in comorbidità sull'Asse II.

Nel soggetti intervistati i disturbi prevalenti sono rappresentati dai Disturbi di Cluster B: Borderline (27%), Antisociale (13%) e Narcisistico (7%), per quanto riguarda il Cluster A Disturbi di Personalità di tipo Pranaoideo si rilevano nel 20% dei casi, mentre i disturbi di cluster C sono rappresentati da Disturbi di Personalità Dipendente (13%), Evitante (7%) e Depressiva (13%).

Tab.7 Diagnosi in Asse II (Disturbi di Personalità)

	Paranoide	Bordeline	Antisociale	Narcisistico	Depressivo	Evitante	Depressivo
Siena	1	0	1	0	1	1	1
Colle val d'Elsa	2	4	1	1	1	0	1
Totale	3	4	2	1	2	1	2



CONCLUSIONI

Le considerazioni conclusive a cui siamo pervenuti in questa indagine sono ovviamente provvisorie in ragione della esiguità del campione esaminato, ma forniscono comunque una interessante visione, anche se limitata, sul fenomeno della doppia diagnosi nel gruppo di soggetti intervistati.

I risultati della nostra ricerca ci permettono di confermare, in accordo con i dati di letteratura, la frequente associazione tra tossicodipendenza e disturbi psichiatrici di Asse I anche se la relazione tra le due diagnosi è ancora oggetto di controversie epistemologiche. La frequente associazione, descritta in letteratura, tra abuso/dipendenza da sostanze e Disturbi di personalità è stata confermata nella nostra indagine.

L'elevata incidenza, da noi rilevata, di Disturbi indotti da sostanze ha imposto una riflessione sul rapporto tra uso di sostanze e scompensi psicopatologici, nella nostra indagine si è cercato di porre la massima attenzione rispetto al rapporto di causalità tra un disturbo psichiatrico (lifetime) e l'uso di sostanze, ponendo una particolare attenzione alla successione cronologica degli eventi di

assunzione di sostanze, di scompenso psicopatologico e delle diagnosi e terapie praticate per quello specifico evento. Per definire un disturbo indotto durante le interviste è stato adottato un criterio cronologico in cui l'uso di sostanze ha sempre preceduto il disturbo in Asse I, che è stato in seguito diagnosticato e trattato presso strutture ospedaliere (Unità di Pronto Soccorso) o territoriali (Servizi di Salute mentale); la esiguità del campione da noi intervistato e le implicazioni, esposte nei paragrafi precedenti, tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici può essere alla base di un dato così rappresentato, rimane comunque il dato che in circa un terzo dei pazienti da noi esaminati tali disturbi possono essere ricondotti, in modo abbastanza preciso, all'abuso o alla dipendenza da tali sostanze.

L'incidenza ed il tipo di Disturbi di personalità da noi rilevati risultano concordanti con i dati di letteratura che pongono i disturbi di Cluster B, ed in particolare il D. Bordeline ed il D. Antisociale, in frequente relazione con l'abuso o la dipendenza da sostanze.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.III-R)*. American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: the Association.
- Borghesi R., Dimauro P.E. (1998), Comorbidità psichiatrica nell'alcolismo *Bollettino Per Le Farmacodipendenze e l'alcolismo Anno XXI*, supplemento al no 1.
- Buhler, B., Hambrecht, M., Loffler, W., e Coll. (2002), Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse--a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia Research*, 54: 243-251.
- Cassano G. B. e Coll. (1992), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson editore: 1755-1756
- Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L. (1989), Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotics addicts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 219-224.
- Clerici M., Valsecchi P., Duranti E., Milesi A., Sacchetti E.(2000), La comorbidità per uso di sostanze nei disturbi psicotici e nella schizofrenia. *NÒC*, 2:133-156.
- Cois A., Congia P., Portas M. (2002), Doppia diagnosi e trattamento in comunità terapeutica: considerazioni sui predittori di ritenzione, 1° Congresso Nazionale su Disturbi Mentali e tossicodipendenza: La scelta terapeutica nella doppia diagnosi, Cagliari, 16-19, Ottobre.
- De Leon, G. (1989), Psychopathology and substance abuse: what is being learned from research in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- Edwards G., Arif A., Hodgson R. (1981), Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, 2: 225-242.
- Feinstein A. R. (1970), The pre- therapeutic classification of comorbidity in chronic disease, *J. of Chronic Diseases*, 23: 445-468.
- Fioritti A., (2003), Schizofrenia ed abuso di sostanze: Dalla epidemiologia clinica alla integrazione dei trattamenti, *Personalità/Dipendenze*, ottobre, Mucchi Editore, Modena, Vol. 9, Fascicolo II: 177-191
- Fioritti A., Ferri S. Melega V. (1995), Schizofrenia ed uso di sostanze. Indagine clinico-epidemiologica su un campione di pazienti dei servizi territoriali di Bologna. *Schizofrenia*, 7: 64-69.
- Fioritti A., Ferri S., Galassi L., Melega V., Warner R. (1997), Substance Use among the Mentally Ill. A comparison of Italian and American Samples. *Community Mental Health Journal*, 33: 429-442.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Benjamin, L.S. (1993), *SCID-II Structured Clinical Interview for D.S.M.-IV Axis II Personality Disorders*, Guida dell'esaminatore, Ver.Ita. di Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G. & Guaraldi, G.P., (2003) O.S. Organizzazioni Speciali, Giunti, Firenze.
- First, M., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B. (1992), *SCID-I Structured Clinical Interview for D.S.M.-IV Axis I Disorders*, Guida dell'esaminatore, Ver.Ita. di Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G. & Lussetti, M. (2000), O.S. Organizzazioni Speciali, Giunti, Firenze.
- Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N.T. (1998), Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24: 443-455.
- Frances A. e Coll (1992), Relationships of Anxiety and Depression. *Psychopharmacology*; 1992 Suppl. Vol. 106: s-82,s-86.
- Franken I.H. e Hendriks V.M. (2000), Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 59: 305-308.
- Jaspers K. (1964), *Psicopatologia generale*". Il Pensiero Scientifico editore Roma.
- Kessler R.C.,Crum R.M.,Warner L.A.,Nelson C.B., Schulenberg J., Anthony J.C., (1997) Lifetime co-occurrence of DSM III-R Alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psych*, 54: 313-21

- Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshelman S., Wittchen H.U., Kendler S., (1999), Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psych*, 51: 8-19
- Klerman G.L. (1979), *The evolution of scientific nosology: science and practice*. Shershow J.C. Cambridge, Harvard University Press.
- Landry M.J., Smith D.E., and Steinberg J.R. (1991), Anxiety, depression, and substance use disorders: diagnosis, treatment, and prescribing practices, *Journal of Psychoactive Drugs* 23(4):397-416.
- Lehman A.F., Myers C.P., and Corty E. (1989), Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes, *Hospital and Community Psychiatry*, 40(10):1019-1030.
- Luthar S.S., Rounsaville B.J. (1993), Substance misuse and comorbid psychopathology in a high-risk group: a study of siblings of cocaine misusers. *Int J Addict*; 28: 415-434.
- Manna V. (2000), Comorbilità Psichiatrica Delle Farmaco-Tossico-Dipendenze. *Medicina Delle Tossicodipendenze. Organo Ufficiale Della Società Italiana Tossicodipendenze*, N. 26 – 27: 66 - 76.
- Manna V. (2004), La Comorbilità Psichiatrica Dell'abuso Di Sostanze, in Nizzoli U. Pissacroia (Eds.) *Trattato Completo Degli Abusi E Delle Dipendenze*, Sez. Iv, Piccin Editore, Padova.
- Manna V., Ruggiero S. (2001), Dipendenze Patologiche Da Sostanze: Comorbilità Psichiatrica o Continuum Psicopatologico? *Rivista Di Psichiatria*, Vol. 36, N. 1: 1 - 13.
- Meyer, R.E. (1986), How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg., In: Meyer, R.E., ed. *Psychopathology and Addictive Disorders*, New York: Guilford Press.
- Reda M.A., Canestri L., (2002), Approccio psicoterapeutico alla doppia diagnosi, *Atti I Congresso Nazionale su Disturbi Mentali e Tossicodipendenza: La scelta terapeutica nella doppia diagnosi*, Cagliari, 16-19, Ottobre; IV Sessione.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Loche B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goordwim F.K. (1990), Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area Study, *JAMA*, 264: 2511-18
- Rigliano, P. (2004), *Doppia Diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rounsaville B.J., Kranzler H.R., Ball S., Tennen H., Poling J., Triffleman E. (1998), Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J Nerv Ment Dis*; 186: 87-95.
- Savino M. (1995), Comorbilità e depressione cronica. *Corso di Aggiornamento in Psichiatria: Depressione e cronicità*, Pacini Editore: 67-72
- Skinstad AH e Swain A. (2001), Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27: 45-64.
- Skodol A.E., Oldham J.M., Gallaher P.E. (1999), Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*; 156: 733-738.
- Solomon, J. (1996), Doppia diagnosi. *Personalità/Dipendenze*, 2/3, 279-289.
- Swofford, C.D., Scheller-Gilkey, G., Miller, A.H. (2000), Double jeopardy: schizophrenia and substance use. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 26: 343-353.
- Thomas VH, Melchert T.P., Banken J.A. (1999), Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol*, 60: 271-277.
- World Health Organization. (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: the World Health Organization.

Ringraziamenti

Si ringraziano per aver reso possibile la ricerca gli operatori dei SerT. Zona Senese ed Alta Val D'Elsa: Dott.ssa Vanzi Antonella, Dott. Starnini Thierry, Dott.ssa Castori Giuliana, Dott.ssa Manna Paola, Dott.ssa Santioli Luciana, A.S. Bardi Licia, A.S. Bardi Patrizia, A.S. Cantelli Daniela, A.S. Urbano Monica, E.P. Fontani Emanuela, I.P. Carlucci Sabrina, I.P. Grazi Annamaria, I.P. Paolino Nicoletta, I.P. Scudiero Maria, I.P. Taccioli Luciano.

DOPPIA DIAGNOSI: IDAGINE SU UN GRUPPO DI TOSSICODIPENDENTI ATTIVI

Carla Fineschi[◇], Luca Canestri[§], Giuliana Pacini[°], Tatiana Lizza, Mario Pellegrini[§], Mateo Ameglio[§]

[§]AUSL 7 SerT zone Senese e Alta Val D'Elsa

[◇]Università degli Studi di Firenze Facoltà di Psicologia

[°]AUSL 7 Dipartimento di Salute Mentale Adulti

PREMESSA

Il problema della doppia diagnosi è fortemente correlato, prevalentemente nella cultura anglo-americana, alla ricerca epidemiologica, dove sono state effettuate dettagliate indagini su vasti campioni di popolazione generale (Fioritti, Solomon, 2002; Rigliano, 2004).

Il confronto tra le indagini dell'Epidemiologic Catchment Area Study (E.C.A.) degli anni '80, il National Comorbidity Survey (N.C.S.), il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) e l'International Consortium in Psychiatric Epidemiology condotti negli anni '90, è stato difficile per le imprecisioni provocate da diversi contesti in cui il paziente veniva valutato e per la mancanza di criteri diagnostici standardizzati. (Regier e Coll., 1990; Kessler, 1994; Grant e Coll., 1995), Nonostante i limiti esposti un'analisi comparativa permette di trarre alcune conclusioni:

- ✓ la comorbilità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze è molto diffusa nella popolazione generale
- ✓ la comorbilità nella doppia diagnosi non è casuale e comporta uno stretto rapporto tra le due classi di disturbo
- ✓ l'associazione diagnostica si verifica tra qualsiasi genere di dipendenza e qualsiasi forma di disturbo psichiatrico ma varia in rapporto al tipo di sostanza usata ed al tipo di disturbo psichiatrico
- ✓ la comorbilità si riscontra più frequentemente nel sesso maschile che in quello femminile.

In Italia sono poche le ricerche epidemiologiche che consentono dati rilevanti sulla doppia diagnosi e la maggior parte provengono dalla popolazione afferente ai Servizi per le tossicodipendenze, dove si rileva che solo il 25% dell'intero campione non aveva diagnosi psichiatrica, mentre il 10% presentava una diagnosi in asse I, il 30% in Asse II e il 16.4% in entrambi gli assi (Pozzi e Coll., 1993).

Clerici (2000) riporta un altro studio effettuato nei SerT di Roma, Milano e Cagliari, dove solo il 15% dei tossicodipendenti risultava indenne da manifestazioni psicopatologiche, il restante, solitamente eroinomani erano affetti da disturbi psichiatrici, in particolare il 35% avevano disturbi dell'umore e nel 50% disturbi di personalità.

Appare dunque evidente l'esigenza di studiare un fenomeno così rilevante non solo per motivi teorici ma anche applicativi, in modo da consentire una migliore organizzazione degli interventi terapeutici, che risulta particolarmente difficile nei casi di comorbilità.

IPOTESI

Il presente studio è stato condotto con l'obiettivo di rilevare alcuni dati descrittivi della situazione psichiatrica e tossicologica in un gruppo di tossicodipendenti attivi che afferiscono a servizi terapeutici ed attuare una valutazione diagnostica nell'ambito della doppia diagnosi, i dati ottenuti sono stati confrontati con i risultati delle ricerche pubblicate nella letteratura italiana e internazionale.

RICERCA

Campione

Il campione è composto da 62 tossicodipendenti, 42 pazienti dei SerT di Colle Val d'Elsa e Siena e 20 della Casa Alloggio Castore Polluce (Genova). Tutti gli utenti presentavano un problema di tossicodipendenza in fase attiva e una parte di loro erano sottoposti a terapia sostitutiva a scalare o di mantenimento con farmaci (metadone e buprenorfina). Non sono stati adottati particolari criteri di inclusione per la selezione dei soggetti, se non la presenza di un Disturbo da Uso da Sostanze diagnosticato secondo i criteri del D.S.M.-IV.

Descrivendo nel dettaglio i soggetti relativamente alle caratteristiche socio-demografiche il campione è composto da 44 maschi e 18 femmine, con una percentuale del 71% del sesso maschile e del 29% di quello femminile (Grafico 1).

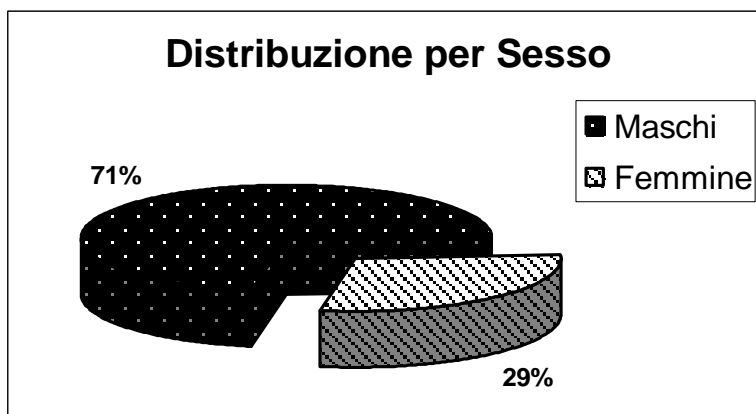


Grafico 1- Distribuzione per sesso del campione

L'età è compresa tra i 18 e i 50 anni con una media di 33,4.

Il 69,3% dei soggetti ha frequentato le scuole fino alle medie e mentre solo il 27,5% ha proseguito gli studi superiori (Tabella 1).

	Valori medi	Deviazione Standard	Intervalli	N° Soggetti	Percentuali
Età	33,4	7,62	18-25	12	19,35
			26-33	20	32,25
			34-41	20	32,25
			42-50	10	16,12
Scolarità	9,2	2,34	Elementari	2	3,2
			Medie	43	69,3
			Superiori	17	27,5

Tabella 1- Età e scolarità

il 22% delle femmine è coniugato, mentre l'89% dei maschi e il 78% delle femmine è ancora celibe/nubile (Grafico2).

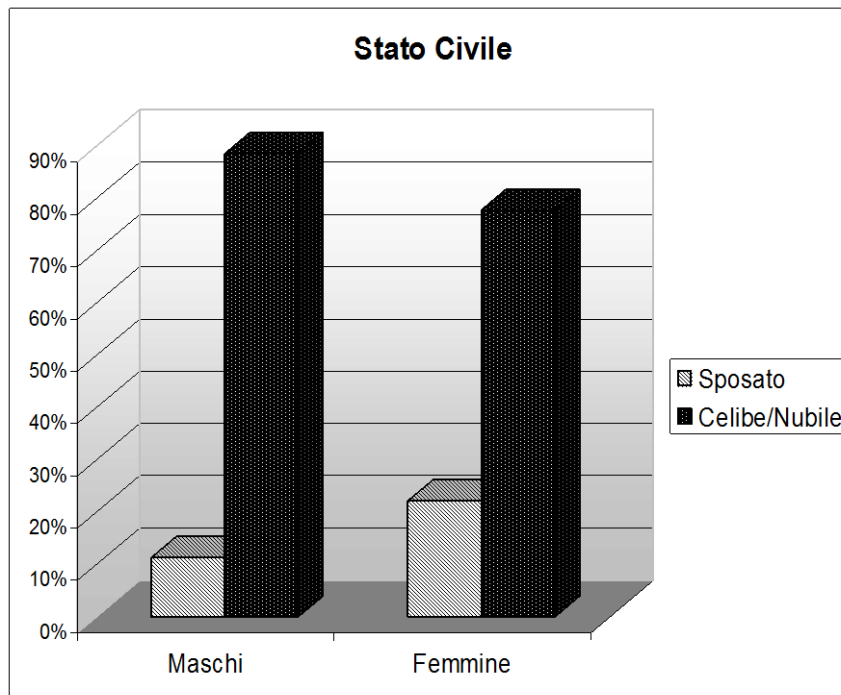


Grafico 2 - Stato civile

Strumento e raccolta dati

Tutti i soggetti facenti parte del campione sono stati sottoposti a Intervista Clinica Strutturata per il D.S.M.-IV Asse I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1992) e Asse II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1993). La versione della S.C.I.D. I usata era quella denominata Clinica. Tale intervista è stata scelta come strumento di indagine in quanto, sia in letteratura sia nella pratica clinica delle tossicodipendenze viene spesso utilizzata al fine di valutare l'intero spettro dei disturbi psicopatologici che ricorrono più frequentemente in tale tipologia di paziente. Inoltre, basandosi sul modello di classificazione proposto dal D.S.M.-IV, consente, agli operatori che la somministrano e che hanno diversi percorsi formativi professionali, di giungere a diagnosi esprimibili tramite un linguaggio comune ed immediato. Una volta terminata la fase di somministrazione delle interviste, in tutti quei casi di diagnosi dubbie o incerte è stato possibile, come previsto dallo stesso manuale dello strumento, chiarire e arricchire i protocolli con informazioni provenienti dagli operatori (psicologi e psichiatri) o delle cartelle cliniche.

ANALISI DATI E RISULTATI

Dalla somministrazione della SCID-CV, per l'Asse I e per l'Asse II è emerso che ben 54 soggetti (87,1%) presentano una doppia diagnosi e quindi solo 8 (12,9%) non presentano un quadro di comorbidità (Grafico 3), il dato è sicuramente elevato e può essere spiegato con la prevalenza lifetime di un disturbo psichiatrico presente nella grande maggioranza dei soggetti intervistati.

Tra gli uomini coloro che presentano una doppia diagnosi sono l'86% mentre il 14% non presenta lo stesso quadro diagnostico. Nelle donne, è l'89% che presenta la comorbidità a differenza di un 11% non ce l'ha. La distribuzione dei disturbi secondo assi diagnostici del D.S.M.-IV vede un 34% di disturbi appartenenti all'Asse I, un 23% all'Asse II e un 13% che ha un disturbo sia in asse I che in asse II. I soggetti poi possono anche essere suddivisi tra coloro che hanno solo un disturbo in asse I, il 21% e coloro che hanno un disturbo solo in asse II, il 9% (Grafico 4). Nel conteggio delle frequenze dei disturbi sono stati considerati il disturbo clinicamente più significativo dell'Asse I attuale e lifetime e quelli in Asse II.

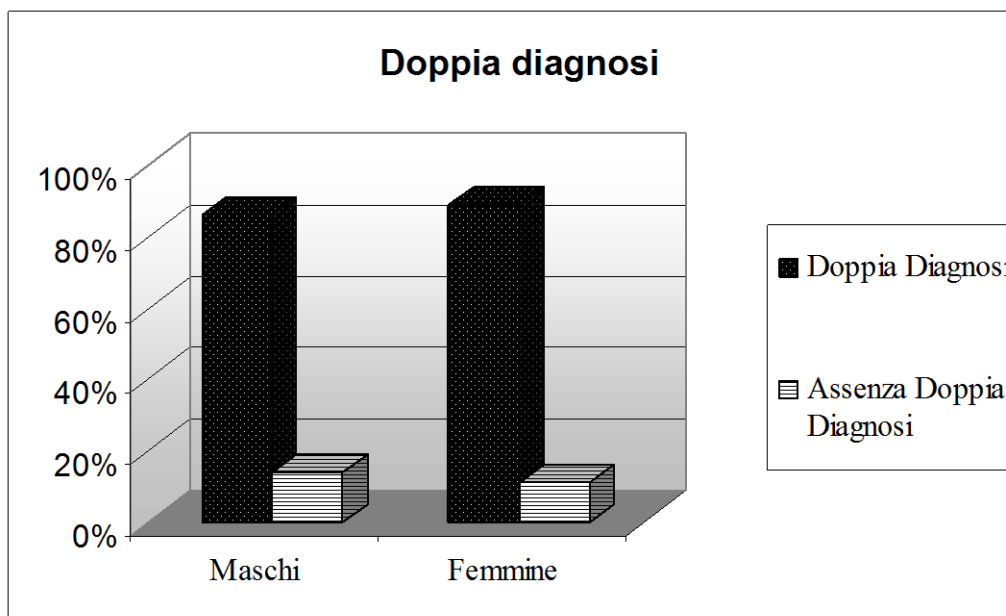


Grafico 3- Doppia diagnosi nel campione di tossicodipendenti

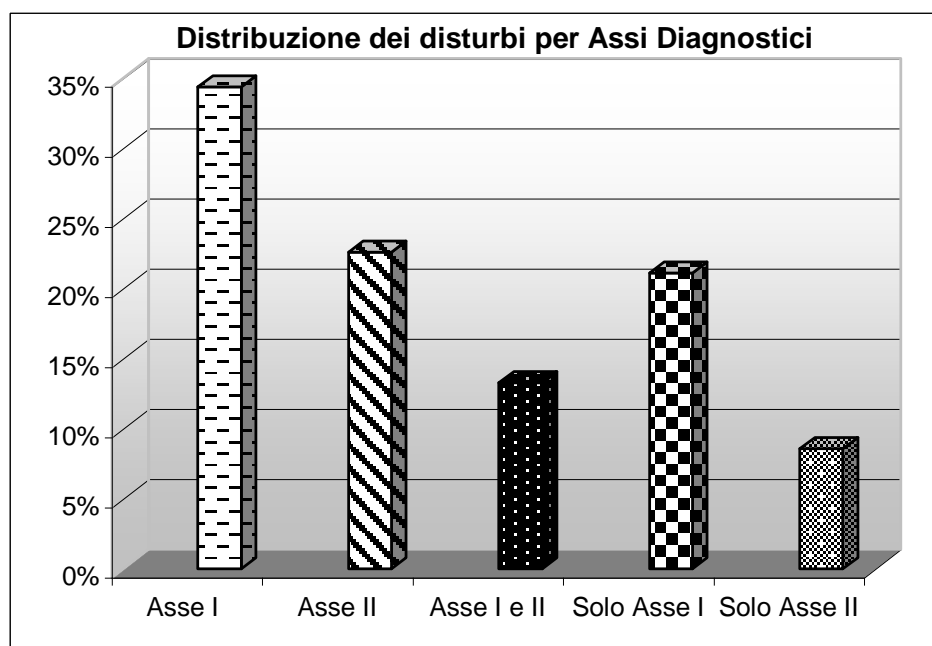


Grafico 4- Distribuzione dei soggetti per Assi diagnostici

I soggetti poi possono anche essere suddivisi tra coloro che hanno solo un disturbo in asse I, il 21% e coloro che hanno un disturbo solo in asse II, il 9% (Grafico 4). Nel conteggio delle frequenze dei disturbi sono il disturbo clinicamente più significativo dell'Asse I attuale e lifetime e quello dell'Asse II, nonostante alcuni soggetti presentassero più diagnosi nelle medesime categorie. Questa scelta è stata operata per avere maggiore chiarezza e minore distorsione dei dati basandosi quindi sulla diagnosi principale per i due assi.

Disturbi in asse I

Coloro a cui è stata diagnosticata un situazione di comorbidità presentano, relativamente all'Asse I del D.S.M.-IV, le seguenti categorie di disturbi: Disturbi dell'Umore 55%, Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici 11,7%, Disturbi d'Ansia 18,3%, Disturbi del Comportamento Alimentare 10% e altri disturbi in Asse I 5% (Grafico 5).

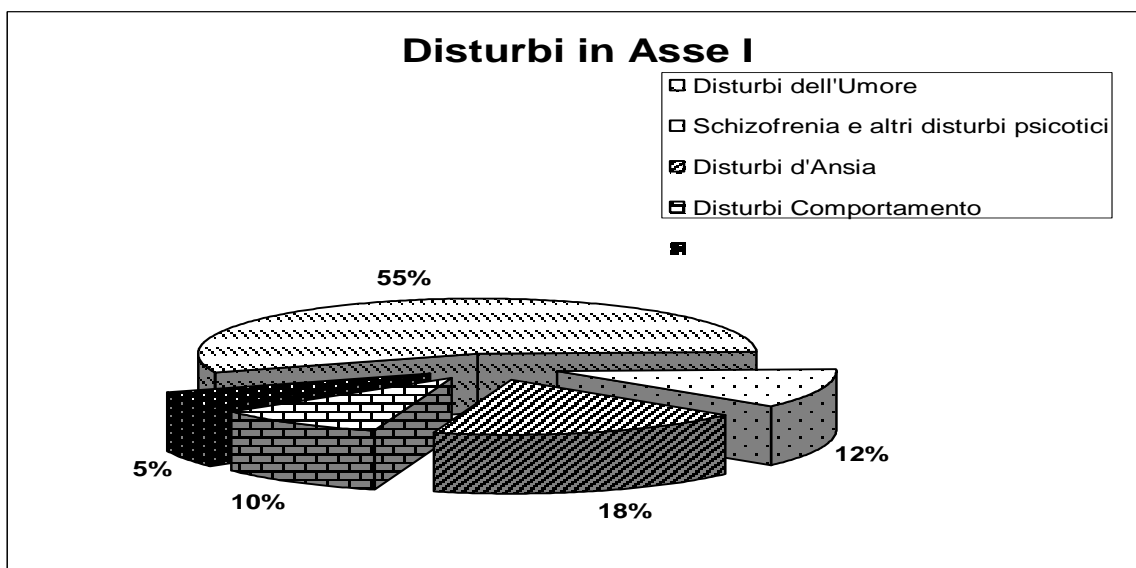


Grafico 5- Disturbi in Asse I del campione

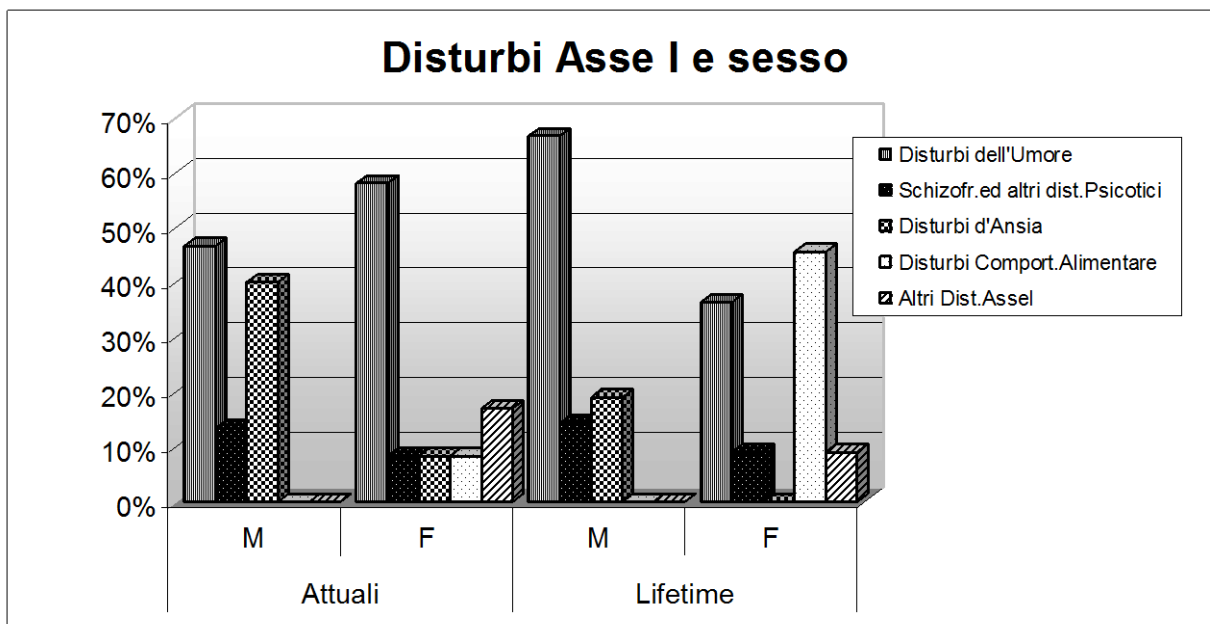


Grafico 6- Disturbi in Asse I secondo il sesso dei soggetti

Per quanto riguarda l'insieme dei disturbi in Asse I, in atto e lifetime, è possibile fare delle considerazioni sulla relazione tra disturbi psichici e sesso di appartenenza (Grafico 6).

Come si può dedurre dal grafico per ciò che riguarda l'arco della vita e i disturbi che possono esservi stati, dalle interviste è emerso che nei maschi, il 67% ha avuto un Disturbo Dell'Umore, il 14% una Schizofrenia o altri Disturbi di origine psicotica e il 19% ha sofferto di Disturbi D'Ansia. Nelle femmine invece i disturbi che si sono presentati con la maggiore frequenza sono quelli alimentari, con il 46%, seguiti dai disturbi dell'Umore (36%) e infine un 9% di Schizofrenia e altri disturbi psicotici. Il restante 9%, che nella grafica figura come altri disturbi in Asse I, nello specifico riguarda un caso di Ipocondria. Per ciò che attiene la situazione psicopatologica attuale, nei maschi i disturbi più ricorrenti sono quelli della sfera affettiva con il 47%, subito seguiti dai

Disturbi D'Ansia con il 40% e dalla Schizofrenia e altre psicosi con il 13%. Per le donne i disturbi che si presentano con maggiore frequenza sono i Disturbi dell'Umore con il 58%, altri disturbi in Asse I (17%) che consistono in un caso di Dismorfofobia, uno di Disturbo Dell'Identità di Genere e uno di Ipocondria. Sempre nella categoria femminile poi i disturbi della sfera psicotica, quelli d'ansia e del comportamento alimentare hanno la stessa percentuale pari all'8%. Dalle diagnosi ottenute è stato poi possibile fare una descrizione degli specifici disturbi che più ricorrono all'interno delle cinque aree esaminate.

Disturbi dell'Umore

All'interno del 55% di soggetti che hanno avuto o hanno in atto un disturbo dell'umore, si possono individuare, secondo la variabile della temporalità (se attuale o lifetime) e del sesso, le specifiche patologie psichiche. La seguente tabella 2 riporta le percentuali dei vari disturbi psichiatrici dello spettro dell'affettività.

	In Atto				Lifetime			
	M		F		M		F	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Dist. Depressivo Maggiore	3	43	3	43	9	64	2	50
Distimia	1	14	1	14	1	7	0	0
Dist. dell'Umore Indotto da Sost.	3	43	2	29	3	22	1	25
Disturbo Bipolare I e II	0	0	1	14	1	7	1	25

Tabella 2 - Disturbi dell'Umore in atto e lifetime

Come si rileva, sia dalla tabella 2 che dal grafico 7, il disturbo che si presenta più frequentemente nei tossicodipendenti e in entrambi i sessi del campione è il Disturbo Depressivo Maggiore. Calcolando i valori totale si ha un 42,8% per il disturbo in atto e un 61,1% per l'arco di vita. Il Disturbo dell'Umore Indotto da Alcol/Sostanze invece per la variabile in atto ha un valore del 35,7%, mentre se lifetime del 22,2%. La Distimia invece compare in atto nel 14,3% dei pazienti, mentre è presente lifetime nel 5,5%. Infine il Disturbo Bipolare I e II è in atto nel 7,2% e lifetime nell'11,2%.

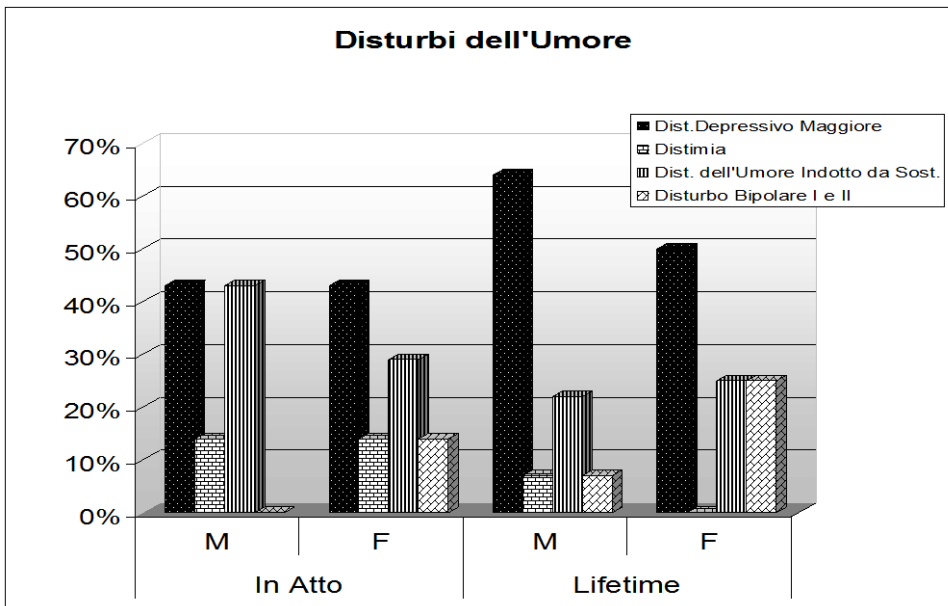


Grafico 7 – Disturbi dell’Umore in Atto e lifetime

Schizofrenia e Altri Disturbi Psicotici

Questa categoria di disturbi nel campione preso in esame si presenta con un valore pari all’11,7%. Nello specifico i dati dei disturbi che sono stati diagnosticati più frequentemente sono riportati nella seguente tabella 3 e nel grafico 8.

	In Atto				Lifetime			
	M		F		M		F	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Schizofrenia	1	33	0	0	0	0	0	0
Dist.Psicotico Indotto da Sost.	1	33	0	0	1	100	1	100
Dist.Schizoaffettivo	1	33	0	0	0	0	0	0

Tabella 3- Schizofrenia e Altri Disturbi Psicotici

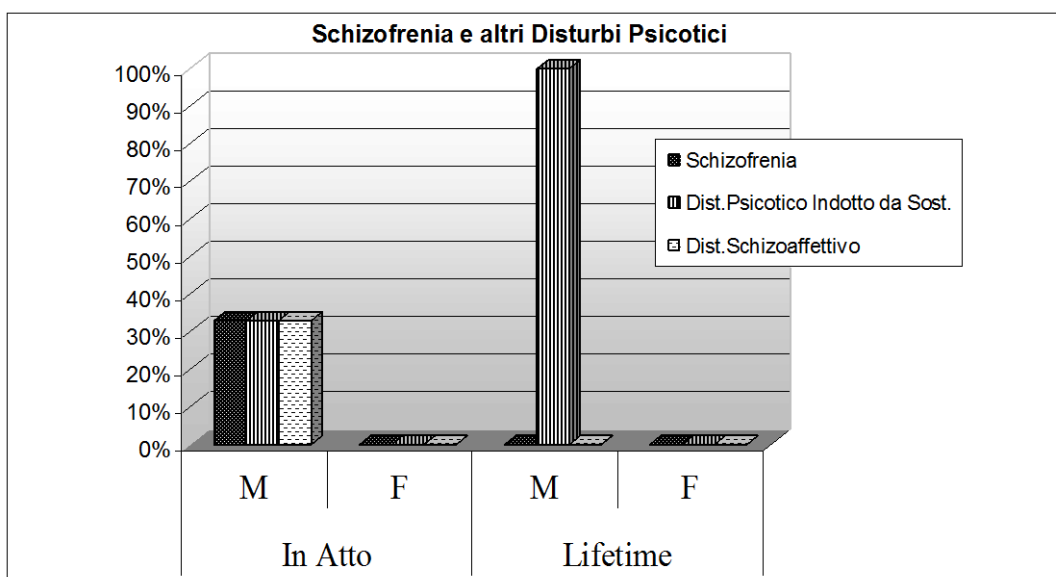


Grafico 8- Schizofrenia e altri disturbi psicotici in Atto e Lifetime

Risulta quindi evidente l'esiguo numero di disturbi appartenenti all'area psicotica, che nel totale mostrano una frequenza pari a 3 per i disturbi in atto e 4 per quanto riguarda la comparsa lifetime. Da notare come per il sesso femminile non sia stato rilevato alcun disturbo in fase attiva e rispetto all'arco di vita i 4 casi appartengano tutti alla categoria dei Disturbi Psicotici Indotti da Alcol/Sostanze.

Disturbi d'Ansia

I Disturbi d'Ansia rappresentano nel totale dei disturbi in Asse I il 18,3% dei casi. Anche in questo caso le differenze più rilevanti sono individuabili in relazione al sesso di appartenenza. La tipologia di disturbi riscontrata con i valori ad essi associati riguardo alle patologie in atto e a quelle dell'arco di vita sono riportate numericamente in tabella 4 e graficamente nel grafico 9.

	In Atto				Lifetime			
	M		F		M		F	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Dist.Da Attacco di Panico	2	33	0	0	2	50	0	0
Fobie	3	50	1	100	1	25	0	0
Dist.Da Ansia Generalizzata	1	17	0	0	0	0	0	0
Dist.Post-Traum.da Stress	0	0	0	0	1	25	0	0

Tabella 4- Disturbi D'Ansia in Atto e Lifetime

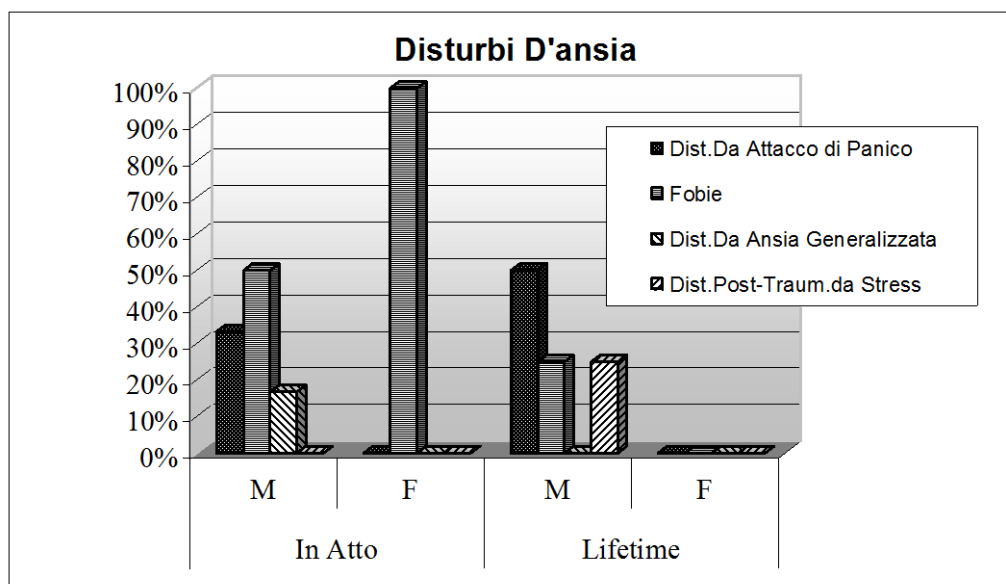


Grafico 9- Disturbi D'Ansia in Atto e Lifetime

Dal grafico si rileva chiaramente come certi disturbi siano più rappresentativi in relazione al sesso di appartenenza. Nei maschi vi è un numero maggiore di Disturbi D'Ansia sia in atto che lifetime, mentre nelle donne la frequenza di questi disturbi è minima infatti vi è un unico caso di Fobia sia tra i disturbi in atto che tra i disturbi intercorsi lifetime. Andando al di là della differenza tra maschi e femmine e calcolando le percentuali totali dei disturbi si ottiene che attualmente il 28,6% soffre di Disturbo da Attacco di Panico, il 57,1% di Fobie, il 14,3% di Ansia Generalizzata. Nell'arco di vita invece il 50% ha sofferto di Attacchi di Panico mentre relativamente alle Fobie e all'Ansia Generalizzata il valore ottenuto è per entrambe pari al 25%.

Disturbi del comportamento alimentare ed altri disturbi in Asse I

Tra gli altri disturbi che sono stati rilevati in Asse I c'è un 10% riguardante i disturbi di tipo alimentare. Tra i 6 casi riscontrati ci sono 3 casi di Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato (NAS), 2 casi di Bulimia Nervosa e 1 caso di Anoressia Nervosa. Tutti sono stati rilevati in soggetti di sesso femminile. Il restante 5% dei disturbi di Asse I è composto da 2 casi di Ipocondria e 1 caso di Disturbo dell'Identità di Genere (Grafico 10).

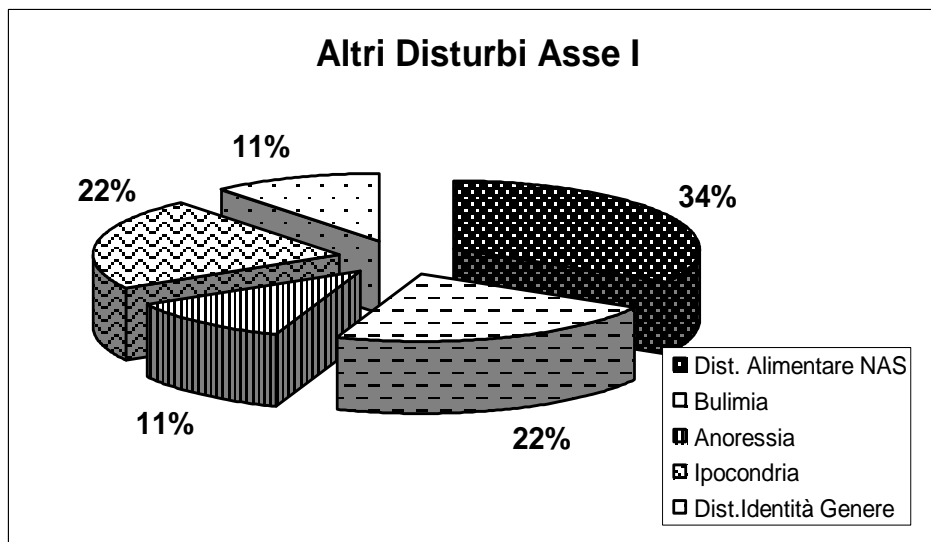


Grafico 10- Altri Disturbi in Asse I in Atto e Lifetime

Di questi casi solo 1 di Bulimia, 1 di Ipocondria e 1 di Identità di Genere sono attualmente in atto nel paziente. Gli altri si sono verificati tutti nell'arco di vita.

Disturbi di personalità - Asse II

Relativamente ai disturbi dell'Asse II del D.S.M.-IV è possibile osservare nella tabella 5 la distribuzione delle frequenze e delle percentuali.

