

**Comorbidità
fra disturbi mentali
e dipendenze patologiche:
il problema della cosiddetta
“Doppia Diagnosi”**



Persone di riferimento dei partner del progetto “Double Spiral”:

ASL BA3:

Ignazio Zullo

Gregorio Colacicco

Consorzio Elpendù:

Paolo Tanese

Corrado Stefanelli

Pasquale Scarnera

Università di Bari:

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Didattiche:

Giuseppe Russillo

Franco Lorusso

Massimo Costantino

Marilena De Natale

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche:

Marcello Nardini

Guido Di Sciascio

Danilo Labriola

Comitato Scientifico

Salvatore Cotugno

Domenico Lagravinese

Luigi Ferrannini

Altri collaboratori

Alessandro Bertolino
Alessandra Dipietro
Mariangela Proscia
Gabriella Nocera
Maria Pia De Candia
Antonio Rampino
Riccarda Lomuscio
Tatiana Catalano
Patrizia Giaquinto
Alessio Pollice
Marilena Albanese
Antonietta Amenduni
Vincenzo Leone
Maria Nunziata Varvara
Gianfranco Mansi
Assunta Amoruso
Angela Minafra
Mariolina Loiodice
Antonio Taranto
Giuseppe Fiorentino
Vincenza Cantatore
Maria Cassano
Annarosa Pagliarulo
Antonio Di Bitonto
Mauro Sasso
Nicola Corvasce
Vito Michele Cornacchia
Theodoros Koukakis
Michele Tota
Letizia Persano
Stefano Petrini
Silvia Rimondi
Antonio Lopez
Antonia Columella
Silvana Natale
Maria Antonella Giocoli
Gaetano Deruvo
Gianfranco de Pinto
Domenico Rotondo
Enrico Nocera
Marino Trisolini
Silvana Zanasi
Fiorella Falcone
Florinda Romanazzi

Prefazione

*Dal “singolo disturbo”, alla “coesistenza di singoli disturbi”,
al “doppio disturbo”: un percorso da comprendere e decodificare*

Il termine “doppia diagnosi”¹ ha attualmente acquisito i caratteri di una “parola chiave”, una sorta di “paradigma” che da un lato segnala una evoluzione delle conoscenze scientifiche e dell’approccio culturale al fenomeno della “tossicodipendenza” e dell’*addiction* in generale, e dall’altro rimanda a problematiche complesse di “comprensione clinica e gestionale” di alto interesse per gli operatori del settore. Tali problematiche necessitano di risposte che non sono ulteriormente eludibili e rimandabili. Sono problematiche di ordine clinico e psicopatologico, di ordine terapeutico e gestionale, relative infine alla progettazione e realizzazione dell’organizzazione delle rete degli interventi terapeutici e dei servizi.

¹ Il termine “*doppia diagnosi*” rappresenta la traduzione italiana del termine anglosassone di “*dual disorder*”; nella nostra opinione riteniamo questa traduzione non perfetta, in quanto sarebbe stato preferibile ricorrere alla denominazione di “doppio disturbo”, più espressivo ed indicativo della realtà intrinseca del fenomeno che con il termine intendiamo descrivere. Indica la copresenza di un grave disturbo mentale e di un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze (De Leon, 1989; Solomon, 1996); in termini nosografici si va a configurare come “sindrome o costruito sindromico”; a conferma riportiamo quanto viene detto a proposito di questa condizione nel DSM IV-TR (A.P.A., 2000): “Sindrome caratterizzata dalla presenza di due o più disturbi psichiatrici in asse I di cui almeno uno è costituito da un Abuso di Sostanze”.

Si tratta in altre parole di “ri-congiungere” in una rete di rapporti organici e coerenti quelle singole “identità” (di malattie/disturbi, di servizi, di professionalità, etc) che si sono nel tempo create e strutturate come prodotto autonomo nella fase storica di “separazione e dissezione” di una realtà complessa ed articolata. Ci piace rimarcare che tale realtà non era ulteriormente conoscibile, comprensibile e governabile con i paradigmi di conoscenza e di organizzazione generale dei servizi, che avevano caratterizzato le fasi storiche precedenti, in questo ed in altri campi della conoscenza.

Che quanto è descritto e ri-compreso nel termine “doppia diagnosi o doppio disturbo” sia frutto e punto di arrivo di un processo di evoluzione culturale e di conoscenza scientifica, è confermato anche dal fatto che questa definizione, nata nel campo dei disturbi da abuso di sostanze e di questo settore ritenuta per lungo tempo come prototipale e caratteristica, è sempre più utilizzata per descrivere situazioni di “coesistenza nello stesso soggetto di un doppio disturbo, di cui uno di ordine psichiatrico, e l’altro di tipo neurologico, internistico e così via”.

Il termine è figlio del modello nosografico del DSM che prevede di riorganizzare quello che appare all’osservatore (*il fenomeno*) lungo cinque assi (1-5): l’asse I va a definire il target principale di osservazione (*episodio indice*), gli Assi che vanno dal II fino al V vanno a definire e descrivere quei fenomeni che - ognuno per la sua parte - danno senso e significato costitutivo a quanto riportato in Asse I. In altre parole una diagnosi fatta unicamente con l’apposizione di un disturbo in Asse I, senza la presenza di codifiche anche per tutti gli altri assi nosografici, non è diagnosi, è diagnosi incompleta e parziale e può diventare ed essere letta ed interpretata anche come “non diagnosi o cattiva diagnosi”.

Deve essere, inoltre, letta all’interno del modello della “comorbidità” o “comorbilità”; Feinstein (*J.Chron.Dis.* 1970) la descrive come “la presenza di più malattie nello stesso individuo” ed ulteriormente dettaglia: “Disturbo che c’è stato o che può comparire nel decorso clinico di un paziente che è sotto osservazione”. Il concetto di comorbidità ci fornisce una informazione essenziale: fra i due disturbi in comorbidità esistono nessi psicopatologici e neurobiologici in ordine alla loro eziopatogenesi ed inoltre esistono fra loro correlazioni strette anche in termine di prognosi, dimostrandosi capaci di influenzarsi a vicenda.² In nota riportiamo ulteriori dettagli del concetto di comorbidità e ribadiamo che questa metodologia di lavoro e di analisi

del fenomeno è, in ottica medica, estremamente utile per la comprensione di fenomeni complessi, come sono tutti quelli osservabili in medicina e, soprattutto, in psichiatria dove non è possibile ridurre in maniera sistematica e stabile a “fenomeni semplici” il “fenomeno complesso” della “sofferenza psichica”, entro cui abita, talora apparentemente indistinguibile, il disturbo mentale e la sua psicopatologia (Jaspers). Le operazioni di “semplificazione”, del tutto necessarie ed inevitabili, debbono essere previste a priori come transitorie, e sempre ricollocabili e leggibili all’interno della loro complessità specifica. La misura della “comorbidità” non è da ritenersi una misura assoluta ed unica. Se intendiamo fruire appieno delle informazioni che ci possono arrivare, è doveroso ricordare che per lo stesso disturbo esistono “diversi tassi di comorbidità” in relazione al setting di misura e di osservazione: nella popolazione generale, nella medicina di base, negli ospedali generali, negli ambulatori specialistici ed infine nelle strutture psichiatriche, di ricovero ed ambulatoriali. I diversi tassi di comorbidità misurati nei vari setting, esprimono evidenze non contrastanti dello stesso fenomeno: l’analisi congiunta delle varie osservazioni vanno a descrivere il “percorso” psicopatologico che le diverse malattie compiono nel loro processo di sviluppo in rapporto a fattori intrinseci di malattia ed in relazioni con i contesti ambientali (*espressività diacronica di malattia*). In questo senso sono espressione delle varie “fasi di sviluppo” del fenomeno. Anche le “fasi di malattia” sono entità descrittive separabili e distinte, ma hanno nessi interni, questa volta di tipo longitudinale, che le collegano fra

² La definizione di “comorbidità” espressa da Feinstein è ulteriormente dettagliata e precisata da quelle espresse da Klerman nel 1990: “Due o più disturbi si presentano insieme nello stesso tempo o nel corso della vita di uno stesso soggetto”; da Cloninger nel 1990: “Probabilità che un soggetto con un dato disturbo indice, abbia anche un altro disturbo”. Riportiamo infine una precisazione di Goldberg nel 1996: “Per essere in comorbidità, i disturbi valutati devono essere distinti; sintomi di domini correlati non costituiscono comorbidità”. Quella di Goldberg è una precisazione doverosa che va rimarcata in quanto la comorbidità esiste in quanto tale se esistono due disturbi categorialmente individuabili e descrivibili, ma il fatto che esistano accanto alla presenza di un “disturbo” sintomi o cluster di sintomi di altri domini più o meno correlati con il dominio psicopatologico del disturbo indice non è ininfluente, indica la presenza di una “vulnerabilità specifica” per lo sviluppo psicopatologico del dominio correlato fino al raggiungimento del livello di disturbo, e quindi della condizione di comorbidità.

loro, e fra loro interagendo in maniera costante e con movimento elicoidale, determinano un fenomeno finale che non è a priori determinato, ma che si costruisce in quanto tale nel tempo.

Ed infine ancora una annotazione in termini di comorbidità; il dato classico si riferisce alla tipologia “*comorbidità attuale o cross morbidity*”, ma il fenomeno complessivo, così come abbiamo cercato di proporvelo, non si esaurisce con questo dato; va completato con quello della “*lifetime comorbidity*” e della “*familial comorbidity*”. Per acquisire il massimo di informazioni attraverso questo modello conoscitivo il clinico necessita di questi tre parametri (o di altri individuabili, o meglio individuati ma ancora soggetti a validazione scientifica, del tipo la “risposta terapeutica a farmaci”, o la risposta specifica ad un particolare tipo di sostanza). La conoscenza di uno solo degli aspetti segnalati, ci fornisce informazioni sicuramente certe e fruibili nella pratica clinica, ma nella consapevolezza di avere a disposizione solo “parte” del “tutto da noi conoscibile”.

Uno dei cardini della definizione di comorbidità in versione di cross comorbidity nel singolo soggetto o in una coorte di soggetti è la presenza di un “disturbo indice” in Asse I (*quello della diagnosi attuale nella concettualizzazione del modello nosografico del Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali dell’American Psychiatric Association nelle sue varie edizioni che nel tempo ci sono state presentate fino a quella attuale del DSM IV-TR*) ed un secondo disturbo che nella prima accezione doveva essere collocato in altro asse: asse II dove si collocano i disturbi di personalità, ed anche, il ritardo mentale, oppure in asse III (riservato alle condizioni mediche generali). In altre parole si parlava di “comorbidità fra assi diagnostici”: fra asse I dove “abita” l’episodio indice ed asse II e III dove per definizione risiedono esclusivamente domini clinici nettamente separabili e distinti, almeno in termini nosografici.

Nel tempo il sistema così concettualizzato è andato in crisi, o meglio ha necessitato di alcune revisioni e rimodellamenti, con l’introduzione del concetto di “comorbidità fra due disturbi dello stesso dominio psicopatologico”. Questa è stata la logica conclusione della ricerca sugli spettri di malattia che da un lato ha portato a definire innumerevoli sottopopolazioni della stessa malattia e dall’altro ad identificare relazioni psicopatologicamente importanti e determinanti fra “malattie diverse” riconducibili a domini psicopatologici e nosografici anche distanti e non facilmente ed immediatamente correlabili al dominio di appartenenza del disturbo indice.