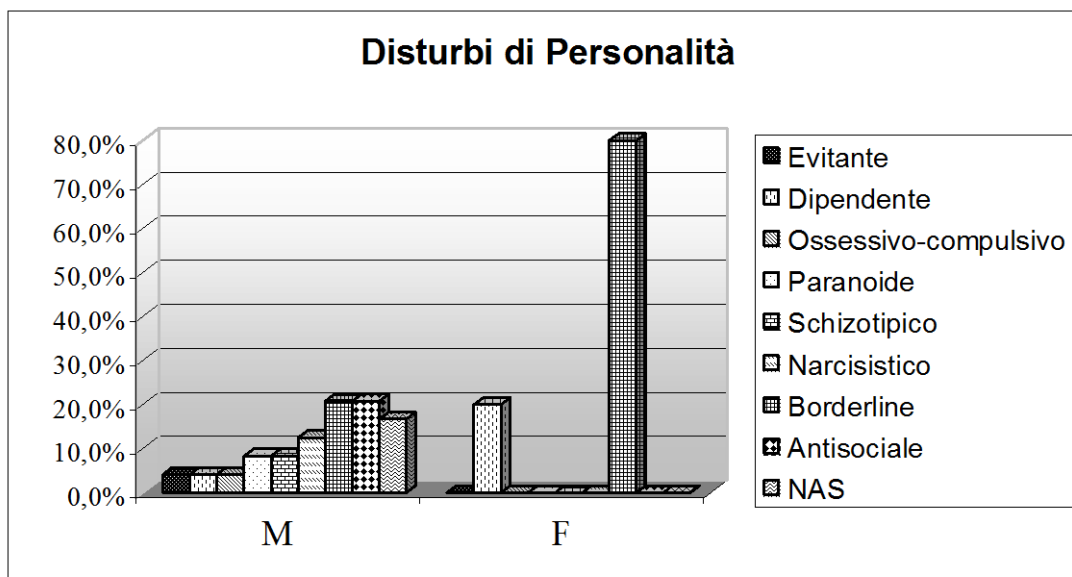


Grafico 11-Disturbi Personalità

	F	%
Evitante	1	3,4
Dipendente	2	6,9
Ossessivo-Compulsivo	1	3,4
Paranoide	2	6,9
Schizotipico	2	6,9
Narcisistico	3	10,4
Borderline	9	31,1
Antisociale	5	17,2
NAS	4	13,8

Tabella 5-disturbi di personalità

Tra i disturbi di Personalità, maggiormente rappresentati tra gli uomini, ci sono il Disturbo Borderline con il 20,8% e il Disturbo Antisociale sempre con il 20,8%. Segue poi il Disturbo Di Personalità Non Altrimenti Specificato con il 16,7% e il Disturbo Narcisistico con il 12,5%. Il disturbo Schizotipico e il disturbo Paranoide hanno entrambi un valore pari all'8,3%. I disturbi Evitante, Dipendente e Ossessivo/Compulsivo hanno tutti un valore pari a 4,2%. Tra le femmine che hanno un disturbo di personalità invece l'80% presenta un disturbo Borderline e il restante 20% quello Dipendente.

TOSSICODIPENDENZA E PSICOPATOLOGIA

Analizzando ora la situazione riguardante la tossicodipendenza del campione esaminato, si possono individuare cinque categorie di sostanze maggiormente usate (Grafico 12).

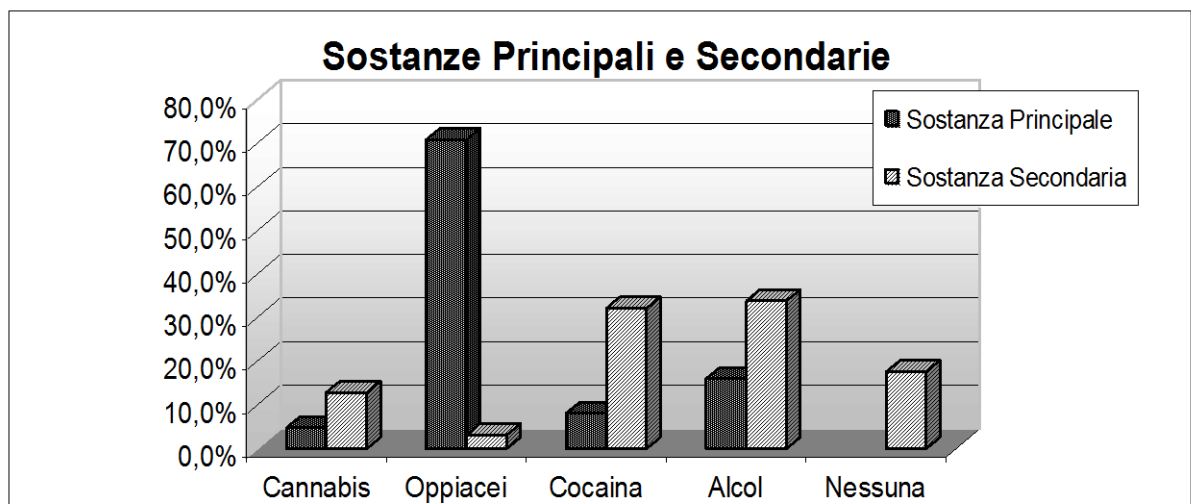


Grafico 12- Sostanze Principali e Secondarie

Poiché la maggior parte dei soggetti del campione fa uso di più sostanze contemporaneamente si sono individuate due categorie di sostanze: una definita primaria e una definita secondaria. Infatti su 62 soggetti solo 12 usano una sola sostanza mentre il resto possono definirsi poliabusatori (Grafico13).

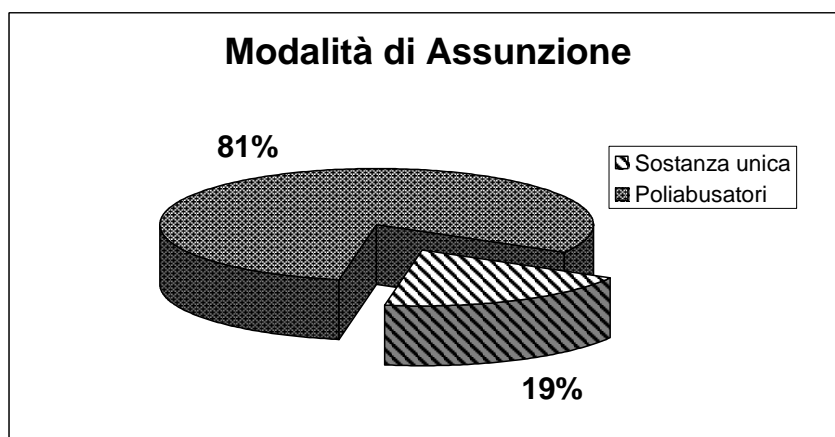


Grafico 13 - Modalità di assunzione

Molti soggetti presentavano più dipendenze o abusi con le diverse sostanze. Sono state allora calcolate le frequenze relative e assolute per ogni categoria di droga analizzando se essa compariva come sostanza di dipendenza principale (Sostanza Dipendenza 1) o secondaria (Sostanza Dipendenza 2) e come sostanza d'abuso principale (Sostanza Abuso 1) o secondaria (Sostanza Abuso 2).

Nella tabella 6 sono stati riassunti i dati ottenuti dal campione preso in esame.

	Sostanza Dipendenza 1		Sostanza Dipendenza 2		Sostanza Abuso 1		Sostanza Abuso 2	
	Freq. Ass.	Freq. Rel.	Freq. Ass.	Freq. Rel.	Freq. Ass.	Freq. Rel.	Freq. Ass.	Freq. Rel.
Cannabis	3	4,84	-	-	12	19,35	10	16,13
Oppiacei	44	70,97	2	3,23	-	-	-	-
Cocaina	5	8,06	12	19,35	14	22,58	-	-
Alcol	10	16,13	15	24,19	8	12,90	2	3,23
Non Presente	-	-	33	53,23	28	45,16	50	80,65
Totale	62	100	62	100	62	100	62	100

Tabella 6-Frequenze assolute e relative delle differenti tipologie di sostanze assunte dai 62 soggetti.

Le sostanze che registrano il maggior numero di dipendenze primarie sono gli oppiacei con 44 soggetti sui 62 di riferimento (70,96%). La cannabis sostanza di dipendenza per soli 3 soggetti è sostanza di abuso in 22 casi. L'alcol, seconda sostanza per dipendenza primaria (10 soggetti) è la prima per dipendenza secondaria (15 soggetti).

Nelle tabelle 7 e 8 sono state inserite le diagnosi dell'Asse I attuale e lifetime e dell'Asse II per dipendenza principale/secondaria e abuso principale/secondario.

		Sostanza Dipendenza 1					Sostanza Dipendenza 2				
Tipologia di disturbo		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	Totale	Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	Totale
Asse I Lifetime	Nessun Disturbo	2	22	2	3	29	-	1	6	6	13
	Disturbi dell'Umore	-	13	2	4	19	-	1	4	6	11
	Schizofrenia e a.d.p.	-	2	-	2	4	-	-	1	1	2
	Disturbi dell'Ansia	1	3	-	-	4	-	-	1	1	2
	Dist.Comportamento Alimentare	-	4	1	-	5	-	-	-	1	1
	Altri disturbi	-	-	-	1	1	-	-	-	-	0
Totale		3	44	5	10	62	0	2	12	15	29
Asse I Attuale	Nessun Disturbo	2	27	3	3	35	-	1	8	10	19
	Disturbi dell'Umore	1	8	2	3	14	-	-	2	3	5
	Schizofrenia e a.d.p.	-	3	-	-	3	-	-	1	1	2
	Disturbi dell'Ansia	-	4	-	3	7	-	1	-	1	2
	Dist.Comportamento Alimentare	-	-	-	1	1	-	-	-	-	0
	Altri disturbi	-	2	-	-	2	-	-	1	-	1
Totale		3	44	5	10	62	0	2	12	15	29
Asse II	Nessun Disturbo	2	22	2	7	33	-	1	4	6	11
	Evitante	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1
	Dipendente	-	1	-	1	2	-	-	-	-	0
	Ossessivo-Compulsivo	-	1	-	-	1	-	-	-	-	0
	Paranoie	-	-	1	1	2	-	-	-	1	1
	Schizotipico	-	2	-	-	2	-	-	2	-	2
	Narcisistico	-	3	-	-	3	-	-	-	1	1
	Borderline	-	8	1	-	9	-	-	2	3	5
	Antisociale	-	4	-	1	5	-	1	3	1	5
	NAS	1	2	1	-	4	-	-	1	2	3
Totale		3	44	5	10	62	0	2	12	15	29

Tabella 7-Sintesi dei Disturbi Asse I e II e Dipendenza

		Sostanza Abuso 1				Sostanza Abuso 2					
Tipologia di disturbo		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	Totale	Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	Totale
Asse I Lifetime	Nessun Disturbo	2	-	10	3	15	5	-	-	2	7
	Disturbi dell'Umore	6	-	1	2	9	1	-	-	-	1
	Schizofrenia e a.d.p.	1	-	1	-	2	2	-	-	-	2
	Disturbi dell'Ansia	-	-	1	2	3	1	-	-	-	1
	Dist.Comportamento Alimentare	3	-	1	1	5	1	-	-	-	1
	Altri disturbi	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0
Totale		12	0	14	8	34	10	0	0	2	12
Asse I Attuale	Nessun Disturbo	6	-	8	5	19	5	-	-	1	6
	Disturbi dell'umore	3	-	4	1	8	3	-	-	1	4
	Schizofrenia e a.d.p.	1	-	1	-	2	-	-	-	-	0
	Disturbi dell'ansia	1	-	1	2	4	2	-	-	-	2
	Dist.Comportamento alimentare	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0
	Altri disturbi	1	-	-	-	1	-	-	-	-	0
Totale		12	0	14	8	34	10	0	0	2	12
Asse II	Nessun Disturbo	8	-	7	3	18	7	-	-	1	8
	Evitante	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0
	Dipendente	-	-	1	-	1	-	-	-	-	0
	Ossessivo-Compulsivo	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1
	Paranoide	1	-	-	-	1	-	-	-	-	0
	Schizotipico	1	-	-	-	1	-	-	-	-	0
	Narcisistico	-	-	2	-	2	-	-	-	1	1
	Borderline	2	-	2	2	6	1	-	-	-	1
	Antisociale	-	-	2	1	3	1	-	-	-	1
	NAS	-	-	-	1	1	-	-	-	-	0
Totale		12	0	14	8	34	10	0	0	2	12

Tabella 8- Sintesi dei Disturbi Asse I e II e Abuso

Da queste tabelle è possibile fare una descrizione del tipo di uso delle sostanze (abuso o dipendenza) e dei disturbi psichiatrici ad esso associato.

Nel caso delle dipendenze (tabella 7), e in particolare per la sostanza principale (Dipendenza 1), coloro che consumano oppiacei hanno sofferto nell'arco di vita di Disturbi dell'Umore sono il 29,5%, di Disturbi del Comportamento Alimentare il 9,1%, di Disturbi d'Ansia il 6,81% e di Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici il 4,54%. Attualmente tra coloro che fanno uso di oppiacei il 18,8% presenta un Disturbo dell'Umore, il 9,1% ha un Disturbo d'Ansia, il 6,81% ha un disturbo dello spettro schizofrenico e il 4,54% ha altri disturbi in Asse I. Sull'Asse II invece tra coloro che sono dipendenti da oppiacei il 18,18% ha un Disturbo Borderline, il 9,1% ha un Disturbo Antisociale, il 6,81% ha un Disturbo Narcisistico, il 4,54% ha un disturbo Schizotipico e Non Altrimenti Specificato e il 2,27% ha un Disturbo Evitante, Dipendente e Ossessivo-Compulsivo. Tra i soggetti che presentano una dipendenza da alcol, hanno avuto nell'arco di vita un Disturbo

dell'Umore il 40% dei pazienti, il 20% Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici e il 10% Altri Disturbi in Asse I. Attualmente il 30% di coloro con alcoldipendenza soffre di Disturbi dell'Umore, un altro 30% di Disturbi d'Ansia e un 10% di Disturbi del Comportamento Alimentare. Tra gli alcolisti rispetto all'Asse II, rispettivamente con la stessa percentuale pari al 10% di soggetti, ci sono un Disturbo Dipendente, un Disturbo Paranoide e un Disturbo Antisociale di Personalità. Tra i soggetti che hanno una dipendenza da cocaina il 40% ha avuto lifetime un Disturbo dell'Umore e il 20% un Disturbo del Comportamento Alimentare. Attualmente il 40% dei cocainomani presenta un Disturbo dell'Umore. In Asse II tra i soggetti con dipendenza da cocaina, il 10% ha un Disturbo Paranoide, un Disturbo Borderline e un Disturbo Non Altrimenti Specificato di Personalità. Per quanto riguarda la dipendenza da cannabis è presente solo in 3 soggetti che hanno rispettivamente un Disturbo d'Ansia lifetime, un Disturbo dell'Umore in atto e un Disturbo NAS di Personalità.

Nel caso di soggetti che presentano anche una seconda dipendenza per una sostanza secondaria (Dipendenza 2), che quella che si presenta con maggiore frequenza è relativa all'Alcol. Come si può osservare in tabella 7 tra gli alcolisti prevale nell'arco di vita Disturbo Dell'Umore con il 40%, seguito da Schizofrenia e Altri Disturbi Psicotici, Disturbi D'ansia e Disturbi del Comportamento Alimentare con il 6,6% ciascuno. Attualmente coloro che hanno una dipendenza da alcol secondaria soffrono per un 20% di Disturbi dell'Umore, per un 6,6% di Schizofrenia e Altri disturbi Psicotici e Disturbi d'Ansia. In Asse II il 20% di questi pazienti ha un Disturbo Borderline, il 13,3% ha un Disturbo NAS, e il 6,6% ha un Disturbo Narcisistico, Paranoide e Antisociale. Tra i soggetti con dipendenza secondaria da cocaina, i dati più rilevanti riguardano un 33,3% che ha avuto lifetime un Disturbo dell'Umore e un 16,6% che presenta attualmente questo tipo di disturbo. I Disturbi di Personalità vedono questi pazienti con un 25% di Disturbo Antisociale e un 16,6% con Disturbo Borderline e Schizotipico.

In tabella 8 invece sono presenti le sostanze di abuso principale e secondaria sempre in relazione ai disturbi che queste categorie di paziente presentano o presentavano in Asse I e Asse II.

In questo caso sarà messa in evidenza la tipologia di sostanze con il maggiore numero di frequenze all'interno della stessa categoria diagnostica. In particolare, analizzando i dati relativi alla sostanza d'abuso principale (Abuso 1), tra coloro che abusano di Alcol il 25% ha un Disturbo dell'Umore e un Disturbo d'Ansia lifetime. Un 12,5% inoltre ha sofferto di un Disturbo del Comportamento Alimentare. Tra i disturbi in atto, chi abusa di alcol presenta nel 25% dei casi un Disturbo d'Ansia e nel 12,5% un Disturbo dell'Umore. In Asse II questo tipo di sostanza si ritrova nel 25% di coloro che hanno un Disturbo Borderline di Personalità mentre il 12,5% ha un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, un Disturbo Antisociale e un Disturbo NAS di Personalità. Tra coloro che abusano di cocaina il 28,5% presenta attualmente un Disturbo dell'Umore. In Asse II, tra coloro che hanno un abuso di cocaina il 14,2% ha un Disturbo Narcisistico, Borderline e Antisociale di Personalità. Per ciò che riguarda la cannabis tra coloro che ne abusano il 50% ha avuto un disturbo lifetime dell'Umore e il 25% ha avuto un Disturbo del Comportamento Alimentare. Attualmente tra gli abusatori di cannabis il 25% presenta un Disturbo dell'Umore. In Asse II il 16,6% ha un Disturbo Borderline di Personalità mentre l'8,3% ha un Disturbo Paranoide e Schizotipico. Nel caso di soggetti con un disturbo di Abuso di sostanze secondario (Abuso 2), rilevante è solo il caso della cannabis largamente usata come sostanza psicotropa. Tra questi utenti il 20% ha avuto un disturbo dell'area psicotica, il 10% un Disturbo d'Ansia, un Disturbo dell'Umore, un Disturbo del Comportamento Alimentare lifetime. Attualmente invece presentano un Disturbo dell'Umore il 30% dei soggetti e un Disturbo d'Ansia il 20%. Rispetto all'Asse II il 10% ha un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, un Disturbo Borderline e un Disturbo Antisociale di Personalità.

Diviene possibile anche fare un confronto tra Disturbi di Asse I lifetime e quelli dello stesso Asse accorsi dopo e che sono quindi attualmente in atto nel tossicodipendente.

ASSE I ATTUALE

		Nessun Disturbo	Disturbi dell'umore	Schizofrenia e a.d.p.	Disturbi dell'ansia	Dist. Comportamento alimentare	Altri disturbi	Totale
Asse I Lifetime	Nessun Disturbo	19	6	2	2	0	0	29
	Disturbi dell'umore	11	2	1	3	0	2	19
	Schizofrenia e a.d.p.	1	2	0	0	1	0	4
	Disturbi dell'Ansia	2	1	0	1	0	0	4
	Dist.Comportamento Alimentare	2	2	0	1	0	0	5
	Altri disturbi	0	1	0	0	0	0	1
	Totale	35	14	3	7	1	2	62

Tabella 9- Frequenze dei Soggetti che presentano attualmente disturbi in Asse I e soggetti che presentavano disturbi lifetime per il medesimo Asse

		ASSE I LIFETIME						
		Nessun Disturbo	Disturbi dell'umore	Schizofrenia e a.d.p.	Disturbi dell'ansia	Disturbi del comportamento alimentare	Altri disturbi	Totale
Asse II	Nessun Disturbo	15	9	3	2	3	1	33
	Evitante	0	1	0	0	0	0	1
	Dipendente	1	1	0	0	0	0	2
	Osessivo-Compulsivo	0	1	0	0	0	0	1
	Paranoie	0	2	0	0	0	0	2
	Schizotipico	0	2	0	0	0	0	2
	Narcisistico	2	0	0	1	0	0	3
	Borderline	7	0	0	0	2	0	9
	Antisociale	1	2	1	1	0	0	5
	NAS	3	1	0	0	0	0	4
	Totale	29	19	4	4	5	1	62

Tabella 10- Tabella delle frequenze dei soggetti che presentano attualmente disturbi dell'Asse II e soggetti che presentavano disturbi per l'Asse I.

		Asse I Attuale						Totale
		Nessun Disturbo	Disturbi dell'umore	Schizofrenia e a.d.p.	Disturbi dell'ansia	Disturbi del comportamento alimentare	Altri disturbi	
Asse II	Nessun Disturbo	8	1	2	7	1		3
	Evitante	1	0	0	0	0		1
	Dipendente	1	0	0	0	0		2
	Ossessivo-Compulsivo	1	0	0	0	0		1
	Paranoie	2	0	0	0	0		2
	Schizotipico	2	0	0	0	0		2
	Narcisistico	3	0	0	0	0		3
	Borderline	8	0	1	0	0		9
	Antisociale	5	0	0	0	0		5
	NAS	4	0	0	0	0		4
Totale	3	1	3	7	1		6	
	5	4					2	

Tabella 11- Tabella delle frequenze dei soggetti che presentano attualmente disturbi di entrambi gli assi.

Confrontando le tabelle 9, 10 e 11 si possono fare solo alcune considerazioni generali relative ai Disturbi nei tossicodipendenti in Asse I attuali e lifetime (tabella 9) e ai disturbi di Asse I lifetime e Asse II (tabella 10). Nel primo caso, si osserva come tra i tossicodipendenti che in passato hanno sofferto dei vari disturbi psichici appartenenti alle cinque grandi classi in Asse I, siano in atto soprattutto disturbi dell'Umore e Disturbi d'Ansia indipendentemente da tipo di disturbo avuto lifetime. Nel caso dei pazienti con diagnosi in Asse II si osserva come spesso lifetime questi soggetti presentino con maggiore frequenza disturbi dell'Umore (ad eccezione del disturbo Borderline e Narcisistico).

Sempre in relazione alle sostanze è possibile fare dei confronti di percentuali di soggetti che presentano dei disturbi o meno (Tabella 12).

		Sostanza Dipendenza 1		Sostanza Dipendenza 2		Sostanza Abuso 2		Sostanza Abuso 1	
		<i>n</i>	<i>Perc</i>	<i>n</i>	<i>Perc</i>	<i>n</i>	<i>Perc</i>	<i>n</i>	<i>Perc</i>
Asse I Lifetime	Nessun Disturbo	29	46,77%	13	68,42%	7	58,30%	15	44,12%
	Disturbo	33	53,22%	16	31,58%	5	41,70%	19	55,88%
Asse I Attuale	Nessun Disturbo	35	56,45%	19	65,52%	6	50,00%	19	55,88%
	Disturbo	27	43,54%	10	34,48%	6	50,00%	15	44,12%
Asse II	Nessun Disturbo	33	53,22%	11	37,93%	9	75,00%	18	52,94%
	Disturbo	29	46,77%	18	62,07%	3	25,00%	16	47,06%

Tabella 12-Percentuali soggetti che presentano disturbi o meno

Il numero del campione permette l'esecuzione del Test Esatto di Fisher, volto a verificare l'ipotesi nulla di indipendenza tra presenza o assenza del disturbo e tipologia di sostanza. I risultati del test, riportati nelle colonne *p-value* delle Tabelle 13 e 14 (se *p-value* < 0.05 il test è significativo e quindi sostiene l'ipotesi che vi sia una dipendenza, seppur generica, tra Sostanze e presenza/Assenza di disturbo) mostrano un effetto statisticamente significativo delle sostanze (nel loro complesso) sulla presenza di disturbi dell'Asse I o dell'Asse II solamente per le sostanze di dipendenza primaria (Sostanza Dipendenza 1).

		Sostanza Abuso 2				<i>p-value</i>	Sostanza Abuso 1				<i>p-value</i>
		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	
Asse I Attuale	Nessun Disturbo	3	1	13	12	0.4300	6	-	8	5	0.1227
	Disturbo	5	1	7	8		6	-	6	3	
Asse II	Nessun Disturbo	6	1	9	9	0.3973	8	-	7	3	0.1235
	Disturbo	2	1	11	11		4	-	7	5	

Tabella 13- Test Esatto di Fisher per la dipendenza del disturbo dalle sostanze (1)

		Sostanza Dipendenza 1				<i>p-value</i>	Sostanza Dipendenza 2				<i>p-value</i>
		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol		Cannabis	Oppiacei	Cocaina	Alcol	
Asse I Attuale	Nessun Disturbo	2	27	3	3	0.0245	0	1	8	10	1.0000
	Disturbo	1	17	2	7		0	1	4	5	
Asse II	Nessun Disturbo	2	22	2	7	0.0226	0	1	4	6	1.0000
	Disturbo	1	22	3	3		0	1	8	9	

Tabella 14- Test Esatto di Fisher per la dipendenza del disturbo dalle sostanze (2).

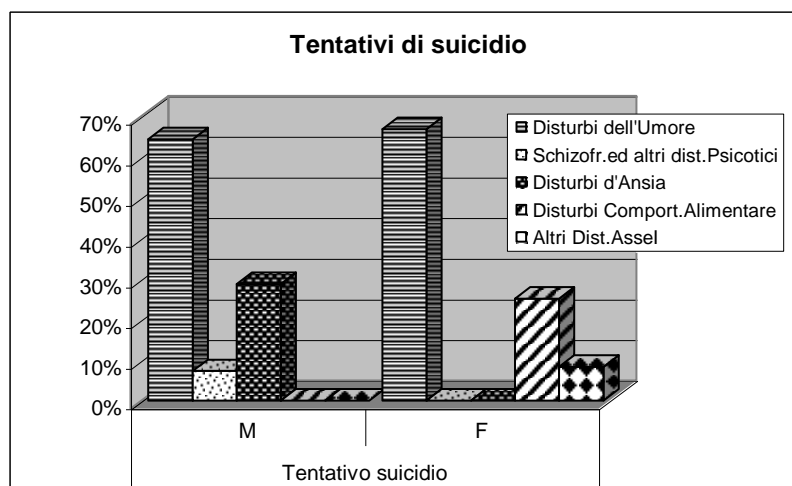


Grafico 13- Tentativi di suicidio e disturbi psichiatrici

Un'altra variabile che stata analizzare è stata quella relativa ai gesti suicidari e ai comportamenti autolesivi presenti nel 58% del campione. Si è potuto così osservare con quali disturbi di Asse I si verificano più frequentemente (Grafico 13).

Dal grafico si osserva come sia per i maschi, sia per le femmine, il tentato suicidio si sia verificato soprattutto in coloro che soffrono o hanno sofferto di Disturbi dell'Umore. Il valore relativo agli uomini è del 64,2%, mentre per le donne è del 66,7%. Per i soggetti maschi che presentano o hanno presentato disturbi relativi allo spettro psicotico il tentato suicidio è avvenuto nel 7,2%. Inoltre tra coloro che soffre o ha sofferto di Disturbi d'Ansia questa variabile è presente nel 28,6% dei casi.

Nelle donne il 25% di coloro che soffrono o hanno sofferto di Disturbi Alimentari e l'8,3% di altri Disturbi in Asse I hanno compiuto gesti autolesivi.

Altra variabile che si è potuta descrivere, è stata quella relativa ai problemi legali che alcuni soggetti del campione (circa il 32,2%) hanno avuto nel corso della loro storia di tossicodipendenza e di disturbi mentali. Tra questi, circa il 70% presenta un disturbo di Personalità in Asse II (Grafico 14). Come si vede dal grafico 14 la maggior parte di coloro che hanno avuto problemi con la legge soffre di un Disturbo Borderline di Personalità (42,8%), seguito da un 21,4% con un Disturbo Antisociale e da un altro 14,2% che invece ha un Disturbo Narcisistico di Personalità. Il restante 30% di soggetti con problemi legali e con patologia psicologica in Asse I ha invece presentato in passato o ha attualmente prevalentemente Disturbi dell'Umore.

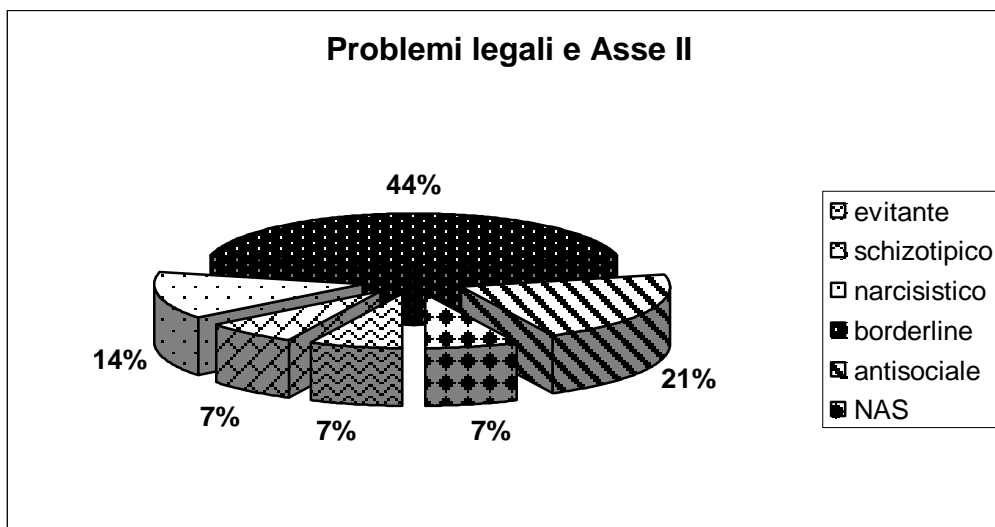


Grafico 14- Problemi legali e disturbi in Asse II

Sono state analizzate inoltre le complicanze organiche che si ricollegano sia all'uso di sostanze sia a conseguenze di comportamenti a rischio. Si sono potute osservare con quali frequenza sono presenti soggetti con diagnosi di malattie organiche (H.I.V. o epatiti prevalentemente di tipo C) e in quale tipologia di paziente sono maggiormente rappresentate. Il 51,6% presenta una malattia organica e di questi soggetti il 68,7% è affetto da epatite di tipo C mentre il restante 31,3% è positivo per il virus dell' H.I.V. Tra coloro che presentano malattie organiche sono state poi individuate le associazioni con i disturbi psichiatrici presentati (Grafico 15).

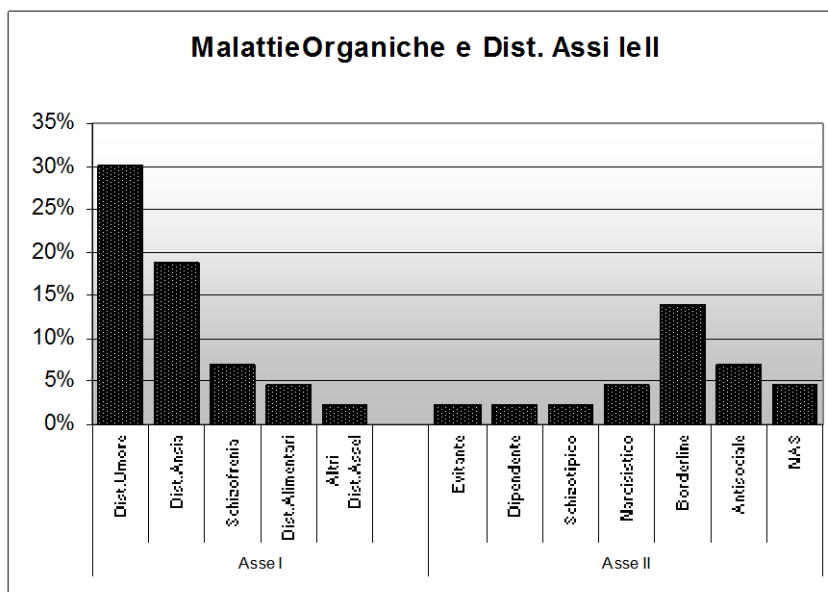


Grafico 15- Malattie organiche e disturbi in Asse I e Asse II

Tra gli individui che sono positivi per l'H.I.V. o per l'epatite C, in Asse I, il 30,2% presenta una diagnosi per i Disturbi dell'Umore, il 18,7% per i Disturbi d'Ansia, il 6,9% per la Schizofrenia o altri Disturbi Psicotici e il 2,4% per Altri Disturbi in Asse I. In Asse II invece il 13,9% di questi pazienti ha un Disturbo Borderline, il 6,9% ha un Disturbo Antisociale, il 4,6% ha un Disturbo Narcisistico mentre il Disturbo Evitante, Dipendente e Schizotipico sono presenti nel 2,4% di tali soggetti.

CONCLUSIONI

Non disponendo di ricerche effettuate nelle medesime condizioni empiriche, i risultati dell'indagine sulla prevalenza dei tossicodipendenti con doppia diagnosi ottenuti in questo studio, possono essere confrontati con i dati della letteratura solo in alcuni casi e in modo generale e descrittivo. Tuttavia alla luce di quanto emerso dall'analisi dei dati sono possibili alcune considerazioni.

I casi di doppia diagnosi relativi al campione di tossicodipendenti preso in esame corrispondono ad una percentuale dell'87,1%. Questo elevato valore risulta comunque in linea con quanto osservato all'interno del panorama degli studi clinici ed epidemiologici della letteratura scientifica nazionale ed internazionale e convalida l'ipotesi che il problema delle diagnosi psichiatriche negli utenti tossicodipendenti non può essere considerato un'eccezione.

Entrando nello specifico, si rileva un'incidenza dei Disturbi Correlati a Sostanze con i Disturbi in Asse I pari al 34%, mentre per quanto riguarda l'Asse II è del 23%. Coloro che presentano una diagnosi su entrambi gli assi sono il 13% mentre i tossicodipendenti puri sono il 12,9% dei soggetti del campione. Questi dati sono rapportabili allo studio effettuato da Tempesta e Coll.(1986) su tossicodipendenti afferenti ai SerT di Roma che rilevò che il 42% aveva una comorbilità per i Disturbi in Asse I, il 47% per i Disturbi in Asse II mentre il 15% presentava solo la dipendenza da sostanze. In un'altra indagine, che riguardava i tossicodipendenti di alcuni centri ambulatoriali per tossicodipendenti, compiuta da Pozzi e Coll. (1997), si è rilevata una presenza di disturbi psichiatrici in Asse I del 10%, in Asse II del 30%, su entrambi gli assi del 16% e solo di dipendenza del 24,6%. L'andamento che si ricava confrontando i tre studi sembra seguire la medesima direzione seppure con alcuni punti di differenza tra le variabili considerate che possono essere dovute a caratteristiche specifiche dei diversi setting di indagine ed ai diversi strumenti diagnostici utilizzati. In generale, da quanto emerso dall'analisi della letteratura, le psicopatologie che ricorrono maggiormente nei soggetti con disturbo da uso di sostanze sono quelle dello spettro affettivo.

I Disturbi dell'Umore che ricorrono nel 55% dei pazienti, seguono quanto descritto in letteratura in cui è riportata un'associazione tra i disturbi dell'Umore e i Disturbi da abuso di sostanze variabile, a seconda degli studi, dal 50% al 90% (McLellan e Coll., 1980; Khantzian & Treece, 1979; Jainchill e Coll., 1986). Nel presente studio, sembra emergere un'alta percentuale di Depressione Maggiore sia attuale (42%) che nel corso della vita (61,1%). Questi valori possono dirsi in accordo con quanto descritto da Khantzian (1985), secondo cui la Depressione Maggiore sarebbe presente nel 60% dei tossicodipendenti con una prevalenza lifetime compresa tra il 60% e il 90%. Anche in questo caso ci sono diversi punti di differenza tra le percentuali ma rimane importante l'individuazione del disturbo che ricorre più frequentemente all'interno di questo particolare tipo di psicopatologia.

Al secondo posto, tra i disturbi più ricorrenti in letteratura, si trovano i Disturbi D'Ansia che anche nella presente indagine occupano la medesima posizione in relazione alla loro frequenza nel campione studiato (18,3%). In letteratura, la prevalenza lifetime dei Disturbi D'Ansia viene indicata oscillare dall'1% (Rounsaville e Coll., 1994; Ross e Coll., 1988; Woody e Coll., 1983) al 16% (Rounsaville e Coll., 1979). Nel campione studiato si rileva un 51,1% di Fobie attualmente presenti nel campione che richiama al 43% riscontrato da Pozzi e Coll. (1997).

In letteratura la categoria dei disturbi dello spettro schizofrenico sembra essere poco rappresentata poiché non supera il 10% della casistica e alla luce di quanto osservato nell'indagine effettuata, in

cui si è ottenuta una percentuale dell'11,7%, si possono fare le medesime considerazioni. Sembra, infatti, che nella popolazione di tossicodipendenti attivi sotto il profilo del consumo di sostanze, la presenza di sintomi psicotici sia difficilmente riscontrabile.

Infine per quanto riguarda i disturbi di Personalità in Asse II le diagnosi più rilevanti ottenute sono state quelle di disturbo Borderline con il 31,1%, Antisociale con il 17,2% e Narcisistico con il 10,4%. Tutte e tre appartengono al cluster B, definito "impulsivo", che costituisce dunque la categoria maggiormente rappresentata nel campione esaminato. Un confronto con la letteratura si può operare in relazione allo studio di Pozzi e Coll. (1990) dove sono state osservati gli stessi indici di prevalenza secondo cui a poco meno della metà del campione (circa il 50%) era stato diagnosticato un disturbo di Personalità appartenente a questo stesso cluster. I comportamenti impulsivi, infatti, come ad esempio l'uso problematico delle sostanze sono una caratteristica dei soggetti con Disturbo Borderline di Personalità. Si può quindi supporre che tale tipologia di struttura di personalità sia spesso presente negli individui con Disturbo Correlato a Sostanze.

L'elevata frequenza di doppia diagnosi sia in Asse I che in Asse II presente nei pazienti tossicodipendenti attivi del campione esaminato, induce delle riflessioni sulla eziopatogenesi della dipendenza e dei disturbi psichici che vi sono associati. Partendo da queste prime considerazioni generali sulla doppia diagnosi di questa utenza, sarebbe interessante approfondire con studi successivi e attraverso l'utilizzo di altre tipologie di strumenti diagnostici, la natura della relazione tra i disturbi psichiatrici e la tossicodipendenza. Dai dati ottenuti in questo studio non è stato infatti possibile tracciare una linea cronologica che individuasse con precisione i momenti in cui sono comparsi i disturbi psichiatrici per poter poi valutare il loro rapporto temporale e causale con la tossicodipendenza. Come descritto dai diversi modelli teorici e di classificazione disponibili sulla doppia diagnosi, è interessante comprendere la funzione che questa modalità di comportamento deviante, costituita dall'abuso di sostanze, assume all'interno dell'organizzazione strutturale dell'individuo. Capire quindi quali sono i significati, il senso che la sostanza riveste in quel particolare soggetto, le motivazioni e il ruolo "terapeutico" che egli gli attribuisce

Come dichiarato nella premessa, questi studi hanno lo scopo di incrementare non solo lo sviluppo delle attività di ricerca in campo epidemiologico-clinico, ma anche di individuare il miglior trattamento possibile per gli specifici bisogni e tipologie di comorbilità. La doppia diagnosi pone numerose difficoltà nell'atto di prospettare un intervento terapeutico adeguato a questa complessa tipologia di pazienti. Occorre quindi individuare un modello di trattamento che integri gli interventi dei diversi servizi, centrandoli sulla persona e permettendogli di raggiungere il massimo livello d'indipendenza, che gestisca e prevenga le ricadute applicando un approccio terapeutico ad ampio raggio.

BIBLIOGRAFIA

- Clerici M.(2000) Doppia diagnosi:realtà clinica o artefatto nosografico. Modelli e tecniche di trattamento della tossicodipendenza in comorbidità psichiatrica Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope
- Fioritti A.& Salomon J.(2002) Doppia diagnosi . Epidemiologia clinica e trattamento.Franco Angeli editore.Milano
- First M.,Spitzer R.L.,Gibbon M.&Williams J.B.(1992) S.C.I.D.-I Structured Clinical Interview for D.S.M.-IV Axis I Disorders, Guida dell'esaminatore vers.it.di Mazzi.F,
- Morosini P.,Di Girolamo G.& Lussetti M (2000) O:S: Organizzazioni Speciali, Giunti,Firenze.
- First M.,Gibbon M.,Spitzer R.L.,Williams J.B.&Benjamin L.S. (1993) S.C.I.D.-II Structured Clinical Interview for D.S.M.-IV Axis II Personality Disorders,Guida dell'esaminatore,vers.it. i Mazzi F.,Morosini P.,De Girolamo G.&Guaraldi G.P.(2003) O.S. Organizzazioni Speciali,Giunti, Firenze
- Grant B.F.,Harford T.(1995) Comorbidity between D.S.M.-IV drug use disorders and major depression:results of a national survey of adults Journal of Substance Abuse,,7,481-497
- Jainchill N., De Leon G & Pinkham L.(1986) Pschiatric diagnosis among substance abusers in therapeutic community treatment. Journal of Psychoactive Drugs 18/3,209-213
- Kessler R.C.(1994) The National Comorbidity Survey of United States, International review of Psychiatry,365-376
- Khantzian E.J.&Trece C.D.(1979) Heroin addiction:the diagnostic dilemma for psychiatry. In Pickens R.W.& Heston L.L (1979) Psychiatric Factors in Drug Abuse, Grune and Stratton, New York
- McLellan A.T.,O'Brien C.P.,Kron R.,Druley K.A.&Alterman A.I.(1980) Matching substanceabuse patients to appropriate treatments. Drug and alcoholic dependance,5,189-195
- Pozzi G.,Bacigalupi M.,Serretti A,&Tempesta (1993) Prevalenza dei disturbi mentali tra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenza in Italia:uno studio multicentrico Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 16,45-61
- Pozzi G.,Bacigalupi M.,&Tempesta (1997) Comorbidity of drug dependance and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatients treatment centres in Italy Drug and Alcohol Dependance,46,69-77
- Regier D.,Farmer M.E.,Rae D.S.,Locke B.Z.,Keith S.J.,Judd L.L.,Godwin F.K.(1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiology Catchment Area (E.C.A.) Study, JAMA 264,2511-2518
- Rigliano P.(2004) Doppia Diagnosi.Tra tossicodipendenza e psicopatologia,Raffaello Cortina Editore,Milano
- Ross H.E.,Glasser F.B.& Germanson T.(1998) The prevalence of psychiatric disorder in patients with alcohol and other drug problems .Archives of General Psychiatry,45,1023-1032
- Rounsville B.J.,Weissman M.M, Rosenberger P.H.,Wilbur C.H.&Kleber H.D.(1979)Detecting depressive disorders in drug abusers:a comparison of screening instruments Journal of Affective Disorders,1,255-267
- Rounsville B.J.,Weissman M.M, Crits-ChristophK.,Wilbur C.H.&Kleber H.D.(1996) Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts Archives of General Psychiatry,43,739-745
- Woody G.E.,Luborsky L.,McLellan A.T.,O'Brien C.P.,Beck A.T.Blainel J.D.et al. (1983) Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? Archives of General Psychiatry,40, 820-843

Si ringraziano, per aver reso possibile la ricerca, gli operatori del SerT. Zone Senese e Alta Val D'Elsa e della Casa Alloggio Castore Polluce (Genova).

PRENDERE IN CARICO PAZIENTI GRAVI NEL SERT

Flavio Bonfà

Psichiatra, Responsabile SerT Val d'Arda e Val Tidone Az.U.S.L. di Piacenza

INTRODUZIONE

L'affermarsi del paradigma biologico nella psichiatria e conseguentemente nei disturbi di dipendenza pone – lecitamente – l'interrogativo sullo spazio ed il ruolo che può giocare il sostegno psicologico e la psicoterapia nel trattamento dei disturbi di dipendenza gravi e con comorbidità psichiatriche.

Ancor più questo interrogativo è lecito in considerazione del travaglio con cui il corpo della psicoterapia (principalmente di impostazione psicodinamica) si è sottoposto a criteri di valutazione di efficacia ed in considerazione della scarsità di dati relativi allo specifico ambito delle dipendenze (Roth e Fonagy, 1996).

Occorre inoltre chiedersi quale contesto istituzionale ed organizzativo sia favorente l'espressione di una prassi psicoterapeutica con maggiore probabilità di esiti positivi.

In questo lavoro si intende sostenere l'ipotesi che la presa in carico di pazienti gravi richiede una propensione di tutto il gruppo di lavoro all'esercizio di modalità di sostegno psicologico standardizzabili e replicabili.

Questo approccio contrasta con le modalità organizzative che prevedono il semplice assemblaggio nei servizi di un'area medica, di un'area sociale e di un'area psicologica, ognuna delle quali con propri operatori e con compiti propri e specifici.

Definire ed implementare le potenzialità (psico)terapeutiche di tutto il gruppo di lavoro consente nella nostra esperienza e alla luce della più recente letteratura in merito di migliorare l'aderenza al trattamento e di favorire il lavoro psicoterapeutico.

Come noto, i Disturbi di dipendenza si presentano con frequenti quadri di psicopatologia e di comorbidità di asse I (prevalentemente disturbi dell'umore e di ansia) nonché di tratti, profili e disturbi di personalità (Asse II) che interagiscono notevolmente con il decorso condizionandone prognosi ed esiti.

I disturbi di personalità e i disturbi da uso di sostanze si presentano frequentemente in comorbidità nella popolazione generale e nei setting clinici (Sher & Trull 2002).

L'abuso di sostanze nei BPD è stimato del 57% (Trull e coll., 2000) anche se esso è più elevato nella popolazione borderline maschile rispetto a quella femminile, dove sono più presenti in comorbidità i disturbi del comportamento alimentare (Zanarini e coll.,1998) In setting clinici per il trattamento delle dipendenze da sostanze la comorbidità per i disturbi di Asse II si colloca attorno al 60% (Rounsaville, 1999, Clerici, 2003).

Il disturbo Antisociale è la condizione più fortemente associata col disturbo da uso di sostanze e si rileva in circa il 30% della popolazione in trattamento (Brooner, 1997).

Il riconoscimento della comorbidità psichiatrica e della gravità psicopatologica si connette alla prognosi e rende necessaria l'implementazione di ulteriori strumenti motivazionali e terapeutici, oltre a quelli noti e validati, come gli interventi psicoeducazionali, la CBT, la DBT e la terapia interpersonale, per potenziarne l'efficacia.

Per una estesa review della letteratura sulla cosiddetta Doppia Diagnosi si vedano Bignamini e coll. (2002).