La prima discussione aperta, e non ancora risolta, è stata quella relativa alla stabile collocazione del Disturbo di Personalità in asse II in presenza di un disturbo in asse I, correlabile o non correlabile con il Disturbo di Personalità in asse II. Riteniamo che nella maggioranza dei casi, ed in ottica di cross comorbidity, il disturbo di personalità di asse II, quando presente in concomitanza di un disturbo indice di asse I, vada, almeno transitoriamente o finchè dura il disturbo di asse I, collocato in asse I, andando a costituire un complesso sindromico unico da affrontare sistematicamente in maniera congiunta.

In pratica attraverso questo processo che abbiamo cercato sommariamente di tracciare e delineare, siamo giunti al concetto di “doppia diagnosi” e di “dual disorder”, i.e. “due diagnosi” e “due disturbi”, entrambi in asse I. Lo stesso processo sta attuandosi per il ritardo mentale e per le malattie neurologiche; non è affatto escluso che possa accadere per malattie di tipo internistico, con o senza compromissione e coinvolgimento clinico del sistema nervoso centrale.

Per avviarci alle conclusioni di questa nostra presentazione, vogliamo riportare l’attenzione del lettore ad un fatto su cui invitiamo a riflettere; quando “due disturbi in cross comorbidity” di asse I (non tutte le cross comorbidity di asse I sono da ritenersi come condizioni di “doppia diagnosi”) diventano “doppia diagnosi”, cessano di essere “due disturbi separati” per diventare un “complesso sindromico”; questo complesso è un qualcosa di estremamente connesso alle due diagnosi e ai loro specifici psicopatologici di struttura e di percorso, ma ha caratteristiche tali da renderlo degno di autonomia descrittiva (non osiamo dire di autonomia nosografica e psicopatologica ma, nella realtà, lo pensiamo).

Rappresenta un “qualche cosa di altro, nuovo rispetto alle singole storie di malattia, anche se profondamente a queste connesso”. In termini di psicopatologia fenomenologica rappresenta la “ri-congiunzione” di storie diverse di malattia, artificialmente separate dai singoli, dai sistemi organizzativi di tutela della salute, dai sistemi di codifica e sistematizzazione dei disturbi mentali ed in genere delle malattie. E’ una occasione che i clinici e gli operatori della salute mentale non si possono lasciare sfuggire. Se lo fanno, la battaglia per la promozione della salute è sicuramente persa. Il nostro agire futuro dovrà avere consapevolmente altri obiettivi e fini.

Quando di fronte a noi si presenta la “doppia diagnosi” così concettualizzata, è possibile solo ipotizzare gerarchie funzionali fra i due disturbi

e non necessariamente eziologiche; i due disturbi vanno considerati e trattati contemporaneamente e non è pensabile di attuare trattamenti in fasi successive e sequenziali; nessuno dei due disturbi può essere messo da parte, e cioè al di fuori della nostra visione: dovremmo unicamente decidere quale dei due disturbi mettere, per così dire, “in primo piano” e quale “sullo sfondo”; ad entrambi dovremmo dedicare risorse consistenti e per nessuno dei due “insufficienti”.

I servizi per la cura dei disturbi mentali ed i servizi per la cura dei disturbi da uso di sostanza non possono operare separatamente e scissi, sono di fatto costretti dalle evidenze ad operare congiuntamente all’interno di un progetto condiviso. Crediamo che si debba andare verso questa profonda consapevolezza a livello dei singoli e delle organizzazioni. Non è da escludere che il futuro ci riservi la necessità di dedicare specifici servizi o specifiche organizzazioni funzionali e quindi anche specifiche competenze alla diagnosi e al trattamento di questa particolare condizione.

Se supereremo questa sfida nella cura dei disturbi in “doppia diagnosi”, saremo sicuramente più attrezzati per affrontare l’altra sfida che nel futuro ci dovrà vedere impegnati: quella di un agire psichiatrico che tende a prevenire la strutturazione delle malattie mentali, rinunciando ad “aspettarle” nella loro massima e completa espressività nei “luoghi sacrali” per il loro riconoscimento psicopatologico e sociale e per avviare da lì un processo di cura, riabilitazione ed assistenza.

In questo contesto culturale si è inserito il progetto di iniziativa comunitaria “**Double Spiral**”; il nome scelto come identificativo del progetto - “doppia spirale” - lo designa e lo evidenzia con espressività comunicativa e simbolica.

Questo stesso volume è stato costruito con l’obiettivo di fornire un contesto entro il quale sviluppare un organico processo di conoscenza e di organizzazione degli interventi e dei servizi. Ci sentiremmo soddisfatti se fossimo riusciti a “posare la prima pietra”; il futuro dirà se saremo in grado di costruire qualche cosa di visibile e definito, capace di rendere soddisfatti noi ed i nostri pazienti!

Desideriamo infine ringraziare tutti quelli che a vario titolo hanno collaborato alle diverse fasi di progettazione e realizzazione del progetto.

Bari, marzo 2005

*Guido Di Sciascio
Marcello Nardini*

La doppia diagnosi tra psicopatologia e nosografia

A. Bellomo*, G.Mammana**.

Le premesse metodologiche

La storia naturale del fenomeno delle tossicodipendenze negli ultimi quarant'anni, cioè da quando questa patologia ha assunto un carattere sociale con andamento quasi epidemico, è caratterizzata dal tentativo di inclusione del fenomeno, in modo prevalente, nell'ambito della medicina e per certi aspetti della infettivologia.

L'esclusione dal contatto con la psichiatria era addirittura sancita nel testo della legge 685 del 75 con il divieto di ricovero in strutture psichiatriche anche nel caso di gravi situazioni acute.

In altre parole il paradigma che ha condizionato la lettura clinica di questo problema clinico è stato prevalentemente di tipo socio biologico e qualche volta psicologico.

In Italia, soltanto negli ultimi anni, ha iniziato a farsi strada una considerazione diversa della persona che diviene tossicodipendente ed è comparsa una clinica delle dipendenze patologiche ed una corretta impostazione biopsicosociale molto vicina a quella che ispira la moderna psichiatria. Ciò è avvenuto tanto nella chiave di lettura del fenomeno che nello specifico intervento clinico.

La maggiore causa del mancato riconoscimento del problema clinico è stata proprio un carente approfondimento della psicopatologia correlata (preesistente o successiva) all'uso ed abuso di droghe.

(*) Università di Foggia;

(**) Dipartimento dipendenze patologiche Asl Fg3;

Nel campo delle tossicodipendenze, pertanto, spesso si è riscontrata una grande difficoltà ad impostare i servizi di cura nel senso di un intervento clinico che tenesse conto degli aspetti psicopatologici del problema e si è così spesso realizzato il fenomeno delle terapie senza diagnosi. Di volta in volta il problema clinico è stato affrontato nel senso di una battaglia pro o contro un certo tipo di intervento (ad es. le comunità terapeutiche contro il farmaco o viceversa) piuttosto che nel senso di una definizione della questione clinica e della conseguente scelta trattamentale.

Così l'attenzione alla psicopatologia ed alla nosografia hanno spesso ceduto il passo a fantasiose e creative definizioni dei problemi clinici che hanno condotto talora ad altrettanto fantasiose (e poco efficaci) risposte cliniche.

Per rivolgere la nostra attenzione alla psicopatologia ed alla classificazione nosografica dei pazienti con doppia diagnosi, dunque, è necessario rivisitare anzitutto la questione della diagnosi e della organizzazione clinica dei servizi. Difatti si parla spesso di doppia diagnosi, ma nei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze è spesso difficile che sia formulata una diagnosi corretta, non venendo adottato un linguaggio omogeneo per la diagnosi stessa.

La diagnosi spesso non c'è o è una torre di Babele.

Così la definizione clinica del caso passa per un unico criterio omologante che è appunto quello dell'aver fatto uso di droghe prescindendo da ogni altro dato di conoscenza della persona tossicodipendente nella sua struttura e nelle sue dinamiche di personalità, oltre che nei suoi comportamenti clinicamente rilevanti.

Difficilmente si potranno fare significativi passi in avanti nella conoscenza approfondita della psicopatologia delle dipendenze, se nei servizi non si adotterà un linguaggio comune fondato sui criteri multiassiali del DSM IV TR e se questo linguaggio non saprà coinvolgere l'equipe multidisciplinare nella sua adozione e condivisione e negli strumenti operativi che ne derivano.

Per questo motivo un corretto inquadramento del problema psicopatologico e nosografico non può prescindere da alcune fondamentali premesse metodologiche:

- a) l'osservazione clinica del tossicodipendente in condizioni dapprima attive (facente uso di sostanze) e successivamente in condizioni drug free (e magari in ambiente protetto). Le due condizioni sono clinicamente molto diverse e possono rivelare quadri

psicopatologici anche molto differenti, soprattutto se teniamo in conto l'ipotesi della self medication come situazione originaria della persona tossicodipendente. L'osservazione clinica del tossicodipendente, dunque, ha bisogno di dinamicità, poiché si realizza in periodi medio lunghi nei quali una condizione drug free può, per esempio, lasciare emergere disturbi psichici preesistenti o generati dalle stesse sostanze. La diagnosi dinamica deve potersi realizzare dal momento del primo accoglimento del caso in poi e richiede un metodo clinico comune tra gli enti pubblici e privati che cooperano nelle varie fasi del trattamento dei tossicodipendenti. Tale spirito comune è fondato sull'osservazione del paziente nei vari setting che il trattamento richiede e su una formazione integrata degli operatori di questi setting. La possibilità della osservazione drug free, importante per il carattere dinamico della diagnosi, è tuttavia molto limitata poiché oggi essa avviene spesso in luoghi e con modi inadeguati come:

- in reparti ospedalieri che non accettano tali pazienti e nei quali i nostri pazienti alterano con i loro comportamenti i delicati equilibri interni dei reparti stessi (peraltro non adetti in modo specifico a questa patologia e spesso poco competenti in materia sia per le strutture che per il personale che vi opera)
- in comunità terapeutiche dove viene esaltato l'aspetto tutoriale, ma sottovalutato quello medico – biologico e psicosociale.
- con modalità che spesso sottovalutano le attuali risorse della farmacologia che, ben utilizzate, potrebbero contenere fortemente gli aspetti biologici della intossicazione e della dipendenza (disintossicazione rapida, farmaci anticraving ecc..)
- con modalità che (soprattutto nei reparti ospedalieri) ignorano il necessario collegamento temporale e progettuale della disintossicazione con la successiva fase riabilitativa e che, quindi, non strutturano sin dall'inizio una compresenza degli strumenti medici e psicologici con gli strumenti educativi affettivi propri della riabilitazione psicosociale.

La modificazione dello status-quo e la produzione di risposte

efficaci nell'area della osservazione e della diagnosi drug free è dunque condizione indispensabile perché nei servizi per le tossicodipendenze si possa parlare di psicopatologia e di definizione nosografica dei problemi dei questi pazienti.