In altri termini ai Sistemi dei Servizi per le tossicodipendenze accedono e vengono presi in carico pazienti con problematiche di personalità (dai tratti all'organizzazione fino al disturbo propriamente detto) che si riverberano potentemente - in relazione alla gravità - sull'efficacia degli strumenti motivazionali e terapeutici nonché su tutto il gruppo di lavoro.

La domanda appropriata potrebbe essere allora la seguente: i servizi che si occupano di dipendenze patologiche sono in grado di trattare i disturbi di personalità presenti in comorbidità? E se sì quali modificazioni dei parametri tecnici ed operativi si rendono necessari in conseguenza di una consapevole presa in carico di questa *doppia diagnosi*?

L'evoluzione della nostra esperienza clinica si modula su questi interrogativi generando anche domande e riflessioni sulla cura dei disturbi gravi di personalità in setting ambulatoriali pubblici.

Le caratteristiche psicopatologiche dei disturbi di personalità pongono una sfida tremenda ai team di lavoro per la gravosità relazionale, per la scarsa aderenza, per i processi di idealizzazione e di svalutazione, per i sabotaggi comportamentali, per i deficit metacognitivi che queste pazienti manifestano.

Coerentemente all'interpretazione bio-psicosociale dei DBP vi sono evidenze che l'integrazione di trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali in setting residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali possono determinare il miglioramento dei quadri clinici. Con il miglioramento del disturbo di dipendenza e con il trattamento dei sintomi affettivi e/o cognitivi di questi quadri clinici si può assistere ad un miglioramento complessivo del disturbo di personalità (Rounsaville, 1999): un'oculata psicofarmacoterapia e la stabilizzazione con farmaci sostitutivi possono esprimere sia le proprie valenze biologiche che quelle psicologiche in pazienti spesso frequentatori, *revolving doors*, del Pronto Soccorso.

L'accudimento, il sostegno e l'attenzione ai bisogni primari al paziente completano di valore relazionale l'esecuzione delle terapie farmacologiche.

L'attività psicoeducazionale, rivolta alla comprensione del disturbo psichico anche sulla base della restituzione dell'attività psicodiagnostica in un contesto empatico, è protesa ad aumentare la compliance ai trattamenti prescritti, superando le note resistenze alla psicofarmacoterapia dei pazienti tossicodipendenti (Weiss e coll 1998).

Tuttavia la stabilità e l'aderenza al trattamento nei diversi setting di queste pazienti rimangono due fattori critici, fermo restando che il miglioramento richiede trattamenti di lungo termine (Bateman e Fonagy, 2000).

Tecniche standardizzate e validate sia motivazionali che terapeutiche usualmente incluse nei programmi terapeutici non funzionano perché mancano o difettano i prerequisiti metacognitivi perché tali dispositivi possano funzionare. Il grado di impulsività manifestato dai pazienti può essere talmente elevato da compromettere qualsiasi opzione psico-terapeutica, ma anche l'aderenza a trattamenti farmacologici anti-impulsivi (stabilizzanti dell'umore e neurolettici atipici, per i quali c'è una indicazione di esperienza, non di evidenza accanto ai serotoninergici) per i quali peraltro sono scarsi e ben tollerabili gli effetti collaterali.

Paradossalmente nei disturbi gravi di personalità gli strumenti psicoterapeutici, pedagogici e farmacologici ed il gruppo di lavoro stesso possono tuttavia funzionare come vettori di empatia piuttosto o assieme al loro intrinseco razionale (Liotti, 2001).

Il trattamento integrato dei disturbi gravi di personalità è agli albori, i pazienti che soffrono di tali problemi sono a volte in carcere, a volte in carico ai servizi per le tossicodipendenze o ai servizi psichiatrici e - se di sesso femminile (Zanarini e coll., 1998) – anche in carico ai servizi che trattano DCA.

Le necessità terapeutiche del paziente grave sono molteplici:, egli richiede un trattamento psicosociale protratto (Chiesa e Fonagy, 2000) nonché il controllo della sintomatologia ansiosa e dei disturbi dell'umore. Idealmente è importante che il paziente possa esperire relazioni di attaccamento e di cooperazione, e che possa imparare a controllare gli impulsi e a prevedere le conseguenze dei propri comportamenti, in altri termini che possa riuscire a regolare le emozioni e a svolgere funzioni metacognitive e infine può essere utile una farmacoterapia adeguata.

Non vi sono evidenze consolidate: l'interpretazione dei risultati della terapia – sostiene Tyrer (2001) – è difficoltosa ma “ *probabilmente il successo deriva da una buona integrazione di tutti coloro che sono coinvolti nel trattamento*”. Ecco allora che l'attenzione al gruppo di lavoro e alle sue necessità emozionali diviene un requisito terapeutico fondamentale nell'approccio al paziente

con disturbi gravi di personalità perché vi sia coerenza relazionale nei confronti di una paziente che per sua natura teme, sabotava e sfugge alle relazioni (Bonfà, 2003). I pazienti che presentano comorbidità per disturbi di dipendenza e disturbi psichiatrici pongono ai loro terapeuti necessità cliniche ed assistenziali tali da non potersi configurare come la sommatoria di trattamenti attinenti all'una e all'altra clinica. La gravità di questi pazienti richiede infatti complessità di intervento clinico ed integrazione di risorse mentre per lo più assistiamo alla "terapia del ping-pong": un po' di trattamento presso un servizio un po' presso un altro nella migliore delle ipotesi, più frequentemente un qualche trattamento per la dipendenza alternato a qualche sporadico contatto con i servizi psichiatrici per lo più in condizioni di emergenza. D'altra parte è noto: l'interazione tra problemi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze oltre ad essere complessa è causa di insuccessi terapeutici sia in ambito psichiatrico che nella clinica delle dipendenze (Solomon, 1997).

Le cause di questo scacco sono molteplici, tra queste ne segnaliamo alcune che mi paiono preminenti: la separatezza dei dispositivi terapeutici

- la mancata rilevazione diagnostica della condizione di comorbidità
- idiosincrasie
- formazioni ed approcci clinici divergenti

Tanto per esemplificare, non v'è dubbio che attiene alla tradizione dell'approccio psichiatrico uno stile clinico che a partire dalla individuazione dei problemi psicopatologici e delle disabilità secondarie conduce alla pianificazione di supporti che sostengano il paziente e ne allevino i sintomi. Uno stile quindi prevalentemente di sostegno e vicariante le disabilità la cui distorsione può contribuire però alla cronicizzazione. D'altra parte è della clinica delle dipendenze uno stile relazionale che tende più o meno esplicitamente a far riconoscere al paziente che ha un problema di cui in qualche modo deve assumersi la responsabilità della cura, stile più confrontativo, quindi, la cui distorsione è l'espulsione punitiva del paziente

Stili differenti che tradiscono differenti epistemologie o semplicemente approcci storicamente differenti, non sempre trasparenti ed espliciti nella mente degli operatori possono confliggere al di là delle idiosincrasie, degli irrigidimenti difensivi che qualora presenti irrigidiscono surrettiziamente il confine tra psichiatria e tossicodipendenze (non è di mia competenza...).

Occuparsi del trattamento di pazienti con doppia diagnosi richiede pertanto onestà intellettuale, propensione e formazione costante e comune quale luogo dell'implementazione degli apporti che le due cliniche, psichiatrica e delle dipendenze) possono fornire l'una all'altra.

Non solo, ancor più per i pazienti con doppia diagnosi vale la necessità che interventi psicoterapici e riabilitativi specifici e valutabili richiedano una propensione di tutto il gruppo di lavoro all'esercizio di modalità di sostegno psicologico ed un clima relazionale favorevole.

L'ESPRESSIVITÀ TERAPEUTICA DEL GRUPPO DI LAVORO

In un bel lavoro apparso nel 1995 su Psicoterapia e Scienze Umane, Merini a partire da una più che decennale riflessione sull'argomento prende in considerazione gli aspetti terapeutici propri dell'équipe curante che funziona in un contesto territoriale. Esaminiamoli brevemente.

- *La memoria collettiva*, intesa come costruzione storica di una memoria del paziente nel gruppo, permeata di valenze emozionali differenti secondo la sensibilità dei singoli, che può consentire uno spazio mentale da cui emergere dalla staticità della cronicità.
- *La funzione antiscissionale* la ricomposizione degli aspetti scissionali del paziente nell'équipe è forse una delle più importanti valenze terapeutiche del gruppo di lavoro. In particolare quei pazienti che per struttura patologica della propria personalità utilizzano modalità relazionali più primitive, in particolare attraverso le dinamiche della identificazione proiettiva, giungono a distinguere tra operatori buoni e cattivi ma quel che più conta in un contesto non coeso a far muovere questi operatori secondo questa attribuzione. Ciò può avvenire anche tra gruppi di lavoro differenti che si occupano dello stesso paziente (es. Servizio psichiatrico e SerT e così via). La "tenuta" di queste parti del paziente all'interno del gruppo nella doppia accezione di

capacità di accoglimento e di mancata distruzione permette al paziente il senso di un contenimento profondo, un senso di sollievo e la possibilità che esse siano nel tempo restituite senza ritorzioni.

- *L'équipe come setting*, "l'équipe collocata in uno spazio concreto e cioè il Servizio - come ben sintetizza Merini - nella misura in cui è disponibile all'ascolto e ad accogliere le proiezioni dei pazienti, è in grado di sopravvivere ai loro attacchi senza fare rappresaglie ed è in grado di affermare continuamente la propria esistenza di oggetto reale autonomo e collocato nel mondo esterno: quando e se può fare tutto questo allora arriva a configurarsi come équipe stabile in grado di svolgere alcune delle funzioni classicamente riferite al setting, in particolare produrre fiducia e sicurezza non solo per i pazienti ma anche per i loro familiari. Con Bowlby possiamo parlare di base sicura dalla quale il paziente può avventurarsi ad esplorare i vari aspetti infelici o dolorosi della sua vita.

E' in questo contesto che il Servizio può assumere anche una funzione di carattere educativo-pedagogico. L'interazione anche informale con gli operatori, in particolare con gli infermieri e con gli educatori in un contesto di flessibilità consente per taluni pazienti il primo contatto con persone scevre da pregiudizio e disponibili al rispetto. Il rapporto privilegiato con alcuni di questi operatori, a prescindere dal ruolo è un potente dispositivo di cambiamento soprattutto se si offre nel segno della continuità come strumento di progressiva identificazione. Presentando frequentemente una richiesta di aiuto controversa o ambivalente il paziente si affaccia al servizio per saggiarne le potenzialità operative e relazionali, i codici impliciti ed espliciti di funzionamento, non senza, ovviamente, istanze manipolatorie. L'omogeneità e la concordanza di risposte dei singoli operatori è certamente il primo e fondamentale dispositivo atto ad impedire collusioni, istanze manipolatorie e dinamiche scissionali che gran parte di questa utenza immette nel rapporto e nel servizio. Affinché si realizzi una simile sinergia di risposte, ritengo indispensabile:

1. che **tutto** il gruppo di lavoro si riconosca in un modello epistemologico complesso delle dipendenze discusso, condiviso e riflettuto anche in rapporto alle proprie e personali teorie naive delle cause e delle cure superando riduzionismi o, sul versante personale, moralismi e tematiche difensive. Questo richiede tempo e risorse da devolvere al gruppo di lavoro affinché l'omogeneità culturale e le barriere difensive che maggiormente ostacolano il rapporto con il paziente siano ripianate
2. che il servizio non si fondi su modalità operative di tipo gerarchico, con ruoli professionali rigidamente definiti, su decisionalità ad esclusivo appannaggio delle figure apicali in ogni settore di intervento, con conseguente parcellizzazione delle informazioni e scarsa comunicazione tra gli operatori. In alternativa si propone un modello organizzativo di tipo cooperativo, nel quale l'attività si fonda sul coinvolgimento attivo e sulla responsabilizzazione delle diverse figure professionali la cui operatività diviene viepiù fluente in rapporto sia alla formazione ed all'esperienza ma anche alle propensioni ed alle intrinseche caratteristiche di personalità e infine, naturalmente, l'assoluta valorizzazione del lavoro d'équipe, della comunicazione e della discussione sistematica tra gli operatori che effettuano gli interventi.
3. Ciò richiede l'uso di un linguaggio e di un lessico trasversale alle diverse formazioni: come opportunamente ricordano De Martis e coll. (1987), "ai fini integrativi ed antiscissionali occorre riservare un grosso peso al linguaggio del gruppo di lavoro. Al di fuori dei gerghi esoterici, appunto per iniziati, tali da suscitare invidia e sentimenti di esclusione, è auspicabile l'applicazione del linguaggio dell'ostensibilità e della chiarezza, evitando di cadere nelle trappole insidiose che un fraintendimento nella lettura di testi psicoanalitici può suscitare".

Particolarmente rilevanti appaiono nella nostra esperienza le potenzialità terapeutiche espresse dal personale infermieristico ed educativo. Il loro sostegno psicologico ai pazienti nell'ambito della degenza e dell'attività ambulatoriale si realizza attraverso:

- interventi specifici di tipo motivazionale
- l'effettuazione di interventi psicoeducazionali
- mediante particolari modalità operative del personale infermieristico, a pieno titolo

coinvolto nella gestione relazionale del paziente.

Il lavoro terapeutico dell'infermiere professionale in questo ambito valica l'esecuzione della cosiddetta "cura specifica" per esprimere straordinarie potenzialità relazionali anche nell'esecuzione delle più semplici e routinarie mansioni tecniche. L'infermiere professionale diviene l'interlocutore e l'osservatore delle modalità con cui spontaneamente il paziente esplora il mondo - Servizio alla ricerca di appigli e sicurezza. La resistenza al cambiamento può essere deflessa soltanto se al paziente viene data la possibilità di sperimentare oltre all'efficacia della terapia farmacologica, confortevoli condizioni assistenziali attraverso le risorse di cui l'ambiente terapeutico dispone, comprese ovviamente quelle relativi al controllo ed al contenimento. Fattori tecnici ed umani, mobilitati in un piano di assistenza personalizzato, che prenda in considerazione la persona in senso globale.

In questa fase i principali obiettivi terapeutici sono:

1. favorire l'adesione al trattamento riduzione del craving
2. cura dei danni correlati/assistenza ai bisogni di base

Approfondendo quest'ultimo aspetto, soprattutto nell'attività ambulatoriale o durante il ricovero (nel nostro SerT è attivo un Day-hospital), viene richiesto allo staff infermieristico un notevole impegno sul piano assistenziale. I pazienti si presentano spesso in uno stato di avanzato abbandono psicofisico. Il ruolo dell'infermiere a questo stadio è vicariante non solo rispetto ad autonomie momentaneamente compromesse ma anche e soprattutto rispetto a coscienze che hanno perduto il contatto con il corpo e sembrano assistere al degrado fisico, quasi con estraneità. L'assistenza ai bisogni primari si accompagna pertanto ad un assiduo lavoro di stimolo ad assumere autonomamente la responsabilità della propria cura e della propria salvaguardia interrompendo il cortocircuito che li spinge a ricorrere come autoterapia alla sostanza d'abuso.

Un altro intervento che è in grado di implementare numerosi fattori terapeutici aspecifici somministrato indifferentemente da educatori professionali, infermieri e medici è quello psicoeducazionale.

In esso attraverso una serie di colloqui strutturati si tende inizialmente a comprendere quali interpretazioni i pazienti ed i loro familiari danno dei loro problemi e disagi. Si tratta di valutare quali teorie delle "cause" e del "trattamento" implicite od esplicite sono in funzione nel paziente e nei suoi familiari per correggerne le distorsioni più eclatanti.

Le implicazioni psicoterapeutiche dell'intervento psicoeducazionale sono le seguenti:

- combattere la demoralizzazione, intesa come perdita del senso di auto efficacia, di speranza e di infuturazione del paziente e dei suoi familiari
- destrutturare il diniego che si fonda sull'evitamento della vergogna e dei sentimenti di colpa oltre che sul timore di perdere la propria dipendenza, nonché su aspetti biologici

Inoltre attraverso la presentazione di un modello del disturbo di dipendenza complesso che si caratterizza per l'assenza di componenti moralistiche implicite od esplicite si tende a favorire l'aggancio e a incrementare la motivazione. Ciò consente una confrontazione non ostile ma realistica ed affida al paziente la responsabilità del proprio trattamento.

In questa fase, fornire al paziente un operatore di riferimento, che si presti ad assumere un ruolo di "terapeuta di base" diventa essenziale per la successiva prosecuzione del trattamento in accordo con quanto si sta sempre più affermando anche in ambito psicodinamico. In accordo con quanto sostengono O'Connor e Weiss (1997) il bisogno di attaccamenti sani è talmente importante che "permettere e incoraggiare un attaccamento al terapeuta così come alle persone coinvolte nei programmi terapeutici può essere cruciale per il processo che porta alla guarigione. Tutte queste relazioni possono aiutare i pazienti a modificare la convinzione patogena che essi non meritano legami personali e quindi possono fornire esperienze curative".

Anche nell'ambito del trattamento psicodinamico Supportivo – Espressivo in relazione ai pazienti affetti da dipendenza (Luborsky e Coll., 1995) vengono raccomandati alcuni particolari adattamenti tesi ad implementare maggiormente gli aspetti supportivi prima di iniziare ad utilizzare tecniche espressive.

Si va così definendo nell'ambito di diversi modelli e prassi psicoterapeutiche uno psicoterapeuta che dal momento della presa in carico rinuncia ad una posizione sostanzialmente passiva per assumere un ruolo di terapeuta attivo.

Du Pont (1997) lo definisce come una guida, un allenatore che lavora fianco a fianco al suo paziente per ottenere obiettivi condivisi.

Khantzian (1986) cerca di sintetizzare in questi termini il ruolo del terapeuta: è un terapeuta che si occupa degli aspetti clinici e consiglia sulle necessità terapeutiche immediate da eseguirsi, che identifica e tenta di modificare le situazioni ambientali sfavorevoli, specie quelle familiari. E' un terapeuta che può/deve consigliare l'effettuazione di terapie parallele alla propria (AA,NA) così come trattamenti farmacologici anticraving e programmi di prevenzione delle ricadute.

Oltre a questo ruolo supportivo, progettuale e di verifica, lo psicoterapeuta deve modificare il proprio approccio terapeutico rispetto alle peculiarità di personalità del tossicodipendente. In particolare viene sottolineata la necessità di abbandonare la tradizionale passività, lo schermo neutro e le tecniche interpretative derivate dalla psicoanalisi nell'ambito delle patologie nevrotiche per rispondere ai bisogni del trattamento di tossicodipendente.

Occorre quindi fornire al paziente istruzioni su come e quanto lasciarsi coinvolgere dalle situazioni, incoraggiare restrizioni, definire situazione affettive. Anche nelle situazioni in cui il tossicodipendente esperisca estrema rabbia ed emozioni violente occorre aiutarlo ad apprendere l'importanza di tollerare e contenere tali affetti per impedire che sortiscano in azioni distruttive.

E' molto più importante quindi costruire un'alleanza in modo che il paziente impari a fronteggiare e a prendersi cura di questi suoi problemi piuttosto che interpretargli che egli sta danneggiandosi!

Gli interventi sono prevalentemente diretti verso gli aspetti cognitivi e comportamentali che facilitano le ricadute. Il terapeuta deve incoraggiare attività alternative alle precedenti, ricreative ed educative.

CONCLUSIONI

Molti modelli psicoterapeutici (orientati all'insight, cognitivo-comportamentali, di prevenzione delle ricadute etc) hanno nel corso degli anni modificato i propri parametri tecnici in relazione al trattamento dei pazienti dipendenti. Da molti di essi emergono linee isomorfe che mettono soprattutto in luce che l'efficacia del lavoro terapeutico si connette alla qualità della relazione con il paziente e alla possibilità di infondere sicurezza e orientamento. Questi elementi costituiscono potenti fattori terapeutici. La presa in carico di pazienti gravi richiede attenzione ai fenomeni relazionali, interventi psicoterapeutici integrati ad interventi farmacologici e riabilitativi e monitoraggio del gruppo di lavoro.

Modellare un gruppo di lavoro che attraverso tutte le sue figure professionali possa svolgere un consapevole supporto psicologico mediante dispositivi ed interventi strutturati consente nella nostra esperienza e alla luce della letteratura riportata di potenziare gli effetti dell'intervento terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- Bateman A. W., Fonagy P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 177, 138-143.
- Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S. (2002). Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbilità. Bologna, Editeam.
- Bonfà F. (2003). L'espressività terapeutica di un gruppo di lavoro multidisciplinare. *Psicoterapia e Scienze Umane* XXXVII, 3, 63 – 78.
- Bronner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W. Jr., Bigelow GE. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1):71- 80
- Chiesa M., Fonagy P. (2000). Cassel Personality Disorder Study. Methodology and treatment effects. *British Journal of Psychiatry* 176, 485-491.
- Clerici M. (2003). Problemi clinici nel trattamento della doppia diagnosi. Atti del 2° Congresso Nazionale "La doppia faccia della doppia diagnosi. Percorsi di cura e modelli organizzativi" Chieti, 10/11/12 Aprile 2003
- De Martis D, Petrella F, Ambrosi P. Fare e pensare in psichiatria. Milano: Cortina Editore; 1987.
- Du Pont RL. Psychotherapy in Addictive Disorders. In: Miller NS, ed. The principles and practice of Addictions in Psychiatry. Philadelphia: Saunders; 1997: p 370 -77.
- Kaufman E. (1990-91). Critical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach. *International Journal of the addiction*", 25 (2a), pp. 97-116.
- Kaufman E. (1994). Psychotherapy of addict person. New York, Guilford Press
- Khantzian E.J.(1986). A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*", 12, pp. 213-222.
- Levin F.R., Hennessy G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 10: 738-748.
- Liotti G. (1999). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa. *Psicoterapia* 5, 16/17, 53-65.
- Liotti G. (2001). Le opere della coscienza. Milano, Raffaello Cortina Editore, pag.189 e seguenti.
- Luborsky L, Woody GE, Hole AV, Velleco A. Supportive – Expressive dynamic psychotherapy for treatment of opiate drug dependence. In: Barber JP, Crits-Christoph P, eds. Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I). New York: Basic Book; 1995: p 131 – 60.
- Merini A. Il lavoro di equipe nella pratica territoriale. *Psicoter Sci Umane* 1995; 1: 87 - 99.
- Miller W R, Rollnick S. Motivational interviewing. New York: Guilford Press; 1991.
- O'Connor LE Weiss J. Psicoterapia per Dipendenza da sostanze: un'applicazione della Control Mastery Theory. *Psicoterapia* 1997; 8: 59 - 72.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996. Trad. It., Psicoterapie e prove di efficacia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1997 p 209 -26.
- Rounsaville B.J., Kosten T.R., Kleben M.D. (1985). Success and failure at outpatient opioid detoxification. Evaluating the process of clonidine and methadone assisted withdrawal. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 173: 103-110.
- Rounsaville BJ: Axis II in drug abusers: relation to axis I [23E]. The American Psychiatric Association 152nd Annual Meeting, Washington, DC, 1999.
- Sher K.J. Trull T.J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4(1): 25-29.

Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*. 20(2):235-53.

Tyrer P. (2001). A new respect for an old acquaintance. *British Journal of Psychiatry* 179, 81-84.

Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM, Soto JA, Wyner D, Tohen M, Griffin ML (1998). Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 4:172-174.

Zanarini M. C., Frankenburg F.R., Dubo E.D., Sickel A.E., Trikha A., Levin A., Reynolds V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 155, 1733-1739.

L'INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI E DEI SERVIZI PER LA GESTIONE DELLA COMORBILITÀ PSICHIATRICA ASSOCIATA ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE

Ezio Manzato, Maurizio Fea, Giuseppina Cifelli, Cristina Biasin

Ezio Manzato

Psichiatra, psicoterapeuta, direttore SerT 1-servizio alcologia az. ULSS 21 Legnago (Verona). Componente commissione nazionale FederSerd "dipendenze e psichiatria". Docente di psicoterapia dei comportamenti di abuso e delle dipendenze della scuola superiore di formazione in psicoterapia, istituto di analisi immaginativa di Cremona.

Maurizio Fea

Psichiatra, psicoterapeuta, coordinatore commissione nazionale FederSerd "dipendenze e psichiatria".

Giuseppina Cifelli

Psicologo, psicoterapeuta SerT 1-servizio alcologia az. ULSS 21 Legnago (Verona).

Cristina Biasin

Medico, internista SerT 1-servizio alcologia az. ULSS 21 Legnago (Verona).

RIASSUNTO

L'articolo rappresenta una trasformazione ed un ampliamento del documento "gravità ed intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto" che costituisce le linee di consenso sulla comorbilità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive a cura della commissione nazionale di federserd "dipendenze e psichiatria" composta da maurizio fea, ezio manzato, roberto cataldini, giorgio serio e giorgio rebolini. Il documento a cura di ezio manzato e maurizio fea è stato presentato nella consensus conference sulla gravità e l'intensità assistenziale durante il congresso tematico nazionale di federserd "le forme dell'integrazione", milano 8 e 9 marzo 2004. Alla consensus hanno partecipato: maurizio fea, ezio manzato, roberto cataldini, laura tidone, pier paolo pani, antonio mosti, teresa marzocchi, maurizio mirandola e vincenzo caprino.

LA COMORBILITÀ PSICHIATRICA COME COMPLESSITÀ NEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO

Relativamente alla comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, la letteratura scientifica nazionale ed internazionale non è concorde rispetto alla quantificazione della sua prevalenza a causa delle diverse popolazioni selezionate negli studi (classe di sostanza psicoattiva d'abuso, sesso, età e setting di trattamento) e dei diversi metodi applicati per la rilevazione delle diagnosi (momento di diagnosi, criteri di diagnosi e procedure di assessment) (Madeddu e Coll., 2000; Pancheri, 2002). Ma, in ogni caso, è riconosciuto che una percentuale significativa di pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive presenta una comorbilità psichiatrica per disturbi dell'Asse I del DSM IV nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi, dell'alimentazione e del controllo degli impulsi, ed, inoltre, è segnalata anche un'elevata copresenza di tratti o disturbi di personalità, in particolare dei disturbi del cluster B dell'Asse II del DSM IV (disturbo di personalità antisociale, borderline e narcisistico).

Specificatamente, per quanto riguarda la copresenza della comorbilità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive, la prevalenza attuale e lifetime nell'ambito di diversi studi nazionali ed internazionali varia, a seconda dei contesti considerati e dei metodi di valutazione usati, fino al 90% per i disturbi psichiatrici di Asse I del DSM IV e fino al 90-100% per i disturbi di personalità di Asse II. In realtà, nella pratica clinica quotidiana all'interno del SerT e delle Strutture del Dipartimento per le Dipendenze (Sistema delle Dipendenze) si evidenzia sempre di più un legame

diversificato tra l'uso delle sostanze psicoattive e la comorbidità psichiatrica associata sia come disturbi psichiatrici in Asse I del DSM IV che come disturbi di personalità in Asse II. Si rileva come l'uso si accompagni o segua la comparsa di disturbi psichiatrici, producendo quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili; questi disturbi sono rappresentati sia dalla comorbidità vera che dalla comorbidità spuria (disturbi indotti), che è costituita da quadri di psicosi (disturbo mentale organico indotto: delirium, demenza, disturbo amnestico e disturbo psicotico), da disturbi dell'umore, d'ansia e del sonno e da disfunzioni sessuali, in cui il disturbo psichico è direttamente derivabile dall'uso protratto ed intenso delle sostanze psicoattive; questi disturbi indotti normalmente scompaiono alla sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive, ma in alcuni casi permangono come disturbi residui (disturbo mentale organico indotto) (Woody e Coll., 1994; Pancheri, 2002; Maremmani e Coll., 2002).

Il problema di questi quadri clinici complessi di comorbidità psichiatrica investe l'uso di tutte le sostanze psicoattive (oppiacei, cocaina e "nuove droghe": alcol trasgressivo da solo od associato a cannabis, ecstasy, LSD,) assunte largamente nelle fasce di età tra i 15 e 45 anni e questi "disturbi doppi" sono pertanto una condizione clinica che richiede una particolare attenzione da parte dei clinici (medici, psichiatri e psicologi) del Sistema delle Dipendenze. La maggioranza degli studi nazionali ed internazionali sulla comorbidità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive (addiction) sottolinea l'eterogeneità delle diagnosi psichiatriche effettuate nei pazienti in trattamento oltre alla prevalenza variabile fino al 90% per i disturbi di Asse I del DSM IV e fino al 90-100% per i disturbi di Asse II. I disturbi di Asse I più frequenti sono i disturbi dell'umore (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico e disturbo bipolare) e d'ansia (disturbo d'ansia generalizzato, da attacchi di panico, fobia sociale e disturbo post traumatico da stress), ma sono presenti anche i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbi schizoaffettivi), i disturbi dell'alimentazione (bulimia nervosa e disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato) ed i disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico ed internet addiction). I disturbi più frequenti di Asse II sono quelli del cluster B e C (disturbo antisociale, borderline, narcisistico, evitante e dipendente), ma sono presenti anche quelli del cluster A (disturbo paranoide e schizotipico) ed il ritardo mentale; inoltre sono presenti anche i temperamenti affettivi ed, infine, non deve essere misconosciuta l'importanza della codipendenza (dipendenza relazionale) che, come forma primaria o secondaria, è presente sia nei dipendenti da sostanze psicoattive che in molti coniugi, partner e familiari di dipendenti da sostanze psicoattive e da altri comportamenti addittivi, manifestandosi mediante numerosi disturbi psicosomatici, psichiatrici e di personalità (Rounsaville e Coll., 1982a, b, 1991; Woody e Coll., 1983; Khantzian e Treece, 1985; Rich e Coll., 1989; Reiger e Coll., 1990; Whitfield, 1991, 1994; De Jong e Roy, 1993; Numberg e Coll., 1993; Clerici, 1993; Pozzi e Coll., 1993; Schuckit e Hesselbrock, 1994; Lastrico e Coll., 1996; Movalli e Coll., 1996; Tomasson e Vaglum, 1996; Kessler e Coll., 1997; Brooner e Coll., 1997; Driessen e Coll., 1998; Maremmani e Coll., 1999, 2001a; Daini e Maremmani, 1999; Landheim e Coll., 2000; Marsden e Gossop, 2000; Madeddu e Coll., 2000).

La comorbidità psichiatrica, sia come disturbi di Asse I del DSM IV che come disturbi di Asse II, influenza fortemente il craving, che è il correlato clinico della disregolazione del Sistema della Gratificazione (Sistema Mesolimbocorticale) e questa evidenza clinica deve essere considerata con attenzione nella gestione terapeutica dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive in trattamento riabilitativo. Per controllare il craving e per prevenire la ricaduta, che costituiscono il nodo centrale del trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive, è, perciò, fondamentale il trattamento della comorbidità psichiatrica associata, oltre al trattamento mediante farmaci specifici dei fattori neurobiologici e delle patologie correlate, al supporto per i fattori psicologici ed all'assistenza per i fattori sociali.

Nella diagnosi differenziale, per evidenziare la comorbidità psichiatrica vera da quella spuria (disturbo indotto), è buona norma disintossicare o compensare il paziente ed a distanza almeno di due o quattro settimane, effettuare una ulteriore valutazione diagnostica; inoltre, è molto importante per la prognosi effettuare un'adeguata anamnesi raccolta sia con il paziente che con la famiglia ed

eventualmente anche con altri soggetti della rete sociale. È importante valutare l'insorgenza della sintomatologia psicopatologica precedentemente all'instaurarsi del disturbo da uso di sostanze psicoattive, sia mediante il racconto verbale (sempre con prudenza, poiché l'abuso e la dipendenza sono frequentemente misconosciuti, soprattutto nelle fasi precoci del disturbo) che con eventuali documenti riferiti a pregressi trattamenti psicofarmacologici e/o psicoterapeutici presso Servizi Socio Sanitari Territoriali, presso psichiatri o neurologi, presso Strutture Ospedaliere o presso Case di Cura Private o Strutture Riabilitative. In questa fase di diagnosi è importante ricordare come la negazione, caratteristica centrale nei dipendenti da sostanze psicoattive, si può mostrare, in particolare nelle donne, anche come attribuzione dei sintomi ad un altro disturbo psichiatrico socialmente più accettabile (più frequentemente un disturbo depressivo o d'ansia). Inoltre devono essere verificati i pregressi periodi di astinenza dalle sostanze psicoattive e gli eventuali disturbi psichiatrici concomitanti in tali periodi, nel senso di una loro comparsa o di un aggravamento se preesistenti, la storia tossicologica e l'eventuale presenza di complicanze (delirium, disturbi psicotici deliranti e/o allucinatori, disturbi amnestici,...) ed infine deve essere verificata la familiarità per disturbi da uso di sostanze psicoattive e/o per disturbi psichiatrici e di personalità. Pertanto, un'anamnesi accurata, una valutazione clinica multidimensionale ed un assessment psicodiagnostico puntuale forniscono gli elementi per decidere un trattamento di disintossicazione o di mantenimento con farmaci sostitutivi, un trattamento con psicofarmaci con una minore o maggiore intensità assistenziale al Servizio o in ambiente protetto (ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) ed un trattamento psicosociale personalizzato. Un'anamnesi "muta", cioè priva di elementi, non esclude però la possibilità d'insorgenza di sintomi psicopatologici o disturbi psichiatrici in seguito ad un trattamento anche adeguato sullo stato di intossicazione (Woody e Coll., 1994; Bonetti, 1995; Nace, 1997; Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Zavan e Cibin, 1998; Madeddu e Coll., 2000; Rounsaville, 2001a, b, c; Krauss, 2001).

La presenza di comorbidità psichiatrica nei dipendenti da sostanze psicoattive ha importanti conseguenze sulla loro qualità di vita; infatti, tra questi pazienti comorbili sono prevalenti individui più giovani e meno scolarizzati, che tendono ad avere relazioni interpersonali e sociali inadeguate e disadattive e che hanno spesso gravi problemi abitativi, lavorativi, sociali e legali. La comorbidità psichiatrica, inoltre, facilita l'esordio dei disturbi da uso di sostanze psicoattive, influenza negativamente il decorso clinico e la prognosi ed anche l'andamento e l'esito del trattamento riabilitativo con un conseguente costo economico maggiore.

La comorbidità psichiatrica ha un'influenza importante sulla dipendenza, infatti la gravità del craving ha forti correlazioni con i sintomi psicopatologici presentati dal dipendente da sostanze psicoattive, nel senso che la gravità dei sintomi psicopatologici, nel loro insieme, tende a ripercuotersi sulla gravità del craving: quanto più sono gravi i sintomi tanto più il craving è grave. Solo i sintomi di psicoticismo appaiono non correlare con la gravità del craving, che pertanto non dipende dai disturbi del pensiero del paziente. Nello specifico, al primo posto sono i sintomi di somatizzazione (cefalea, vertigini, dolori cardiaci o al torace, fame d'aria, nodo alla gola, vampate di calore, intorpidimento, formicolii, dolori allo stomaco, nausea, pesantezza alle braccia ed alle gambe, dolori alla schiena, dolori muscolari,...) ad avere il massimo grado di correlazione; in questa sintomatologia somatica ed ansiosa è evidenziabile una sindrome d'astinenza ed il craving sarebbe fortemente influenzato dai sintomi somatici. Al secondo posto nelle correlazioni appaiono i sintomi depressivi (umore depresso, anedonia, senso di solitudine, preoccupazione eccessiva, sensazione di essere preso in trappola, mancanza di interessi, perdita di speranza nel futuro, senso di inutilità, crisi di pianto, autorimprovero, idee di suicidio, difficoltà nel fare, astenia, disinteresse sessuale,...). Il paziente in scompenso psicobiologico e gravato dal craving si caratterizza sul piano psicopatologico per sintomi di somatizzazione e per un vissuto ed una ideazione depressivi. Nelle correlazioni seguono al terzo posto i sintomi della sfera ossessivo compulsiva (incapacità di scacciare i pensieri, difficoltà nel ricordare, preoccupazione per la propria negligenza, incapacità a portare a termine gli impegni, lentezza e controllo esagerato, difficoltà estrema nel decidere, senso di vuoto mentale, difficoltà a concentrarsi,...); i sintomi d'ansia libera e d'ansia fobica ed i sintomi

paranoidei sono meno correlati alla gravità del craving, anche se, il rapporto è ancora significativo. In conclusione, la gravità dei sintomi di somatizzazione è stata evidenziata come il fattore in grado di predire con maggiore precisione la gravità del craving (Maremmani e Zolesi, 1998).

I sintomi di somatizzazione, quelli depressivi e quelli ossessivo compulsivi ed anche le valenze aggressive, pertanto, giocano un ruolo primario nella gravità del craving. I dipendenti da sostanze psicoattive che rifiutano i farmaci sintomatici, che si "sbattono per la ricerca della sostanza psicoattiva, che non riescono ad aspettare, che pagherebbero qualunque prezzo e che si bucherebbero con qualunque cosa" tendono ad essere anche fortemente infastiditi ed irritati, con scatti di rabbia incontrollati, con tendenza a fare del male alle altre persone, con l'impulso a rompere oggetti, ad intavolare frequenti discussioni, ad urlare ed a scagliare oggetti. L'umore del paziente in scompenso psicobiologico e gravato dal craving, oltre che improntato in senso depressivo, appare, dunque, fortemente disforico (Maremmani e Zolesi, 1998).

I profili psicopatologici e di craving permettono di raggruppare due diversi modelli di comportamento. Nel primo, il paziente presenta disturbi di somatizzazione, depressione, ossessioni, ansia e fobie. Quanto più questi sintomi sono presenti, tanto più il paziente è disposto a pagare qualunque prezzo, usa altre sostanze psicoattive in sostituzione dell'eroina (alcol, benzodiazepine,...), usa tutta la sostanza posseduta, non è in grado di aspettare, pensa sempre all'eroina e reagisce prontamente a stimoli rinforzanti l'uso. All'opposto nel secondo, il paziente paranoico, bizzarro, con sensibilità interpersonale, rabbia ed ostilità, rifiuta i farmaci sintomatici, usa con spavalderia siringhe non sterili, si sbatte per trovare "la roba", si buca con qualunque cosa, non rifiuta mai un'offerta e tende ad assumere tutta la sostanza psicoattiva. In genere sono i dipendenti da cocaina che assumono la sostanza psicoattiva in abbuffate, mentre i dipendenti da eroina tendono ad usare il necessario ed a mettere da parte il superfluo. Quando la paranoia e la violenza si associano, anche il dipendente da eroina tende ad utilizzarla in abbuffate. I due modelli di comportamento tendono ad escludersi nel senso che tanto più è presente l'uno tanto più tende ad essere escluso l'altro (Maremmani e Zolesi, 1998).

Per quanto riguarda le correlazioni fra comportamento aggressivo e gravità del craving, i comportamenti aggressivi stabili non sembrano essere in stretto rapporto con la gravità del craving e nell'insieme i pazienti più aggressivi non sono, in realtà, quelli che sperimentano un craving maggiore. Oltre alla rabbia ed all'ostilità solo il negativismo sembra influenzare la gravità del craving. Pazienti negativisti tendono a dichiarare un craving più intenso. Dunque, pazienti gravati dal craving non sarebbero di per sé aggressivi in maniera diretta o indiretta ma negativisti, cioè marcatamente oppositivi nelle relazioni interpersonali e sociali, con forte desiderio e tendenza alla trasgressione. Generalmente, questi pazienti poco tolleranti si rifiutano di seguire qualsiasi indicazione terapeutica e di eseguire qualsiasi compito e sono fermamente portati a fare esattamente l'opposto di ciò che viene loro chiesto o suggerito. L'aggressività durante i comportamenti da craving è, dunque, da imputare più a questi tratti comportamentali che non a valenze aggressive di tipo antisociale/delinquenziale. Sul piano clinico, ad un forte negativismo corrisponde spesso un forte craving e pazienti fortemente negativisti, spesso, devono essere considerati solo in preda ad un craving intenso (Maremmani e Zolesi, 1998).

IL PROGRAMMA RIABILITATIVO INTEGRATO

Il trattamento riabilitativo integrato, gestito dall'équipe pluriprofessionale del Servizio, deve essere costituito da diverse fasi di intervento (Programma Stadiale): accoglienza-diagnosi, disintossicazione o stabilizzazione, prevenzione della ricaduta e reinserimento sociale, presso il Servizio, le Strutture Riabilitative ed i Centri Territoriali (Manzato e Fea, 2004).

Gli obiettivi generali del trattamento riabilitativo integrato come Programma Globale, mediante la multidisciplinarietà degli interventi, sono la riabilitazione psicosociale del dipendente da sostanze psicoattive, il trattamento psicosociale del nucleo familiare o del nucleo "sostitutivo" (famiglia, gruppo "allargato",...) ed il coinvolgimento della Comunità Sociale come sistemi di aiuto informali,

quasi formali e formali. Gli obiettivi specifici sono: aiutare a superare in modo sicuro la sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive, la sindrome d'astinenza, il craving correlato e residuo e le complicazioni psicopatologiche; agevolare ed incentivare l'inserimento in un trattamento riabilitativo integrato per la prevenzione della ricaduta; ridurre l'aggravamento e la cronicizzazione dei disturbi psichiatrici e di personalità e l'emarginazione sociale e favorire il cambiamento dei comportamenti d'abuso (riabilitazione e reinserimento sociale).

Il trattamento riabilitativo integrato, gestito dal Servizio in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari e le Strutture Riabilitative, è opportuno che preveda:

I FASE Accoglienza-Diagnosi, sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico: valutazione clinica multidimensionale e dinamica (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica e socioambientale secondo il DSM IV); valutazione con questionari, scale di valutazione, interviste strutturate e test psicologici (ASI, MAC/E/A, MALT, WANG, CIWA AR, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, FRT, MMPI 2, TCI, SCID P e II, il VGF, CGI, Effetti Indesiderati, Reazioni Avverse, Questionario di Soddisfazione,...); valutazione con tecniche strumentali (esami bioumorali e chimicotossicologici, ECG, EEG, Rx Torace, ECO Addome, ...) (Cifelli e Coll., 2003; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea, 2004) .

Le procedure operative della fase di accoglienza-diagnosi e di quelle successive di trattamento e follow-up devono essere effettuate dall'équipe pluriprofessionale curante in tempi prestabiliti da un Protocollo operativo standardizzato. La valutazione diagnostica multiprofessionale e multidimensionale permette di approfondire la storia clinica d'abuso ed il contesto familiare e sociale, evidenzia le caratteristiche psicologiche ed i disturbi psicopatologici di Asse I ed II del DSM IV ed è indispensabile per costruire il progetto riabilitativo personalizzato, che a seconda della gravità clinica (dipendenza e comorbidità psichiatrica e medica) e di quella familiare e sociale verrà attuato con un programma di intensità assistenziale diversificata (ambulatoriale, territoriale, semiresidenziale e residenziale) specificatamente in riferimento allo stadio della malattia (fase di guarigione) ed alla fase del trattamento (Manzato e Coll., 1988, 2003; Manzato, 2000; Cifelli e Coll., 2003, Manzato e Fea, 2004).

II FASE Stabilizzazione o Disintossicazione rapida, sviluppata con un protocollo presso l'ambulatorio o il day hospital (ambulatorio integrato) del Servizio, mediante diverse tecniche terapeutiche coordinate: trattamento di stabilizzazione o di disintossicazione, delle patologie correlate, della comorbidità psichiatrica, induzione del trattamento di prevenzione della ricaduta, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e/o familiare e supporto psicologico (Manzato, 2000; Manzato e Coll., 2003).

III FASE Trattamento Riabilitativo Integrato di Prevenzione della Ricaduta, sviluppato, come Programma Globale, mediante un programma riabilitativo integrato a medio o lungo termine (socioriabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico) ambulatoriale, territoriale, semiresidenziale e residenziale, in coordinamento e collaborazione con il Sistema delle Dipendenze: SerT, Servizi Socio Sanitari Territoriali (Servizio Inserimento Lavorativo, Consultorio Familiare, Dipartimento di Salute Mentale,...), Unità Operative Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Strutture Riabilitative, Residenziali e Semiresidenziali, Gruppi di Auto Aiuto ed Associazioni di Volontariato Sociale presenti nel territorio. Le tecniche terapeutiche coordinate, che devono essere previste, sono: trattamento di prevenzione della ricaduta, della comorbidità psichiatrica e delle patologie correlate, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna ed inserimento lavorativo e sociale (Manzato, 2000; Cibir e Coll., 2001a; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea, 2004). Il trattamento riabilitativo integrato, come Programma Globale, deve combinare elementi del trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive e del trattamento dei disturbi psichiatrici; deve essere gestito da un'unica Struttura e da clinici esperti in entrambi i settori ed essere unificato secondo la metodologia del management del caso. Le quattro componenti fondamentali del Programma Globale, che si riscontrano nella multidisciplinarietà delle tecniche terapeutiche sono:

sostituto della dipendenza chimica (dipendenza benigna da una persona, da un'istituzione o da una credenza alternativa), trattamento dei disturbi psichiatrici e di personalità (management del caso, lavoro di rete, counselling, psicoeducazione, trattamento con psicofarmaci, psicoterapia, supporto familiare, supporto di auto aiuto, comunità terapeutica e servizio crisi), astinenza forzata (farmaco agonista, modulatore della ricompensa, antagonista, avversativo e psichiatrico, controllo dei metaboliti urinari e sistema sociale di sostegno) e cambiamento strutturale e crescita della personalità (psicoterapia) (Woody e Coll., 1983, 1994, 1998; Treece e Khantzian, 1986; Woody, 1989; Gabbard, 1995a, 2002; Zimberg, 1998).