- b) La disponibilità di strumenti diagnostici che coinvolgano a vario livello gli operatori implicati nel processo terapeutico e che giovino a definire sia la complessiva condizione clinica del tossicodipendente sia l'eventuale compresenza di disturbi psichiatrici. Tra questi strumenti certamente ci sono alcune interviste strutturate, come l'ASI o la SCID, e alcuni test autosomministrati, quali il MMPI. Ma un problema reale consiste nel come mettere insieme una procedura diagnostica concreta, utile e realizzabile che tenga conto della realtà dei servizi per le tossicodipendenze e del loro necessario coinvolgimento (ed anche della loro composizione interna di tipo multidisciplinare) in questa procedura.

In generale possiamo dire che questi presupposti sulla diagnosi e sulla doppia diagnosi, (osservazione e disponibilità di strumenti diagnostici) potrebbero essere realizzati in un Dipartimento delle dipendenze patologiche in cui si realizzi una integrazione pubblico-privato o anche in un servizio pubblico o in una comunità terapeutica che dispongano da soli di tutte la fasi del trattamento.

Ancora una volta dunque affrontare il problema della psicopatologia e della nosografia nelle tossicodipendenze significa fornire ai servizi un assetto più strutturato clinicamente e, quindi, non si pone come un fatto astratto, ma è concretamente fondato sulla disponibilità di servizi diversi.

Una diagnosi formulata con attenzione rivelerebbe con ogni probabilità, come attesta la letteratura scientifica internazionale, la compresenza, con diverse prevalenze, del disturbo derivante dalle sostanze e di disturbi della personalità o dell'umore o psicotici. Si tratta ovviamente di situazioni molto diverse sia dal punto di vista diagnostico che da quello, altrettanto importante del trattamento.

Soprattutto da quest'ultimo punto di vista, analogamente al campo psichiatrico, potrebbero configurarsi situazioni a bassa, media, alta intensità psichiatrica piuttosto che situazioni spesso ipocritamente distinte tra tossicodipendenza e doppia diagnosi.

La ricaduta clinica di una tale impostazione del problema non si limite-

rebbe a questo, ma si estenderebbe anche ad altri aspetti tuttora irrisolti nel campo clinico delle tossicodipendenze, come quelli inerenti la gestione della recidiva e della sua prevenzione e dell'inserimento sociale dei tossicodipendenti in trattamento.

Il problema della recidiva e della sua prevenzione, che, come molti operatori del settore conoscono, riveste grandissima importanza in questo campo e acquista un'altra luce ed importanza in un'ottica di maggiore considerazione della questione della diagnosi.

In che cosa consiste la frequenza delle recidive se non anche nell'esito di un frequentissimo limite della diagnosi, che spesso inizialmente non è formulata e tardivamente si pone quando il quadro clinico si è deteriorato e cronicizzato anche in funzione di interventi confusi ed inefficaci?

Una diagnosi dinamica dei singoli casi e nelle singole fasi di trattamento consentirebbe certamente una maggiore definizione del quadro psicopatologico correlato alla dipendenza ed anche una maggiore consapevolezza clinica, verificabilità e flessibilità dei trattamenti stessi. In ogni caso, in situazioni di recidiva ripetuta forse si saprebbe dare un nome a queste situazioni, curandole e prevenendole, per quanto possibile, per quel che sono.

La questione dell'inserimento possibile o talora impossibile dei tossicodipendenti con problemi di comorbilità psichiatrica di varia entità nel mondo del lavoro si porrebbe in maniera del tutto diversa.

Se è vero che una certa quota di tossicodipendenti soffre di gravi problemi psichici e che le capacità funzionali di questi pazienti sono estremamente ridotte, non si comprende come mai raramente la loro condizione sia inquadrata dal punto di vista dell'idoneità al lavoro come quella dei malati psichiatrici.

Per questi ultimi risulta molto più facile ottenere riconoscimenti di invalidità o di ridotta validità professionale.

Certamente questa strada può presentare pericoli non piccoli per la naturale predisposizione di coloro che presentano una personalità e comportamenti patologicamente dipendenti in ogni aspetto della loro vita compreso il lavoro.

Secondo alcuni autori si può correre il rischio che questo poi possa diventare un canale di privilegi gratuiti anziché una garanzia di diritti per persone realmente malate.

Tuttavia, queste considerazioni valgono nell'ambito di una lettura clini-

ca della tossicodipendenza che prescinde dagli aspetti psicopatologici e nosografici che stiamo cercando di inquadrare e che costituiscono fondamento della dipendenza stessa.

Anche in questo caso, una riflessione seria su quanto di migliorativo nel trattamento per i pazienti potrebbe portare una seria considerazione psicopatologica ed una buona diagnosi non può essere più elusa ora che appare a tutti molto più chiara la presenza di rilevanti problemi di comorbidità psichiatrica.

Doppia diagnosi e comorbidità psichiatrica

Il termine “doppia diagnosi” si riferisce ad una particolare comorbidità dove coesistono disturbi da assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici. L’esperienza clinica insegna come un’elevata percentuale di pazienti portatori di un disturbo psichiatrico sindromico abbiano una anamnesi positiva per assunzione di sostanze d’abuso. Tale constatazione pone sistematicamente il dubbio diagnostico circa il disturbo primario: stabilire con relativa certezza la tipologia del disturbo primario è importante per la formulazione di una corretta diagnosi, per il riconoscimento dei meccanismi patofisiologici, ma soprattutto per i risvolti terapeutici e prognostici.

La ricerca dei meccanismi patofisiologici sottostanti alla tendenza all’assunzione di sostanze, di fatto, sta portando ad una revisione critica delle teorie che vedevano l’abuso di sostanze direttamente legato a fenomeni di devianza sociale; più modernamente si tende a considerare l’abuso di sostanze come un vero disturbo psichiatrico con specifici determinanti genetici, ambientali e psicosociali, con una specifica patofisiologia cerebrale, suscettibili di trattamenti sia biologici sia non biologici.