IV° FASE Follow-up, sviluppato mediante un protocollo di valutazione specifico basato sulla valutazione clinica multidimensionale, su strumenti psicodiagnostici e su tecniche strumentali, a tempi prestabiliti (0°, 1°, 3°, 6° e 10° giorno durante il trattamento di stabilizzazione o di disintossicazione e 1°, 3°, 6°, 12°, 18° e 24° mese durante il trattamento di riabilitazione/prevenzione della ricaduta) (Manzato, 2000; Cifelli e Coll., 2003; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea, 2004).

V° FASE Fine programma, gestito in accordo con il paziente, la famiglia ed il Servizio e/o la Struttura Riabilitativa (Manzato, 2000; Cifelli e Coll., 2003; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea, 2004).

LA DIAGNOSI

La diagnosi ed il sistema di cura

La diagnosi è caratterizzata da una relazione essenziale tra il paziente, il curante ed il trattamento, che costituiscono gli elementi del Sistema di Cura (Sistema di Assistenza) (Fea, 2001).

Nella scelta della modalità diagnostica per un paziente, possono essere utilizzate tre possibili strategie per facilitare la presa di decisioni:

- Il clinico utilizza il sistema diagnostico proprio o della Struttura.
- Il clinico negozia con il paziente l'etichetta diagnostica accettabile per entrambi, con una conoscenza reciproca più approfondita.
- Il clinico utilizza un sistema diagnostico nazionale o internazionale (DSM-ICD).

Il processo diagnostico, inoltre, dovrebbe avere un certo valore predittivo rispetto alle possibilità di trattamento e dovrebbe strutturarsi come situazione di connessione tra passato e futuro. La diagnosi non si configura come un momento puntuale, ma è un processo contestualizzato, caratterizzato da una serie di eventi legati tra loro dalla necessità di trovare un' attribuzione di significato condivisa tra il paziente ed il clinico (storia diagnostica in parte già costruita dal paziente ed in parte da costruire assieme). La parziale condivisione delle intenzioni rende giustificato, dal punto di vista del paziente, il lavoro attorno al processo diagnostico e la sua utilità e fruibilità. Dal punto di vista processuale il momento diagnostico è inscindibilmente legato a quello terapeutico, in quanto devono essere considerati come sequenze di azioni coordinate intorno ad un progetto di cambiamento (Fea, 2001).

La processualità è l'elemento essenziale del rapporto tra il disturbo, come malattia cronica recidivante, ed il Sistema di Assistenza, sia come diagnosi che come trattamento riabilitativo del paziente, mediante il modello della stadiazione, che permette di sostenere delle correlazioni tra la diagnosi, lo stadio evolutivo ed il trattamento riabilitativo (concatenazione non casuale di segmenti di trattamento e di utilizzo di strumenti terapeutici diversificati), con vantaggi sia per il sistema curante che per i pazienti che si sentono collocati in un sistema che sottolinea ed esalta le differenze, rendendole leggibili e significative (Fea, 2001).

All'interno di un contesto narrativo, i criteri e gli strumenti diagnostici assolvono efficacemente la loro funzione se vengono utilizzati in modo appropriato per rendere comprensibili e significative sia per il paziente che per il clinico le sequenze di azioni coordinate e predisposte in una strategia di trattamento riabilitativo e di cambiamento (Fea, 2001).

Esiste poi, nella storia metodologica ed ancora nella pratica clinica attuale d'intervento dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), una modalità di condivisione e di discussione delle ipotesi diagnostiche prodotte dai singoli professionisti che ha pochi altri esempi nella clinica (ad esclusione forse delle Strutture Psichiatriche, in cui è nata), e che rende del tutto merito alla caratteristica multi-fattorialità della disciplina delle dipendenze: il lavoro diagnostico-terapeutico in équipe.

Durante la presentazione del caso ed al fine di "costruire" il percorso di presa in carico, ogni figura professionale, con le differenti modalità di approccio dettate dalle proprie diverse strumentazioni concettuali e procedurali, concorre alla definizione dell'inquadramento dello stesso "oggetto" di studio nella sua totalità somatica, psicologica e sociale. In altre parole, ognuno partecipa alla formulazione diagnostica, che, se proposta in questo modo, si presenta come una sintesi "ragionata" delle conoscenze acquisite sul caso dai diversi "tecnici" negli specifici campi e si configura appunto come l'ipotesi atta a guidare la scelta e la pianificazione di un trattamento riabilitativo adeguato.

Questa modalità, se ha costituito spesso negli anni un punto nevralgico di discussione e di riorganizzazione all'interno dei Servizi Socio Sanitari Pubblici, ha di sicuro rappresentato il valore e la complessità di questo sistema conoscitivo, frutto dell'equilibrata integrazione dei sistemi conoscitivi dei singoli operatori, dotato di una sua auto-organizzazione e di una sua propria coerenza interna, quindi di un suo senso di unicità e di continuità storica (Lambruschi e Rezzonico, 1996). Come è noto alla maggior parte degli operatori, se questa metodologia di condivisione ha rappresentato di sicuro una delle ricchezze più importanti delle procedure di assessment prodotte nei SerT italiani, non è del tutto priva di difficoltà, che ne rappresentano l'altro lato della medaglia e che addirittura, se non opportunamente gestite mediante idonee azioni di modelling e di supervisione, ne possono bloccare l'operatività. Infatti, se l'équipe inter-disciplinare permette una più precisa definizione degli scopi ai diversi livelli, se stimola processi decisionali più coinvolgenti e mirati (ma più lunghi e difficili), ha però lo svantaggio di richiedere un'arte a volte non comune, quella di "saper ascoltare". Inoltre, vi è di sicuro una minor possibilità di celare o di evitare i conflitti e non è sempre evidente il contributo fornito dal singolo operatore al risultato finale (poiché il successo o l'insuccesso dovrebbero essere di norma attribuiti al gruppo), caratteristica che se da un lato protegge dal rischio di burn-out prodotto dalla cronicità del disturbo da uso di sostanze psicoattive, dall'altro può favorire la frustrazione nella ricerca della soddisfazione che viene dagli esiti o dal paziente stesso. Infine, manca il controllo totale sugli effetti delle decisioni da parte del responsabile del processo: ciò implica necessariamente una maggiore assunzione di responsabilità ed autonomia e più alti costi di supervisione e formazione (a tutti gli operatori è richiesta un'alta competenza professionale e decisionale) (Lambruschi e Rezzonico, 1996; Fea, 2001).

Ma il vantaggio sostanziale è ovviamente, in un'ottica costruttivista, la possibilità di attivare contemporaneamente, in modo flessibile e coerente, competenze specifiche a fronte del problema che si presenta ed in relazione agli obiettivi che l'équipe pluriprofessionale curante si prefigge (Fea, 2001).

La diagnosi nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive, oltre che dei comportamenti di dipendenza in cui non vi è assunzione di sostanze (gioco d'azzardo, videogiochi, internet,...), è un processo che può essere limitato alla semplice misurazione qualitativa e quantitativa della dipendenza o, invece, può riferirsi ad una valutazione più complessiva ed articolata, che comprenda i molteplici elementi che entrano in gioco nei comportamenti di dipendenza (addiction), come le componenti biologiche, quelle psicologiche e relazionali ed i pattern comportamentali. Attraverso un processo, che prevede l'utilizzo di diversi strumenti di rilevazione, è possibile raggiungere la costruzione della diagnosi (inclusione o esclusione tipologica, misurazione dei costituenti e delle variabili) e l'individuazione della prognosi e del trattamento riabilitativo adeguato (efficace) (Consoli, 2001).

In particolare, anche sulla base di un'elaborazione per la definizione di Linee Guida Evidence Based Medicine per il trattamento riabilitativo della dipendenza da oppiacei, viene ritenuto necessario che l'assessment diagnostico abbia i seguenti obiettivi:

- individuazione della categoria di sostanza psicoattiva, della modalità e della frequenza d'uso e dei pattern comportamentali patologici relativi alla dipendenza, ma non correlati all'assunzione delle sostanze psicoattive,
- misurazione del craving,
- misurazione della tolleranza,
- descrizione dei disturbi biologici e psicosociali preesistenti, coesistenti o conseguenti,
- inclusione o esclusione tassonomica (tipologica o dimensionale),
- inquadramento prognostico,
- indicazione del trattamento, con specifica congruità tra definizione diagnostica ed intervento (Consoli, 2001).

Il processo di conoscenza, che è alla base della diagnosi, consente di effettuare una elaborazione ed una sintesi delle informazioni raccolte, che possono successivamente essere collocate in un quadro "tossicomano" che facilita sia i percorsi del trattamento riabilitativo e della loro valutazione che quelli di studio e di ricerca. Le possibili impostazioni classificative sono quella tipologica (profili eziologici, sintomatologici, prognostici e terapeutici), quella dimensionale (qualità e dimensioni delle categorie) e quella mista (inclusione tipologica fondamentale ed articolazione dimensionale di variabili) (Consoli, 2001).

Nel setting di valutazione diagnostica nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive, l'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici è fondamentale, come sono centrali il colloquio clinico e le informazioni derivanti dalla relazione clinico-paziente e dalle interazioni con la famiglia ed il contesto socioambientale. L'utilizzo degli strumenti psicodiagnostici è attuato secondo una precisa indicazione diagnostica, all'interno di un modello flessibile, somministrato da clinici attenti e preparati, nel rispetto della relazione con il paziente ed avendo presente la lettura contestuale dei risultati (Lucchini e Strepparola, 2001).

Questa modalità di gestione è necessaria per controllare alcuni aspetti critici, come la scarsa competenza professionale dell'esaminatore, una comunicazione inadeguata tra esaminatore e paziente, l'intrusività nella vita privata dell'individuo (specie per i test proiettivi) ed una classificazione rigida, inflessibile e permanente dei pazienti (Pedrabissi, 1997; Lucchini e Strepparola, 2001).

Gli strumenti psicodiagnostici sono una delle fonti di informazione utili alla comprensione del paziente, considerando la situazione del testing come un incontro di relazione tra esaminatore e paziente, con la consapevolezza che "una cosa sono le informazioni che i test danno circa alcune funzioni psicologiche umane, altra cosa è la conoscenza globale di quella complessa realtà psico-fisica-sociale che è l'uomo" (Pedrabissi, 1997).

Gli strumenti psicodiagnostici hanno una funzione fondamentale all'interno dell'assessment completo ed integrato del dipendente da sostanze psicoattive, che necessita di una descrizione completa della sua sintomatologia, dei suoi disturbi e della sua personalità, come condizione preliminare dell'individuazione di un trattamento riabilitativo personalizzato (Lucchini e Strepparola, 2001).

Nell'assessment di disturbi patologici complessi, come la dipendenza da sostanze psicoattive, è necessario utilizzare una serie di strumenti diagnostici per indagare molteplici dimensioni:

- organizzazione della personalità,
- livello di funzionalità globale,
- maturità dell'Io,
- psicopatologia presente nell'infanzia,
- gestione della sfera affettiva e controllo degli impulsi,
- meccanismi di difesa prevalenti,
- qualità dei processi intellettivi

(Lucchini e Strepparola, 2001).

Il processo diagnostico deve essere aperto e flessibile e nell'assessment diagnostico per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive vengono distinti tre gruppi di strumenti: strumenti di screening, di diagnosi e di valutazione del trattamento (Lehman, 1989; Carey, 1998).

Pertanto, è auspicabile un assessment globale, che preveda l'utilizzo contemporaneo di più strumenti per favorire la validità convergente, con una valutazione delle proprietà psicometriche degli strumenti e con un'attenzione all'applicazione degli stessi, a supporto ed integrazione della valutazione clinica nei confronti di una popolazione "patologica" con elevata eterogeneità (Bignamini e Coll., 2002a).

Gli strumenti utilizzati per realizzare le procedure di assessment in ambito psicologico e psicopatologico sono:

1. Il colloquio clinico che serve:

- alla specificazione del problema/disturbo,
- alla ridefinizione del problema/disturbo,
- alla verifica della motivazione a collaborare da parte del paziente,
- alla valutazione dell'andamento e dell'esito del trattamento (follow-up).

2. Questionari, scale di valutazione, interviste strutturate e test psicologici che servono per:

- avere una misurazione di base di determinate abilità o disabilità,
- avere un campione di risposte del paziente in determinate circostanze (sintomi, comportamenti,...),
- svolgere la verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento (follow-up)

(Lang, 1989).

Le informazioni raccolte consentono una definizione di ogni aspetto del problema/disturbo e delle variabili in gioco, in modo da poter avere una rappresentazione di base del comportamento problematico/patologico prima del trattamento e di poter verificare i cambiamenti dello stesso, mediante opportune misurazioni delle risposte emesse (esito/outcome), dopo l'attuazione del trattamento.

Nel trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive la valutazione psicodiagnostica è un aspetto di un processo di valutazione diagnostica complesso, articolato, multidimensionale e dinamico che integra le diverse professionalità dell'équipe curante del Servizio (medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, infermieri ed altri operatori) e che consente di rilevare vari aspetti del paziente dipendente:

- neurobiologici, tossicologici e medici,
- psicologici e psicopatologici,
- sociali

(Schottenfeld, 1998; Gerra, 1998a, b, c; De Battisti e Coll., 2000; Ball, 2001a, b; Lucchini e Strepparola, 2001; Bignamini e Coll., 2002a).

Si sviluppa in itinere (diagnosi "dinamica") secondo due fasi diagnostiche standard (diagnosi di I° e di II° livello) ed una fase di approfondimento, prettamente psicologica, specifica per ogni paziente. Le valutazioni diagnostiche di I° ed II° livello, svolte consecutivamente, corrispondono a due livelli di valutazione qualitativamente diversi, per complessità e profondità ed intendono perseguire obiettivi clinici e riabilitativi diversificati. Il I° livello diagnostico si prefigge la valutazione dello stato tossicologico, medico e della condizione socioambientale e legale, l'individuazione di eventuali disturbi psicopatologici e la definizione della diagnosi di dipendenza, l'indicazione del livello di gravità complessiva e la motivazione al trattamento, per individuare l'ipotesi del trattamento riabilitativo integrato personalizzato. Il II° livello ha per obiettivi la descrizione della personalità del paziente, la rilevazione di disturbi psichiatrici e di personalità concomitanti all'abuso delle sostanze psicoattive al fine di identificare il trattamento riabilitativo integrato più adeguato alle caratteristiche di personalità del paziente ed alla gravità dei disturbi psichiatrici e di personalità. La diagnosi di I° livello è svolta prima del trattamento di disintossicazione o della stabilizzazione del trattamento di mantenimento, mentre la diagnosi di II° livello è attuata a 2-3 mesi di compenso

psicobiologico e/o astinenza dalle sostanze psicoattive, quando è possibile un quadro valutativo stabile e più realistico dell'area tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, comportamentale, relazionale, sociale e legale del paziente (Cifelli e Coll., 2003; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea, 2004).

La valutazione multidimensionale del paziente e del suo trattamento riabilitativo, organizzato per fasi, con obiettivi parziali e verifiche ad ogni fase, è, quindi, basata su osservazioni multiple e inizia dal reclutamento del paziente; permette di descrivere la classificazione e la stadiazione, cioè la gravità clinica (gravità della dipendenza, della comorbilità psichiatrica e medica, della situazione familiare e sociale e del danno bio-psico-sociale e socio-ambientale), che sono fondamentali per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del percorso terapeutico personalizzato (mediante farmaci razionali, counselling psicologico e/o psicoterapia, supporto psichiatrico, gestione familiare, interventi di assistenza, di riabilitazione e reinserimento sociale) (Schuckit, 1998; Gerra, 1998a, b,c; Rounsaville, 2001; Pantaloni, 2001a,b; Serpelloni e Simeoni, 2002).

La valutazione multidimensionale del paziente prosegue per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità significativa (follow-up) ed anche dopo il termine del trattamento (le indicazioni della letteratura attuale si riferiscono ad un periodo fino a 3-5 anni dopo la sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive), in quanto la valutazione è una premessa fondamentale per la verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo integrato e per evitare i rischi della ricaduta (Schuckit, 1998; Gerra c,d,e, 1998; Rounsaville, 2001; Pantaloni, 2001a, b; Rounsaville, 2001a, b, c; Serpelloni e Starace, 1996, 2003; Serpelloni e Simeoni, 2002; Serpelloni e Bosco, 2002; Manzato e Fea, 2004).

Gli strumenti psicodiagnostici

Gli strumenti psicodiagnostici sono somministrati secondo tempi prestabiliti, pur rispettando le caratteristiche del paziente. E' utile definire una batteria standard, che, anche se non esaustiva, permette di rilevare principalmente i seguenti aspetti: valutazione della motivazione al trattamento (MAC/E/A); valutazione della gravità complessiva (ASI, VGF, VGFR, SVFSL e CGI); rilevazione di sintomi e di disturbi psicopatologici (Wang, CIWA-AR, Craving VAS, HDRS, STAI, STAXI, SCL 90, MMPI 2 e SCID P), descrizione della personalità (SCL 90, MMPI 2, SCID II, CBA 2.0, TCI, Rorschach, TAT e Scala del Funzionamento Difensivo) e descrizione della dimensione relazionale affettiva nei legami familiari (VGFR e FRT) (Tabb. 1, 2).

Tab. 1 Tempi medi di somministrazione, di elaborazione e di restituzione degli strumenti psicodiagnostici

Test	Tempo di somministrazione	Tempo di codifica/elaborazione	Tempo di restituzione	Tempi Totali
MAC/E/A	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
ASI	1.30 ora	20 min.	1 ora	2.50 ore
VGf	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
VGFR	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
SVFSL	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
CGI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
HDRS	20 min.	10 min.	1 ora	1.30 ora
STAI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
STAXI	20 min.	20 min	1 ora	1.40 ora
MMPI 2	2 ore	1.30 ore	1 ora	4.30 ore
SCID P	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
SCID II	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
TCI	1 ora	40 min	1 ora	2.40 ore
RORSCHACH	1.30	2.00	1 ora	4.30 ore
TAT	2.00	2.00	1 ora	5.00 ore
WAIS-R	2.00	30 min	1 ora	3.30 ore
FRT	1 ora	45 min	1 ora	2.45 ore
CBA 2.0	45 min.	1 ora	1 ora	2.45 ore
SCL 90	15 min	30 min	1 ora	1.45 ora

Tab. 2 Temporizzazione diagnosi di I° e di II° livello e di follow-up

Diagnosi Follow-up	Tempi (ore/min)
Diagnosi I° Livello	9 ore
Diagnosi II° Livello	11 ore
Follow- up 1° mese	3.30 ore
Follow- up 3° mese	3.30 ore
Follow- up 6° mese	4 ore
Follow- up 12° mese	5.30 ore
Follow- up 18° mese	3.30 ore
Follow- up 24° mese	10 ore

L'assessment diagnostico permette di definire la gravità clinica (dipendenza, comorbidità psichiatrica e comorbidità medica), quella familiare e quella sociale, fondamentali per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del trattamento riabilitativo personalizzato. La gravità clinica secondo la classificazione del DSM IV può essere: lieve, moderata e grave. Questa classificazione può essere utilizzata per la dipendenza e per la comorbidità psichiatrica e medica associata ed anche per la situazione familiare e sociale (Cifelli e Coll., 2003; Manzato e Coll., 2003; Manzato e Fea,

2004).La definizione della gravità è costruita con la valutazione clinica e con gli strumenti psicodiagnostici, senza dimenticare però le tecniche strumentali (Tabb. 3,4,5).

Tab.3 Gravità della dipendenza

GRAVITÀ CLINICA SECONDO IL DSM IV			
ASSE I	LIEVE	MODERATO	GRAVE
ASSE II	LIEVE	MODERATO	GRAVE

GRAVITÀ CON STRUMENTI			
STRUMENTI	PUNTEGGIO/DESCRIZIONE GRAVITÀ		
	LIEVE	MODERATO	GRAVE
MAC/E/A	Determinazione	Contemplazione	Precontemplazione
ASI	2-3	4-5	6-9
ASI Abuso di Droghe	2-3	4-5	6-9
ASI Abuso di Alcol	2-3	4-5	6-9
VGf	61-80	51-60	50
VGFR	61-80	41-60	40
SVFSL	61-80	41-60	40
CGI	2-3	4	5-7

Tab.4 Gravità della comorbidità psichiatrica

GRAVITÀ CLINICA SECONDO IL DSM IV			
ASSE I	LIEVE	MODERATO	GRAVE
ASSE II	LIEVE	MODERATO	GRAVE
GRAVITÀ CLINICA STRUTTURALE			
LIEVE	MODERATO	GRAVE	
STRUTTURA NEVROTICA	STRUTTURA AL LIMITE	STRUTTURA PSICOTICA	
GRAVITÀ CON STRUMENTI			
STRUMENTI	PUNTEGGIO/DESCRIZIONE GRAVITÀ		
	LIEVE	MODERATO	GRAVE
ASI	Problemi Psichiatrici	2-3	4-5 6-9
SCL 90	1,5	1,5-2	2-2,5
HDRS	8-17	18-24	25
STAI	20	21-50	51-80
STAXI	75	75-90	>90
MMPI 2	56-65	66-75	76
TCI	Correlazione con disturbi di asse I ed ii di gravità moderata		Correlazione con disturbi di asse I ed ii di gravità grave
SCID P	Disturbo lieve	Disturbo moderato	Disturbo grave
SCID II	Disturbo lieve	Disturbo moderato	Disturbo grave
Scala Funzionamento	· Livello delle inibizioni	· Livello di distorsione	· Livello di distorsione
Scala Funzionamento Difensivo		· Livello delle inibizioni mentali	· Livello di
distorsione lieve dell'immagine			
· Livello del disconoscimento		· Livello di distorsione grave dell'immagine	
· Livello dell'azione			
· Livello della sregolatezza difensiva			

Tab.5 Gravità della situazione familiare e sociale

GRAVITÀ CLINICA SECONDO IL DSM IV			
ASSE I	LIEVE	MODERATO	GRAVE
GRAVITÀ CON STRUMENTI			
STRUMENTI	PUNTEGGIO/DESCRIZIONE GRAVITÀ		
	LIEVE	MODERATO	GRAVE
ASI Problemi Familiari/Sociali		2/3	4/5 6/9
FRT	Conflittualità occasionale con perdita dell'equilibrio familiare	Conflittualità prevalente con perdita sostanziale dell'equilibrio familiare	Conflittualità manifesta e mancanza di equilibrio familiare
VGFR	61-80	41-60	40
SVFSL	61-80	41-60	40

La valutazione iniziale, che è fondamentale per la scelta e la pianificazione del trattamento riabilitativo e per la definizione della sua intensità assistenziale, deve essere mantenuta con periodicità significativa per tutta la durata del trattamento, in quanto è fondamentale per il management (governo) del trattamento (Manzato e Fea, 2004).

Specificatamente per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica va indagata in tutti i dipendenti da sostanze psicoattive, va stabilita la sua primarietà o secondarietà rispetto ai comportamenti d'abuso, va stabilita la sua presenza nelle fasi di astinenza e va stabilito il suo impatto nella storia clinica d'abuso e nella risposta al trattamento riabilitativo; riguardo alla comorbidità psichiatrica depongono a favore della sua presenza, l'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici e di personalità precedenti all'abuso, l'anamnesi positiva durante le fasi di astensione e la familiarità positiva (Lehman e Coll., 1989, 2000; Gabbard, 1995a, 2002; Bocalon e Vendramin, 1996; Liftik, 1997; Nace, 1997; Gerra, 1998b; Schottenfeld, 1998; Schuckit, 1998; Salloum e Coll., 2000a; Ball, 2001b; Pantaloni, 2001a; Rounsaville, 2001b; Krauss, 2001; Aguglia e Spazzapan, 2001; Bignamini e Coll., 2002a, b).

I diversi tipi di trattamento, per poter essere attivati in modo corretto al fine di raggiungere i risultati previsti, devono essere applicati in pazienti preventivamente selezionati; pertanto ogni tipo di trattamento ha dei criteri di inclusione che ne determinano il grado di accessibilità. I criteri che condizionano la scelta del tipo di trattamento, oltre agli aspetti clinici della dipendenza e della comorbidità psichiatrica ed a quelli familiari e sociali, sono da una parte la ricettività/possibilità al cambiamento del paziente in quel determinato momento (stadio del cambiamento, fase della storia clinica) e dall'altro il grado di accessibilità del trattamento. Ogni trattamento ha una soglia di selezione dei pazienti ed, in base all'intensità della stessa, è possibile definire un'intensità a bassa, media ed alta soglia. Le caratteristiche dei trattamenti (grado di accettazione/motivazione del paziente, necessità di sospensione della sostanza psicoattiva, obiettivi e tempi di realizzazione del programma, setting e contratto terapeutico) sono diversificate a seconda delle tre soglie. Inoltre, il percorso terapeutico del paziente deve prevedere stadi successivi con obiettivi intermedi, corrispondenti alla sua modificazione clinica (grado di ricettività/potenzialità al cambiamento, grado di percezione dei bisogni, compenso psicobiologico ed adeguamento sociale) ed alle caratteristiche degli ambienti terapeutici (ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali) (Serpelloni e Starace, 1996, 2003).

Per sviluppare il percorso terapeutico nelle diverse soglie e nei differenti ambienti terapeutici, è necessario seguire tre principi decisionali:

- per l'inserimento in ogni livello di intervento devono essere rispettati i criteri di inclusione ed esclusione,
- ogni livello di intervento è finalizzato al raggiungimento di obiettivi superiori,
- in caso di fallimento di un livello di intervento, il paziente deve essere inserito in una soglia più bassa (Serpelloni e Starace, 1996, 2003).

In riferimento alla gravità clinica è possibile ipotizzare dei trattamenti di diversa intensità assistenziale, che è determinata dalla tipologia degli interventi e delle prestazioni rese e degli operatori delle équipes pluriprofessionali curanti che vengono coinvolti (numero e tipo di professionisti). Trattamenti di intensità bassa, media o alta possono corrispondere al trattamento ambulatoriale e territoriale (trattamento farmacologico per la dipendenza, monitoraggio tossicologico e counselling individuale, a cui possono essere aggiunti come ulteriore grado di "peso", trattamento psicofarmacologico, counselling familiare, gruppo di auto-aiuto, psicoterapia individuale o di gruppo e reinserimento lavorativo), trattamento semiresidenziale e trattamento residenziale (comunità educativa e di vita, comunità terapeutica o comunità per doppia diagnosi) (Serpelloni e Starace, 1996, 2003; Manzato e Fea, 2004).

I SERVIZI ISTITUZIONALI, LE STRUTTURE RIABILITATIVE DEL PRIVATO SOCIALE E LA COMORBILITÀ PSICHIATRICA

Negli ultimi anni, la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive sembra aver acquisito, anche come termine di "doppia diagnosi", i caratteri di una "parola chiave" che evidenzia l'evoluzione culturale e scientifica del settore delle dipendenze, ma che richiama anche alcuni punti critici irrisolti, relativi all'integrazione degli operatori, dei Servizi Socio Sanitari Pubblici (SerT, Dipartimento di Salute Mentale,...) e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale, che costituiscono il Sistema delle Dipendenze. Infatti, il termine comorbidità psichiatrica, oltre a rimandare alla correlazione tra gli effetti delle sostanze psicoattive ed i disturbi psichiatrici ed all'eziologia stessa dei disturbi da uso di sostanze psicoattive, solleva la necessità della corretta integrazione culturale, organizzativa e gestionale tra i SerT ed i Servizi di Salute Mentale in quanto, per un problema istituzionale, nella realtà italiana il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive è stato ed è separato da quello della malattia mentale. Questa integrazione istituzionale, che attualmente è un nodo irrisolto, è spesso complicata da rivalità, conflittualità, sfiducia ed accuse reciproche tra i due Servizi Istituzionali, con il conseguente peggioramento della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti ed alle loro famiglie. Pertanto, per migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo efficiente delle risorse dei Servizi Istituzionali, risulta necessario il chiarimento di questi problemi istituzionali collegati al "concetto" della comorbidità psichiatrica (Biondi e Dimauro, 2001).

La necessità del trattamento riabilitativo dei pazienti con dipendenza da sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica ha favorito la specializzazione dei SerT nel processo dell'assistenza (diagnosi, trattamento farmacologico, riabilitazione,...). La corretta diagnosi psichiatrica nei pazienti che usano sostanze psicoattive è un'operazione indispensabile e complessa che deve tener conto della dimensione "diacronica". E', quindi, necessario un processo diagnostico accurato, gestito dall'équipe pluriprofessionale curante mediante un assessment multidisciplinare e dinamico, in quanto il quadro clinico non può essere descritto adeguatamente con un'osservazione puntiforme, ma deve essere verificato nel tempo, tenendo presente che la relazione che lega la dipendenza da sostanze psicoattive ed il disturbo psichiatrico può essere di vario tipo. L'uso acuto o cronico delle sostanze psicoattive può provocare sintomi psicopatologici che possono simulare quasi tutti i disturbi psichiatrici. Il disturbo psichiatrico può essere conseguenza della sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive. Le sostanze psicoattive possono accelerare lo sviluppo, riaccutizzare o peggiorare un disturbo psichiatrico e/o di personalità. L'uso delle sostanze psicoattive può essere motivato dal desiderio di attenuare gli effetti indesiderati degli psicofarmaci utilizzati per combattere il disturbo psichiatrico. L'uso delle sostanze psicoattive può essere conseguenza di un disturbo psichiatrico e/o di personalità (autoterapia). Infine, il decorso dell'uso delle sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico possono essere paralleli e la causalità del tutto indipendente. La comorbidità psichiatrica è copresente con una prevalenza consistente nei pazienti in trattamento riabilitativo presso i SerT e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale, sia come disturbi di Asse I del DSM IV che di Asse II. (Woody e Coll., 1985a; Lehman e Coll., 1989, 2000; Gabbard, 1995a; Bocalon e Vendramin, 1996; Maremmani e Coll., 1999, 2001a; Biondi e Dimauro, 2001; Ball, 2001b; Rounsaville, 2001b; Pantaloni, 2001a; Aguglia e Spazzapan, 2001; Pancheri, 2002).

La comorbidità psichiatrica ha un significato operativo specialmente per quei pazienti che, per tipologia e per gravità del disturbo psichiatrico, necessitano contemporaneamente del trattamento del SerT e del Servizio di Salute Mentale, che sono, però, istituzionalmente separati. La separazione esistente tra i Dipartimenti di Salute Mentale ed i Dipartimenti per le Dipendenze si è creata con la nascita dei SerT (Servizi per le Tossicodipendenze) avvenuta in circostanze storiche e politiche particolari (L. 685/1975, L.162/1990 e D.M.444/1990) e con compiti istituzionali diversi rispetto ai Servizi di Salute Mentale (L.180/1978); questa separazione rappresenta una modalità scissa di affrontare il problema della salute mentale. Oltre alla separazione istituzionale/legislativa si è verificata anche una separazione clinica, culturale ed organizzativa. La prima ha determinato l'abbandono da parte della Psichiatria Istituzionale e degli psichiatri dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive ritenuti di competenza dei soli clinici del settore delle dipendenze, che, però, sono parzialmente sprovvisti di strumenti diagnostici psicopatologici propri della Psichiatria

Istituzionale. La seconda ha delineato due concezioni diverse e contrapposte, quella della cultura psichiatrica basata su un riduttivismo medico patologizzante e psicofarmacologico e quella della cultura delle dipendenze con una concezione psicosociale della dipendenza da sostanze psicoattive come comportamento deviante, conseguenza di problematiche sociali e di culture giovanili, con risposte basate su trattamenti farmacologici sostitutivi o trattamenti contenitivi ed educativo-riabilitativi, attuati da Comunità Terapeutiche, che si contrapponevano ad ogni definizione clinica e psicopatologica. La terza ha configurato due mondi sottoposti a sistemi di riconoscimento istituzionale, di finanziamento, di gestione e di valutazione completamente indipendenti (Rigliano, 2003a, b).

La non convergenza nell'operatività dei due Servizi Istituzionali comporta, però, una serie di difficoltà organizzative e gestionali, alcune delle quali sono connesse all'oggetto del trattamento, altre più generali sono collegate ai differenti percorsi storici ed alle differenze culturali di linguaggio e di formazione. Questi ultimi aspetti, in particolare rappresentano parte dello schema di riferimento (cultura), cioè "l'insieme di conoscenze ed atteggiamenti che ogni persona ha nella propria mente e con cui lavora in relazione con il mondo e con se stesso" che sono una serie di elementi cognitivi ed affettivi solo parzialmente coscienti (Pichon-Riviere e Coll., 1981).

La non convergenza della cultura tra i due Servizi Istituzionali, provoca malintesi che, insieme alle difficoltà ed alle ansie sollevate dal contatto con i disturbi psichiatrici, ostacolano la corretta comunicazione e, talvolta, causano conflittualità difficilmente sanabili. Questo problema culturale, organizzativo e gestionale può essere affrontato mediante lo sviluppo di una cultura condivisa (conoscenze e linguaggio comuni relativi agli aspetti neurobiologici, farmacologici, psicologici, psichiatrici, assistenziali, diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici), che si ottiene con il confronto quotidiano, anche se faticoso, e mediante percorsi di formazione e supervisione comuni e gruppi di lavoro interservizi per la costruzione di protocolli d'intesa ed operativi (Fischetti e Picciulin, 1992; Woody e Coll., 1994; Milesi e Clerici, 2000; Barile e Coll., 2000; Margaron, 2000; Biondi e Dimauro, 2001; Pani, 2001; Gerra, 2002; Bignamini e Coll., 2002; Torre, 2003; Miragoli, 2003; Rigliano, 2003a, b; Fea, 2003; Milesi e Coll., 2003).

La difficoltà della gestione terapeutica della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, che si manifesta nell'elaborazione della diagnosi, nella presa in carico, nell'attuazione del trattamento riabilitativo (abbandoni, ricadute, crisi psicopatologiche,...) e nell'integrazione dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale, non può essere liquidata come caratteristica specifica di questa tipologia di pazienti, ma necessita di un ampliamento delle possibilità terapeutiche, che sono obbligatoriamente collegate all'approfondimento delle conoscenze teoriche e metodologiche per affrontare questi problemi complessi, di cui i clinici si devono sentire responsabili, senza usare la scorciatoia di attribuire il fallimento terapeutico al paziente. Inoltre, è necessaria una riflessione continua sulla gestione terapeutica impiegata, in modo che questa non sia attuata in modo pedissequo ma, invece, venga sviluppata individualmente mediante la costruzione della relazione terapeutica con il dipendente da sostanze psicoattive. Per ottenere e mantenere la qualità di questa gestione terapeutica è necessaria una cultura condivisa, basata sulle conoscenze dell'origine biopsicosociale della dipendenza da sostanze psicoattive e sviluppata mediante la formazione e la supervisione comuni per gli operatori del Sistema di Assistenza, mediante protocolli d'intesa ed operativi e collaborazione continuativa (Woody e Coll., 1994; Milesi e Clerici, 2000; Biondi e Dimauro, 2001; Hinnenthal e Coll., 2001; Torre, 2003; Rigliano, 2003a, b; Milesi e Coll., 2003).

Pertanto, l'integrazione dei trattamenti riabilitativi passa attraverso la cultura dell'integrazione che, però, è sempre difficile, in quanto è legata a diversi fattori: conoscenze, linguaggi, obiettivi istituzionali e metodologie di trattamento differenti. L'assenza dell'integrazione, invece, produce malintesi relativi agli scopi, agli obiettivi, alle tecniche di trattamento ed alle collaborazioni all'interno del Sistema di Assistenza dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (Sistema delle Dipendenze). Le équipes pluriprofessionali curanti devono essere in grado di integrare le competenze nei settori della dipendenza da sostanze

psicoattive e della psichiatria e ciò è attuabile, anche, mediante la formazione e la supervisione comuni. Numerosi sono gli elementi che dovrebbero essere approfonditi nella formazione e nella supervisione: la relazione con il paziente (clinico /operatore come strumento terapeutico), il setting flessibile ("laboratorio relazionale" di modelli relazionali adattivi), il trattamento riabilitativo personalizzato (fasi terapeutiche ed obiettivi flessibili e personalizzati), il percorso di trattamento (consapevolezza della gravità del disturbo psicopatologico, dell'intensità e della continuità assistenziale come catena di strutture: SerT, Servizio di Salute Mentale e Strutture Riabilitative del Privato Sociale Territoriali e Residenziali), il lavoro di rete (rete del Sistema di Assistenza e reti territoriali naturali), la condivisione degli obiettivi terapeutici (integrazione della gestione terapeutica tra équipe pluriprofessionali, Strutture Riabilitative, paziente e famiglia), l'utilizzo di trattamenti farmacologici per la dipendenza e di psicofarmaci, la cultura della valutazione (verifica dell'efficienza e dell'efficacia terapeutica), l'esplicitazione del Servizio (immagine e prefigurazione dei modelli di trattamento riabilitativo integrato), il lavoro di équipe, l'appropriatezza degli invii ed il mandato terapeutico alle Strutture Riabilitative (contrattualità e collaborazione negoziata tra i soggetti del Sistema di Assistenza) (Miragoli, 2003).

Attualmente i SerT ed i Servizi di Salute Mentale attuano nel territorio due offerte terapeutiche apparentemente ben distinte, tuttavia solo una parte dei pazienti che afferiscono ai Servizi è chiaramente definibile in base al tipo di problema/disturbo presentato. Esiste, infatti, una quota significativa di pazienti che, per il tipo di manifestazione sintomatologica e comportamentale e per il decorso, può presentare alternativamente le caratteristiche di pazienti del SerT o del Servizio di Salute Mentale; inoltre, alcuni pazienti presentano disturbi di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati da un solo Servizio. Come conseguenza, pertanto, esiste una zona di sovrapposizione tra i pazienti dei due Servizi Istituzionali, un'interfaccia non ben definita, portatrice di problemi di appartenenza e di competenza, da cui nasce una non chiarezza dei limiti di responsabilità, degli obblighi istituzionali e del ruolo di collaborazione, che diventa terreno di conflitto. Infatti, di fronte a pazienti difficili e gravi, come i dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica, si innesca il meccanismo dello scarico della responsabilità, con tentativi di attribuire la competenza del trattamento riabilitativo non tanto sulla base delle necessità del paziente, quanto piuttosto nel tentativo, più o meno consapevole ed esplicito, di evitare la presa in carico secondo il modello dell' "abbandono" (criterio di esclusione della competenza professionale di Servizio), del "ping-pong" (rimando da un Servizio all'altro per priorità terapeutica) e dell' "assegnazione" (definizione arbitraria o consensuale senza un pensiero terapeutico che definisce la logica e la gestione terapeutica) (Biondi e Dimauro, 2001; Rigliano, 2003a, b).

Il trattamento riabilitativo dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica, equivale, anche, a misurarsi con situazioni che si collocano sulla linea di confine istituzionale, per cui è necessario effettuare un lavoro di definizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi Istituzionali coinvolti. La responsabilità del trattamento riabilitativo, quando esiste un coinvolgimento multiplo, non può rimanere indefinita come nel caso della collaborazione generica secondo il modello della "consulenza esterna" (consulenza singola o continua e strutturata), ma dovrebbe almeno essere definita secondo il modello della "partecipazione" (partecipazione strutturata dello psichiatra nel SerT o del clinico delle dipendenze nel Servizio di Salute Mentale). Un Servizio si assume la responsabilità prevalente del caso e quindi il ruolo di garante dello svolgimento del trattamento riabilitativo, mentre l'altro Servizio viene attivato su richiesta in qualità di consulente. Il Servizio responsabile è titolare del trattamento riabilitativo e della sua gestione terapeutica ed un clinico del Servizio stesso assume la funzione di manager del caso, mentre il Servizio consulente è responsabile nel proprio ambito di consulenza relativo alla diagnosi ed al trattamento ed ha un ruolo più limitato. Questi ruoli e funzioni sono però complementari e possono essere ridefiniti anche in riferimento alla specifica situazione locale ed alle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del SerT (Biondi e Dimauro, 2001; Gerra, 2002; Fea, 2003; Cataldini, 2003; Rigliano, 2003a, b).

Per una collaborazione fattiva, pertanto, risulta necessario un rispetto reciproco ed un riconoscimento dei ruoli e delle funzioni. Nel richiedere la consulenza è utile esplicitare la richiesta (diagnosi, trattamento,...), ma si deve rispettare il modo in cui tale intervento sarà effettuato; per questo la collaborazione riesce più facile se i Servizi Istituzionali lavorano almeno secondo il modello della "comunicazione", in difetto dei modelli di "compartecipazione" o di "condivisione", ed hanno una conoscenza reciproca ed una consolidata prassi di comunicazione corretta, di collaborazione e di negoziazione sui pazienti in trattamento riabilitativo. Inoltre, quando il primo contatto con il paziente è già avvenuto, per richiesta spontanea o per l'invio da parte di un medico di medicina generale, ma non appare opportuna una prosecuzione con la presa in carico da parte di un Servizio, è necessario fare in modo che si giunga alla presa in carico definitiva, evitando atteggiamenti espulsivi tipo "non è di nostra competenza...", mentre è estremamente utile per il paziente, facilitare la presa in carico definitiva attuando una funzione di mediazione (accompagnamento) fino a passaggio avvenuto (Biondi e Dimauro, 2001; Rigliano, 2003a, b).

La difficoltà della gestione terapeutica dei SerT è stata amplificata dalla comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, che ha evidenziato anche i limiti dell'integrazione del Sistema di Assistenza. I dipendenti da sostanze psicoattive, con comorbilità psichiatrica associata, più difficili e gravi, presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale (difficoltà relazionali, economiche, sociali e conflittualità sociali e lavorative, con percezione del benessere soggettivo e della soddisfazione personale più bassi, "carico" oggettivo e soggettivo familiare come emotività espressa, impegno disfunzionale di risorse ed utilizzo improprio di Servizi quali Unità Operative Ospedaliere e di Emergenza Medica -Pronto Soccorso, Sistema Penale e Carcere,...), una scarsa compliance terapeutica ed una debole alleanza con il terapeuta; sono non collaboranti ed oppositivi, hanno caratteristiche da "porta girevole", un maggior rischio di abbandono precoce, di frequenti ricadute ed un alto margine di fallimento terapeutico; infine, presentano sia un incremento delle difficoltà di gestione terapeutica a causa della contemporanea presa in carico da parte di più Servizi sia un maggior rischio di ricovero ospedaliero. L'evidenza di questi limiti, come tentativi frustranti di trattamento riabilitativo ed i frequenti burn-out nell'équipe pluriprofessionale curante, di necessità, spingono verso un nuovo modello organizzativo basato sull'integrazione culturale, organizzativa e gestionale, che permetta lo sviluppo di Servizi di "trattamento ibrido", caratterizzati dalla specializzazione nei due settori della dipendenza da sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico, dall'accessibilità vera (risposta all'urgenza), dalla disponibilità (formazione dei clinici) e dalla capacità effettiva di erogare trattamenti diversificati, flessibili ed adeguati ai diversi bisogni dei pazienti. Inoltre, per arrivare all'integrazione organizzativa e gestionale tra i SerT ed i Servizi di Salute Mentale, che si concretizzi in un protocollo terapeutico congiunto sulle modalità di presa in carico, sull'assunzione di responsabilità del trattamento riabilitativo e sull'integrazione gestionale, è necessaria una convergenza culturale negoziata, da parte dei clinici del Sistema delle Dipendenze e di quello Psichiatrico, sull'interpretazione dei presupposti alla base dei "concetti" della dipendenza da sostanze psicoattive, della psicopatologia e della comorbilità psichiatrica, rendendoli chiari ed espliciti, affinché ne derivi una prassi coerente e quotidiana che si evidenzia nella diagnosi, nel trattamento riabilitativo e nella valutazione dell'andamento e dell'esito di quest'ultimo. Questa integrazione, oltre che con percorsi di formazione e supervisione comuni, si può concretizzare con l'attivazione di équipe interservizi specificatamente impegnate nella diagnosi e nel trattamento riabilitativo dei pazienti comorbili, che condividano una articolata esperienza clinica ed una riflessione teorica, mediante l'accordo tra i responsabili delle Unità Operative e con protocolli d'intesa ed operativi, ma anche e soprattutto, mediante una prassi consolidata di collaborazione continuativa (non occasionale) e di comunicazione corretta sui pazienti in trattamento riabilitativo. Oltretutto, la continuità della presa in carico globale è un fattore importante per la compliance e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti d'abuso che nei disturbi psichiatrici e di personalità (Osher e Kofoed, 1989; Lehman e Coll., 1989, 2000; Alfs e McLellan, 1992; Albanese e Coll., 1994; Havassy ed Arns,

1998; Ridgely e Coll., 1998; Milesi e Clerici, 2000; Clerici e Coll., 2000; Bignamini e Coll., 2002c, d; Rigliano, 2003a, b; Milesi e Coll., 2003).

È necessaria pertanto una Rete di servizi ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Crisi e Comunità Terapeutica Residenziale per "Doppia Diagnosi"), che dovrebbe essere gestita da "una" équipe pluriprofessionale curante di clinici esperti in ambedue i settori della dipendenza da sostanze psicoattive e della psichiatria, che secondo il modello della "condivisione" (équipe dedicata, stabile, e riconosciuta istituzionalmente, in quanto investita di un progetto, di competenze e di responsabilità) possa salvaguardare la continuità assistenziale dei dipendenti da sostanze psicoattive comorbili, attuando programmi riabilitativi fondati non solo su una diagnosi psichiatrica nosografica (DSM IV), ma sulla connessione tra la peculiare esperienza di sofferenza ed i trattamenti dei Servizi preposti secondo un "pensiero terapeutico" caratterizzato da logica e da gestione terapeutica (Milesi e Clerici, 2000; Clerici e Coll., 2000; Rigliano, 2003a, b).

"Una" équipe dedicata, non singoli operatori, si configura, inoltre, come una "struttura organizzativa" che può sviluppare un'esperienza, un sapere, una formazione ed una supervisione, che può elaborare modelli di trattamento riabilitativo e che può valutare i risultati e, quindi, riflette continuamente sulla logica, sui criteri per agire, sulle tecniche terapeutiche e sulla valutazione stessa (Milesi e Clerici, 2000; Clerici e Coll., 2000; Rigliano, 2003a, b).

All'interno del Sistema delle Dipendenze è opportuno che anche le Comunità Terapeutiche si adattino alla complessità dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica e potenzino la "caratterizzazione terapeutica" per contrastare l'alto rischio di ricaduta sia nel disturbo da uso di sostanze psicoattive che nel disturbo psichiatrico e la "carriera" di cronicità. Per l'integrazione culturale, organizzativa e gestionale devono essere sviluppati i seguenti punti fondamentali:

- approfondimento diagnostico multidimensionale e dinamico mediante un assessment specifico,
- accoppiamento tra la diagnosi multidimensionale e dinamica ed il trattamento riabilitativo specifico (personalizzato, flessibile, accessibile e di lunga durata),
- definizione degli obiettivi e delle priorità del trattamento riabilitativo secondo un modello progressivo gerarchico (Modello Stadiale),
- sperimentazione di nuove tecniche terapeutiche in funzione delle esigenze emergenti e delle tipologie dei pazienti,
- miglioramento qualitativo del Servizio verso la specializzazione e l'integrazione,
- sviluppo del lavoro di rete del Sistema delle Dipendenze e degli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici e del Privato Sociale,
- sviluppo di una reale integrazione a livello culturale, formativo, clinico ed organizzativo tra le molteplici professionalità, tra i differenti approcci terapeutici e tra i diversi Servizi

(Milesi e Clerici, 2000; Clerici e Coll., 2000; Milesi e Coll., 2003).

IL PROGRAMMA PER LA COMORBILITÀ PSICHIATRICA

Per impostare un trattamento riabilitativo per i dipendenti da sostanze psicoattive e comorbilità psichiatrica associata, che sia efficace e rispondente ai bisogni complessi ed ai vincoli relativi al rapporto costi-benefici, è necessaria una diagnosi accurata, non sempre facile, per la necessità di distinguere in fase acuta la comorbilità vera (disturbi psichiatrici primari) da quella spuria (disturbi psichiatrici indotti dall'uso delle sostanze psicoattive). Infatti, la relazione fra l'uso delle sostanze psicoattive ed i disturbi psichiatrici è diversificata (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Milesi e Clerici, 2000; Biondi e Dimauro, 2001).

La primarietà del disturbo psichiatrico è evidenziata da alcuni criteri: criterio di causalità (categoria di sostanza psicoattiva, pattern comportamentale, storia di assunzione come dose, frequenza,

contesto, funzionalità ricercata e significato attribuito dal paziente definiscono il rapporto intercorrente), criterio di autonomia (disturbo psichiatrico presente durante il periodo di astinenza), criterio temporale (disturbo psichiatrico precedente l'inizio del comportamento d'abuso), criterio dell'espressività sintomatologica (disturbo psichiatrico evidente anche in presenza di uso della sostanza psicoattiva) e criterio della familiarità (storia familiare di disturbi psichiatrici evidente nella valutazione diagnostica). La secondarietà del disturbo psichiatrico, come disturbo indotto, è evidenziata dalla riduzione o dalla remissione completa dei sintomi psicopatologici alla sospensione della sostanza psicoattiva, con l'unica eccezione rappresentata dalla presenza di danni organici permanenti, che si instaurano gradualmente nel corso di mesi o di anni di abuso continuo. I disturbi psichiatrici più frequentemente associati con i disturbi da uso di sostanze psicoattive sono: disturbi d'ansia, da attacchi di panico ed alcoldipendenza, disturbi depressivi, depressione maggiore ed abuso di cocaina, schizofrenia ed abuso di sostanze ed alcoldipendenza ed, infine, disturbi di personalità borderline ed antisociale e poliabuso. Inoltre non è raro trovare pazienti con più di due disturbi copresenti. Relativamente alla copresenza dei due disturbi è necessario considerare che devono essere valutate la gravità, la cronicità ed il grado di compromissione funzionale sia del disturbo da uso di sostanze psicoattive che del disturbo psichiatrico (Maremmani e Coll., 1999, 2001a; Aguglia e Spazzapan, 2001; Rigliano, 2003a, b).

La comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive determina una maggiore gravità e tendenza alla cronicizzazione delle problematiche tossicologiche, mediche, psicologiche e sociali rispetto alla condizione della sola dipendenza da sostanze psicoattive; inoltre, predispone sia alla ricaduta nell'uso delle sostanze psicoattive, con ulteriore scompenso del disturbo psichiatrico, che alla riacutizzazione del disturbo psichiatrico con predisposizione al nuovo uso di sostanze psicoattive. Nei pazienti con comorbilità psichiatrica il decorso del disturbo è più lungo, la disabilità sociale più grave, il numero degli episodi acuti è maggiore, la riabilitazione è più lenta e difficile e la durata del trattamento è più lunga, con conseguenti maggiori costi sociali (Maremmani e Coll., 1999, 2001a; Johnson, 2000).

In presenza di comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze psicoattive, la relazione clinico-paziente è spesso difficile e confusa ed ostacolata, oltre che dai problemi propri del paziente, legati all'uso delle sostanze psicoattive ed al disturbo psichiatrico, da problemi culturali ed ambientali (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Clerici e Coll., 2000).

Analogamente alla diversificazione del trattamento dei disturbi psichiatrici presente nel Sistema Psichiatrico, il Sistema delle Dipendenze prevede una varietà di tecniche terapeutiche per il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive, che comprende la disintossicazione, la stabilizzazione, la riabilitazione ed il mantenimento con farmaci agonisti, la comunità terapeutica diurna e residenziale, la psicoterapia e l'intervento di auto aiuto ed il reinserimento sociale. Come i Servizi di Salute Mentale, anche i SerT sono costituiti da un'équipe pluriprofessionale con medici, tossicologi, psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri e figure professionali accessorie, con diversi gradi di esperienza e specializzazione. L'approccio biopsicosociale multidisciplinare, rappresenta il punto di forza dei SerT e dei Dipartimenti delle Dipendenze. Tra i clinici del Sistema delle Dipendenze, però, esiste una conoscenza limitata della psichiatria e della psicofarmacologia ed, in parte, si è creduto che la maggioranza degli psicofarmaci fossero psicoattivi o potenzialmente in grado di produrre dipendenza, con un conseguente atteggiamento di evitamento della prescrizione di qualsiasi psicofarmaco, anche in relazione al fatto che tra le sostanze psicoattive d'abuso sono compresi psicofarmaci di uso comune come le benzodiazepine. In molti SerT, però, vi sono clinici esperti sia nella psichiatria che nell'uso degli psicofarmaci. La presenza della comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive rende necessario un bilanciamento ed un'integrazione tra i trattamenti psicologici, educativi e sociali e l'uso corretto degli psicofarmaci che non inducano dipendenza, in quanto non utilizzare gli psicofarmaci per questi pazienti comporta problemi di adesione al trattamento riabilitativo, con abbandoni precoci ed aumenta il rischio di ricaduta nell'uso delle sostanze psicoattive, con un

decorso più lungo del disturbo, con disabilità sociale più grave e con conseguenti maggiori costi sociali (Maremmani e Coll., 1999, 2001a).

I modelli di trattamento riabilitativo per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive sono tre: Trattamento Seriale, Parallelo ed integrato (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Bignamini e Coll., 2002c).

Il Trattamento Seriale è il modello di trattamento riabilitativo più antico e più comune (Ries, 1993). Prevede il trattamento distinto, non simultaneo e sequenziale del disturbo psichiatrico e del disturbo da uso di sostanze psicoattive. Secondo alcuni autori il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive va sempre considerato preferenziale, mentre il trattamento psichiatrico può essere intrapreso solo quando si è instaurato un regime di astensione dalla sostanza psicoattiva d'abuso. Secondo altri autori si può dare avvio al trattamento psichiatrico prima che avvenga la sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive e si inizi il trattamento della dipendenza. Altri autori, ancora, ritengono che la gravità dei sintomi al momento dell'ingresso in trattamento dovrebbe indirizzare verso la scelta di priorità del trattamento. Il Trattamento Parallelo prevede il simultaneo trattamento del disturbo psichiatrico e di quello dell'uso di sostanze psicoattive (Ries 1993). Sia il Trattamento Parallelo che quello Seriale riguardano l'impiego di programmi preesistenti; l'assistenza psichiatrica è gestita da clinici esperti nei disturbi psichiatrici, il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive è attuato da parte di clinici esperti in questo settore, con diversi gradi di collaborazione ed integrazione. Entrambi i trattamenti sono attuati in due sedi differenti e da due équipe pluriprofessionali curanti separate, però, il Trattamento Parallelo prevede un maggior numero di clinici coinvolti e rappresenta il primo tentativo di collaborazione tra i due Servizi Istituzionali. Il Trattamento Integrato è un approccio che combina gli elementi del trattamento del disturbo psichiatrico e di quello dell'uso di sostanze psicoattive in un programma integrato, destinato a pazienti con comorbidità psichiatrica. Impiega clinici esperti in entrambi i settori ed un approccio unificato al management del caso per seguire e trattare i pazienti nel corso delle varie riacutizzazioni, sia del disturbo psichiatrico che di quello dell'uso di sostanze psicoattive. Inoltre il trattamento di entrambi i disturbi è attuato in un'unica struttura appositamente organizzata e da "una" équipe pluriprofessionale curante. Il Trattamento Integrato è adatto a pazienti con forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e forme di dipendenza non stabilizzata. La presenza di clinici esperti nei due settori permette l'attuazione del trattamento riabilitativo più adeguato per i bisogni del paziente, mediante psicofarmaci, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo ed altre tecniche terapeutiche. I deficit significativi a livello comunicativo, comportamentale e relazionale sono presi in considerazione nel trattamento integrato, che può essere attivato, anche, per i pazienti cronici, in trattamento di mantenimento con i farmaci agonisti metadone o buprenorfina o acido gamma idrossibutirrico, per stabilizzare i sintomi psichiatrici (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Bignamini e Coll., 2002c).

Tutti e tre i modelli presentano vantaggi e svantaggi. L'adeguatezza di un modello di trattamento riabilitativo per ogni singolo caso è condizionata dalle diverse associazioni dei disturbi in comorbidità, dalla gravità dei sintomi psicopatologici e dalla compromissione psichica e sociale. Il Trattamento Seriale è più adatto per i pazienti con disturbi psichiatrici che non compromettono eccessivamente lo stato mentale o per i pazienti con disturbi moderati o lievi di uso di sostanze psicoattive (Ries, 1993). Il Trattamento Seriale è sconsigliato per i pazienti con disturbi psicotici, anche se trattati, in quanto le difficoltà di comunicazione, di comportamento e di relazione conseguenti alle disfunzioni del funzionamento psichico ostacolano l'inserimento nei trattamenti riabilitativi tradizionali (Ries, 1993). Il Trattamento Parallelo è più appropriato per i pazienti con un disturbo più grave ed un disturbo concomitante attenuato; inoltre è più idoneo per pazienti con disturbi psicotici o dell'umore o di uso di sostanze psicoattive stabilizzati, cioè nella gestione a lungo termine dei casi non acuti; nelle forme acute di dipendenza e di disturbo psichiatrico invece è sconsigliato ed è necessario un trattamento intensivo non frammentato in due ambienti separati (Ries, 1993). Tra le cause di mancanza di compliance nel Trattamento Parallelo viene evidenziata la carenza di collegamento tra i due Servizi Istituzionali, che sono sia separati logisticamente che

fondati su culture e filosofie diverse o addirittura contrastanti, cosicché i due programmi di trattamento, indipendenti, spesso danno indicazioni terapeutiche diverse o conflittuali; inoltre, spesso i Sistemi di Assistenza differiscono per i regolamenti interni e gli aspetti finanziari (Miner e Coll., 1997). Il Trattamento Integrato è adatto per pazienti con forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e con forme di dipendenza non stabilizzata (Ries, 1993). La presenza di clinici esperti nei due settori permette l'attuazione del trattamento riabilitativo più adeguato mediante management del caso, psicofarmaci, counselling, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo ed altre tecniche terapeutiche. I deficit significativi a livello comunicativo, comportamentale e relazionale sono presi in considerazione nel Trattamento Integrato. Il trattamento può anche essere attuato per stabilizzare i sintomi psichiatrici nei pazienti cronici in trattamento di mantenimento con metadone o buprenorfina o acido gamma idrossibutirrico. Il Trattamento Integrato è basato sulla continuità da parte del manager del caso, esperto sia nel disturbo psichiatrico che nell'abuso delle sostanze psicoattive; tutte le tecniche terapeutiche sono rese disponibili per il paziente durante le fasi di malattia e del trattamento riabilitativo che si susseguono, secondo un'ottica di personalizzazione del programma (Maremmanni e Coll., 1999, 2001a, 2002; Bignamini e Coll., 2002c).

Nell'ambito del trattamento riabilitativo integrato sono stati organizzati diversi modelli di programmi riabilitativi, suddivisi in stadi (Modello Stadiale) secondo le diverse fasi di malattia e di riabilitazione che i pazienti attraversano e basati su un approccio multidisciplinare che permette la presa in carico globale del paziente nei suoi diversi aspetti di vita.

Un primo modello ha definito un'articolazione in quattro fasi: coinvolgimento, persuasione, trattamento attivo e prevenzione delle recidive, con una preliminare stabilizzazione in ambito ospedaliero dei sintomi da dipendenza e psichiatrici. Gli obiettivi del trattamento riabilitativo sono individuati tenendo presente la variabilità individuale nella capacità di stabilire l'alleanza terapeutica e nel rischio di ricaduta. In ogni fase le tecniche terapeutiche sono costituite da: management del caso, trattamento con psicofarmaci, trattamento di disintossicazione, controllo tossicologico e trattamento di gruppo (Osher e Kofoed, 1989).

Un secondo modello è composto da quattro fasi: disintossicazione, stabilizzazione, coinvolgimento e riabilitazione (Minkoff, 1989).

Un terzo modello ha caldeggiato l'integrazione e la continuità del trattamento riabilitativo: counselling, psicoterapia, trattamento farmacologico, terapia d'ambiente, trattamento residenziale e coordinamento del personale; sottolineando anche i migliori esiti per i pazienti con gravità psichiatrica alta e con disturbo antisociale di personalità associato a depressione e la correlazione dell'esito con le caratteristiche del terapeuta (capacità nella relazione d'aiuto e nell'applicazione di tecniche specifiche). Inoltre è stata evidenziata la necessità della selezione e della formazione specifica del personale che deve essere costituito da "una" équipe pluriprofessionale curante (Woody e Coll., 1994).

Un quarto modello ha confermato la possibilità di mantenere tecniche terapeutiche e strumenti validi per altri disturbi, ma integrati all'interno di un trattamento riabilitativo coerente. Il trattamento proposto è basato su quattro fasi: ospedalizzazione e diagnosi per stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica; motivazione all'astinenza, trattamento del disturbo psichiatrico e sviluppo di prospettive future; intensificazione degli interventi precedenti e, infine, inserimento lavorativo (Backman e Coll., 1997a, b).

Un quinto modello multidisciplinare e gestito da un'unica organizzazione è basato sulla presa in carico globale del paziente e da un insieme di tecniche terapeutiche: management del caso intensivo, trattamento farmacologico, psicoeducazione, intervento comportamentale, apprendimento di competenze, prevenzione delle ricadute e riduzione del danno (Tsuang e Coll., 1997).

Un sesto modello ha proposto la costituzione di un Servizio Integrato con un trattamento riabilitativo basato sulla collaborazione e sul forte coordinamento tra Servizi e sul lavoro di rete, con invii da un Servizio all'altro, con valutazione congiunta del caso e con formazione comune (Ridgely e Coll., 1998).

Alla luce dei risultati ottenuti da diversi studi clinici, sono state indicate le linee guida, con individuazione dei principi terapeutici condivisi per il trattamento riabilitativo integrato della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive:

- modello integrato,
- flessibilità e specializzazione dei clinici,
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche,
- lavoro di rete,
- riconoscimento delle esigenze della persona,
- approccio globale alla persona,
- approccio assertivo al cliente,
- stabilità abitativa,
- trattamento a lungo termine (progetto terapeutico con mini obiettivi),
- trattamento stadiale centrato sulla persona (coinvolgimento, motivazione dell'astinenza, trattamento attivo per l'astinenza e per la prevenzione delle ricadute con preventiva stabilizzazione)

(Mercer e Coll., 1998).

Inoltre, sono state sottolineate alcune necessità :

- ottimismo (mantenere la speranza sul lungo termine),
- prevenzione dell'ansia,
- focalizzazione sulla fiducia, sulla comprensione e sull'apprendimento (alleanza terapeutica piuttosto che critica e confronto),
- riduzione del danno (piuttosto che l'astinenza immediata),
- incontri con la famiglia ed a domicilio,
- trattamento di auto aiuto,
- valutazione delle necessità psicopatologiche e psicofarmacologiche

(Mercer e Coll., 1998).

Infine, da una revisione della letteratura scientifica sull'efficacia del trattamento riabilitativo integrato per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, sono emerse le seguenti caratteristiche:

- unico trattamento terapeutico globale e stadiale a lungo termine,
- unica équipe terapeutica, con clinici esperti nella dipendenza da sostanze psicoattive e nel disturbo psichiatrico,
- interventi centrati su misura sulla persona,
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche comprendenti: management del caso, interventi motivazionali, trattamento farmacologico, approccio assertivo, interventi gruppali e counselling familiare ed individuale

(Drake e Coll., 1993, 1998; Drake e Mueser, 2000).

L'approccio del management del caso è stato sviluppato, recentemente, in considerazione del fatto che molti dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e psichiatrici sono riluttanti o incapaci di avvalersi dei Servizi Socio Sanitari presenti nella comunità e rappresenta un aiuto per inserire e mantenere in trattamento riabilitativo i pazienti che afferiscono ai Servizi Socio Sanitari e per attenuare le conseguenze negative derivanti dall'abbandono del trattamento (scompenso psicopatologico, disabilità ed emarginazione sociale, stato di abbandono, ricovero in Unità Operative Ospedaliere o Strutture Riabilitative,...). Il manager del caso ha il compito di promuovere l'accettazione del trattamento riabilitativo da parte dei pazienti in scompenso psicobiologico e poco motivati, che lo rifiutano e di ridurre al minimo le conseguenze del mancato trattamento; deve inoltre sviluppare le premesse al trattamento riabilitativo della dipendenza da sostanze psicoattive. I dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata devono essere seguiti in modo globale per il disturbo da uso di sostanze psicoattive e per quello psichiatrico secondo le tecniche operative, nei tempi e nelle situazioni più adeguate ai loro bisogni.

Questi pazienti richiedono in prima istanza un approccio diverso per promuoverne l'adesione al trattamento riabilitativo. È opportuno dilazionare il confronto soprattutto con i pazienti confusi o psicotici o bipolari, che lo tollerano solo in una fase più avanzata, dopo il compenso dei sintomi psicopatologici e l'avvio del trattamento riabilitativo (Maremmani e Coll., 1999, 2001a; Hall e Coll., 2003).

La tecnica del management del caso (managed care) si è rivelata efficace nel mantenere l'equilibrio tra qualità e costi; essa è specifica dell'assistenza continuativa (a lungo termine) nel territorio di casi complessi, è un processo integrato di definizione, implementazione, monitoraggio, valutazione e revisione di un trattamento composito, finalizzato all'individuazione ed al soddisfacimento più adeguato dei bisogni "unici" dei pazienti. È applicabile alla gestione dei pazienti gravi e difficili, che richiedono l'integrazione di più risorse e differenti competenze per fornire prestazioni coordinate, qualitative ed economiche rispondenti ai bisogni personalizzati. Il manager del caso, responsabile del progetto terapeutico, mediante adeguati interventi di coordinamento per fronteggiare l'eventuale frammentazione, costruisce una rete tra professionisti, Servizi Socio Sanitari e Strutture Riabilitative del Privato Sociale per soddisfare i bisogni complessi (medici, psicologici, sociali, legali,...) dei pazienti (Durrell e Coll., 1993; Hemming e Yellowlees, 1997; McNeese-Smith, 1998; Bignamini e Coll., 2002c, d; Milesi e Coll., 2003).

Gli aspetti salienti della tecnica del management del caso sono:

- approccio terapeutico individualizzato, a causa della eterogeneità dei pazienti,
- formazione comune tra i clinici del settore psichiatrico e delle dipendenze,
- definizione degli obiettivi terapeutici (stabilizzazione dei sintomi, produzione di cambiamenti, prevenzione delle ricadute,...),
- misurazione in itinere dei cambiamenti,
- intercambiabilità dei ruoli e delle funzioni dei clinici (da terapeuta a manager del caso),
- interventi basati sulla competenza,
- garanzia del trattamento integrato,
- collaborazione tra i clinici del settore psichiatrico e delle dipendenze,
- sviluppo della rete di sostegno familiare,
- gestione dell'ansia e dell'ostilità da parte dei clinici,
- necessità della garanzia degli aspetti etici del trattamento,
- necessaria integrazione dei Servizi a partire dalle filosofie, dalle politiche e dalle modalità operative (condivisione dei presupposti di base, esplicitazione dei principi fondamentali del lavoro clinico e confronto con altri tipi di trattamento integrato)

(Hendrickson e Coll., 1999).

Sono stati sottolineati i seguenti vantaggi a livello clinico, organizzativo ed economico:

- aumento della compliance,
- aumento del coinvolgimento del paziente,
- aumento dei risultati positivi,
- riduzione dell'uso delle sostanze psicoattive e dei disturbi psichiatrici,
- riduzione dell'ospedalizzazione,
- riduzione dei costi di gestione

(Hemming e Yellowlees, 1997; McNeese-Smith, 1998; Jerrel e Ridgely, 1999; Hipwell e Coll., 2000).

Sono state individuate le seguenti azioni in un programma specifico per problemi legali, rivolto a dipendenti da sostanze psicoattive con "doppia diagnosi":

- screening ed assessment, valutazione ed analisi delle caratteristiche dei pazienti da includere nel programma (gravità del problema, storia sociale, fattori di rischio e problematiche legali),

- progettazione, pianificazione degli specifici bisogni, delle attività da realizzare da parte del paziente e dei corrispondenti interventi per il soddisfacimento dei bisogni stessi,
- rete, collegamenti di rete necessari alla realizzazione del trattamento,
- monitoraggio, verifica periodica del processo di lavoro col paziente mediante il raggiungimento di specifici obiettivi,
- servizi legali,
- ricerca di abitazione, risorsa stabile per il reinserimento sociale,
- training comportamentale, azioni educative e di addestramento di specifiche abilità per la vita quotidiana (gestione del denaro),
- supporto, interventi di counselling e problem solving relativamente alle relazioni con la famiglia di origine e l'ambiente sociale,
- trasporto, trasferimenti per difficoltà di mezzi di trasporto,
- servizi con le autorità, comunicazione e supporto con le autorità legali

(Goodley e Coll., 2000).

Sono stati sottolineati i risultati positivi ottenuti mediante la riduzione dei problemi legali, la remissione dei sintomi, il miglioramento della qualità della vita e la soddisfazione per i servizi ricevuti, evidenziando che il trattamento riabilitativo, con la tecnica del management del caso, di questi pazienti con comorbilità psichiatrica e disturbi da uso di sostanze psicoattive, rispetto a sporadici controlli, comporta un costo minore per la società, sia in termini diretti (costo del trattamento vs. costi degli arresti, dei processi e delle carcerazioni) che indiretti per una riduzione dell'attività criminosa (Godley e Coll., 2000).

Anche alcuni autori italiani hanno sottolineato l'opportunità del trattamento riabilitativo integrato ed hanno elaborato delle linee guida che suggeriscono come il trattamento integrato sia multimodale, flessibile e con diverse strategie, in quanto i dipendenti da sostanze psicoattive con "doppia diagnosi" hanno difficoltà ad adattarsi a programmi poco flessibili e non adeguati ai loro bisogni terapeutici, ed inoltre sottolineano l'opportunità di offrire una serie di tecniche terapeutiche differenti e non una sola tipologia di trattamento riabilitativo. Queste linee guida per la gestione terapeutica, suggeriscono la creazione di un network fra SerT, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche facenti parte del Sistema di Assistenza del Pubblico e del Privato Sociale, caldeggiando una formazione specifica al fine di una competenza integrata e descrivono la tipologia delle tecniche terapeutiche necessarie: management intensivo del caso, motivazione per promuovere l'astensione dalle sostanze psicoattive, trattamento farmacologico per la dipendenza e per il disturbo psichiatrico, counselling individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, training per le abilità sociali ed intervento sulla famiglia (Clerici e Carrà, 1997; Milesi e Clerici, 2000).

Successivamente queste linee guida, da una revisione della letteratura scientifica, sono state ulteriormente perfezionate; è stata riconfermata la necessità del network tra Servizi Socio Sanitari Pubblici e Strutture Riabilitative del Privato Sociale e della formazione specifica (competenza integrata sui possibili trattamenti, conoscenze farmacologiche e preparazione al lavoro di équipe); è stata suggerita la necessità dell'attenzione per la soddisfazione soggettiva dei pazienti ed è stato ritenuto necessario l'aumento della tipologia dei trattamenti (individuali, di gruppo, familiari, di auto aiuto, educativi ed assistenziali) e della loro accessibilità, con scelta privilegiata per i trattamenti ambulatoriali compatibilmente alle indicazioni cliniche (con il mantenimento del livello qualitativo e con la riduzione dei costi) e con centralizzazione dell'organizzazione (managed care) che ha dimostrato di mantenere l'equilibrio tra la qualità ed i costi. È stato previsto un percorso specifico: diagnosi con un assessment completo, progettazione dell'intervento a lungo termine con obiettivi intermedi (Modello Stadiale), integrazione delle tecniche terapeutiche con moduli di trattamento, valutazione dei risultati mediante indicatori di outcome e strumenti specifici, rivalutazione periodica dei programmi con introduzione di cambiamenti e standardizzazione. Inoltre, sono state individuate quattro fasi del trattamento riabilitativo integrato: ingaggio (costruzione della fiducia terapeutica nel paziente, essenziale per la compliance al trattamento

mediante la consapevolezza dei problemi e la motivazione al cambiamento ed il coinvolgimento della famiglia), educazione ai problemi (identificazione e gestione dei problemi, sviluppo delle capacità di coping ed educazione alle regole del programma), trattamento attivo (motivazione all'astensione, tecniche terapeutiche diversificate e follow - up a breve ed a lungo termine) e prevenzione delle ricadute (terapia di gruppo, gruppo di auto aiuto,). Infine, sono state proposte le tecniche terapeutiche del trattamento riabilitativo integrato centrate sulle condizioni cliniche del paziente:

- pianificazione di un programma a lungo termine (Modello Stadiale),
- management intensivo del caso,
- trattamento farmacologico per stabilizzare i sintomi psichiatrici e di dipendenza,
- intervento psicoeducativo per il paziente e per la famiglia,
- intervento motivazionale per promuovere l'astinenza dalle sostanze psicoattive,
- counselling individuale, familiare e di gruppo,
- psicoterapia individuale (cognitivo-comportamentale, comportamentale, psicodinamica ed interpersonale),
- psicoterapia di gruppo (psicodinamica, interpersonale, interattiva, razionale-emotiva, gestaltica, psicodrammatica e sistemica),
- trattamento con gruppo di auto aiuto,
- training per lo sviluppo delle abilità sociali,
- intervento sulla famiglia (counselling, intervento psicoeducativo e terapia familiare),
- trattamento in day hospital e residenziale,
- interventi nell'ambiente di vita,
- valutazione del trattamento (interviste strutturate, monitoraggio dei metaboliti urinari, self-report sull'adattamento e sulla soddisfazione dei pazienti, questionari sulle relazioni familiari e dati sull'uso dei Servizi Socio Sanitari o del medico di medicina generale)

(Milesi e Clerici, 2000; Milesi e Coll., 2003).

Sono state indicate, anche, alcune avvertenze importanti: non riduzione dei costi a scapito della qualità (trattamento efficace a breve ma non a lungo termine), creazione di un network efficiente (senza eccesso di riunioni e di burocrazia), mantenimento della flessibilità nella standardizzazione, qualità del trattamento residenziale (incisività nella stabilizzazione), équipe terapeutica bilanciata (evitamento del palleggiamento dei problemi), progetto coerente (con affidamento in toto da parte del paziente all'équipe curante), intervento con la famiglia e non scoraggiamento per la mancanza di risultati a breve termine e per le ricadute (complessità e cronicità della situazione, discontinuità e frammentarietà del percorso terapeutico e miglioramento del funzionamento globale del paziente da considerare come un indice positivo) (Minkoff, 1989; Osher e Kofoeld, 1989; Durrell e Coll., 1993; Drake e Coll., 1993, 1998; Albanese e Coll., 1994; Dixon e Coll., 1995; Hemming e Yellowlees, 1997; McNeese-Smith, 1998; Havassy e Arns, 1998; Daley e Coll., 1998; Ho e Coll., 1999; Johnson, 2000; Milesi e Coll., 2003).

PROTOCOLLO D'INTESA SERT, SERVIZIO DI SALUTE MENTALE E COMUNITÀ TERAPEUTICA

Relativamente alla doppia diagnosi la Giunta Regionale del Veneto ha emanato la D.G.R n. 3745 del 5 dicembre 2003 " Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica ", sottolineando come la doppia diagnosi rappresenti attualmente la nuova problematica con cui gli operatori dei Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze debbono confrontarsi: infatti, da tempo si è notato un progressivo aumento dei pazienti che presentano problemi psichiatrici accanto alla dipendenza da

sostanze psicoattive ed all'alcoldipendenza, la complessità dei problemi riguardanti questa tipologia di pazienti rappresenta, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, l'attuazione di trattamenti integrati previa una precisa valutazione e classificazione dei singoli casi, anche in conformità all'elevata percentuale di drop-out.

Il termine doppia diagnosi è adattato per indicare pazienti che contestualmente manifestano problemi di dipendenza e disturbi psichiatrici di una certa importanza; infatti una semplice copresenza dei due disturbi non necessita di un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico. Il trattamento integrato, con la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi da parte di un'unica équipe pluriprofessionale curante specializzata e competente nel trattamento dei disturbi di dipendenza e nei disturbi psichiatrici, con una spiegazione e prescrizione terapeutica coerenti al paziente invece di un insieme di messaggi contraddittori di due diverse équipe curanti, sembra essere il modello più completo, in quanto i trattamenti effettuati in questa modalità di lavoro riducono i conflitti tra i curanti ed eliminano le difficoltà per i pazienti di seguire due programmi terapeutici.

Questo settore di intervento inoltre è particolarmente complesso, in quanto comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità assistenziale di più Servizi aprendo problemi di tipo etico e gestionale; il primo dei quali è quello della titolarità della presa in carico di questi pazienti, con responsabilità dell'attuazione dei percorsi terapeutico-assistenziali durante le diverse fasi del percorso di trattamento riabilitativo, per cui risulta indispensabile che a livello locale (Az. ULSS) venga adottato un Protocollo Operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale con l'obiettivo di permettere e facilitare la gestione operativa dei casi clinici che presentino rilevanti problematiche psicopatologiche associate ai comportamenti d'abuso. Il Protocollo Operativo deve stabilire:

- i modi dell'accertamento diagnostico e delle collaborazioni dei Servizi allo stesso,
- i tempi e le modalità di definizione dei programmi terapeutici, compresa la definizione del Servizio referente, del manager del caso e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per psicofarmaci,
- le modalità di gestione dell'urgenza compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera,
- la metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali,
- le modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali,
- le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali,
- i livelli di responsabilità all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze e dei Dipartimenti di Salute Mentale relativamente alle attività sopra elencate.

Specificatamente per quanto riguarda i pazienti inseriti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali, l'assistenza ordinaria (emergenza e gestione ordinaria) è di competenza dei Dipartimenti per le Dipendenze e di Salute Mentale del territorio di sede della Comunità Terapeutica, previa valutazione all'ingresso, intesa sull'adeguatezza del trattamento riabilitativo previsto da una Convenzione/Intesa tra Comunità Terapeutica, Dipartimento per le Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale.

Sono previsti inoltre un Gruppo di Lavoro Interdipartimentale per la verifica e l'applicazione del Protocollo Operativo ed un Gruppo di Lavoro Regionale per la verifica dell'applicazione delle Linee Guida Regionali del Protocollo Operativo.

I PUNTI CRITICI DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO

Sebbene esistano diversi modelli di trattamento riabilitativo della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, tutti rivelano dei punti critici per la buona riuscita dei programmi. I punti critici del trattamento riabilitativo riguardano il reclutamento, la continuità e la globalità del trattamento, le fasi del trattamento e la valutazione continua con l'aggiornamento della diagnosi e della gravità (Maremmanni e Coll., 1999, 2001a, 2002).

Il reclutamento è la fase in cui si favorisce la partecipazione del paziente al trattamento e può comprendere misure "di attrazione", come la messa a disposizione di cibo, di alloggio e di assistenza medica, la rimozione di eventuali ostacoli al trattamento e l'adeguamento ai bisogni individuali, come l'estensione dell'orario di apertura del Servizio alle ore serali. Il reclutamento può essere agevolato anche mediante l'attuazione di misure aggiuntive, correlate solo indirettamente (l'organizzazione di servizi di assistenza all'infanzia, di consulenza occupazionale e di gestione del tempo libero). Questa fase è, di solito, caratterizzata da difficoltà associate all'inserimento nel trattamento riabilitativo ed è un processo che ha come obiettivo il mantenimento in trattamento dei pazienti e l'aiuto a gestire i problemi che via via si presentano successivamente. Il reclutamento è caratterizzato da tre aspetti fondamentali: la relazione personalizzata con il paziente, la sua centratura sui bisogni individuali ed il suo mantenimento nel tempo. Con i dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata risulta opportuno adattare le tecniche di reclutamento alla natura, alla gravità ed al grado di compromissione tossicologica, psichica e sociale derivante dal "disturbo doppio". L'inserimento in trattamento riabilitativo di un paziente con un disturbo d'ansia, da attacchi di panico o con un disturbo depressivo richiede un approccio diverso rispetto ad un paziente con disturbo bipolare o schizofrenico e poliabuso. In casi difficili e gravi, come un disturbo psicotico o un comportamento violento, è possibile ricorrere a modalità di reclutamento coattive, come la disintossicazione o il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Milesi e Coll., 2003).

Nei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata sono fondamentali la continuità e la globalità del trattamento riabilitativo. Nel trattamento riabilitativo integrato, per molti pazienti si rendono necessari trattamenti diversi, anche in luoghi diversi, nel corso delle diverse fasi della storia clinica, e per questo motivo è opportuno un management del caso continuativo e globale con un trattamento del disturbo da uso delle sostanze psicoattive, un trattamento psichiatrico ed un programma psicosociale. Per dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica associata il Sistema di Assistenza deve prevedere nel suo complesso l'accesso sia ai trattamenti finalizzati alla sospensione dell'uso delle sostanze psicoattive, sia a quelli per i quali essa costituisce un prerequisito all'ingresso, sia infine ai trattamenti di mantenimento con farmaci agonisti degli oppiacei come metadone e buprenorfina o acido gamma idrossibutirrico, con i diversi livelli di assistenza (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002).

Altrettanto importante è la definizione delle tre fasi del trattamento: acuta, subacuta e cronica. Nella fase acuta (fenomeno ad esordio repentino) il compenso dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica comprende la gestione delle emergenze tossicologiche, mediche e psichiatriche (intossicazioni acute, crisi di astinenza, incidenti, malattie correlate, comportamenti suicidari, episodi aggressivi e di violenza, discontrollo degli impulsi e disturbi psicotici). Il compenso in fase acuta dei disturbi da uso di sostanze psicoattive inizia con la disintossicazione in regime di ricovero ospedaliero in caso di sintomatologia astinenziale significativa, in regime di day hospital (ambulatorio integrato) quando la sintomatologia astinenziale è moderata o lieve, ed infine, se si tratta di un'astinenza non fisica (craving), mediante i trattamenti di prevenzione della ricaduta farmacologici, educativi e psicosociali. Inoltre, il compenso in fase acuta può essere ottenuto con un'induzione ed una stabilizzazione più rapide del trattamento di mantenimento con metadone o con buprenorfina o con acido gamma idrossibutirrico, con una dose maggiore rispetto ai pazienti senza "doppia diagnosi". Nel caso di un paziente con sintomi psichiatrici che non si riesce a disintossicare ambulatorialmente è necessario proporre la disintossicazione in ambiente protetto, come una Unità Operativa Ospedaliera, con l'obiettivo di controllare la sintomatologia, che può, in quanto complicazione, essere pericolosa per il paziente e per i familiari. Di fronte ad un rifiuto di ricovero la proponibilità di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) non è correlata tanto allo stato di intossicazione ma, come per tutti gli altri disturbi psichiatrici, al grado di pericolosità per sé e per gli altri. Come alternativa si può tentare una disintossicazione in day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriale associando psicofarmaci e ponendo attenzione alle interazioni farmacologiche negative con le sostanze psicoattive, che si manifestano sia contrastando gli effetti

terapeutici che peggiorando gli effetti indesiderati. Il compenso in fase acuta del disturbo psichiatrico viene ottenuto di solito nei Servizi di Salute Mentale e nelle Unità Operative di Emergenza Medica (Pronto Soccorso) con trattamenti di impegno diverso. Il riscontro di un disturbo psicopatologico grave, psicotico, aggressivo, violento o incontrollato richiede il ricovero d'urgenza in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, mentre il trattamento di pazienti con sintomatologia meno grave può essere avviato in regime di day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriale. Nel caso di un paziente senza referenti o deteriorato socialmente è opportuno il ricovero in una Unità Operativa Ospedaliera o in una Struttura Riabilitativa o anche in una Struttura Istituzionale (servizi sociali comunali, agenzie territoriali,...) o l'invio a una Struttura di Volontariato (gruppo di auto aiuto) (Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Clerici e Coll., 2000; Gerra, 2002).

Per attuare il compenso in fase acuta dei pazienti con comorbilità psichiatrica è necessario che il Servizio sia in grado di compiere una diagnosi differenziale tra il disturbo da uso di sostanze psicoattive, quello psichiatrico e quello medico; inoltre il Servizio deve poter impostare trattamenti per disturbi di diversa gravità ed assicurare la disponibilità del trattamento di disintossicazione, del trattamento psichiatrico e per le altre problematiche psicosociali e garantire servizi a vari livelli di impegno. Inoltre, è necessario promuovere il coinvolgimento del paziente nel Sistema di Assistenza ed attivare collegamenti (Rete forte) con i diversi programmi del Sistema delle Dipendenze (Gerra, 1998b, e, 2001, 2002; Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Bignamini e Coll., 2002a, b, c).

Per quanto riguarda la fase subacuta (stadio evolutivo intermedio tra la fase acuta ed alternativamente la risoluzione o la cronicizzazione), nei dipendenti da sostanze psicoattive recentemente disintossicati, frequentemente, si manifestano malessere psicofisico, depressione, ansia ed insonnia, anche protratti per alcuni giorni o settimane ("sindrome di astinenza protratta"). Nei pazienti con comorbilità psichiatrica associata questa sintomatologia può essere interpretata sia come espressione subacuta di astinenza che come prodromi di ricaduta depressiva. Nonostante la fase subacuta non sia considerata un momento di crisi, in realtà, è necessario considerare questa sintomatologia di somatizzazione e depressiva e trattarla per non favorire l'aggravamento, lo scompenso e la riacutizzazione del disturbo da uso di sostanze psicoattive. Successivamente alla scomparsa della sintomatologia da intossicazione o da astinenza, sono opportuni un'ulteriore valutazione diagnostica (diagnosi di II° livello) ed un adeguato supporto educativo e psicosociale; in questa fase, inoltre, possono essere pianificati gli obiettivi e le soluzioni a medio o lungo termine con l'individuazione del trattamento riabilitativo integrato personalizzato (Gerra, 1998b, c, 2001, 2002; Maremmani e Coll., 1999, 2001a, b, 2002).

Per quanto riguarda la fase cronica (a lungo termine), la gestione del trattamento riabilitativo a medio o lungo termine è effettuata dai Servizi Socio Sanitari Pubblici e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale del Sistema delle Dipendenze che effettuano trattamenti di day hospital (ambulatorio integrato) o ambulatoriali o territoriali o semiresidenziali o residenziali. Il "peso" del trattamento riabilitativo (intensità assistenziale) dipende dalla gravità del disturbo e dalla motivazione al trattamento, come pure dalle risorse personali e della rete sociale. Nei casi più difficili e gravi, come la comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, si rivela essenziale il ruolo del manager del caso e l'attuazione di un trattamento riabilitativo integrato personalizzato coordinato (Rete forte) con il Sistema delle Dipendenze (Gerra, 1998b, c, 2001, 2002; Maremmani e Coll., 1999, 2001a, b, 2002).

IL TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO

Il trattamento psicofarmacologico per la comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive consigliato è simile a quello dei disturbi psichiatrici semplici, con alcune indicazioni specifiche, fondamentali per la gestione terapeutica e per la compliance al trattamento. Per una gestione terapeutica efficace e per una buona compliance al trattamento psicofarmacologico, è necessario utilizzare psicofarmaci, scegliendo secondo alcuni criteri, come la

mancanza di interazioni farmacologiche avverse ed effetti indesiderati, la monosomministrazione e la limitazione dell'uso delle benzodiazepine (BDZ) che presentano un potenziale d'abuso o di dipendenza (utilizzate per stare bene ed aumentare l'euforia e per produrre una sensazione piacevole di rilassamento), preferendo il buspirone o lo zolpidem o gli antipsicotici tipici o atipici perfenazina o aloperidolo o clotiapina o clozapina o olanzapina o risperidone o quetiapina o l'utilizzo degli antidepressivi mirtazapina o venlafaxina o i serotoninergici fluoxetina o paroxetina o sertralina o citalopram per l'implicazione del sistema serotoninergico nel meccanismo neurobiologico della dipendenza e di altri disturbi psicopatologici (disturbi depressivi e d'ansia, disturbi dell'alimentazione ed algici e disturbi della personalità), per le scarse interazioni farmacologiche avverse ed i minori effetti indesiderati e per la funzione anticraving nella dipendenza con disturbi depressivi, d'ansia, ossessivo-compulsivi e di fobia sociale. Sono indicati anche gli stabilizzatori dell'umore acido valproico o carbamazepina o gabapentin. Il trattamento psicofarmacologico per la comorbilità di personalità deve essere attuato mediante il trattamento dei disturbi di Asse I o, in loro assenza, mediante un approccio dimensionale; secondo questa metodologia il discontrollo affettivo è trattato con antidepressivi SSRI (fluoxetina o paroxetina o sertralina o citalopram) o SNRI (venlafaxina) o NASSA (mirtazapina) e con stabilizzatori dell'umore (acido valproico o carbamazepina o gabapentin), il discontrollo ansioso è trattato con benzodiazepine (clordemetildiazepam o alprazolam) o non benzodiazepine (buspirone) o con antidepressivi SSRI o SNRI o NASSA, il discontrollo impulsivo aggressivo è trattato con antipsicotici tipici o atipici a basse dosi o con antidepressivi SSRI o SNRI o stabilizzatori dell'umore, il discontrollo percettivo cognitivo è trattato con antipsicotici tipici o atipici a basse dosi (perfenazina o aloperidolo o clotiapina o clozapina o olanzapina o risperidone o quetiapina) (Woody e Coll., 1994; Pintus e Maggini, 1995; Shader e Coll., 1996; Ciraulo e Coll., 1996; Pies e Shader, 1996; Shader e Greenblatt, 1996; Shader, 1996a, b; Ellison e Shader, 1996; Garbutt e Coll., 1999; Maremmani e Coll., 1995, 1999, 2001c, d, e, f, 2002; Maremmani e Lamanna, 1999, 2001; Salloum e Coll., 2000b; Pacini e Maremmani, 2001; Bignamini e Coll., 2002e).