Alcuni studi hanno affrontato il problema esplorando alcune frequenti associazioni riscontrate nella doppia diagnosi (Merikangas KR & Stevens DE, 1998). Da questi studi è possibile dedurre alcuni criteri, quali la sequenza temporale, la familiarità, le caratteristiche del disturbo indotto e il tipo di sostanza, utili per chiarire il rapporto di causalità nei casi in cui non sia chiaramente dimostrato.

Per ciò che attiene alla sequenza temporale, comunemente si ritiene che il disturbo che si è manifestato per primo nella storia del paziente ha buone probabilità di essere considerato come “primario” (Schuckit

MA,1985; Anthenelli RM et al, 1994). La sequenza temporale non riguarda soltanto l'episodio attuale, ma tutta la storia clinica precedente. In linea di massima, un'alta incidenza familiare nei consanguinei di disturbi da uso di sostanze dispone per una predisposizione genetica per questi disturbi. È stata dimostrata in studi familiari, gemellari e di adozione la predisposizione genetica per la dipendenza da alcool (Anthenelli RM et al 2001; Devor EJ & Cloninger CR,1989), da tabacco (Devor EJ et al 1998; True WR & Xian H 1999), e da altre sostanze(Cadoret RJ et al, 1996).

Le caratteristiche del disturbo psichiatrico di Asse I possono venir modificate dall'assunzione di sostanze in modo specifico in rapporto alla sostanza utilizzata. Il decorso temporale dell'episodio psicopatologico può fornire utili informazioni nel rapporto di priorità diagnostica. Vi è generale accordo che, se un episodio psicopatologico sindromico si esaurisce con la sospensione della sostanza, esso va considerato secondario rispetto alla diagnosi principale di disturbo da assunzione di sostanze. Anche il tipo di sostanza ha la sua importanza nell'influenzare la qualità ed il decorso della sintomatologia, oltre che la risposta al trattamento farmacologico.

Quando si parla di comorbidità per uso di sostanza (SUD) e Disturbi Psichiatrici, ovvero di "Doppia Diagnosi", ci si occupa di diversi aspetti problematici.

In primo luogo la varietà dei Disturbi Psichiatrici rappresentati, tra cui: i Disturbi di Personalità (PD), i Disturbi Affettivi (AD), i Disturbi Psicotici e alcuni Disturbi d'Ansia.

Un secondo livello è rappresentato dalla numerosità degli studi che hanno affrontato il problema della comprensione del rapporto tra i due disturbi, ovvero quale dei disturbi sia primario e quale secondario; in questo senso vanno forse raggruppati gli studi soprattutto sui PD e le teorie della "self-medication".

Infine gli aspetti relativi all'approccio terapeutico, che non può che definirsi multiproblematico, integrato e comprendente aspetti "bio-psico-sociali".

Si affronteranno soprattutto i primi due aspetti su citati, costituendo essi l'oggetto di questo nostro contributo al tema.

Molto spesso nella pratica clinica della doppia diagnosi ci si trova di fronte al dilemma relativo al preciso inquadramento diagnostico e cioè

se il disturbo in atto sia accentuato dall'uso pregresso o attuale di una sostanza o da essa in prevalenza prodotto. Così ci si domanda se questa sia assunta in modo occasionale o abitudinario e se la disintossicazione da questa possa slentizzare e/o scoprire un nuovo quadro psicopatologico sotteso dal precedente abuso. A questo si aggiungono le comuni difficoltà di raccolta anamnestica proprie della popolazione psichiatrica in questione, poco attendibile o, per una importante sintomatologia psicotica in atto o per un PD sottostante, tendenzialmente manipolativa e reticente alla dichiarazione di specifici comportamenti. Infine, si considerino i comuni errori metodologici degli studi e quelli legati al non sempre unanime inquadramento diagnostico.

Tra i pochi dati certi da considerare in un percorso diagnostico-terapeutico vi è il considerare che alcuni disturbi depressivi sono associati all'utilizzo cronico di sostanze, quali cocaina, ma anche eroina e alcol, in un più comprensibile rapporto causale tra sostanza e disturbo psichiatrico.

Una diagnosi di Disturbi della Condotta o di iperattività nell'infanzia orienterebbe maggiormente per una ipotetica evoluzione verso un disturbo di personalità e una ipotetica self-medication con SUD.

Infine la presenza di familiarità dei disturbi psichiatrici, principalmente AD, orienterebbe maggiormente per una primarietà dei disturbi stessi rispetto al SUD.

Considerati quindi gli aspetti dell'insorgenza precoce di uno o dell'altro disturbo e l'evoluzione lifetime di entrambi, l'approccio più giusto è probabilmente quello della letteratura statunitense che non sostiene ipotetiche relazioni tra specifiche diagnosi psichiatriche, decorso ed esito della tossicodipendenza, ma si sofferma sul valore della gravità della psicopatologia, la cui espressione sembra collegarsi ad assetti timici depressivi, povertà di relazioni d'oggetto, carenza del controllo degli impulsi, approccio transnosografico che cerca nei diversi quadri diagnostici aspetti psicopatologici quali chiave di accesso alla comprensione della dipendenza/abuso.

Quest'ultimo criterio probabilmente è di maggiore aspetto pratico soprattutto in termini terapeutici.