Il trattamento farmacologico per la dipendenza associato a quello per la comorbilità psichiatrica, seguendo alcune indicazioni specifiche permette il controllo dei fattori neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, astinenza e craving) e psicopatologici (comorbilità psichiatrica e di personalità), rafforza la motivazione e favorisce la permanenza attiva nei trattamenti riabilitativi psicosociali rivolti allo sviluppo delle potenzialità psicologiche e relazionali ed al cambiamento dello stile di vita, affinché il paziente possa gestire i comuni eventi stressanti e le situazioni a rischio della vita quotidiana (Aguglia e Coll., 1994; Kaplan e Sadock, 1997; Maremmani e Coll., 1999, 2002; Baldessarini e Cole, 1998; Gerra, 1998d; Gentile e Coll., 1998; Bignamini e Coll., 2002e; Mencacci e Doria, 2002).

Il trattamento farmacologico della dipendenza prevede un trattamento in fasi:

- I° fase, induzione e stabilizzazione per la remissione sintomatologica (1 mese)
- II° fase, mantenimento per la prevenzione della ricaduta (6-12 mesi)
- III° fase, sospensione dalla terapia (1 mese).
- In situazioni cliniche specifiche può essere prevista:
 - continuazione della fase di mantenimento per la prevenzione della ricaduta (1-2 anni)
 - terapia periodica nelle Situazioni ad Alto Rischio di ricaduta (1-3 mesi)

L'induzione e la sospensione sono graduali e vengono effettuate mediamente in 1 mese

Il trattamento farmacologico della dipendenza è attuato con una strategia personalizzata, concordata (consenso informato) e flessibile, mediante induzione graduale con basse dosi, mantenimento con dose minima efficace, monitoraggio regolare e prolungato, durata individualizzata e sospensione graduale. Inoltre è previsto un lavoro su aspetti importanti della gestione terapeutica e per favorire la compliance del paziente (minimizzazione o negazione del disturbo, informazioni sul piano terapeutico, regime terapeutico complesso con più farmaci ed in più somministrazioni giornaliere, coinvolgimento nel trattamento di più clinici, insoddisfazione per gli effetti indesiderati, mancanza di fiducia, insoddisfazione per il mancato beneficio correlato ad aspettative irrealistiche disattese e per

situazioni transferali/controtransferali della relazione medico-paziente, difficoltà finanziarie ed obblighi conflittuali di tempo), dell'ambiente sociale (conoscenze ed atteggiamento della famiglia e del gruppo sociale di riferimento verso il disturbo ed il farmaco) e dell'ambiente terapeutico (modalità di prescrizione, di somministrazione e di gestione del farmaco) e sulle possibili resistenze psicologiche al farmaco (farmaco come: oggetto di critica, sostituto alla condivisione, generatore di dipendenza, occasione di deresponsabilizzazione, rimedio onnipotente, prova di malattia organica, sostituto relazionale, veleno e sfida alla capacità del medico).

Il trattamento psicofarmacologico della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive ha alcuni punti critici relativi alla sua efficacia, che è opportuno valutare attentamente: il potenziale d'abuso, le interazioni farmacologiche avverse, il momento più opportuno d'inizio, la compliance, la resistenza e la collaborazione tra operatori del SerT e tra Servizi Socio Sanitari Pubblici e Strutture Riabilitative Private del Sistema delle Dipendenze (Woody e Coll., 1994; Aguglia e Coll., 1994; Kaplan e Sadock, 1997; Maremmani e Coll., 1999, 2001a, 2002; Baldessarini e Cole, 1998; Gerra, 1998d; Gentile e Coll., 1998; Bignamini e Coll., 2002e; Mencacci e Doria, 2002).

IL TRATTAMENTO PSICOSOCIALE

Il trattamento riabilitativo psicosociale, associato al trattamento farmacologico anticraving e con psicofarmaci, viene attuato mediante tecniche terapeutiche diversificate come counselling individuale e/o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto aiuto, inserimento in Cooperativa di lavoro ed inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale o Diurna (Kaufman, 1993; Woody e Coll., 1994; Pani, 1996; Serpelloni e Starace, 1996, 2003; Gerra, 1998e Maremmani e Coll., 1999; Galanter, 1998; Salloum e Coll., 2000c; Milesi e Clerici, 2000; Cibin e Coll., 2001; Milesi e Coll., 2003).

IL TRATTAMENTO COMBINATO FARMACOLOGICO E PSICOTERAPEUTICO

L'uso degli psicofarmaci in associazione con la psicoterapia, come pratica clinica molto comune ed in rapida espansione, è un aspetto della complessità presente nel trattamento riabilitativo integrato, che necessita di una gestione corretta per migliorare la qualità e l'efficacia del trattamento riabilitativo. Questa tecnica terapeutica combinata, definita "psicoterapia ad orientamento farmacoterapeutico", è basata sull'evidenza che il trattamento farmacologico aiuta a ridurre l'irritazione, l'ostilità e l'aggressività e migliora la comunicazione, le relazioni interpersonali e la partecipazione al processo psicoterapeutico, mentre la psicoterapia aiuta il paziente ad accettare lo psicofarmaco. Ciascuna delle due tecniche può aiutare l'altra, la psicoterapia aiuta il paziente ad accettare lo psicofarmaco, mentre il trattamento psicofarmacologico aiuta a superare la resistenza o a iniziare o a proseguire la psicoterapia. Secondo questa tecnica terapeutica l'efficacia del counselling, della psicoterapia individuale e di quella di gruppo è accresciuta dall'uso degli psicofarmaci (Karasu, 1982; Beitman e Klerman, 1991; Gabbard, 1995b; Kaplan e Sadock, 1997).

Il terapeuta psichiatra, oltre a gestire gli effetti terapeutici del farmaco, i suoi effetti indesiderati ed i progressi del paziente, deve lavorare in modo da integrare e sinergizzare le due tecniche terapeutiche. Il terapeuta psichiatra, oltre ad una approfondita preparazione in una o più tecniche psicoterapeutiche, deve possedere una estesa conoscenza della psicofarmacologia, riguardo alle indicazioni, alle controindicazioni, alla farmacodinamica, alla farmacocinetica, alle interazioni farmacologiche avverse ed agli effetti indesiderati di ciascun psicofarmaco, oltre alla posologia corretta ed al tempo di trattamento (Kaplan e Sadock, 1997).

Il terapeuta psichiatra deve "essere sicuro" e considerare i disturbi psichici come eventi biopsicosociali e non separare la psiche dal corpo; deve cioè avere un modello interpretativo unitario in cui il disturbo psicopatologico viene interpretato come un'interazione tra processi

biologici e psicologici (disturbo biopsicosociale) (Karasu, 1982; Gabbard, 1995b; Kaplan e Sadock, 1997).

Il terapeuta psichiatra, come in ogni tipo di trattamento psicoterapeutico, deve essere cosciente delle proprie emozioni, conscie ed inconscie (controtransfert). Deve essere consapevole della propria irritazione e rabbia di fronte al paziente che non segue il trattamento farmacologico prescritto, evitando un comportamento negativo (autoritario, minaccioso, punitivo o di rifiuto). Deve inoltre essere consapevole dei propri atteggiamenti psicologici nei confronti dei farmaci: eccessiva prescrizione di farmaci legata alla rabbia ed all'impotenza, induzione del senso di colpa nel paziente, collusione con la mancanza di compliance per dimostrare la gravità del paziente, tendenza al maltrattamento ed all'allontanamento del paziente, mancanza di empatia e paura che il paziente possa arrabbiarsi. Gli psicofarmaci non possono sostituire l'allenza terapeutica, non sono una scorciatoia terapeutica e non possono rimpiazzare il coinvolgimento intenso del terapeuta psichiatra che conduce la psicoterapia. È necessario evitare le prescrizioni farmacologiche "nichiliste", determinate dal non credere nella psicoterapia e nella motivazione del paziente, o le assenze di prescrizioni determinate dalla sopravvalutazione della psicoterapia o dalla sottovalutazione degli psicofarmaci. Ogni paziente deve essere valutato individualmente, considerando il rapporto rischio-beneficio in modo che l'individuo non venga punito, privato del trattamento adeguato o trattato in modo sbagliato. Nel caso di un disturbo da uso di sostanze psicoattive, di un disturbo borderline di personalità o di un rischio suicidario il trattamento con psicofarmaci è essenziale (Gabbard, 1995b, 2002; Kaplan e Sadock, 1997).

È importante che il terapeuta psichiatra abbia chiari, anche, gli aspetti del transfert del paziente che influenzano la compliance: il clinico è vissuto come autoritario o controllante, il clinico minaccia gli atteggiamenti di controdipendenza del paziente, il paziente avverte il clinico come una figura materna che avrà cura dei suoi bisogni e pertanto assume un'atteggiamento passivo, il paziente rifiuta l'aiuto per sconfiggere il clinico, il paziente sviluppa un transfert verso il farmaco ed, infine, il clinico è vissuto come eccessivamente arrendevole nella tecnica psicoterapeutica (Gabbard, 1995b; Kaplan e Sadock, 1997).

Il trattamento psicofarmacologico è più utilizzato nell'ambito della psicoterapia psicodinamica supportivo-espressiva, in quanto questo tipo di psicoterapia è associato all'offerta di consigli, alla guida terapeutica ed ad altri fattori relazionali, con minor difficoltà ad usare psicofarmaci sia per il terapeuta che per il paziente. Anche nella psicoterapia di gruppo l'uso associato di psicofarmaci può contribuire a ridurre il ritiro, l'isolamento, l'evitamento, la timidezza, l'ostilità ed altri sintomi psicopatologici, che interferiscono con le relazioni interpersonali e sociali, che sono fondamentali per la coesione, l'apprendimento interpersonale, l'attivazione della speranza, l'identificazione e per altri fattori terapeutici propri della psicoterapia di gruppo. Analogamente, il trattamento psicofarmacologico è utilizzato per aumentare l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale, di quello comportamentale e di quello interpersonale (Kaplan e Sadock, 1997).

Se persiste una resistenza al trattamento combinato, è opportuno che il terapeuta psichiatra consideri i fattori di resistenza alla compliance: malattia preferibile alla salute, punizione avvertita come meritata, malattia negata a causa della stigmatizzazione, identificazione inconscia con un familiare "malato" respinta e fattori psicologici prevalenti sugli effetti farmacologici. La compliance, cioè il grado di adesione alle raccomandazioni del clinico, aumenta quando la relazione terapeuta-paziente è positiva ed il rifiuto di assumere il farmaco può essere espressione di un transfert negativo, in quanto il paziente non riesce ad esprimere la sua ostilità direttamente al terapeuta, ma lo fa indirettamente, mediante la non compliance, mentre per il resto egli appare ben disposto e collaborativo (Gabbard, 1995b; Kaplan e Sadock, 1997).

È importante, anche, che il paziente conosca i segni ed i sintomi bersaglio che il farmaco riduce, la durata del trattamento farmacologico ed i suoi effetti indesiderati ed il piano terapeutico da seguire se il trattamento non avrà successo. È necessario che il terapeuta psichiatra fornisca più informazioni possibili, anche se alcuni disturbi psichiatrici possono interferire sulla capacità di comprensione del paziente. Una presentazione "sincera" spesso fa meno paura delle fantasie

negative del paziente sul trattamento farmacologico. È anche opportuno specificare quando incominceranno i benefici del trattamento psicofarmacologico, specialmente per i pazienti con disturbi dell'umore che spesso non osservano alcun effetto terapeutico prima di due o quattro settimane. È opportuno fornire al paziente le seguenti istruzioni: comunicare il nome del farmaco (commerciale e generico), specificare le indicazioni del farmaco relative al trattamento dei sintomi o del disturbo e la sua importanza di assunzione, spiegare il modo in cui è possibile stabilire il funzionamento del farmaco, come e quando assumere il farmaco, cosa è necessario fare se viene saltata una somministrazione, definire il tempo di trattamento, elencare gli effetti indesiderati e spiegare come fare se si manifestano, riferire degli effetti indesiderati sulla performance e le precauzioni da prendere ed, infine, elencare le interazioni con altri farmaci e l'alcol (Ward, 1991; Kaplan e Sadock, 1997). L'atteggiamento ambivalente per gli psicofarmaci da parte di alcuni pazienti è collegato alla confusione nei confronti del trattamento psicofarmacologico, in quanto esiste la credenza di non poter più controllare la propria vita e di diventare dipendenti dal farmaco stesso e di doverlo assumere per sempre. È necessario spiegare la differenza tra le sostanze psicoattive d'abuso e gli psicofarmaci, precisare in particolare che i farmaci antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore non inducono dipendenza. Inoltre, è opportuno spiegare se il trattamento farmacologico sarà cronico, a mantenimento, se il piano terapeutico lo prevede e, con il progredire del trattamento, responsabilizzare il paziente all'aggiustamento della dose, cosicché si sentirà meno controllato dal farmaco e potrà sentire di avere un rapporto di collaborazione con lo psichiatra terapeuta (Ward, 1991; Kaplan e Sadock, 1997). Il trattamento farmacologico, rimuovendo o attenuando il craving ed i disturbi psichiatrici e di personalità, mitiga il disagio interno e relazionale ed il maladattamento sociale, riduce l'impulsività, l'ostilità e l'aggressività diretta verso di sé, l'ambiente ed i clinici dell'équipe pluriprofessionale curante, facilita il ricorso a meccanismi difensivi più adattativi, migliora le capacità cognitive e di comunicazione e rende i pazienti più disponibili all'alleanza terapeutica ed al coinvolgimento nei trattamenti riabilitativi psicosociali, che permettono il cambiamento dei comportamenti d'abuso ed il miglioramento dell'identità psicologica, relazionale e sociale (nuovo stile di vita). Anche le crisi affettive e comportamentali, che si presentano durante il trattamento riabilitativo psicosociale e ne minacciano la continuazione, vengono prevenute e modulate dal trattamento farmacologico per i disturbi da uso di sostanze psicoattive e per i disturbi psichiatrici e di personalità. Per contro il trattamento riabilitativo psicosociale migliora la compliance al trattamento farmacologico, consentendo di puntualizzare le resistenze e le distorsioni, che i pazienti tendono a riferire riguardo agli effetti terapeutici o agli effetti indesiderati dei farmaci (accudimento, controllo, perdita di controllo, convinzione di malattia, identificazione del farmaco come terapeuta o veleno,...) e gestendo le valenze transferrali e controtransferrali relative agli stessi (iperidealizzazione, svalutazione, manipolazione, perdita di potere, insufficienza psicoterapeutica, distanziamento,...); inoltre permette di identificare i problemi fondamentali, di affrontare le conflittualità interne e relazionali e di elaborare le perdite, le frustrazioni e le colpe; favorisce l'autovalutazione dell'immagine di sé e delle proprie potenzialità positive; elimina il giudizio sociale percepito e sviluppa l'autostima, l'autocontrollo, la fiducia interpersonale, la capacità di comunicazione, l'abilità nei confronti dell'ambiente e la capacità di soffrire. Il lavoro riabilitativo su questi aspetti, con la circolarità delle acquisizioni nelle varie aree, favorisce il miglioramento della personalità (guarigione del vero Sé) (Woody e Coll., 1994; Gabbard 1995a, 2002). Il trattamento per la dipendenza in associazione con il trattamento per la comorbilità psichiatrica, adeguatamente preparato con il dipendente da sostanze psicoattive e con la famiglia, permette di controllare i fattori neurobiologici e psicopatologici scatenanti la ricaduta, favorisce la motivazione e la compliance e facilita la gestione del trattamento riabilitativo psicosociale che è rivolto a soddisfare i bisogni complessi del paziente, i quali costituiscono l'obiettivo dell'efficacia terapeutica, che si manifesta nel miglioramento globale come benessere psicofisico, con il controllo del craving, dell'assunzione delle sostanze psicoattive e dei disturbi psicopatologici (depressione, disforia, ansia, inadeguatezza, instabilità relazionale, sensibilità alle frustrazioni, irritabilità, aggressività, impulsività, antisocialità,...). Inoltre si

evidenzia una buona compliance con una gestione consapevole dei farmaci, con la permanenza attiva nei trattamenti socioriabilitativi (una maggiore ritenzione in trattamento corrisponde ad una maggiore aspettativa di successo terapeutico) e con un migliore adattamento nelle aree di vita individuale, familiare, lavorativa e sociale (guarigione del vero Sé).

LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia individuale

La psicoterapia individuale psicodinamica (supportivo-espressiva) è basata su alcuni elementi generali: buona conoscenza dei bisogni dei pazienti, stabilità del setting, accettazione empatica, ascolto e comprensione, frequenza dei contatti, maggiore attività del terapeuta, tolleranza dell'ostilità del paziente (transfert negativo), attenzione ai sentimenti controtransferali, connessione tra azioni e sentimenti attuali del paziente, impedimento dell'acting-out, indicazioni, consigli, confronto, chiarificazione, elaborazione ed interpretazione del qui ed ora (Woody e Coll., 1983; Woody, 1989; Gabbard, 1995c; Migone, 1995; Pani, 1996; Zimberg, 1998; Frances e Coll., 1998; Woody e Coll., 1998; Madeddu e Pellegrini, 2001).

Le caratteristiche positive predittive di una buona riuscita della psicoterapia individuale psicodinamica sono: età non elevata, buon livello intellettuale e culturale, stabilità (autodisciplina), motivazione, predisposizione psicologica all'introspezione, desiderio di capire e trovare un significato, desiderio di cambiare gli aspetti inaccettabili di sé, capacità di formare un'alleanza terapeutica e reti familiari e sociali sufficientemente stabili (Frances e Coll., 1998; Madeddu e Pellegrini, 2001).

Gli indicatori prognostici positivi sono: stato socioeconomico più elevato, stabilità coniugale, minore gravità della psicopatologia e minima "sociopatia" (Woody, 1989).

Oltre alle indicazioni, basate sulle caratteristiche positive ed agli indicatori prognostici, è opportuno ricordare altri aspetti: le controindicazioni (gravi malattie organiche, psicosi e disturbo antisociale di personalità), l'inizio ed i tempi del trattamento (precoce, con una fase iniziale di supporto, confronto, chiarificazione ed interpretazione sulla dipendenza prima e sulle altre aree della vita successivamente e valutazione del termine del trattamento), la frequenza delle sedute (una-due volte la settimana), gli aspetti tecnici generali (attenzione ai problemi concreti), i parametri terapeutici (elementi strutturanti, setting, attività ed astinenza), gli altri strumenti terapeutici (Programma Globale), le basi del trattamento (trattamento stadiale con fasi e focus specifici: all'inizio lavoro sulla fiducia, sull'alleanza di lavoro e sulla formulazione della diagnosi e sull'accettazione dell'aiuto, successivamente sul problema più significativo), l'osservazione delle ricadute, l'accettazione di sé nella guarigione (autoconsapevolezza e percezione di sé), la valutazione e lo sviluppo delle risorse positive (autostima e speranza), la gestione della relazione terapeuta-paziente (sintonia, transfert negativo, controtransfert problematico che necessitano di formazione adeguata, esperienza, consulenza e supervisione per evitare che condizionino negativamente la compliance e l'esito del trattamento) (Frances e Coll., 1998).

La psicoterapia individuale ha alcuni vantaggi rispetto alla terapia di gruppo: la possibilità di osservare attentamente da vicino il paziente, essenziale per permettere una diagnosi differenziale di disturbi psichiatrici copresenti; la facilitazione di un transfert di dipendenza utile per influenzare il cambiamento del comportamento di assunzione delle sostanze psicoattive e dei comportamenti disadattivi in altre aree della vita, mediante suggerimenti, consigli, indicazioni e modelli di ruolo, evitando interventi prematuri; una maggior efficacia per gli individui che temono i gruppi e/o sono restii a svelare traumi molto delicati della propria vita ed il monitoraggio dell'astinenza e dell'uso dei farmaci (Zimberg, 1998).

La psicoterapia individuale psicodinamica ottiene significativi risultati anche con i dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica grave (disturbi di Asse I: disturbi d'ansia anche resistenti, come disturbi da attacco di panico, agorafobia e fobia sociale, disturbi depressivi e

psicotici; disturbi di Asse II: disturbo borderline, disturbo narcisistico, disturbo di evitamento, ...), quando è inserita in un trattamento riabilitativo integrato, come Programma Globale (Woody e Coll., 1985a; Woody e Coll., 1994; Frances e Coll., 1999).

Inoltre, un trattamento efficace di psicoterapia individuale psicodinamica può essere ottenuto con i dipendenti da sostanze psicoattive che presentano un disturbo depressivo associato al disturbo antisociale di personalità, che normalmente è considerato controindicato al trattamento psicoterapeutico (Woody e Coll., 1985b; Woody e Coll., 1994).

Nella psicoterapia individuale le fasi attraverso le quali procede il trattamento sono più evidenti rispetto a quanto può essere osservato nella terapia di gruppo e nei programmi di auto-aiuto (Zimberg, 1998).

La psicoterapia individuale psicodinamica si sviluppa in due fasi. Nella prima fase, che dura mediamente due anni, il lavoro psicoterapeutico è rivolto a favorire l'astinenza ed il rafforzamento dell'Io. L'astinenza è ricercata mediante la comprensione della malattia dipendenza, con approfondimento dei suoi aspetti emblematici (effetti neurochimici delle sostanze psicoattive, manifestazioni di negazione, comportamenti disadattivi e conflittuali indotti, senso di colpa e di vergogna, comportamenti regressivi di impulsività e passività e perdita del controllo); viene inoltre favorita la gestione del dolore, con astinenza da tutte le sostanze psicoattive, ed il confronto con i comportamenti di ricaduta rappresentati da mancanza di onestà, impegno insufficiente per la riabilitazione ed incapacità a conferire priorità al trattamento riabilitativo. Il rafforzamento dell'Io è ricercato mediante l'abilità della cura di sé (comprensione delle connessioni causa-effetto, capacità di impegnarsi in comportamenti che interrompono la ricaduta, accresciuta capacità di giudizio ed aumentata capacità di esame della realtà), mediante il dominio di sé come capacità di accettare e rispondere alle istanze dell'ambiente sociale e mediante la gestione degli affetti (capacità di identificare i sentimenti, capacità di modulare le risposte secondo gli affetti e capacità di tollerare i sentimenti senza agire in modo "inconsulto"). Nella seconda fase, che dura anche diversi anni, il lavoro psicoterapeutico è rivolto alla comprensione ed allo sviluppo personale. La comprensione permette la diminuzione delle difese narcisistiche (grandiosità, autosufficienza, indipendenza e perfezionismo) con lo sviluppo della fiducia nelle altre persone, con l'elaborazione e l'integrazione delle perdite causate dall'uso delle sostanze psicoattive (salute, immagine di sé, relazioni interpersonali, famiglia, lavoro,...), con la rinascita della speranza e con l'esplorazione e la comprensione dei significati della dipendenza "chimica" nella propria vita (cause di sviluppo e fattori psicodinamici). Lo sviluppo personale è ricercato facendo emergere e rinforzare valori ed atteggiamenti che riflettono la crescita psicologica e spirituale (capacità, tolleranza, rinuncia, serenità, umiltà, creatività,...) (Nace, 1997).

La psicoterapia di gruppo

La psicoterapia di gruppo mira a fornire una comprensione piena ed accurata di sé e dell'effetto che un individuo ha sulle altre persone all'interno del gruppo ed inoltre a valutare l'effetto delle altre persone sull'individuo stesso. Il paziente, cioè, impara qualcosa su di sé dal leader del gruppo e dagli altri componenti arrivando a scoprire di avere dei comportamenti e degli atteggiamenti autosvalutativi ed autodistruttivi che determinano fraintendimenti nelle relazioni interpersonali e sociali. Un gruppo coeso e supportivo inoltre può essere un "potente incoraggiamento" per il dipendente da sostanze psicoattive al mantenimento dell'astinenza. La psicoterapia di gruppo è indicata perché promuove le relazioni interpersonali ed il mutuo soccorso tra i pazienti, inoltre, ha un effetto positivo sull'autostima, sulla motivazione o sull'aspettativa di successo del trattamento, specialmente per il fatto di far incontrare i pazienti che stanno funzionando bene nella loro vita da quando non assumono più sostanze psicoattive. Inoltre, il confronto con i pari tende ad avere un effetto positivo sul progressivo abbandono della modalità difensiva della negazione. Infatti, in un gruppo di pari, vi sono persone che ci sono già passate e che sottolineano questi aspetti favorendo l'identificazione e la riuscita; la coesistenza di persone che ce la stanno facendo può essere la molla

decisiva nel cambiamento (Vannicelli, 1989; Amodeo, 1990; Mantano e Yalom, 1991; Wallace, 1992; Flores e Mahon, 1993; Madeddu e Pellegrini, 2001).

I fattori terapeutici trasversali della psicoterapia di gruppo sono: l'accettazione (paziente accettato dal gruppo), l'altruismo (capacità di aiutare gli altri componenti del gruppo), l'universalità ("siamo tutti sulla stessa barca"), la speranza (di esito positivo), l'apprendimento vicario (informazione o avvertimenti ricevuti all'interno del gruppo), la progressiva capacità di capire se stesso, l'imparare dalle relazioni interpersonali (acquisizione di comportamenti maggiormente adattivi all'interno del gruppo), l'aprirsi e la catarsi (Corsini e Rosemberg, 1955; Yalom, 1975; Bloch e Crouch, 1985; Madeddu e Pellegrini, 2001).

La psicoterapia di gruppo si fonda sui seguenti elementi generali: selezione (criteri di inclusione: età non elevata, buon livello intellettuale e culturale, stabilità ed autodisciplina), forte motivazione, predisposizione psicologica all'introspezione, desiderio di capire e trovare un significato, buona forza dell'Io, disagio tale che il paziente tolleri le frustrazioni terapeutiche ed i problemi nelle relazioni interpersonali e sociali, preparazione (spiegazione del programma, discussione del contratto terapeutico e motivazione), strutturazione (attività del terapeuta e concentrazione sul particolare, l'interpersonale e sul qui ed ora), sicurezza del setting (sicurezza fisica e psicologica e supporto coordinato con gli altri trattamenti), attività del terapeuta (mantenimento della sicurezza e della struttura gruppale), sostegno e confronto (empatia, comprensione, supporto, direzione,...) e coesione ed identificazione (consapevolezza di Sé e delle altre persone e condivisione) (Fried, 1985; Vannicelli, 1989; Alonso, 1989; Khantzian e Coll., 1989; Manzato e Cressotti, 1992; Gabbard, 1995a,d 2002; Golden, 1997; Carraro e Coll., 1997; Ricci e Coll., 1997; Golden e Coll., 1998).

Il gruppo terapeutico che è parzialmente aperto, opera direttamente nell'ambiente di vita, ricoprendo la funzione di "comunità sociale" ristretta nel tempo in continuum con la vita di tutti i giorni e svolge le funzioni di solidarietà, contenimento, sostenimento e cambiamento; è occasione di integrazione con le altre persone che si concretizza nella comunicazione di idee, pensieri, emozioni ed affetti ed è occasione di vivere consapevolmente la propria emozionalità, la disponibilità ad aprirsi, la condivisione, la responsabilità e la nuova organizzazione (ristrutturazione) dell'Io. Il gruppo terapeutico risulta luogo protetto che permette la comprensione, la riflessione e l'elaborazione, inoltre è luogo di esperienza che facilita la scomparsa dei comportamenti disadattivi e delle modalità relazionali difensive e la comparsa di modalità nuove e valide che vengono trasferite all'esterno nella vita di tutti i giorni (Manzato e Cressotti, 1992; Manzato, 2000).

L'efficacia del terapeuta

Un aspetto della complessità del trattamento riabilitativo integrato, che deve essere considerato, è costituito dai fattori determinanti l'efficacia del trattamento riabilitativo, che sono rappresentati dalle variabili relative al paziente, dalle differenti tecniche del trattamento e dalle caratteristiche del terapeuta. In particolare, per quanto riguarda il terapeuta, l'efficacia dello stesso consiste nell'entità del miglioramento (come miglioramento clinico e mantenimento in trattamento) del paziente, che può essere attribuito unicamente al terapeuta, piuttosto che alle caratteristiche del paziente, al tipo di trattamento riabilitativo o ad altro fattore. Le caratteristiche del terapeuta che favoriscono l'efficacia sono rappresentate da caratteristiche inerenti il trattamento e da quelle extraterapeutiche. Tra le prime risultano fondamentali la capacità di instaurare una buona relazione interpersonale nell'ambiente della seduta ed una buona alleanza terapeutica mediante l'empatia, il calore umano, la spontaneità, la cordialità, l'atteggiamento positivo e comprensivo, l'aiuto, la protezione, il rispetto, la concretezza, il sostegno all'autostima, l'utilizzo efficace delle risorse esterne al contratto terapeutico e l'assenza del disprezzo, del biasimo, della collera e dell'ansia. Anche l'"ortodossia" delle tecniche terapeutiche applicate, come conformità del terapeuta alle prescrizioni di un protocollo terapeutico, la formazione specifica, la competenza professionale, l'esperienza e la soddisfazione del paziente sono importanti per l'efficacia (Milmo e Coll., 1967; Ricks, 1974;

Valle, 1981; Luborsky e Coll., 1985, 1986; Lafferty e Coll., 1989; Najavits, 1990; Najavits e Strupp, 1994; Najavits e Weiss, 1994; Frances e Coll., 1998).

I tratti specifici e necessari per i terapeuti che lavorano con i pazienti con dipendenza da sostanze psicoattive sono: maggiore attività, maggiore capacità di tollerare la rabbia del paziente e di controllare la propria, minore rigidità, maggiore fermezza nel far valere i valori, maggiore carisma, maggiore carica emotiva, capacità di trascinare, maggiore attenzione ad evitare lotte di potere, maggiore confronto appropriato con il paziente (gestione dei meccanismi di difesa accentuati), piacere nel lavoro, capacità di gestire i problemi associati alla dipendenza (disturbi psichiatrici, AIDS,...), forte resistenza al burn out, resistenza al controtransfert negativo (visione del paziente come rifiuto della società, come manipolatore o come meritevole di speciale indulgenza, indifferenza alle lamentele del paziente, cinismo, considerazione a priori del paziente come bugiardo, ostilità, desiderio di controllo, sorvolare su regole fondamentali, come ritardo ed assenza alle sedute, permissività, far trasparire la noia, sollecitudine esagerata, interruzione del trattamento, rinuncia ed espressione di sentimenti altalenanti ed intensi) (Imhof e Coll., 1983; Khantzian, 1985; Kaufman e Reaux, 1988; Yalisove, 1989; Vannicelli, 1989; McCoul e Svikis, 1991; Najavits e Weiss, 1994).

IL TRATTAMENTO COMUNITARIO

Anche l'abbinamento (matching) con il possibile trattamento comunitario residenziale o semiresidenziale rappresenta un aspetto della complessità del trattamento riabilitativo integrato che deve essere gestito in modo corretto ed efficiente; la proposta di inserimento confluisce all'interno dell'équipe pluriprofessionale curante anche in collaborazione con gli altri Servizi Socio Sanitari Pubblici e le Strutture Riabilitative del Privato Sociale, ed è attuata grazie ad una preliminare mappatura delle Comunità Terapeutiche Residenziali (CTR) e Semiresidenziali (Diurne) (CTD) secondo criteri organizzativi e terapeutici e mediante delle procedure che costituiscono il processo di abbinamento (Sassi e Coll., 2003, 2004).

La capacità di ritenzione in trattamento (controllo dell'abbandono) e dell'efficacia (uso di sostanze psicoattive, sintomatologia, psicopatologia, comportamento criminale, attività lavorativa,...) del trattamento in Comunità Terapeutica Residenziale o Semiresidenziale è stata dimostrata in studi di follow-up post trattamento a breve ed a lungo termine su programmi singoli o multimodali, evidenziando la correlazione positiva tra il tempo passato nel trattamento residenziale e l'adattamento psicologico con la condizione d'esito post trattamento. Inoltre sono stati evidenziati come indicatori predittivi di ritenzione in trattamento i fattori dinamici: percezione della situazione legale, motivazione, prontezza ed idoneità al trattamento, condizione psicologica e disturbo psichiatrico e di personalità, socializzazione e rappresentazioni relative al programma comunitario. Queste analisi hanno favorito l'evoluzione del trattamento comunitario tradizionale con lo sviluppo di programmi speciali e più personalizzati (servizi per le famiglie, servizi medici, servizi per le madri, training di prevenzione della ricaduta, counselling individuale, psicoterapia, servizi per gli adolescenti, servizi per la salute mentale,...) ed hanno evidenziato alcuni criteri di inclusione ed indicatori predittivi dell'andamento e dell'esito del trattamento riabilitativo comunitario. In particolare, il trattamento riabilitativo dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica associata necessita di una continua riflessione sulla gestione terapeutica e sulla sua rigidità, in modo che sia privilegiata la costruzione di una relazione terapeutica personalizzata. Inoltre, è necessario che siano stabiliti dei criteri di inclusione e di esclusione del trattamento comunitario residenziale, in quanto non è possibile pensare che tutti i disturbi da dipendenza e psichiatrici possano essere trattati positivamente. Il criterio nosografico e sintomatologico secondo il DSM IV non è sufficiente per una corretta valutazione di fattibilità della presa in carico comunitaria, pertanto è opportuno considerare, anche, alcuni criteri che appaiono validi, in quanto tengono conto delle effettive risorse, sia del mondo interno del paziente che dell'ambiente sociale, che sono:

- rapporto del paziente con il proprio disturbo (coscienza di malattia ed egosintonicità del sintomo),
- livello di autostima e senso di valore di sé,
- disponibilità al cambiamento e capacità di rappresentazione di sé nel futuro,
- capacità di riflettere su di sé e capacità di rinunciare all'attribuire o a chiedere alle altre persone anziché a sé stessi,
- capacità di stare in gruppo e controllo degli impulsi,
- assenza di marcate fantasie suicidarie e precedenti TSO anamnestici,
- assenza di una lunga serie di fallimenti terapeutici precedenti,
- assenza di una documentata grave impulsività,
- discriminazione tra delinquenzialità come sintomo e delinquenzialità come caratterialità (disturbo antisociale di personalità),
- capacità di reggere relazioni troppo strette e continue (vulnerabilità),
- presenza di legami familiari stabili,
- bassa conflittualità tra i componenti della famiglia e con il paziente,
- basso livello di atteggiamenti mortificanti e distruttivi (Torre, 2003).

Per quanto riguarda poi la gestione del programma comunitario, risulta evidente che la gestione organizzativa di un gruppo di pazienti, all'interno del quale si accentua la dialettica fra i bisogni individuali e quelli gruppalì, necessita di risposte diversificate per il dipendente da sostanze psicoattive "normale" e per quello con comorbidità psichiatrica associata (Condelli e De Leon, 1994; De Leon, 1998; Sassi e Coll., 2003; Torre 2003).

Attualmente, pertanto, vi sono alcuni indicatori predittivi in grado di fornire affidabilità o garanzie di outcome positivi, anche se non in termini assoluti, e vi sono inoltre dei criteri e delle procedure operative che rendono meno casuale ed improvvisato il processo dell'abbinamento del trattamento riabilitativo comunitario. Un assessment multidimensionale e multidisciplinare, un approfondimento psicodiagnostico clinico e con strumenti psicodiagnostici e la successiva costruzione di un piano terapeutico personalizzato (care planning), sono prerogative importanti per implementare un trattamento riabilitativo comunitario residenziale o semiresidenziale (Condelli e De Leon, 1994; De Leon, 1998; Sassi e Coll., 2003, 2004; Torre 2003).

Alla fase di valutazione segue l'individuazione di una specifica tipologia del paziente che ha chiesto o per il quale si sta predisponendo un programma riabilitativo residenziale o semiresidenziale mediante la sintesi delle informazioni principali emerse nella fase valutativa (Sassi e Coll., 2003, 2004).

In particolar modo devono essere comparati alcuni aspetti fondamentali del paziente: il grado di deficit e le risorse, tendendo quasi a "misurare" ed a "pesare" il più possibile la persona; il grado di motivazione espressa al trattamento riabilitativo; la storia residenziale di Comunità affrontata in passato, con l'andamento e l'esito dei trattamenti riabilitativi e gli eventuali drop-out e le variabili ambientali e di rete appartenenti al contesto di vita (Sassi e Coll., 2003, 2004).

A seconda delle risultanze emerse rispetto al "tipo di paziente" ed ai suoi bisogni ed alle problematiche espresse, l'abbinamento deve assestarsi su alcune tipologie di Programmi/Trattamenti specifici, offerti dalle Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne, individuati in: *Programma educativo e di vita*, in questo contesto gli obiettivi e lo stile sono principalmente di tipo cognitivo e comportamentale, non è necessario l'ossequio a regole molto rigide, il programma può essere in parte adattato in itinere ai bisogni del paziente. Programma assistenziale, l'obiettivo principale è qui di tipo sostenitivo e di accudimento, riferito ad un tipo di paziente (solitamente cronico e con numerosi drop-out) che richiede protezione ed aiuto in una fase di crisi. *Programma terapeutico*, l'obiettivo principale, in questo caso, è quello della "ricomposizione" della sfera psicologica del paziente, che presenti una personalità fragile e/o frammentata (con disturbi psichiatrici di gravità lieve), supportata però ancora da sufficienti risorse personali. In tale tipo di programma sono peculiari, specifici ed individualizzati i percorsi della psicoterapia, l'auto aiuto, l'ergoterapia e la

socioterapia. *Programma specialistico o per doppia diagnosi*, questo tipo di programma è individuato per pazienti che presentino disturbi psichiatrici di Asse I del DSM IV e di personalità di Asse II di gravità moderata o grave (Sassi e Coll., 2003, 2004).

Un aspetto molto importante, relativo alla qualità dell'assistenza e preliminare all'abbinamento del trattamento riabilitativo comunitario, è quello di predisporre una "mappatura" delle varie Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne che si intendono utilizzare. Questo tipo di lavoro dovrebbe censire tali Comunità secondo precisi criteri organizzativi e terapeutici delle Strutture Riabilitative che erogano i servizi e che portino a raccogliere le seguenti informazioni: personalità giuridica dell'Ente che gestisce la CTR e la CTD; categoria di appartenenza (a seconda dei criteri adottati da ogni singola Regione); tipologia della struttura (residenziale, semiresidenziale, diurna,...) e tipologia delle prestazioni erogate: *Aree di prestazioni fornite in base al programma riabilitativo*: servizi di accoglienza, servizi terapeutico-riabilitativi, servizi di trattamento specialistici, servizi pedagogico-riabilitativi e servizi di tipo multidisciplinare integrato. *Tipologia delle prestazioni erogate*: consulenza individuale e di gruppo, psicoterapia individuale e di gruppo, gruppi di auto aiuto, sostegno alla famiglia, attività pedagogico-educativa, supporto medico, trattamento medico ambulatoriale, trattamento farmacologico, supporto psichiatrico (trattamento psicofarmacologico), valutazione diagnostica multidisciplinare, assistenza in carcere, attività sportiva, attività culturale, formazione professionale, supporto nell'inserimento lavorativo ed attività lavorativa. *Tipologia delle professionalità presenti (rilevandone il numero)*: operatore di comunità, educatore professionale, maestro artigiano, assistente sociale, psicologo, pedagogista, medico, psichiatra, infermiere ed amministrativo. *Tipologia degli utenti a cui si rivolge la struttura*: maschi, femmine, utenti con doppia diagnosi (comorbilità psichiatrica), madre/bambino, utenti con partner (in coppia), alcol dipendenti, utenti in affidamento al Servizio Sociale ed utenti agli arresti domiciliari (Sassi e Coll., 2003, 2004).

Attualmente, le Comunità Terapeutiche Residenziali inseriscono nella loro struttura sia dipendenti da sostanze psicoattive "normali" che dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica, e questo può produrre un effetto di distorsione della percezione della dipendenza "normale", in quanto si può banalizzare la sofferenza della persona ed il suo disagio psicologico, che necessitano, invece, di un riconoscimento e di un trattamento riabilitativo "clinico" ed educativo. La comorbilità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive trova una risposta efficace in un modello di comunità terapeutica "esclusiva", che presenta alcune caratteristiche specifiche. Questa Comunità Terapeutica Residenziale si configura come un contesto spazio-temporale, in cui non c'è ancora una netta distinzione tra la realtà esterna ed il mondo interno, ma è intermedio ed integrante il mondo interno ed esterno, ed all'inizio è il luogo dell'espressione delle potenzialità e delle fantasie individuali e "gruppi". All'inizio l'attenzione dell'individuo è concentrata sulla vita della comunità (attività e dinamiche relazionali e gruppi) ed il mondo esterno è marginale, in seguito l'attenzione è rivolta verso l'ambiente sociale. L'insieme di questi passaggi è sviluppato, all'interno del trattamento riabilitativo personalizzato, dalle tecniche terapeutiche che costituiscono il programma comunitario. Le tecniche terapeutiche sono sorrette, come elemento fondante, dalla relazione (operatore-paziente e paziente-paziente); all'interno di questa, l'operatore è strumento terapeutico che favorisce la compliance ed i modelli identificatori ed il gruppo dei pazienti è luogo di empowerment e di mutuo aiuto. In riferimento alla specificità del disturbo psichiatrico comorbile è attuata una necessaria integrazione degli "strumenti" terapeutico-riabilitativi da parte dell'équipe pluriprofessionale curante (trattamento farmacologico della dipendenza, trattamento con psicofarmaci, trattamento psicologico e psicoterapeutico, intervento educativo, intervento ludico-ricreativo e programma di reinserimento professionale) (Miragoli, 2003).

Un aspetto importante della gestione terapeutica dei dipendenti da sostanze psicoattive con comorbilità psichiatrica in Comunità Terapeutica Residenziale è il processo diagnostico, che è attuato mediante l'osservazione intensiva e prolungata. Questa osservazione "comunitaria", aggiungendosi all'anamnesi, ai colloqui clinici ed agli strumenti psicodiagnostici, permette un

approfondimento della diagnosi descrittiva nosografica di Asse e di cluster secondo il DSM IV con una lettura dimensionale e dei significati, che risulta fondamentale per la definizione del trattamento riabilitativo personalizzato, secondo la specificità dei problemi, dei bisogni e delle possibilità (Grosso, 2003; Pioltelli, 2003; Rigliano, 2003a, b).

Il "bilancio psicologico e psichiatrico" è molto importante anche per l'équipe pluriprofessionale curante, in quanto gli operatori riescono ad attribuire il giusto significato agli atteggiamenti manipolatori, ai comportamenti aggressivi ed autolesivi ed ai sintomi psicopatologici (deliri, allucinazioni, depressione, anedonia) presentati dai dipendenti da sostanze psicoattive comorbili, riuscendo a gestire e ad elaborare comprensibili sentimenti di ansia, depressione, confusione e frustrazione, che altrimenti rischierebbero di vanificare la costruzione ed il mantenimento di un'alleanza terapeutica "sufficientemente buona" (Pioltelli, 2003).

Il processo diagnostico viene sviluppato mediante la collaborazione e l'alleanza terapeutica con il paziente e la restituzione diagnostica, che non è un esercizio di correttezza, ma è parte integrante della pratica di lavoro in struttura. Il processo diagnostico influenza le strategie fondamentali del trattamento riabilitativo comunitario che sono: il contenimento (controllo del craving, gestione degli affetti, gestione degli impulsi e della tendenza alla soddisfazione immediata, introduzione di uno spazio di pensiero tra il bisogno ed il comportamento, con evitamento dell'acting out, della fuga e del comportamento distruttivo ed autolesivo) gestito soprattutto dall'équipe pluriprofessionale curante; il cambiamento dello stile di vita (cura di sé e del proprio corpo, attenzione all'ambiente e sviluppo di attività quotidiane che impegnano il corpo e la mente); l'individuazione (conoscenza e realizzazione di sé, individualizzata come tempi e modalità che permette nuove possibilità di confronto con la realtà e nuove modalità relazionali interpersonali) ed, infine, l'esperienza affettiva correttiva (condivisione, comunicazione e relazioni affettive rivolte alla ristrutturazione affettiva e relazionale). Nel trattamento comunitario il codice materno prevale su quello paterno e su quello fraterno (dove il gruppo dei pazienti è l'alimentatore permanente del cambiamento) e, quindi, tutto il lavoro terapeutico ricade sull'operatore e sull'équipe pluriprofessionale curante che in modo più lento e faticoso devono attivare le risorse della persona mediante il prendersi cura quotidiano (Grosso, 2003).

In sintesi, la Comunità Terapeutica Residenziale si configura come uno spazio fisico, mentale ed emotivo, un micro mondo di significati, che può rappresentare una forza costruttiva, ma che può essere anche distruttiva. Il trattamento riabilitativo si configura come "terapeutico" nel senso della presa in carico totale della persona, che, mediante un trattamento comunitario personalizzato, può fare l'esperienza della relazione con le altre persone e prendere coscienza della propria storia e forse della possibilità di continuare a scriverne una migliore (Pioltelli, 2003).

Le caratteristiche specifiche di un programma di Comunità Terapeutica Residenziale dovrebbero essere:

- centratura su un programma diagnostico e terapeutico personalizzato,
- preferenza per situazioni cliniche problematiche /difficili (non risposta a trattamenti ambulatoriali e territoriali, problematiche familiari e sociali gravi, comorbilità psichiatrica),
- valorizzazione degli aspetti riabilitativi (motivazionali, psicologici e psicopatologici, relazionali e sociali),
- disponibilità di una vasta gamma di strumenti diagnostici e terapeutici da applicare in modo personalizzato,
- pianificazione di un programma after-care personalizzato.

L'utilizzo corretto delle strutture residenziali, in collegamento con la rete territoriale del Sistema delle Dipendenze , può comportare un risparmio diretto come costi assistenziali ed indiretto come efficace opportunità di riabilitazione per i pazienti gravi e difficili (Cibin e Coll., 2001b).

L'INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI, DEI SERVIZI E DELLE STRUTTURE

Il trattamento riabilitativo integrato farmacologico e psicosociale, come Programma Globale, di necessità prevede il trattamento contemporaneo anche dei disturbi psichiatrici e di personalità associati come comorbidità, in quanto la comorbidità psichiatrica è un indicatore prognostico fondamentale dell'andamento e dell'esito del trattamento, più importante degli stessi comportamenti d'abuso e dei problemi correlati. La comorbidità psichiatrica, infatti, assieme alle altre caratteristiche individuali (organizzazione/disorganizzazione dello stile di vita precedente, caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa, motivazione e stile di interazione con il contesto ambientale), interferisce nel processo di cambiamento dei dipendenti da sostanze psicoattive, determinando la resistenza al cambiamento stesso e la tendenza all'abbandono precoce ed alla ricaduta. La comorbidità psichiatrica vera (coesistenza di due disturbi psichiatrici indipendenti) e spuria (disturbo psichiatrico indotto dall'uso delle sostanze psicoattive) devono essere trattate con un trattamento farmacologico specifico, mediante farmaci psicoattivi senza potenziale d'abuso, e supporto psicosociale e psicoterapeutico organizzati come programma acuto di stabilizzazione per il compenso psicobiologico e programma a medio o lungo termine di mantenimento per la prevenzione della ricaduta (Manzato, 2000; Cibir e Coll., 2001a; Manzato e Fea, 2004).

Per quanto riguarda la collaborazione e l'integrazione tra i Servizi Socio Sanitari Pubblici e le Strutture Riabilitative del Privato sociale, bisogna evidenziare che i pazienti comorbili o "duali" necessitano di un trattamento personalizzato e, tra i tre modelli di trattamento riabilitativo a cui fa riferimento l'attuale letteratura scientifica, Seriale, Parallelo ed Integrato, quest'ultimo sembra rispondere meglio ai bisogni complessi dei pazienti e dei clinici coinvolti nel Sistema delle Dipendenze. L'approccio multidisciplinare ed integrato, in cui sono considerati i diversi aspetti della vita del paziente e che permette una presa in carico globale, è basato sulla tecnica del management del caso, come procedura di coordinamento di prestazioni e di responsabilizzazione degli operatori coinvolti riguardo ai risultati del loro lavoro. Il manager del caso risulta il coordinatore ed il tessitore dei vari trattamenti istituzionali e del Privato Sociale, attuati sul paziente, ed è il responsabile del funzionamento dell'intero Sistema di Assistenza. Il modello integrato ed il management del caso sono due metodologie che permettono di comprendere e gestire la complessità e la multidimensionalità e favoriscono l'integrazione; inoltre dovrebbero divenire la piattaforma condivisa per costruire protocolli operativi tra i Servizi (SerT, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche) del Sistema delle Dipendenze per la gestione terapeutica dei pazienti comorbili, con l'obiettivo primario di condividere la fase valutativa, gli approfondimenti diagnostici (clinici e strumentali), la tipologia dei trattamenti e dei programmi e gli indicatori di trattamento e le verifiche, per una presa in carico che diverrà appunto globale ed integrata, evitando la "separazione dei luoghi di cura" (Durrel e Coll., 1993; Hemming e Yellowlees, 1997; Maremmani e Coll., 1999; McNeese-Smith, 1998; Milesi e Clerici, 2000; Biondi e Dimauro, 2001; Bignamini e Coll., 2002c; Gerra, 2002; Milesi e Coll., 2003; Hall e Coll., 2003; Sassi e Coll., 2003, 2004; Manzato e Fea, 2004).

IL GOVERNO DELL'AMBIENTE TERAPEUTICO

Per migliorare la gestione terapeutica dei dipendenti da sostanze psicoattive e soprattutto di quelli con comorbidità psichiatrica associata, all'interno del SerT e delle altre Strutture del Sistema delle Dipendenze, sono necessarie una costante attenzione e verifica dell'ambiente terapeutico (équipe curante, contratto terapeutico, trattamenti diversificati,...), dei processi di trattamento e dei risultati ed una formazione e supervisione del personale, che tende a percepire, spesso, i pazienti con comorbidità psichiatrica come "troppo fragili" per la riabilitazione psicosociale e tende ad indirizzarli più frequentemente ad altri Servizi Socio Sanitari ed alle Strutture Riabilitative del Privato Sociale. A questo riguardo deve essere ricordata l'integrazione necessaria tra il Dipartimento per le Dipendenze, il Dipartimento di Salute Mentale e le Strutture Riabilitative per "Doppia Diagnosi", mediante lo sviluppo di una cultura condivisa (conoscenze e linguaggio comuni relativi agli aspetti neurobiologici, farmacologici, psicologici, psichiatrici, assistenziali, diagnostici,

riabilitativi e psicoterapeutici) e l'attuazione di protocolli d'intesa ed operativi, frutto di una comunicazione e di una valutazione continua della pratica clinica quotidiana e di una formazione e supervisione comuni (Woody e Coll., 1994; Milesi e Clerici, 2000; Barile e Coll., 2000; Biondi e Dimauro, 2001; Pani, 2001; Bignamini e Coll., 2002c; Gerra, 2002; Torre, 2003; Miragoli, 2003; Rigliano, 2003a, b; Fea, 2003; Milesi e Coll., 2003).

IL SISTEMA PER LA QUALITÀ: LA VALUTAZIONE

All'interno di un trattamento riabilitativo, la valutazione costituisce un momento procedurale importante nel percorso riabilitativo, in quanto a questa fase competono le decisioni relative all'indicazione, alla conduzione, alla prosecuzione o alla conclusione del trattamento, specificatamente per quanto riguarda le modifiche più opportune per favorirne il buon andamento ed esito. La valutazione del paziente e del suo programma riabilitativo, che è basata su osservazioni multiple, inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica della gravità clinica (gravità della dipendenza, della comorbidità psichiatrica e medica, della situazione familiare e sociale e del danno bio-psico-sociale) effettuata all'ingresso; essa è fondamentale per la scelta, l'abbinamento e la pianificazione del percorso riabilitativo personalizzato. La valutazione deve essere multidimensionale, dinamica, da varie fonti e con vari strumenti. La valutazione è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo con periodicità significativa ed anche dopo il termine del trattamento. Il monitoraggio (follow-up) del trattamento prevede verifiche periodiche dell'assunzione delle sostanze psicoattive e verifiche di tipo medico, psicologico, psicopatologico, comportamentale e sociale. Gli indicatori di verifica sono: indicatori diagnostici e di valutazione di gravità clinica, indicatori per la valutazione dei risultati del trattamento in corso e dei risultati finali (valutazione di andamento ed esito). Gli indicatori di verifica sono oggettivi, ma anche di qualità, non trasferibili in numero. Gli indicatori per la valutazione globale dei risultati raggiunti dal paziente sono: uso di sostanze psicoattive, grado di astinenza, grado di craving, disturbi psicopatologici, malattie correlate, comportamenti a rischio, overdosi, periodi di astensione, grado di adesione ai programmi riabilitativi, avvio e/o mantenimento di attività lavorative o di studio, crisi familiari, relazioni interpersonali positive, caratteristiche del gruppo sociale di riferimento, attività criminose ed attività di prostituzione. Deve essere prevista una valutazione globale dell'équipe pluriprofessionale curante ed un'autovalutazione da parte del paziente. La valutazione che deve essere formale e standardizzata, ha come obiettivo il miglioramento del trattamento riabilitativo e dei suoi risultati. Esiste una valutazione del processo (procedura) ed una valutazione dell'esito; la valutazione del processo prevede che il trattamento riabilitativo sia definito in un protocollo ed in un manuale formale; la valutazione dell'esito riguarda le diverse aree della vita, inoltre è opportuna un'autovalutazione con scale di self report che aumenta le tipologie di valutazione del trattamento riabilitativo (Mollica e Magnone, 1996; Serpelloni, 1996; Pantaloni, 2001a, b; Rounsaville, 2001a, b, c; Serpelloni e Simeoni, 2002; Serpelloni e Bosco, 2002).

Per la gestione della complessità e della multidimensionalità del trattamento riabilitativo integrato e per migliorare i risultati dello stesso, infine, risulta necessario implementare un modello di valutazione del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta (verifica dell'andamento e dell'esito del trattamento) mediante un sistema di Qualità. Il sistema gestito dagli operatori dell'équipe pluriprofessionale curante, deve prevedere le modalità di raccolta dei dati, i tempi di raccolta, gli strumenti e gli indicatori (output ed outcome). Per la valutazione continuativa degli obiettivi specifici sono previsti indicatori relativi alle prestazioni rese (output) ed agli esiti prodotti (outcome). Gli indicatori di output sono: n. dei casi presi in carico, n. delle giornate di assistenza, n. e tipologia delle prestazioni, n. degli operatori attivati/formati (équipe curante), n. dei Servizi Socio Sanitari coinvolti, n. delle Strutture Riabilitative coinvolte, n. degli operatori coinvolti, n. e tipologia delle verifiche e n. e tipologia delle attività di ricerca e pubblicazione. Gli indicatori di outcome sono: il grado di compensazione dei casi in trattamento e l'incidenza delle ricadute/tasso di ritenzione dei casi in trattamento (indicatori medici e psicosociali: uso di sostanze psicoattive, grado

di astinenza e craving acuto e residuo, disturbi psicopatologici, parametri fisici, effetti indesiderati, reazioni avverse, performance globale, qualità della vita, ricadute ed adesione al programma). La verifica delle prestazioni (output) è mensile mentre la verifica degli indicatori di ritenzione, andamento ed esito del trattamento (outcome) è diversificata per la I° fase del trattamento (stabilizzazione o disintossicazione rapida) e per la II° fase del trattamento (riabilitazione/prevenzione della ricaduta). La valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento di stabilizzazione o di disintossicazione è effettuata ai tempi 0, 1°, 3°, 6°, 10° giorno; la valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento riabilitativo di prevenzione della ricaduta è effettuata ai tempi 1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24° mese. La valutazione deve essere effettuata con la misurazione ed il giudizio mediante una scheda di rendicontazione delle ore lavoro e delle prestazioni degli operatori, una scheda dei destinatari indiretti, una scheda dei pazienti in trattamento, la cartella clinica comprendente la scheda paziente, la scheda follow-up, i questionari e le scale di valutazione, gli esami biochimici, i dosaggi chimicotossicologici e le indagini strumentali. E' prevista inoltre una modulistica specifica per gli aspetti amministrativi e bioetici (consenso informato, foglio illustrativo del trattamento e contratto terapeutico). Le ore lavoro e le prestazioni degli operatori vengono quantificate secondo cinque macroaree: MACRO AREA 1: gestione funzionale della struttura (gestione amministrativa, personale, contabile e controllo di gestione,...); MACRO AREA 2: coordinamento operativo (coordinamento équipe, supervisione e verifica, coordinamento con le Istituzioni Pubbliche e del Privato Sociale, verifiche SERT/Comunità Terapeutiche,...); MACRO AREA 3: ricerca (attività di ricerca, studio e progettazione, raccolta ed elaborazione dati,...); MACRO AREA 4: attività di formazione interna ed esterna; MACRO AREA 5: trattamenti terapeutici (consulenze-informazioni, visite tossicologiche, internistiche e psichiatriche, colloqui psicologici, indagini psicodiagnostiche, terapia di disintossicazione, terapia di prevenzione della ricaduta, psicoterapia,...). La valutazione di efficacia e tollerabilità della stabilizzazione o della disintossicazione rapida (I° fase del trattamento) e della riabilitazione/prevenzione della ricaduta (II° fase del trattamento) è effettuata mediante indicatori medici e psicosociali (uso di sostanze psicoattive, grado di astinenza e craving acuti e post-trattamento, parametri fisici, effetti collaterali, reazioni avverse, controllo dei metaboliti urinari, performance globale, che è fisica, psicologica, relazionale e sociale, qualità della vita, adesione al programma, incidenza ricadute, valutazione globale da parte dell'équipe e del paziente) (Mollica e Magnone, 1996; Serpelloni, 1996; Pantaloni, 2001a, b; Rounsaville, 2001a, b, c; Serpelloni e Simeoni, 2002; Serpelloni e Bosco, 2002; Manzato e Coll., 2003).

BIBLIOGRAFIA

- Aguglia E., Baiocchi P., De Vanna M. Le terapie combinate. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 3, 1994.
- Aguglia E., Spazzapan B. Alcol e disturbo mentale: epidemiologia e diagnosi. In Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Leardini, Venezia, 2001.
- Albanese M.J., Bartel R.L., Bruno R.F., Morgenbesser M.W., Shatzberg A.F. Comparison of measures used to determine substance abuse in an inpatients psychiatric population. *American Journal of Psychiatry*, 79, 1994.
- Alfs D.S., McLellan A.T. A day hospital program for dual diagnosis patients in a VA medical center. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1992.
- Alonso A. Character change in group therapy. Grand Rounds presented at the Cambridge Hospital, Cambridge, 1989.
- Amodeo M. Treating the late-life alcoholic: guidance for working through denial and integrating individual, family and group approaches. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 1990.
- Backman K.M., Moggi F., Hirshbrunner H.P., Donati R., Brodbeck J., Hercek V. An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatric Services*, 3, 1997a.
- Backman K.M., Moggi F., Hirshbrunner H.P., Donati R., Brodbeck J., Hercek V. Dual diagnosis: a diagnostic and nosologic entity by its own?. *Biological Psychiatry*, 42, 1997b.
- Baldessarini R.J., Cole J.O. Chemotherapy. In Nicholi A.M. *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Belknap, Cambridge, 1998.
- Ball S.A. Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive*. Franco Angeli, Milano, 2001a.
- Ball S.A. Diagnosi di personalità e disturbi di personalità nella tossicodipendenza. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive*. Franco Angeli, Milano, 2001b.
- Barile C., Cortese M., Marcaccini E., Punzo F. Comorbidità: un'area di confine. *Dal Fare al Dire*, II, 2000.
- Beitman B.D., Klerman G.L. *Integration pharmacotherapy and psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1991.
- Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. La valutazione diagnostica del paziente con comorbidità. In Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002a.
- Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S. Alcune considerazioni preliminari sul concetto di doppia diagnosi. In Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca nella comorbidità*. Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002b.
- Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. Modelli terapeutici e case management. In Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002c.
- Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. L'organizzazione dei servizi ed i costi di gestione. In Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002d.
- Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. Farmacoterapia. In Bignamini E., Garau S., Cartese M., Sansebastiano S. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam, Castello D'Argile (Bologna), 2002e.
- Biondi F., Dimauro P.E. La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale. *Bollettino Farmacodipendenze ed alcolismo*, 4, 2001.

- Bloch S., Crouch E. Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford University Press, Oxford, 1985.
- Boccalon M., Vendramin A. Abuso di sostanze e dipendenza: strumenti e criteri diagnostici. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. Medicina delle tossicodipendenze. Leonard, Verona, 1996.
- Bonetti A. Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale. In Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. Eroina. Infezione da HIV e patologie correlate. Leonard, Verona, 1995.
- Bronner K., King L., Kidorf M. Among treatment-seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry, 54, 1997.
- Carey K.B., Correia C.J. Severe mental illness and addictions: assessment consideration. Addictive Behaviors, 23, 1998.
- Carraro I., Trinciarelli G., Ronchini F., Lotti V., Nardi P.G. L'accoglienza "integrata" di gruppo come spazio di "contenimento" mentale nel trattamento delle tossicodipendenze. In Carraro I., Lotti V. I gruppi terapeutici nei disturbi da uso di sostanze. Piccin, Padova, 1997.
- Cataldini R. Comorbidità e dipendenze. Mission, 7, 2003.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V. Prevenzione della ricaduta: aspetti biologici e psicoeducativi. In Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Leardini, Venezia, 2001a.
- Cibin M., Marin G., Pedroni F., Bozzola P., Guelfi G.P. I programmi residenziali nel trattamento integrato dell'alcolismo. In Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Leardini, Venezia, 2001b.
- Cifelli G., Manzato E., Biasin C. L'assessment diagnostico nella pratica clinica. Mission, 7, 2003.
- Ciraulo D.A., Shader R.I., Ciraulo A.M., Greenblatt D.J., Von Moltke L.L. Alcolismo e suo trattamento. In Shader R.I. Manuale di terapia psichiatrica. Memento Medico, Salerno, 1996.
- Clerici M. Valutazione diagnostica e follow up di trattamenti ambulatoriali e residenziali per tossicodipendenti. In Clerici M. Tossicodipendenza e psicopatologia. Indicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici. Franco Angeli, Milano, 1993.
- Clerici M., Carrà G. Implicazioni cliniche della comorbidità per la depressione nei disturbi da uso di sostanze psicoattive. Bollettino OMS Salute Mentale e Neuroscienze, 4, 1997.
- Clerici M., Valsecchi P., Duranti A., Milesi A., Sacchetti E. La comorbidità per uso di sostanze nei disturbi psicotici e nella schizofrenia. Noos, 2, 2000.
- Condelli W.S., De Leon G. Fattori predittivi fissi e dinamici della permanenza dei pazienti nelle comunità terapeutiche. Basis, 7, 1994.
- Consoli A., Bannardo A. Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index. Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.
- Consoli A. Diagnosi ed organizzazione dipartimentale. In Lucchini A. La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Correale A. Il campo istituzionale. Borla, Roma, 1991.
- Corsini R., Rosenberg B. Mechanisms of group psychotherapy: process and dynamics. Journal of Abnormal and Social Psychology, 51, 1955.
- Daini L., Maremmani I. Sintomi psicopatologici durante il trattamento della dipendenza da eroina. Uno strumento per la valutazione del programma? In Maremmani I., Mazzesi S. Progetto Aliante. Pacini, Pisa, 1999.
- Daley D.C., Salloum M., Zuckof A., Kirisci L., Thase M.E. Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence. Results of a pilot study. American Journal of Psychiatry, 11, 1998.
- De Battisti L., Barbera G., Cifelli G., Rossi C., Corso A., Manzato E. L'assessment psicodiagnostico per la comorbidità psichiatrica. In Manzato E., Barbera G. Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbidità psichiatrica nell'alcolodipendenza". Litozetatre, Zevio (Verona), 2000.
- De Jong J.A., Roy A. Paternal lineage of alcoholism, cohort effects, and alcoholism criteria. Addiction, 5, 1993.

- De Leon G. Comunità terapeutiche. In Galanter M., Kleber D. Trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive. Masson, Milano, 1998.
- Dixon L., McNarey S., Lehman A. substance abuse and family relationship of persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 3, 1995.
- Drake R., Bartels S.J., Teague G.B., Noordsy D.L., Clark R.E. Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 10, 1993.
- Drake R., Mercer C.C., McFadden C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond G.R. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 1998.
- Drake R.E., Mueser K.T. Psychological approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 2000.
- Driessen M., Veltrup C., Wetterling T., John V., Dilling H. Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two-types of alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 1, 1998.
- Durrell J., Lechtenberger B., Corse S., Frances R. J. Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 5, 1993.
- Ellison J.M., Shader R.I. Trattamento farmacologico dei disturbi di personalità: un approccio dimensionale. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996.
- Fea M. Diagnosi e Sistema di cura. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Fea M. FeDerSerD ed il tema della comorbidità. *Mission*, 7, 2003.
- Fischetti R., Picciulin R. Il problema dell'équipe. In Cellentani O. *Il gruppo nella formazione degli operatori sociali*. Franco Angeli, Milano, 1992.
- Flores P.J., Mahon L. The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 1993.
- Frances R., Franklin T., Borg L. Psicodinamica. In Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
- Fried E. The process of change in group psychotherapy. *Group*, 9, 1985
- Gabbard G.O. Disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi dell'alimentazione. In Gabbard G.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Gabbard G.O. Principi fondamentali della psichiatria psicodinamica. In Gabbard G.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 1995b.
- Gabbard G.O. Trattamento in psichiatria psicodinamica I: psicoterapia individuale. In Gabbard C.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 1995c.
- Gabbard G.O. Trattamento in psichiatria psicodinamica II: terapia di gruppo, terapia della famiglia, della coppia coniugale e farmacoterapia. In Gabbard C.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 1995d.
- Gabbard G.O. Disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi dell'alimentazione. In Gabbard G.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Galanter M. Terapia di Rete nell'intervento ambulatoriale. In Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
- Garbutt J., West S.L., Corey J.S., Lohr K.N., Crews F.J. Pharmacological treatment of alcoholism dependence. A review of the evidence. *JAMA*, 14, 1999.
- Gentile N., Cibir M., Cima L. Farmacoterapia dell'alcolodipendenza. In Brignoli O, Cibir M., Gentile N., Vantini I. *Alcol e medico di famiglia*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
- Gerra G. Diagnostica precedente la disassuefazione. In Gerra G. *Tossicodipendenza ed alcolismo*. Mediserve, Milano, 1998a.
- Gerra G. La diagnosi dopo la disassuefazione. In Gerra G. *Tossicodipendenza ed alcolismo*. Mediserve, Milano, 1998b.
- Gerra G. Matchin paziente-trattamento. In Gerra G. *Tossicodipendenza ed alcolismo*. Mediserve, Milano, 1998c.

- Gerra G. I farmaci per il trattamento della comorbidità psichiatrica. In Gerra G. Tossicodipendenza ed alcolismo. Mediserve, Milano, 1998d.
- Gerra G. I Trattamenti psicosociali. In Gerra G. Tossicodipendenza ed alcolismo. Mediserve, Milano, 1998e.
- Gerra G. Allarme cocaina. La "trappola" dell'impiego ricreazionale e le conseguenze psichiatriche. *Living With Schizophrenia*, 3, 2001.
- Gerra G. Servizi di Salute Mentale e SerT: Prospettive future. *Living With Scizophrenia*, 5, 2002.
- Golden S. J. Le modificazioni della terapia psicodinamica di gruppo per dipendenti da sostanze: una rassegna teorica. In Khantzian E.J., Halliday K., McAuliffe W.E. La dipendenza ed il Sé vulnerabile. La terapia di gruppo modificata per dipendenti da sostanze. Piccin, Padova, 1997.
- Golden S.J., Khantzian E.J., McAuliffe W.E. Terapia di gruppo. In Galanter R., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
- Goodley S.H., Finch M., Dougan L., McDonnell M., McDermeit M., Carey A. Case management for dually diagnosis individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 2000.
- Grosso L. Tossicodipendenza e problematica psichiatrica. Quali indicazioni per l'inserimento in comunità e quali percorsi. In Rigliano P., Rancilio L. *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi sulla "doppia diagnosi"*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Hall J., Carswell C., Walsh E., Huber D.L. Jampoler J.S. Il case management nel trattamento della tossicodipendenza. *Lavoro Sociale*, 1, 2003.
- Havassy B.E., Arns P.G. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high risk psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 7, 1998.
- Hemming M., Yellowlees P. An evaluation study of clinical case management using clinical case management standards. *Journal of Mental Health*, 6, 1997.
- Hendrickson E.L., Schaml M.S., Erkleberry S., Bullock J. Supervising staff treating the dually diagnosed. *The Counselor*, 2, 1999.
- Hinnenthal I., Schmidt R., Munizza C., Falkai P. Alcol e personalità: Il "problema borderline". In Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Leardini, Venezia, 2001.
- Hipwell A.E., Singh K., Clark A. Substance misuse among clients with severe and enduring mental illness: Service utilization and implications for clinical management. *Journal of Mental Health*, 9, 2000.
- Ho A.P., Tsuang J.W., Liberman R.P., Wong R., Wilkins J.M., Eckman T.A. Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 11, 1999.
- Imhof J., Hirsch R., Terenzi R. Countertransferential and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction. *International Journal of Addictions*, 18, 1983.
- Jerrel J.M., Ridgely M.S. Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50, 1999.
- Johnson J. Cost-Effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: A literature review and the CCMHCP. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 2000.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. Associazione di psicoterapia e farmacoterapia. In Kaplan H.I., Sadock B.J. *Farmaci in psichiatria*. Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1997.
- Karasu T.B. Psychotherapy and pharmacotherapy : toward and integrative model. *American Journal of Psychotherapy*, 139, 1982.
- Kaufman E., Reaux J. Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 1988.
- Kaufman E. La psicodinamica dell'abuso di alcol ed altre droghe: aspetti critici e valutazione della sua applicazione psicoterapeutica. *Basis*, 2, 1993.

- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulemberg J., Anthony J.C. Lifetime co-occurrence of DSM III R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1997.
- Khantzian E. J. Psychotherapeutic interventions with substance abusers. The clinical context. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 1985.
- Khantzian E.J., Treece C. DSM III-R psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.
- Khantzian E. J., Halliday K., Golden S., McAuliffe W. Group therapy for substance abusers: a psychodynamic approach to relapse prevention. Paper presented at the National Institute on Drug Abuse-NIDA Symposium. Atlanta, 1989.
- Krauss M. Comorbilità psichiatrica e decorso delle dipendenze: il valore predittivo della diagnosi psichiatrica. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Lafferty P., Beutler L., Graco M. Differences between more and less effective psychotherapists: a study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 1989.
- Lambruschi F., Rezzonico G. Il contesto e le metodologie di lavoro. In Rezzonico G., Lambruschi F. *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*. FrancoAngeli, Milano, 1996.
- Landheim A., Bakken K., Vaglum P. Addicts with personality disorders. Are they coming to the right treatment modality? *European Psychiatry*, 1, 2000.
- Lang M. Modelli diagnostici in psicopatologia. In Del Corno F., Lang M. *Psicologia Clinica. Fondamenti storici e metodologici*. Franco Angeli, Milano, 1989.
- Lastrico A., Berlincioni V., Bianchi A., Bressani R., Cappellini M., Mazzola G., Politi P., Risaro P., De Martis O. Abuso-dipendenza da alcol e comorbilità psichiatrica. *Minerva Psichiatrica*, 2, 1996.
- Lehman A.F. Myers C.P., Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1989.
- Lehman A. F., Myers C.P., Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Psychiatric Services*, 9, 2000.
- Liftik J. La valutazione. In Brown S. *Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero*. Erikson, Trento, 1997.
- Luborsky L., McLellan A.T., Woody G., O'Brien C., Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985.
- Luborsky L., Crits-Cristoph P., McLellan A.T., Woody G.E. Do psychotherapists vary in their effectiveness? The answer within four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 1986.
- Lucchini A., Strepparola G. Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Madeddu F., Movalli M.G., Prunas A. I disturbi psichiatrici di asse I ed asse II (DSM IV) nell'alcoldipendenza. In Manzato E., Barbera G. *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza"*. Litozetate, Zevio (Verona), 2000.
- Madeddu F., Pellegrini M. Psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo: indicazioni e limiti. In Cibir M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Leardini, Venezia, 2001.
- Mantano R.A., Yalom I.D. Approaches to chemical dependency: chemical dependency and interactive group therapy - a synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 1991.
- Manzato E., Morgante S., Serpelloni G., Martin G.S., Parise M., Parolin A. Infezione da HIV: consultazione di accoglienza ed interventi psicosociali nei tossicodipendenti. In Serpelloni G., Parolin A., Morgante S. *AIDS ed infezione da HIV*. Job, Verona, 1988.
- Manzato E., Cressotti N. La dimensione di gruppo nel programma terapeutico territoriale "La Fenice": un modello di riabilitazione psicosociale. *Archivio di psichiatria generale*, II, 1992.

Manzato E. Il Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza. In Manzato E., Barbera G. Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta "La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza". Litozetatre, Zevio (Verona), 2000.

Manzato E., Biasin C., Cifelli G., Faccini M., Gianfilippi G. Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica. Mission, 6, 2003.

Manzato E., Fea M. Gravità ed intensità assistenziale. Modelli di Integrazione a confronto. Mission, 10, 2004.

Maremmani I., Zolesi O., Daini L., Castrogiovanni P., Tagliamonte A. Fluoxetine improves outcome in addicted patients treated with opioid antagonists. American Journal of Addiction, 4, 1995.

Maremmani I., Zolesi O. Il Craving. In Maremmani I., Zolesi O. Craving. Pacini, Pisa, 1998.

Maremmani I., Canoniero S., Daini L. Abuso di sostanze e malattie mentali. In Maremmani I., Mazzesi S. Progetto Aliante. Pacini, Pisa, 1999.

Maremmani I., Lamanna F. E' possibile il trattamento farmacologico a lungo termine dell'alcolismo? Basi teoriche e prospettive future. In Maremmani I., Mazzesi S. Progetto Aliante. Pacini, Pisa, 1999.

Maremmani I., Canoniero S., Pacini S., Daini L. La doppia diagnosi. Generalità e principi di trattamento. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacologia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001a.

Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Guareschi R. Alcol e disturbo mentale: principi di trattamento. In Cibir M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Leardini, Venezia, 2001b.

Maremmani I., Canoniero S., Pacini M. La doppia diagnosi. Clinica e terapia dei disturbi d'ansia nei tossicodipendenti. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001c.

Maremmani I., Canoniero S., Pacini S. Clinica e terapia dei disturbi da uso di sostanze. Farmaci che riducono l'uso di alcol, cocaina ed oppiacei. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacologia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001d.

Maremmani I., Pacini M., Canoniero S., Daini L., Castrogiovanni P. La doppia diagnosi. Clinica e terapia dei disturbi dell'umore. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001e.

Maremmani I., Lubrano S., Pacini M., Canoniero S. La doppia diagnosi. Clinica e terapia delle psicosi nei tossicodipendenti. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001f.

Maremmani I., Lamanna F. La doppia diagnosi. Clinica e terapia dell'alcolismo nei tossicodipendenti. In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001.

Maremmani I., Lubrano S., Pacini M. Principi generali di terapia. In Pancheri P. La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze. Scientific Press, Firenze, 2002.

Margaron H. Doppia diagnosi: nuova entità nosografica o esigenza organizzativa? Terza Conferenza Nazionale, Genova, 2000.

Marsden J., Gossop M., Steward D. Psychiatric symptom among clients seeking treatment outcome for drug dependence. British Journal of Psychiatry, 176, 2000.

McCoul M., Svikis D. Improving client compliance in outpatient treatment: counsellor-targeted interventions. National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 106, 1991.

McNeese-Smith D.K. Programs directors views on the effects of managed care on substance abuse programs in Los Angeles County. Psychiatric Services, 10, 1998.

Mencacci C., Doria S. Come posso aiutare il mio farmaco. Living with Schizophrenia, 4, 2002.

Mercer C.C., Mueser K.T., Drake R. Organizational guidelines for dual disorders programs. Psychiatric Quarterly, 3, 1998.

- Migone P. La psicoterapia del paziente borderline. In Maggini C. Disturbo borderline. Noos, 1-2, 1995.
- Milesi A., Clerici M. Conclusioni: il paziente in "doppia diagnosi". Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale. Noos, 2, 2000.
- Milesi A., Bertrando P., Peroni D., Clerici M. Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da sostanze psicoattive in comorbidità psichiatrica. In Mosti A., Clerici M. Lungo il confine. Tossicodipendenze e comorbidità. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Milmo S., Rosenthal R., Blane H. The doctor's voice: predictors of successful referral of alcoholic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 1967.
- Miner C.R., Rosenthal R.N., Hellerstein D.J., Muenz L.R. Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997.
- Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 10, 1989.
- Miragoli P. Riflessioni su una ipotesi di modello di comunità terapeutica "esclusiva". In Rigliano P., Rancilio L. Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi". Franco Angeli, Milano, 2003.
- Mollica R., Magnone A. La valutazione dei risultati. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze*. Leonard., Verona, 1996.
- Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C. Personality disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment. *Alcolologia*, 1, 1996.
- Nace E.P. Il paziente con doppia diagnosi. In Brown S. Alcolismo. Terapia multidimensionale e recupero. Erikson, Trento, 1997.
- Najavits L.M. Research on therapist effectiveness: implications for training. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston, 1990.
- Najavits L.M., Strupp A. Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 1994.
- Najavits L.M., Weiss R.D. Rassegna degli studi sulle differenze di efficacia del terapeuta nel trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive. *Basis*, 7, 1994.
- Numberg A.G., Rifkin A., Doddi S. A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 1993.
- Osher F.C., Kofoed L.L. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 10, 1989.
- Pacini M., Maremmani I. la doppia diagnosi. Clinica e terapia dei disturbi di personalità nei tossicodipendenti. In Maremmani I. *Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*. Pacini, Pisa, 2001.
- Pancheri P. Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi. In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.
- Pani P.P. La psicoterapia nell'abuso di sostanze. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
- Pani P.P. Tempi e completezza della diagnosi. Ruolo della psichiatria nella gestione della tossicodipendenza. In Lucchini A. *la diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Pantalon M. Valutazione del processo di trattamento e dei risultati. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001a.
- Pantalon M. Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001b.
- Pedrabissi L. I test psicologici: storia e metodo. In Del Corno F., Lang M. *La diagnosi testologica: Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*. Franco Angeli, Milano, 1997.

Pichon-Riviere E., Bleger J., Liberman D., Rolla E. *Tecnica dei gruppi*. In Pinchon-Riviere E. *Il processo gruppale*. Lauretana, Loreto (Ancona) 1981.

Pies R.W., Shader R.I. *Approccio al trattamento della depressione*. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996.

Pintus A., Maggini C. *Linee guida del trattamento farmacologico del disturbo borderline di personalità*. In Maggini C. *Disturbo borderline*. Noos, 1-2, 1995.

Pioltelli W. *Il centro di diagnosi ed osservazione*. In Rigliano P., Rancilio L. *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella "doppia diagnosi"*. Franco Angeli, Milano, 2003.

Pozzi G., Bacigalupi A., Serretti A., Tempesta E. *Prevalenza dei disturbi mentali fra utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico*. *Bollettino Farmacodipendenze ed alcoolismo*, 3-4, 1993.

Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.G. *Comorbidity of Mental Disorders with alcohol and others drug abuse*. *JAMA*, 19, 1990.

Ricci P.G., Degli Stefani M., Carraro I., Cibin M. *La terapia di gruppo e la sua applicazione nel trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive*. In Carraro I., Lotti V. *I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze*. Piccin, Padova, 1997.

Rich C.L., Fowler R.C., Young D. *Substance abuse and suicide: the S.Diego study*. *Annals of Clinical Psychiatry*, 1, 1989.

Ricks D. *Supershink: methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients*. In Ricks D., Thomas A., Roff M. *Life History Research in Psychopathology*. University of Minnesota, Minneapolis, 1974.

Ridgely M.S., Lambert D., Goodman A., Chichester C.S., Ralph R. *Interagency collaboration in services for people with co-occurring mental illness and substance use disorder*. *Psychiatric Services*, 49, 1998.

Ries R. *Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients*. *Psychiatric Clinics of North America*, 1, 1993.

Rigliano P. *La questione della doppia diagnosi: come ripensare alle dipendenze*. In Rigliano P., Rancilio L. *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*. Franco Angeli, Milano, 2003a.

Rigliano P. *Fallimento terapeutico e doppia diagnosi*. In Rigliano P., Rancilio L. *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi della "doppia diagnosi"*. Franco Angeli, Milano, 2003b.

Rounsaville B.J., Weissamn M.M., Crits-Cristoph K., Wilberg C., Kleber H. *Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome*. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982a.

Rounsaville B.J., Weissamn M.M., Kleber H., Wilberg C. *The heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts*. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982b.

Rounsaville B.J., Anton S.F., Carrol K., Budde D., Prusof B.A., Gawin F. *Psychiatric diagnosis of treatment-seeking cocaine abusers*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1991.

Rounsaville B.J. *L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto*. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001a.

Rounsaville B.J. *Diagnosi dei disturbi psichiatrici di Asse I nella tossicodipendenza*. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001b.

Rounsaville B.J. *Quale trattamento per quale paziente*. In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001c.

Salloum I.M., Daley D.C., Thase M. E. *Assessment and identification*. In Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. *Male depression, alcoholism and violence*. Martin Dunitz Ltd, London, 2000a.

Salloum I.M., Daley D.C., Thase M. E. *Farmacoterapia*. In Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. *Male depression, alcoholism and violence*. Martin Dunitz Ltd, London, 2000b.

Salloum I. M., Daley D.C., Thase M.E. *Psychosocial issues, treatment approaches and programmes*. In Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. *Male depression, alcoholism and violence*. Martin Dunitz Ltd, London, 2000c.

- Sassi R., Faustini S., Manzato E. Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale. Sito di Servizio Sociale, www.serviziosociale.com. Torino, 2003.
- Sassi R., Faustini S., Manzato E. Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale, con attenzione alla doppia diagnosi. *Mission*, 8, 2004.
- Schottenfeld R.S. Valutazione del paziente. In Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
- Schuckit M.A., Hesslerbrock V. Alcohol dependence and anxiety disorders. What is the relationship? *American Journal of Psychiatry*, 151, 1994.
- Schuckit M.A. Obiettivi del trattamento. In Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
- Serpelloni G. Il Dipartimento per le tossicodipendenze: principi per una nuova organizzazione assistenziale. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
- Serpelloni G., Starace F. Un nuovo modello pragmatico di intervento per la dipendenza cronica da eroina nell'epoca dell'AIDS. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
- Serpelloni G., Simeoni E. La valutazione dell'outcome dei trattamenti della tossicodipendenza nella pratica clinica. In Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. *Quality management. Indicazioni per le Aziende Sociosanitarie ed il Dipartimento delle Dipendenze*. La Grafica, Verona, 2002.
- Serpelloni G., Bosco O. Prestazioni, prodotti e processi assistenziali: concetti di base dell'Activity Base Management (ABM) ed il sistema MFT per il rilevamento dell'output. In Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie ed il Dipartimento delle Dipendenze*. La Grafica, Verona, 2002.
- Serpelloni G., Starace F. Interventi a bassa soglia nella dipendenza da eroina (DCE): un approccio pragmatico. In Mosti A., Clerici M. *Lungo il confine. Tossicodipendenze e Comorbidità*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Shader R.I. Approccio al trattamento del disturbo bipolare. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996a.
- Shader R.I. *Trattamento della Schizofrenia*. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996b.
- Shader R.I., Grenblatt D.T. *Trattamento dei disturbi d'ansia*. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996.
- Shader R.I., Green A.I., Pildis M.J. *Abuso e dipendenza da oppiacei: trattamento acuto e cronico*. In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica*. Momento Medico, Salerno, 1996.
- Tomasson K., Vaglum P. Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study. *Addiction*, 7, 1996.
- Torre G. Il problema della "doppia diagnosi" nella tossicodipendenza. In Rigliano P., Rancilio L. *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella "doppia diagnosi"*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Treece C., Khantzian E.J. Psychodynamic factors in the development of drug dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 1986.
- Tsuang J.W., Ho A.P., Eckman T.A., Shaner A. Dual diagnosis treatment for patients with schizophrenia who are substance dependent. *Psychiatric Services*, 7, 1997.
- Valle S. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1981.
- Vannicelli M. *Group psychotherapy with adult children alcoholics: treatment techniques and countertransference considerations*. Guilford, New York, 1989.
- Wallace C., Levine A., Stone W.A. An inpatient survivors' therapy group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 1992.
- Ward N.C. *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. In Beitman B.D., Klerman G.L. *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1991.

Whitfield C.L. Co-dependence: healing the human condition. The new paradigm for helping professionals and people in recovery. Health Communication, Deerfield Beach, 1991.

Whitfield C.L. Co-dipendenza, dipendenze e disturbi correlati. *Basis*, 8, 1994.

Woody G.E. Psychotherapy for opiate dependence. In Kleber H. American psychiatric association handbook on psychiatric treatments. American Psychiatric Press, Washington, 1989.

Woody G.E., Luborsky L., McLellan A.T., O'Brien C.P., Beck A.T., Blaine J., Herman I., Hole A. Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 1983.

Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L. Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1985a.

Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985b.

Woody G.E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Luborsky L. Affrontare la comorbilità psichiatrica. *Basis*, 8, 1994.

Woody G.E., Mercer D., Luborsky L. Psicoterapia individuale. In Galanter M., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.

Yalisove D. Psychoanalytic approaches to alcoholism and addiction: treatment and research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 1989.

Yalom I.D. *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, New York, 1975.

Zavan V., Cibin M., (), *Alcolismo e disturbi mentali*. In Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I. *Alcol e medico di famiglia*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.

Zimberg S., *Psicoterapia individuale. Alcol*. In Galanter R., Kleber H.D. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.

PERCORSI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI IN PAZIENTI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE: UNA ESPERIENZA DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

§MateoAmeglio, ◇Claudio Lucii, □Elisabetta Innocenti, ◇Andrea Bencini, ◇Luca Petrangeli, §Emanuela Fontani, ▲Sonia Senesi, §Luca Canestri.

§AUSL 7 Servizi Per le Dipendenze, Zona Alta Val D'Elsa

◇AUSL 7 Dipartimento di Salute Mentale Adulti, Zona Alta Val D'Elsa

□AUSL 7 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, Zona Alta Val D'Elsa

▲Servizi Sociali Comune di Casole d'Elsa

PAZIENTI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE E INTERVENTO ISTITUZIONALE

Negli ultimi anni l'esperienza dei servizi di Salute Mentale Adulti, Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, Servizi Sociali e Servizi per le Dipendenze della AUSL7 di Siena, ha evidenziato evidenti difficoltà nella gestione terapeutico-riabilitativa di persone che presentano disturbi riferibili sia a una sofferenza psichica grave sia a un abuso o dipendenza da sostanze psicoattive (comunemente definite come "soggetti con doppia diagnosi"). Tali difficoltà hanno reso necessaria un'integrazione funzionale tra i diversi servizi, pur nel rispetto delle specifiche competenze, tale integrazione, ha richiesto forme di collaborazione stretta fra diverse unità operative e, soprattutto, un'omogeneità di comportamenti nella collaborazione ed integrazione di diverse esperienze e professionalità.

Proprio per cercare di costruire percorsi terapeutici dotati di senso e che tengano conto di tutte le variabili in gioco è stato definito un protocollo operativo che vede impegnati i servizi di salute mentale e i SerT dell'AUSL 7 di Siena, nel rispetto delle specifiche competenze e professionalità, ad operare in maniera integrata nel trattamento delle persone che necessitano di una gestione multidisciplinare.

Il problema della "doppia diagnosi", proprio per le sue caratteristiche trasversali rispetto alle classi sociali e cronologiche (includendo anche l'alcoldipendenza), investe l'intero sistema istituzionale, sanitario e sociale, per cui risulta difficile l'elaborazione di risposte terapeuticamente efficaci vista la molteplicità delle variabili in gioco.

La gestione di pazienti con doppia diagnosi implica inevitabilmente la gestione di situazioni complesse e articolate sia su un piano strettamente medico-psichiatrico, che da un punto di vista socio-familiare; non di rado persone che presentano una doppia diagnosi sono minorenni o hanno figli minorenni, frequentemente presentano problemi legali, si collocano spesso in contesti sociali di marginalità ed esclusione, e altrettanto di frequente presentano una lunga storia di contatti con i servizi sociali e sanitari.

L'esperienza di lavoro condiviso tra i diversi servizi ha messo in risalto il dato evidente di come la devianza o la patologia di un singolo individuo siano contestualizzate all'interno di tutta la rete di relazioni intersoggettive tra i membri che compongono quello specifico ambito relazionale. Uno degli aspetti essenziali della gestione istituzionale di pazienti con doppia diagnosi riguarda quindi l'articolazione e la differenziazione degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi operati all'interno di un contesto territoriale, culturale e sociale.

ALCUNI MODELLI DI INTERVENTO INTEGRATO

L'approccio terapeutico che inquadra il paziente in un contesto bio-psico-sociale è considerato un aspetto centrale per l'intervento terapeutico in pazienti con disturbi complessi come i disturbi di personalità o psicotici, rivelandosi particolarmente utile nella pianificazione di strategie operative di tipo integrato (Paris, 1997; Linehan, 2001; Gunderson, 2003).

Un modello particolarmente interessante di lavoro terapeutico integrato è quello proposto da Carlo Perris e adottato presso alcune strutture sanitarie pubbliche in Svezia ed in Italia per il trattamento dei cosiddetti “pazienti difficili”, (Perris, Skagerlind, 2000; Perris, 1992, 1993; Lambruschi e Rezzonico, 1996; Reda, Canestri, 2005). In questi pazienti gli effetti pragmatici dei comportamenti patologici o devianti, non implicano esclusivamente conseguenze pesanti verso se stessi o la propria famiglia, ma producono ripercussioni importanti a livello sociale. Le caratteristiche cliniche e relazionali di molti di questi soggetti come bassa compliance, trascuratezza opposizione, richieste di iper-accudimento, frequenti scompensi psicopatologici rendono difficile una loro lineare gestione terapeutica. (Rezzonico, Bisanti, 2005).