Si è detto della varietà di disturbi psichiatrici presenti in comorbidità con i SUD. Gli studi condotti in setting psichiatrici negli anni '60 e '70 dimostrarono una rilevante prevalenza dei disturbi mentali nelle popolazioni di tossicodipendenti; alcuni autori hanno messo in evidenza che

erano esenti da tali disturbi solo il 10-15% dei pazienti (Rosenberg 1969; Sheppard 1972)

Nei paesi anglosassoni la prevalenza di Disturbi da Abuso-Dipendenza da Sostanze nelle strutture psichiatriche varia dal 60% al 79% dell'*US National Comorbidity Survey* (1995).

Nello studio di Regier e coll. l'incidenza lifetime di SUD comprende l'84% di Personalità Antisociale, il 61% di Disturbo Bipolare I e il 47% di Schizofrenia e Disturbo Schizofreniforme; gli stessi autori hanno valutato che per questi ultimi disturbi la prevalenza lifetime è del 33,7% per alcool e del 13.3 % per tutte le sostanze associate in gruppo.

In Italia gli autori che si sono occupati del problema hanno rilevato in comunità terapeutica per SUD e in pazienti in carico ai Sert una prevalenza del 30 al 50% per Disturbi sull'Asse I e dal 40 al 60% per Disturbi sull'Asse II (Clerici 1989; Pozzi 1997; Pani 1991).

Uno studio di Compton e coll. (2000) valuta in un campione di 425 pazienti la prevalenza lifetime tra Disturbi Psichiatrici e SUD con la NIMH Diagnostic Interview Schedule (DSM III R). I dati mettono in evidenza nel 64% un Disturbo da uso di alcool, nel 24% Disturbo Depressivo Maggiore, nel 44% Disturbo Antisociale di personalità, nel 39% Disturbi Fobici, 12% Distimia, infine nel 10% Disturbo d'Ansia Generalizzata.

In questo stesso studio sono state fatte una serie di rilevazioni che orienterebbero verso la primarietà o secondarietà dei disturbi: ad esempio la personalità antisociale e la fobia, in generale, insorgono prima della dipendenza da sostanza, per questo ci si potrebbe orientare su una primarietà delle due patologie. La maggior parte delle persone dipendenti presentano un Disturbo d'Ansia Generalizzata secondariamente; infine gli autori non hanno messo in evidenza specifiche caratteristiche di insorgenza per alcolismo, depressione e distimia.

E' possibile pertanto considerare una certa omogeneità nei dati che sostengono la prevalenza lifetime intorno al 60 % per PD e SUD e il restante 40% dei campioni di popolazioni psichiatriche studiate per AD, Disturbi Psicotici e Disturbi d'Ansia.

Per quanto riguarda i Disturbi di Personalità, possiamo dire che la tossicomania era stata inizialmente collocata nei manuali Diagnostici e Statistici dei Disturbi Mentali, secondo l'APA, sull'Asse II, come PD; in seguito è stata classificata come specifico quadro clinico di Asse I condividendo sintomatologia specifica di Asse II in alcuni PD.

In particolare, il riscontro nel tossicomane di relazioni interpersonali precarie e deficitarie e di una identità instabile e scarsamente coerente o di comportamenti sociopatici, con frequenza di atti impulsivi e coinvolgimento in attività criminali, ha sempre posto il problema della comorbidità tra SUD e, limitatamente, Disturbo Antisociale di Personalità. È possibile, pertanto, che vi sia una sovrastima dell'Antisociale nei setting che si occupano di dipendenza e che alcuni tratti tradizionalmente associati a questo, come l'impulsività, possano appartenere ad altri Disturbi ed è quindi logico attendersi un pattern di comorbidità di personalità più ampio.

Negli studi condotti su campioni clinici, nei quali sono stati utilizzati questionari semistandardizzati e semistrutturati per la determinazione dei disturbi di Asse II, è stato osservato che “una parte notevole dei pazienti con SUD aveva uno o più PD. Almeno un disturbo in asse II è diagnosticabile nel 25-91% dei tossicomani, con netta predominanza dei Disturbi Borderline e Istrionico, presenti rispettivamente nel 5-65%, e nel 12-64%; l'Antisociale (3-55%) e anche il Passivo-Aggressivo” (Maremmani I. 2000). La posizione generale è pertanto che non esista un singolo PD più rappresentato, ma più cluster di PD con maggiore prevalenza del cluster B, ma con una prevalenza significativa anche per il C (28%) in particolare per il DP Dipendente e l'Evitante. Nonostante il cluster A sia il meno rappresentato, è assai significativa la comorbidità tra problemi tossico-correlati e Disturbo Schizotipico di Personalità fino al 41% di prevalenza.

Per quanto riguarda quindi il “Disturbo di Personalità Antisociale (DPAS), si è visto che degli individui con diagnosi di SUD il 20-40% ha comorbidità per DPAS, con prevalenza maggiore nei casi di poliabuso. In oltre il 90% degli antisociali abusatori figura l'alcool come unica sostanza e meno per gli psicostimolanti anfetaminici. Tuttavia, in questo disturbo di personalità non sembra esistere una specificità per l'alcool; per alcuni autori infatti il DPAS sarebbe maggiormente rappresentato negli abusatori di cocaina” (Maremmani 2000). Un dato interessante e che fa considerare questo gruppo di disturbi più fortemente collegati alla teoria della self-medication è il fatto che nella maggior parte degli studi l'associazione tra SUD e DPAS passa per la presenza del Disturbo della Condotta nell'infanzia-adolescenza, che può essere considerato quindi equivalente del DPAS prima dei 18 anni. Al Disturbo della condotta si associa un rischio significativo anche per abuso di nicotina e cannabinoidi, oltre che per alcool. Il Disturbo della Condotta rappre-

senta un predittore di DPAS ed è comunque predittore di uso di sostanze in età adulta.

Questi studi hanno fatto interrogare gli autori sul problema della self-medication con le sostanze di abuso.