L’approccio terapeutico integrato proposto da Perris si articola attraverso l’utilizzazione, all’interno di uno stesso programma terapeutico, di setting diversi (individuale, familiare, ambientale) e con l’inserimento nell’ambito del modello terapeutico cognitivista di concetti e strategie derivati da modelli di diverso substrato teorico. Questo implica il coinvolgimento di figure professionali diverse (medici, psichiatri, psicologi, infermieri e altro personale) che condividono comunque una comune formazione di tipo cognitivista e che operino un continuo lavoro di scambio di informazioni e periodiche supervisioni. (Perris, McGorry, 2000; Perris, 1996)

Un altro interessante modello di gestione articolata di pazienti con problematiche complesse è quello proposto, fin dagli anni cinquanta, dal Tavistock Institute of Human Relations e dal Grubb Institute di Londra, che hanno integrato le teorie psicoanalitiche di Bion, Jaques, Miller Rice e Turquet con un approccio di tipo sistemico. L’interazione individuo-gruppo-istituzione implica un’attenzione agli scopi, alla circolazione d’informazioni all’interno del gruppo di operatori e alla permeabilità rispetto all’ambiente esterno. L’istituzione, viene considerata nella sua globalità articolata in compiti, gerarchie, strumenti, strutture e persone; l’ambito istituzionale si colloca all’interno di un insieme di spinte sociali e culturali, che possono condizionare in momenti diversi e con modalità differenziate le aspettative e le modalità operative del singolo operatore o del gruppo nel suo complesso. Una delle conseguenze di questa dinamica è quella relativa alle modalità terapeutiche che possono risultare fortemente influenzate dalle aspettative e dalle pressioni sociali, che in modo concentrico si diffondono ai diversi livelli della struttura operativa in cui si articola l’intervento terapeutico, dalla direzione, all’amministrazione, al personale, alle dinamiche di gruppo, ai sistemi di difesa adottati (Bion, W.R.,1971; Turquet, 1978; Rice, 1974, 1976; Bridger, 1990; Miller, 1993; Jaques, 1995).

Un altro contributo interessante nella gestione di pazienti con problematiche complesse è quello fornito da Vladimir Hudolin (1991, Hudolin e Coll., 1994) e diffusosi nel territorio italiano specialmente nel trattamento dei problemi alcol correlati. La proposta di un intervento che coinvolgesse le risorse familiari e comunitarie, viene posta con una particolare attenzione alle esigenze di carattere relazionale, affettivo e spirituale del soggetto problematico. Il lavoro effettuato attraverso un network di reti sociali (Maguire, 1987) coinvolge e mobilita una molteplicità di risorse sanitarie, familiari e territoriali, prendendo forma attraverso una integrazione tra interventi istituzionali e reti sociali, come ad esempio il servizio sanitario pubblico, le famiglie, i Club per Alcolisti in Trattamento, le associazioni di volontariato ecc.; in tal modo si struttura un processo orientato non semplicemente alle necessità sanitarie o alla risoluzione di uno specifico problema ma articolato e svolto su molteplici livelli interdisciplinari e socioculturali (Checchi, 2000; Corlito, Santioli, 2000; Martini, Sequi, 1996; Colozzi, Donati, 1997; De Stefani, 1991).

UNA ESPERIENZA DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

La situazione sociale e l’intervento sul nucleo familiare

Il nucleo familiare dei Sig.ri M. e M. è conosciuto dal Servizio Sociale del Comune di Casole d’Elsa dal febbraio 2004 a seguito di una segnalazione del maresciallo dei carabinieri, recatosi nell’abitazione della famiglia su chiamata della Sig.ra M., che riferiva l’assunzione di farmaci psicotropi

in modo non adeguato da parte del convivente, la signora riferiva inoltre la sua paura per le conseguenze che alcuni comportamenti del marito potevano avere sulla figlia di un anno e mezzo; nella segnalazione il maresciallo ha espresso il sospetto che i due fossero entrambi alcolisti.

Dopo un' iniziale presa di contatto con i Servizi Sociali, ben accettato da parte di entrambi i due conviventi, la situazione è stata per un certo periodo sotto controllo. Dai colloqui con la pediatra la minore risultava curata, era stata inserita all' asilo nido; il padre aveva preso contatti ed era seguito dal Servizio di Salute Mentale Adulti della AUSL; la madre aveva iniziato a lavorare come colf presso un anziano, aveva preso anche lei contatti con il Servizio di Psichiatria della AUSL ed era stata inserita in un corso di formazione organizzato dall' Amministrazione Provinciale per la manutenzione del verde, che al termine prevedeva la costituzione e l' inserimento in una cooperativa sociale operante nel Territorio della Valdelsa. Successivamente, a seguito dell'aggravarsi della situazione psichiatrica del Sig. M., l'uomo è stato ricoverato in ospedale, la bambina ha interrotto la frequenza al nido e la madre ha perso il lavoro; qualche mese dopo la pediatra ha segnalato al Servizio Sociale di aver verificato, durante una visita alla bambina, che i genitori erano entrambi ubriachi. E' stato quindi ridefinito un nuovo protocollo d'intervento concordato tra i vari servizi coinvolti, che è stato proposto e accettato da entrambi i conviventi, in seguito il Sig. M. ha ripreso a farsi seguire dal Servizio di Psichiatria e ha accettato di prendere contatti con il SerT, la Sig.ra M. ha continuato a farsi seguire dal Servizio di Psichiatria ed a frequentare il corso di formazione, pur non ammettendo nessun problema alcol correlato, ma riferiva di fare tutto questo esclusivamente per il bene del convivente, la minore è stata nuovamente inserita all'asilo nido con orario a tempo pieno e con costo a totale carico del Servizio Sociale;

Il programma proposto è stato parzialmente rispettato per qualche mese, anche se con la necessità di stimoli continui da parte dei servizi, dopodiché la donna ha interrotto la frequenza al corso di formazione ed entrambi i coniugi hanno interrotto il rapporto con il SerT e con il Servizio di Psichiatria. Per questo motivo tutti i servizi coinvolti hanno ritenuto di dover segnalare al Tribunale dei Minori di Firenze la condizione di rischio della bambina, proponendo l'affidamento immediato della minore ai nonni paterni. In seguito a questa segnalazione il Tribunale dei Minori ha disposto l'apertura di un provvedimento per la verifica dello stato di abbandono ed il conseguente affidamento della bambina al Servizio Sociale che ha deciso per il suo collocamento presso i nonni paterni residenti in un comune limitrofo.

A seguito del provvedimento del Tribunale dei Minorenni, la madre ha ammesso una condizione di dipendenza dall'alcol, ha espressamente chiesto di essere aiutata ed ha quindi intrapreso un programma terapeutico-riabilitativo presso il SerT; in quel periodo la bambina ha ripreso la frequenza regolare dell'asilo nido dove è stata accompagnata dalle assistenti domiciliari, in quanto né i nonni, né i genitori avevano mezzi per poterlo fare. Nel periodo di chiusura estiva dell'asilo nido, la bimba, ha frequentato dei corsi di acquaticità in piscina accompagnata da un'educatrice. Dal mese di settembre ha iniziato a frequentare il primo anno di scuola materna accompagnata per il periodo dell'inserimento dalla madre che si è dimostrata adeguata al compito. Sempre nello stesso periodo la bambina, è stata seguita dalla neuropsichiatra infantile l'intervento prevedeva un percorso di sostegno anche nei confronti dei genitori.

Nel maggio 2005 il Tribunale dei Minori dopo aver sentito la madre e tutti i servizi coinvolti ha disposto l'affidamento della minore al Servizio Sociale con collocamento presso i nonni paterni, con la prescrizione ai genitori di seguire le indicazioni dei servizi e ai servizi di relazionare sull'andamento del programma. Nel febbraio 2006 tutti i servizi coinvolti hanno relazionato al Tribunale dei Minori il buon andamento del programma e nel marzo il Tribunale dei Minori ha emesso un decreto nel quale ha dichiarato non luogo a deliberare in merito allo stato di abbandono della minore, ha disposto l'affidamento della minore al Servizio Sociale con collocazione presso i nonni paterni, ha incaricato il Servizio Sociale di provvedere a organizzare gli incontri genitori/figlia e ha dato mandato al Servizio Sociale, in collaborazione con il SerT, il Servizio di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e il Servizio di Salute Mentale Adulti, di seguire la situazione dei genitori e

della minore con interventi di sostegno e controllo, prescrivendo ai genitori di seguire le indicazioni dei servizi.

Per questo si prevede da parte del Servizio Sociale:

- mantenimento del servizio domiciliare;
- supporto psico-sociale nei confronti dei genitori e dei nonni;
- mantenimento di un costante rapporto con le insegnanti della scuola materna al fine di monitorare le condizioni della bambina;
- scambio continuo d'informazioni con tutti i Servizi coinvolti nel piano d'intervento.

La situazione psichiatrica e gli interventi sulla coppia

La Signora M.

La Sig.ra M., è arrivata al servizio psichiatrico territoriale della AUSL 7 di Siena - zona Valdelsa - nel gennaio 2005 lamentando sintomi depressivi. Al primo colloquio, al quale è giunta accompagnata dal marito, si è presentata molto tesa: l'eloquio rapido, talvolta troppo, l'atteggiamento fisico - continuo tormento alle mani -, sudorazione, mettevano in mostra un'ansia che celava chiara insicurezza. Ad un esame psicopatologico sono emersi diversi sintomi: abulia, astenia, disappetenza, irritabilità, ritiro sociale, la cui insorgenza veniva fatta risalire al sequestro dei cani avvenuto circa un mese prima per motivi igienici, ma vissuto come profondamente ingiusto dalla paziente. L'ipotesi diagnostica posta è stata: disturbo depressivo in alcolismo.

Nei primi incontri è stato possibile cominciare a delineare la sua storia. Figlia adottiva, la madre, alcolista, morì nel 1986 quando M. aveva 20 anni. Durante la seduta ha riferito di come si è dovuta lei prendere cura della madre e della casa fin da piccola, anche perché l'unica figura familiare con cui M. aveva un buon rapporto era la nonna che nel 1987 morì. Sempre in quel contesto ha riferito anche della violenza subita dal padre quando aveva 13 anni. A 19 anni si era sposata con un uomo con problemi di tossicodipendenza, morto 12 anni dopo per overdose. La Sig.ra M. descriveva quel matrimonio come una grande speranza delusa: la speranza che, riuscendo così a fuggire di casa, le si potesse aprire una vita diversa e la conseguente delusione di trovarsi in un altro pesantissimo vortice. Ha riferito poi dei suoi trascorsi come intrattenitrice al night, unica possibilità per una ragazza completamente sola e senza nulla, dove imparò a bere molto per superare il ribrezzo e lo schifo di rapporti promiscui e perchè in questo modo, facendo pagare gli avventori, incassava di più. L'incontro con M. avvenne in queste circostanze e quella fu per M. la via d'uscita da quella vita che non sentiva propria.

Naturalmente il problema attuale dell'alcol è stato inizialmente celato e negato a lungo. La terapia con venlafaxina 75 mg e alprazolam 0,75 mg/die, hanno contribuito a far sì che M. si barcamenasse nel rapporto con il marito, nella gestione della figlia e della casa.

Il cambiamento nel rapporto con la terapia farmacologica e con lo psichiatra curante è avvenuto dopo la segnalazione effettuata dall'Assistente Sociale riguardante la figlia e il conseguente decreto del Tribunale dei Minori che affidava la bambina ai servizi sociali. Dopo un momento iniziale di smarrimento in cui ha rivissuto la sua triste storia, la paziente ha cominciato a sviluppare una buona motivazione a seguire il progetto concordato con i servizi (Sociale, SerT, Salute Mentale Adulti e Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza). A partire da questo periodo ha assunto la terapia farmacologica prescritta con buona compliance, partecipando regolarmente agli incontri previsti (cosa che precedentemente era stata decisamente più discontinua). Progressivamente ha maturato una diversa consapevolezza del proprio ruolo materno, cercando di creare condizioni diverse per favorire il rapporto con la figlia e permetterne la crescita. Attualmente appare molto più attiva nel cercare di strutturare in modo più "adulto" la propria vita.

Da un punto di vista psicopatologico si è assistito a una progressiva riduzione della sintomatologia depressiva, fino ad una condizione di discreta eutimia, che ha permesso la sospensione farmacologica da dicembre 2005.

Da ottobre 2005 sta lavorando come cameriera presso una cooperativa sociale che gestisce alberghi e agriturismi, mostrando buone capacità anche di organizzazione e di tenuta. Sta studiando per prendere la patente e autonomizzarsi riguardo agli spostamenti, riuscendo così ad affrontare situazioni di confronto con altri (lezioni a scuola guida) che precedentemente erano vissute con ansia tale da favorire l'evitamento.

Consapevole delle proprie difficoltà nel gestire l'attuale complessità della propria vita tra spostamenti, lavoro, studio per la patente, rapporto con il marito, rapporto con la figlia, ecc., segue con attenzione i consigli che le vengono forniti, dando dimostrazione di una progressiva crescita.

Il Signor M.

Il sig. M. è figlio unico, il padre e la madre, rispettivamente di 83 e 76 anni, sono viventi.

Il padre presenta importanti problemi di salute; è invalido agli arti inferiori per displasia cartilaginea all'articolazione coxo-femorale bilaterale, ha avuto un aneurisma addominale circa due anni fa e nefrectomia sinistra. Ha proseguito regolarmente gli studi fino al diploma in ragioneria; per un breve periodo successivo è rimasto iscritto alla facoltà di Astronomia a Pisa. Ha svolto vari lavori, di cui i più duraturi sono rappresentati dal "venditore di automobili alla Fiat" per circa due anni, vigile urbano a S. Gimignano per 12 anni, alla Siena-parcheggi come cassiere per 5/6 anni. Durante il periodo dell'impegno lavorativo come vigile urbano nasce un contenzioso con un suo superiore per cui viene processato e "dopo due anni di patimenti assolto con formula piena".

Sul piano clinico descrive disturbo d'ansia a tipo panico "da sempre". Ha assunto BDZ prescritte dal medico di famiglia per un lungo periodo di tempo. E' stato anche in cura da uno psicologo per "sei/sette mesi" e assunto. BDZ e antidepressivi

I primi di agosto del 2004 lo psichiatra che sarà poi il l'operatore di riferimento., riceve una telefonata del medico curante del sig. M., da poco tempo in carico al Servizio Salute Mentale, che chiedeva informazioni sulla complessa terapia prescritta al proprio paziente. Il motivo della richiesta nasceva proprio dalla complessità della terapia stessa, considerando che per le sue conoscenze, le condizioni psichiche del paziente non erano mai apparse e/o riferite come particolarmente difficili. Una impressione di maggiore complessità era invece stata notata dalla collega che aveva effettuato la prima visita, tanto da immaginare una presa in carico importante proprio per approfondire e affrontare al meglio il quadro clinico emerso.

In considerazione del bisogno di una presa in carico prolungata e del fatto che la collega era prossima a un trasferimento di sede, viene assegnata la referenza del caso all'operatore che aveva interloquuto con il medico curante.

Alla prima visita, il paziente appariva visibilmente appesantito con evidenti segni di affaticamento; evidenziava un abbigliamento trasandato e una cura di se poco attenta. L'eloquio si era caratterizzato, comunque, per una buona espressione sia logica che lessicale, con adeguata capacità descrittiva della propria situazione clinica. Alcuni dei sintomi emersi nel colloquio condotto dall'altra psichiatra, risultavano decisamente ridotti dopo l'iniziale terapia prescritta, composta da stabilizzanti dell'umore, antidepressivi, neurolettici e BDZ. L'insonnia era migliorata, anche se più sul piano quantitativo; l'ansia psichica da grave era divenuta più contenuta e sopportabile; l'ideazione negativa nei confronti della vita si era ridotta fino a quasi non essere presente; i tremori grossolani agli arti erano scomparsi. Permaneva una importante deflessione timica con apatia, ipobulia, ipodonia senza, tuttavia, configurare nel suo complesso una forma depressiva maggiore.

Sul piano diagnostico la collega aveva ipotizzato che tale fase depressiva si potesse inserire all'interno di un più complesso disturbo dello spettro bipolare. L'anamnesi evidenziava, infatti, alcuni periodi in cui era prevalso un comportamento dedito all'eccesso, alla sfida del limite, una tensione alla spesa economica, associati a una occasionale visione ipertrofica delle proprie capacità e/o valori personali.

Sempre sul piano clinico, ero stato informato durante "le consegne" di taluni fenomeni dispercettivi uditivi, aspecifici, sotto forma di un "rumore di fondo", da lui, comunque, ben criticati.

Al termine del nostro incontro mi risultarono abbastanza comprensibili le diverse definizioni di gravità clinica espresse dal medico curante e dallo specialista che mi aveva preceduto. Il paziente evidenziava, infatti, una significativa capacità manipolativa e/o dissimulativa tale da riuscire a porre diverse accentuazioni dei sintomi espressi dal suo quadro clinico.

Gli incontri successivi si sono succeduti in modo ravvicinato, permettendo non solo di ottenere ulteriori informazioni cliniche e/o personologiche ma anche comprendere le oscillazioni e/o variazioni cliniche in un tempo ristretto di osservazione.

Nel periodo immediatamente successivo al primo colloquio, il tono dell'umore era andato progressivamente e rapidamente normalizzandosi con un miglioramento delle motivazioni e delle volizioni. Il recupero delle relazioni interpersonali era comunque sempre caratterizzato da un fondo di incertezza e precarietà con qualche annotazione fobica. Non gli erano infatti estranei momenti di ansia acuta e saltuari incubi notturni. Le dispercezioni erano scomparse del tutto. I tremori alle mani non erano più presenti. Il quadro clinico si presentava nel suo complesso normalizzato e la relazione terapeutica risentiva favorevolmente della buona efficacia farmacologica. Tale positiva "atmosfera" relazionale favorì, probabilmente, la sua confidenza rispetto all'abuso di alcolici da un periodo di più di dieci anni. L'inizio di tale abitudine venne riferito all'età di 31 anni, in un periodo definito "molto difficile" per alcune delusioni sentimentali e conflittualità personali. In quel periodo era reduce da una lunga relazione affettiva (dai 19 ai 30 anni), favorita dal positivo consenso di entrambe le famiglie. Erano stati fatti progetti di matrimonio che sembravano ormai concludersi, quando, "inaspettatamente", M. decise di interrompere la relazione e di iniziare una nuova storia sentimentale. La "inaspettata" decisione di interrompere i progetti matrimoniali viene da lui indicata come una "difficoltà" ad assumersi un "impegno" così importante e duraturo nel tempo. A tale proposito è utile indicare che come la relazione di attaccamento nei confronti dei suoi genitori viene definita non esente da conflittualità e con una rilevante dipendenza che, nel tempo, si è espressa sia sul piano economico che più strettamente affettivo. Si fa presente che M.M. è figlio unico, che i suoi genitori sono entrambi viventi, pur anziani, con il padre invalido agli arti inferiori tanto da essere obbligato su una sedia a rotelle.

Il periodo successivo si caratterizzò per un radicale cambiamento delle proprie abitudini: iniziò una intensa frequentazione di night clubs, ad avere una vita sessuale promiscua, con la percezione, sempre più frequentemente, di elevati stati di ansia, inquietudine motoria, ricorrente perdita di motivazioni. Lo stile di vita assunto gli permetteva, verosimilmente, di poter vivere una reazione sub-euforica, con forti emozioni, indubbiamente incoraggiate dall'alcol, tali da permettere una difesa rispetto a vissuti di precarietà più profondi che, comunque emergevano con le instabilità timiche e le acuzie ansiose.

In questo periodo, sul piano professionale, lavorava come Vigile Urbano, impegno che ha portato avanti per 12 anni. Questo lavoro non è stato esente da varie conflittualità con i propri superiori tanto da patire alcune denunce. Sembra, a quanto riferisce, che si siano, comunque, tutte risolte con assoluzioni con "formula piena".

Alla mia prima proposta di rivolgersi al SerT per affrontare la dipendenza alcolica, rispose che preferiva impegnarsi da solo, convinto di riuscire ad arrivare a un buon risultato. Tuttavia, poco tempo tale affermazione, si presentò una profonda fase depressiva, tanto da richiedere il ricovero; ciò avvenne intorno alla metà di ottobre 2004.

In occasione del ricovero, si erano presentati perdita di motivazioni, trascuratezza, ritiro sociale, abbassamento del tono dell'umore e dispercezioni complesse sia uditive che visive ("un uomo vestito di nero senza volto che lo rassicura e una ragazza in pigiama bianco", "presenti voci di bambini di fondo") che si associavano a lipotimie improvvise. Gli esami strumentali effettuati durante il ricovero (TAC, Eco addome) non evidenziarono alterazioni significative, se non una epatomegalia di grado modesto. Gli esami ematici mostrarono, invece, un innalzamento delle transaminasi, delle gamma-gt, del volume corpuscolare medio degli eritrociti. Il ricovero, nel suo complesso, si caratterizzò per un rapido e completo miglioramento, nonostante i numerosi dubbi e timori, anche claustrofobici, che lo avevano preceduto.

Il benessere clinico, apparso fin troppo rapidamente, tuttavia, non è riuscito a mantenersi costante successivamente alla dimissione e con il ritorno presso il proprio domicilio. Dopo due mesi di relativo benessere si è verificata, infatti, una nuova flessione depressiva con importante instabilità dell'umore, tendenza alla disforia, elevata agitazione psicomotoria, saltuaria confusione mentale, accentuazione dei tremori, talora vomito, debolezza muscolare, insonnia.

In quel periodo è stata portata a termine la presa in carico da parte del SerT. Nello stesso periodo anche la compagna convivente inizia ad essere seguita dal Servizio di Salute Mentale.

Il rapporto di convivenza con la compagna era iniziato nel 2002; la loro conoscenza era avvenuta all'interno di uno dei night clubs frequentati dal paziente. Al momento del loro incontro la compagna era incinta di una bambina che il paziente decise, comunque e con buona disposizione, di riconoscere legalmente.

Il periodo successivo alla presa in carico da parte del SerT si è contraddistinto per una elevata problematicità sia clinica che relazionale, come se prendessero il sopravvento aspetti di Sé non gestibili tanto da dare l'impressione di una vera deriva clinica e sociale. Anche i rapporti con il Servizio di Salute Mentale diventarono molto irregolari, come se fossero sempre sul punto di una possibile rottura. In quel periodo si sono osservati agiti atti autolesivi, nati da "rabbia", senza che mai venisse richiesto l'intervento del PS.

La indubbia precarietà dell'equilibrio personale e familiare nonché educativo verso la figlia, ha indotto i Servizi coinvolti nel progetto terapeutico (Servizio Sociale, Servizio di Salute Mentale Adulti, SerT, Neuropsichiatria Infantile) ad inoltrare la segnalazione al Tribunale dei Minori e proporre l'affidamento momentaneo della bambina ai Servizi Sociali.

Il periodo seguente a tale decisione, caratterizzò ed evidenziò un atteggiamento profondamente diverso fra i due conviventi. Mentre la compagna si pose nell'ottica di accettare la possibilità di aiuto e di affidarsi all'attenzione posta dai Servizi; M. evidenziò una reazione difensiva accentuata, pronta ad arrivare allo scontro diretto, con l'intento sotteso di poter mantenere le proprie abitudini, anche alcoliche, ritenute da lui gestibili e, comunque, non dannose allo sviluppo educativo della figlia. La fase di contrapposizione, non ha avuto, tuttavia, una lunga durata. Anche in questa situazione, come in altri periodi della sua vita contraddistinti da elevata tensione, ha prevalso un comportamento contraddittorio e conflittuale. In una prima fase in cui sentiva una incombente minaccia alla propria autonomia e indipendenza la reazione si è caratterizzata per impulsività e ostilità. Secondariamente, è riuscito a trovare un proprio equilibrio, che, tuttavia, era espresso attraverso una accettazione formale della situazione emergente ma mantenendo, di fondo, un comportamento manipolativo atto alla difesa estrema del proprio spazio "vitale". Tale dinamica personale e relazionale ha trovato conferma anche nel recente periodo. Le linee di comportamento indicate dal Tribunale vengono, infatti, verbalmente accolte e comprese, ma, nella sostanza si verificano numerosi rallentamenti e/o impedimenti che ostacolano il percorso pattuito. Un recente "impedimento" è nato da una caduta dalla moto che ha comportato la frattura del piatto tibiale sx. Ad oggi, dopo sei mesi intercorsi dall'incidente, non sono stati compiuti degli accertamenti clinici e degli esami di controllo fondamentali per accertare il processo di guarigione e poter iniziare il percorso riabilitativo. Tali impedimenti hanno comportato il suo isolamento "forzato" in casa e l'impossibilità di procedere nel percorso di utile attenzione personale e familiare.

In conclusione, possiamo dire che su un piano clinico è verosimile che ci troviamo di fronte a un disturbo dello spettro bipolare, probabilmente di tipo II, in cui la componente personologica acquisisce, tuttavia, un ruolo importante. La personalità pare abbia caratteristiche complesse con influenze borderline e narcisistiche che caratterizzano l'evidente instabilità di fondo, la precarietà affettiva, i bisogni temuti di dipendenza, con un tentativo difensivo, solo parzialmente riuscito, di investimento sul Sé.

La situazione neuropsichiatrica e gli interventi sulla bambina

J giunge in consultazione diagnostica presso l'UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza all'età di due anni e mezzo su richiesta dei Servizi Sociali che seguono la situazione familiare in collaborazione con il SerT e con UF SMA territoriale: entrambi i genitori sono seguiti per alcolismo e a seguito di fatti gravi connessi con l'abuso di alcol e con l'incuria e il rischio in cui più volte si è trovata la figlia è stata fatta una segnalazione al Tribunale dei Minori che ha decretato l'affidamento ai nonni paterni della bambina con prescrizione ai genitori di attenersi al programma concordato con i Servizi.

Al primo incontro con i genitori si è presentata la madre accompagnata dall'assistente sociale: la storia di J è ricca fin dal suo concepimento di fantasmi transgenerazionali che pesano fortemente sulla bambina e sulle relazioni primarie. La madre viene da una storia personale molto grave: adottata a pochi mesi, la madre adottiva era anch'essa alcolista, deceduta per cirrosi epatica, abusata da adolescente dal padre adottivo. Si è sposata molto giovane per poi rimanere presto vedova per morte per overdose del marito tossicodipendente. Da lì il percorso dell'alcol a cui si è avvicinata lavorando in locali notturni dove ha conosciuto l'attuale compagno che ha riconosciuto legalmente la bambina pur non essendo il padre naturale (lei era già in attesa di J). Il nucleo familiare si è così costituito in funzione della nascita di J: anche il padre dedito all'alcol ha sempre avuto problemi depressivi per i quali ha lasciato il lavoro e attualmente usufruisce di una invalidità. L'abuso di alcol è stata una costante fino a un mese prima della consultazione, la bambina è sempre stata con loro e in parte con i nonni paterni (la nonna in particolare) che è sempre stata un aiuto per l'accudimento della bambina. La famiglia paterna sembra comunque in un rapporto ambivalente con entrambi i genitori di J: relazione a volte apertamente conflittuale e di rivalità tra nonna e madre e atteggiamento sostitutivo-intrusivo e al tempo stesso costantemente svalutante nei confronti del padre. Rispetto a J e alla sua nascita emerge un vissuto di estrema idealizzazione della figlia, investita fin da subito di un compito salvifico e di riscatto, unico vero motivo di esistenza anche al di là delle difficoltà di coppia fin da subito presenti e sottese anche all'uso di alcol (espresse da litigi anche violenti e tali da richiedere l'intervento delle forze dell'ordine). J sembra non essere mai stata vista e incontrata nei suoi bisogni di neonata e di bambina: era una neonata facile, mangiava e dormiva, dolcissima e "intelligentissima", precocemente autonoma sul piano motorio più indietro sul linguaggio (ancora usa pochissimo il linguaggio verbale); la dimensione affettiva sincera che emerge sembra essere legata ad un investimento narcisistico per entrambi i genitori, ma con una estrema difficoltà ad assumersi responsabilità genitoriali piene: solo l'impatto traumatico dell'allontanamento della bambina sembra aver fatto scattare in loro una diversa motivazione e capacità riflessiva rispetto ai rischi a cui era esposta la bambina fino a quel momento. La bambina del resto fin dai primi contatti con i Servizi ha mostrato importanti segnali di disagio caratterizzati da aspetti fluttuanti di ipereccitazione, aggressività, ricerca costante di un adulto di riferimento, con modalità relazionali apparentemente indifferenziate (nessuna reazione alla separazione, "facile" inserimento all'asilo nido anche se poi con modalità di rapportarsi ambivalenti e difficoltà comunicative evidenti). Aspetti questi confermati anche nelle sedute di osservazione diagnostica di cui riportiamo una breve sintesi: "Entra fin troppo sicura nella stanza lasciando la madre fuori della stanza (sembra una piccola adulta) seria, silenziosa, si avvicina ai giochi molto composta e all'inizio li esplora in silenzio poi sceglie di giocare con la famiglia sceglie il letto matrimoniale, ci mette la bambina, poi ci ripensa ci mette il babbo e la mamma li copre dice "ssss" e sottovoce dice "dormono": mette la bambina in un lettino con la nonna che l'abbraccia e dorme con lei. Il gioco prosegue per un'ora intera nel silenzio assoluto e dove spesso ripete che il babbo e la mamma devono dormire emerge un vissuto di solitudine, che improvvisamente lascia spazio al gioco eccitato del "bere": prende i pentolini e prende i bicchieri e dice "e ora bevavano!!" Fa cenno lei di bere: c'è un padre che deve andare via prende la macchina e va a fare rifornimento, la bambina rimane con la nonna nel lettino..." Il gioco si articola in questo modo anche nelle sedute successive: colpisce al primo incontro l'assenza di una minima reazione di diffidenza con anzi protesta al momento di andare via e colpisce anche la ricchezza simbolica del gioco. Nelle sedute successive che si sono protratte per l'arco di un mese J ha mostrato importanti modificazioni che

andavano di pari passo con l'importante movimento dei genitori: finalmente intrapreso il percorso al SerT, finalmente sobri, non più dediti all'alcol, paradossalmente più presenti ora di quando vivevano con la figlia rispetto ai suoi bisogni, sembrano aver riattivato un legame privilegiato con la bambina che comincia nel tempo a mostrare reazioni congrue alla separazione con pianto e protesta al momento di lasciare i genitori (anche nelle sedute dopo un inizio disinvolto la bambina cerca la madre fuori della stanza e alla fine decidiamo di farla entrare). La relazione madre-bambina mostra i segni di una problematica di attaccamento (Bowlby 1969; Zeanah e Coll., 1999; Zeanah, 2000) con inversione di ruoli (sembra la madre bisognosa di rassicurazioni da parte di J) dove emerge sempre più una estrema vulnerabilità del proprio ruolo genitoriale (del resto la madre racconterà più volte di aver avuto un "bellissima" relazione con la propria madre adottiva dove era lei, da bambina che si preoccupava di proteggere la madre così fragile dal problema dell'alcol). Essere "costretta" dalle Istituzioni ad un percorso di ripresa di una propria autonomia personale e lavorativa è per lei un'importante spinta che la porta in maniera un po' ipomaniacale a buttarsi in mille impegni (scuola guida, lavoro ecc) con importanti soddisfazioni e riattivazione di funzioni protettive nei confronti della bambina; percorso più difficile per il padre che si rifugerà a lungo con la "scusa" di una brutta frattura in un isolamento dal mondo chiuso in casa in una sorta di limbo autoconsolatorio e idealizzato, diversamente dalla madre che invece comincia in antitesi a lui a progettare la sua vita in funzione di J e dei suoi bisogni futuri (necessità di stare meno isolati, favorire il contatto con i suoi coetanei, fare i conti con le necessità pratiche, appoggio dei nonni,) configurandosi sempre più un "assunzione per ora concreta" di un ruolo e funzione genitoriale. Tale percorso procede di pari passo al percorso individuale con la psichiatria e con il SerT di entrambi i genitori e ai momenti di condivisione tra operatori coordinati dal servizio sociale che funge da supporto "stampella" concreta nel faticoso percorso di riappropriazione di una propria autonomia. La bambina è stata poi inserita alla scuola materna mantiene i controlli ambulatoriali e attualmente sono sempre di più i momenti di contatto con i genitori per il fine settimana e per periodi più lunghi quando è possibile. Il percorso rispetto alle funzioni genitoriali si mantiene con periodici incontri con i genitori a cui per il momento sembra partecipare più la madre. Risulta in questa situazione fondamentale il fatto che si sia creata una rete multidisciplinare tra operatori che ha permesso di gettare le premesse per una motivazione nei genitori ad intraprendere un percorso sia personale che di rimessa in discussione della propria relazione con la figlia. Rimane aperto il dubbio sulle difficoltà, con storie così difficili, di poter accedere ad un sano ruolo genitoriale, riuscendo a tenere a bada quelle dimensioni fantasmatiche così traumatiche del proprio passato e che così fortemente incidono sulle relazioni attuali con la figlia. La mancanza di rigidità di certi funzionamenti relazionali della bambina e la possibilità di modificazione e alleanza terapeutica almeno con la madre, sembrerebbero un elemento prognostico positivo.

Risulta infine di particolare interesse il fatto che l'ottica dell'intervento, partito dalla necessità di "eliminare un comportamento a rischio" e di tutelare comunque una minore, ha però consentito attraverso una presa in carico globale e articolata di dare un più ampio respiro all'intervento stesso finalizzato a questo punto non solo all'abbandono dell'uso dell'alcol da parte dei genitori, ma ad avviare un percorso che risulti realmente terapeutico per loro e protettivo per J.

L'intervento alcolologico sulla coppia

Il Sig. M. comincia la sua storia di alcolodipendenza alla fine degli anni novanta in corrispondenza di una relazione affettiva con una donna straniera conosciuta in un night-club e sposata presso l'ambasciata rumena. Questa relazione affettiva termina in quel periodo ed, a seguito di questa separazione, il Sig. M. riferisce di aver cominciato ad abusare di alcol, assunto dapprima sporadicamente e con modalità autoterapiche, in seguito l'assunzione di bevande alcoliche avveniva in quantità e con una frequenza sempre maggiori. I comportamenti di abuso di bevande alcoliche si sono progressivamente strutturate in una vera e propria dipendenza finché nel mese di gennaio 2005, sotto consiglio dello psichiatra, ha intrapreso un programma terapeutico presso il SerT. Alta

Val D'Elsa per i quotidiani episodi di ubriachezza e comportamenti di marcata incuria verso se stesso, la moglie e la figlia.

Il paziente ha inizialmente aderito al programma di detossicazione (effettuata con GHB a dosaggio decrescente) protrattosi per circa ventuno giorni ed in seguito ha assunto terapia avversativa (disulfiram) per circa 3 mesi con una discreta compliance alla terapia, nell'aprile 2005 interrompe senza preavviso il programma terapeutico e l'assunzione di disulfiram con una ricaduta rispetto all'abuso di alcolici.

Il paziente si è ripresentato presso il SerT nel maggio 2005 motivato dai colloqui con il lo psichiatra, con l'assistente sociale di riferimento e dalla situazione giuridica della figlia, per la quale il Tribunale dei minori di Firenze si era attivato. Inizialmente si è mostrato piuttosto restio all'assunzione della terapia avversativa mostrandosi indisponibile ai colloqui e rivendicativo rispetto alla possibilità di assumere alcol anche se aveva assunto la terapia avversativa, nei mesi successivi ha cominciato a mostrare una migliore compliance terapeutica, ad assumere atteggiamenti via via più adeguati e ha mostrato una stabile astinenza all'alcol valutata attraverso il prelievo bisettimanale, presso il SerT, di campioni urinari. Attualmente il paziente sembra seguire le indicazioni prospettate nel programma terapeutico, con astinenza dall'alcol anche se ha interrotto l'assunzione di Disulfiram per problemi di neuropatia agli arti inferiori.

La Sig.ra M. è stata indirizzata al SerT nel maggio 2005 su sollecitazione del Tribunale dei Minori, per una situazione di abuso di alcol e comportamenti di incuria verso i familiari e se stessa.

La storia alcolologica della paziente comincia all'età di circa 31 anni, quando la paziente ha ammesso di aver cominciato ad abusare di bevande alcoliche in relazione alla sua professione di entrenuse presso un night club, la situazione si era progressivamente aggravata in seguito alle movimentate vicende di vita della paziente, l'assunzione di alcol era stata sospesa durante il periodo della gravidanza e durante l'allattamento, per poi riprendere in corrispondenza della relazione affettiva con il signor M. In seguito all'intervento del tribunale dei minori la signora M. ha intrapreso un programma terapeutico-riabilitativo, tale programma è cominciato senza nessun trattamento di detossicazione acuta con farmaci sostitutivi, in quanto le condotte di abuso non erano ancora strutturate in una vera e propria dipendenza fisica. La terapia è stata iniziata dal principio con farmaci avversativi (disulfiram 200 mg/die), con un controllo bisettimanale dell'alcoluria. Fin da subito la paziente ha compreso l'importanza del programma terapeutico ed ha accettato immediatamente di sottoporsi al trattamento. L'astinenza dal consumo di bevande alcoliche sembra stabile fino dalle prime fasi del programma terapeutico.

Dalle verifiche domiciliari dei singoli operatori e dai confronti di equipe ad oggi risulta che entrambi i coniugi sembrano seguire le indicazioni prospettate nel programma terapeutico con prolungata astinenza dall'alcol.

L'INTERVENTO EDUCATIVO- RIABILITATIVO

La coppia ha iniziato un programma educativo- riabilitativo presso il SerT Alta Val d' Elsa dopo la sentenza del tribunale dei minori, il servizio per le dipendenze è stato chiamato ad operare in stretta collaborazione con il Servizio Sociale del Distretto di Casole d'Elsa relativamente alla situazione socio-familiare e lavorativa dei due coniugi.

Nel primo periodo, con la coppia, il lavoro è stato focalizzato sulla riorganizzazione della giornata, sulla riappropriazione di tempi, regole di vita e sul recupero e lo sviluppo delle potenzialità residue. È stato questo un periodo in cui sono stati curati in modo particolare le relazioni e i rapporti all'interno della coppia, ma soprattutto la relazione con la nonna paterna la quale, per sentenza del tribunale, era anche genitore affidatario della bambina.

La coppia nel suo percorso astinenziale ha rafforzato e consolidato anche i suoi rapporti con i servizi e gli operatori, affidandosi e lasciandosi aiutare nelle scelte da fare e nelle decisioni da prendere. La possibilità per la Sig.ra M. di avere degli operatori su cui appoggiarsi, non avendo una famiglia di origine a cui riferirsi, ha favorito un progressivo consolidamento della propria autostima

che è stata determinante nella fase della ricerca del lavoro e del successivo impiego presso una Cooperativa. Tale passaggio è stato facilitato dalla possibilità, da parte dell'educatore, di avere contatti con numerose strutture territoriali, in particolare con le cooperative sociali con le quali la paziente è stata messa in contatto ed ha successivamente trovato impiego.

L'indipendenza economica, la capacità di organizzarsi ha permesso che la paziente, sostenuta in parte dal partner e da noi operatori, acquistasse un ciclomotore per recarsi a lavoro e iniziasse a prendere la patente di guida per l'automobile.

Il raggiungimento di obiettivi quali l'astinenza dalle sostanze, lo sviluppo di potenzialità e l'attività lavorativa hanno permesso al Sig. M. e alla Sig.ra M. di poter credere nelle proprie possibilità e continuare a "lavorare" all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo per ottenere in futuro l'affidamento della figlia.

Ecco che la fase riabilitativa, integrata in un percorso di recupero, non è costituita soltanto dal raggiungimento di risultati sul piano dell'autonomia concreta, (casa, lavoro, autosufficienza economica, riorganizzazione della vita quotidiana, ecc.) sicuramente importanti, ma non automaticamente sufficienti e solo in parte dipendenti dall'impegno del soggetto.

La fase riabilitativa educativa, consiste anche e soprattutto nella ricostruzione di una propria posizione definita e riconosciuta all'interno delle relazioni significative e nel contesto geografico, sociale e culturale di appartenenza.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il processo terapeutico, si è articolato attraverso la predisposizione di un team di operatori: medici, psichiatri, neuropsichiatria infantile, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri e altro personale, finalizzandosi in un programma di intervento terapeutico integrato che non ha riguardato esclusivamente aspetti relativi alla farmacoterapia o all'intervento psicoterapico, ma ha compreso gli aspetti relativi alla qualità di vita, quelli riabilitativi e preventivi. L'integrazione degli interventi ha dovuto tener conto delle risorse a disposizione sia in termini di accessibilità e disponibilità alla cura da parte dei pazienti, che delle risorse logistiche e operative che sono state attivate nell'ambito di diversi servizi pubblici.

Un approccio articolato su molte dimensioni cliniche e sociali ha implicato il coinvolgimento di figure professionali diverse che non sempre condividono una comune formazione e comuni obiettivi, il continuo lavoro di scambio di informazioni e periodiche supervisioni ha permesso di ovviare in parte a queste difficoltà permettendo una comune definizione di obiettivi e strategie terapeutiche condivise; la continua attenzione posta alla sinergia degli interventi d'equipe ha permesso di strutturare interventi finalizzati ad uno specifico obiettivo programmato e verificato con periodiche riunioni di equipe.

Attualmente la coppia risulta in fase di "compenso clinico" si è osservata una apprezzabile riduzione della sintomatologia psichiatrica ed una remissione dei comportamenti di abuso/dipendenza da alcol, la capacità genitoriale risulta più adeguata con un miglioramento nella relazione di entrambi i coniugi con la figlia; nel corso del tempo si è potuto valutare un progressivo e netto miglioramento della qualità di vita in ambito familiare, sociale e lavorativo.

BIBLIOGRAFIA

- Bion W.R., (1971), *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore, Roma.
- Bowlby, J.(1969). *Attachment and loss (Vol.1: Attachment)* New York: Basic Books
- Bridger H., (1990), *Courses and working conferences as transitional learning institutions*. In Trist E., Murray H., (Eds.), *The Social Engagement of Social Science: A Tavistock Approach, Vol.1: The Socio-Psychological Perspective*. London, Free Association Books.
- Checchi S., (2000), *Gli aspetti pratici del lavoro di Hudolin nei problemi sociali*, in Corlito G, Santioli L. (Eds.), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale e algologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*. Erickson Editore, Trento:123-36.
- Colozzi I., Donati P.P., (1997), *Famiglia e cure di continuità. Il difficile intreccio fra pubblico, volontariato e reti informali nell'Italia di oggi*, Franco Angeli Ed., Torino.
- Corlito G, Santioli L., (2000), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale e algologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*. Erickson Editore, Trento.
- De Stefani R., (1991), *Il club la comunità e il lavoro di rete*, *Annuario 1991 club e programmi alcolologici in Italia*, edizioni Centro studi Erickson, Trento.
- Gunderson J.G., (2003), *La personalità borderline: una guida clinica*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Hudolin V., (1991), *Manuale di algologia*, Erickson Editore, Trento.
- Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Di Mauro P.E., Guidoni G., Scali L., (Eds), (1994), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol correlati e complessi*, Erickson Editore, Trento.
- Jaques, E., (1995), *Why the Psychoanalytical Approach to Understanding Organizations is Dysfunctional Human Relations*, Vol 48 No 4 pp 343-350.
- Linehan M., (2001), *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Maguire L., (1987), *Il lavoro sociale di rete*, Erickson Editore, Trento.
- Martini E.R., Sequi R., (1996), *Il lavoro nella comunità. Manuale per la formazione e l'aggiornamento dell'operatore sociale*, NIS edizioni, Roma.
- Miller E.J., (1993), *From Dependency to Autonomy: Studies in Organization and Change*. London, Free Association Books.
- Paris J., (1997), *Contesto sociale e disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Perris C., (1992), *Integrating Psychotherapeutic Strategies in the Treatment of Young Severely Disturbed Patients*, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 6, N° 3.
- Perris C., (1993), *Psicoterapia del paziente difficile*. Méthis, Lanciano.
- Perris C., (1996), *Terapia cognitiva degli schizofrenici*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Perris C., McGorry P.D., (2000) *Psicoterapia Cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, Masson Editore, Milano.
- Perris C., Skagerlind L., (2000) *Approccio terapeutico integrato multimodale e metacognitivo ai pazienti schizofrenici o affetti da disturbo grave di personalità*, in Perris C., McGorry P.D. (Eds.), *Psicoterapia Cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, Masson Editore, Milano.
- Reda M.A. Canestri L., (2005), *Il contributo di Carlo Perris nella psicologia e nella psicoterapia cognitiva*, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 16, vol.8, n°1, 8-12.
- Rezzonico G, Bisanti R., (2005), *I disturbi di personalità*, in Bara B.G. (Ed.), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati, Boringhieri, Torino.
- Rezzonico G., Lambruschi F., (1996), *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Torino.
- Rice A.K. (1976) *Individual, Group, and Intergroup processes*, in Miller E.J. (Ed.), *Task and Organisation*, Wiley, London.
- Rice A.K., (1974), *Esperienze di leadership*. Giunti Editore, Firenze.
- Turquet P., (1978), *Minacce all'identità nel gruppo allargato*. In: L.Kreeger (Ed.), *Il gruppo allargato*. Armando Editore, Roma.

Zeanah, C.H., Danis, B., Hirshbert, L., Benoit, D., Miller, D. and Heller, S.S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20, 77-86.

Zeanah, C.H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.