In particolare ciò che caratterizza in modo specifico il SUD è il cosiddetto “craving”, definibile come “desiderio, comprendente una componente positiva, ovvero, la ricerca dell’effetto piacevole, che si associa spesso ad una componente negativa, ovvero l’ansia anticipatoria dei sintomi da astinenza”.

Il desiderio incontrollabile di ripetere l’uso della sostanza, dopo esserne venuti a contatto la prima volta, insieme al comportamento compulsivo di ricerca della sostanza che si mette in pratica senza curarsi delle conseguenze che ne derivano (“drug-seeking behavior”) rappresentano i due correlati caratteristici e patognomonic dell’ “Addiction”.

Nella condizione di post-tossicodipendenza-detossificazione rimane quindi una dipendenza indicata come psichica, l’unica rimasta una volta eliminata la dipendenza fisica.

La presenza del craving definisce quindi una duratura e resistente astinenza secondaria in cui lo stato psichico è sovrapponibile a quello preesistente all’inizio dell’abuso.

Quello che diviene pertanto fondamentale, ma allo stesso tempo difficilmente diagnosticabile, è lo stato di “astinenza secondaria” inquadrabile come vero e proprio disturbo psicopatologico, mascherato quasi sempre dall’uso di sostanze.

La dipendenza dalla sostanza è una complicanza dello stato psicopatologico associato al craving che diverrebbe in realtà Disturbo Primario. “Esisterebbe cioè un disagio psichico rispetto al quale la sostanza non ancora sperimentata ha un virtuale effetto terapeutico. Il contatto con la sostanza è l’evento con cui l’individuo predisposto apprende le proprietà autoterapiche della stessa nei confronti del proprio disagio psichico.” “Il substrato psicopatologico si rivela più importante della sua complicità da un lato, sul piano etiopatogenetico, in termini di prevenzione; dall’altro, sul piano terapeutico, come problema che, residuo alla disintossicazione, è da essa riportato alla luce e continua ad agire da fattore predisponente alle recidive” (Silvestrini 1995).

Sono state, pertanto, messe in evidenza caratteristiche particolari di decorso in compresenza con un Disturbo di Personalità. L’età dell’uso è minore in presenza di un Disturbo di Personalità, con due possibili si-

gnificati: o i soggetti che sviluppano Disturbo di Personalità hanno problemi in età adolescenziale che facilitano il contatto con le sostanze d'abuso o l'uso precoce di sostanze genera problemi di integrazione sociale e in altre aree che sono poi diagnosticati come Disturbo di Personalità.

La comorbidità con Disturbo di Personalità si associa a un livello di funzionamento globale minore, ma non aumenta la cronicità dell'uso di sostanze; si associa a predittori negativi di outcomes, a più bassa responsività al trattamento e quindi a richieste di modificazione di intensità e durata di quest'ultimi. (Franques e coll. 2000).

Nella diversa gamma di disturbi psichiatrici in comorbidità bisogna anche considerare una comorbilità di Asse I e II oltre che con il SUD; ad esempio in un campione di pazienti Bipolari I il 38% incontra i criteri per una Diagnosi di Asse II ottenuta con la SCID II e caratteristicamente in questo campione il cluster di personalità più rappresentato è quello A ed esiste una comorbidità con uso di alcol nel 52% del campione contro il 24% con assenza dello stesso disturbo (Kay JH 1999).

Si è parlato dei Disturbi Affettivi; nei tossicodipendenti da eroina, vari Disturbi dell'Umore possono essere ritrovati in circa un terzo dei pazienti. La prevalenza lifetime è compresa fra il 60 ed il 90% e la compresenza di PD Antisociale e borderline, come si è già detto, è molto alta. La prevalenza di un episodio depressivo di moderata o elevata gravità è compresa tra il 30 e il 48% con una prevalenza lifetime che sfiora il 60%. Un episodio depressivo si verifica in circa il 25% dei pazienti dopo un programma di disintossicazione a breve termine e nel 62% dopo il disimpegno dal trattamento di mantenimento metadonico. Soggetti in trattamento metadonico mostrano una prevalenza lifetime di Depressione Maggiore tra il 48 ed il 70%; la frequenza è più elevata nei soggetti che chiedono di entrare in trattamento rispetto a quelli non trattati.

Per quanto riguarda il versante espansivo, la frequenza di episodi maniacali è rara nelle popolazioni di tossicodipendenti, manifestazioni ipomaniacali possono essere ritrovate in circa il 7%. La bassa incidenza dei quadri espansivi contrasta con gli effetti euforizzanti degli oppiacei e con il surplus di endorfine ritrovato negli stati maniacali. E' stata anche dimostrata un'azione antimaniacale del naloxone, che è inefficace nei pazienti depressi. Alcuni autori hanno quindi ipotizzato che i tossicodipendenti da eroina siano dei potenziali depressi che si autocurano con l'assunzione della sostanza. "La

sostanza non sarebbe assunta per avere qualcosa di positivo, ma per bilanciare qualcosa di negativo” (I. Maremmani 2000).

Per ciò che attiene al rapporto tra SUD e Disturbi Psicotici, si sono visti i dati di Regier e coll., confermati dagli studi epidemiologici sulla popolazione generale e quelli basati sull’assessment clinico della popolazione schizofrenica, che ha messo in evidenza una grossa sovrapposizione tra schizofrenia e SUD: l’abuso di sostanza (incluso alcol) è coesistente nel 50% della popolazione schizofrenica lifetime (Batel P.2000).

In questo caso, secondo l’ipotesi della self-medication, gli schizofrenici possono provare a correggere i deficit derivanti dal disordine principe, in particolare i problemi dell’area emozionale, assumendo la sostanza o “comportamento tipo-dipendenza” .

Il profilo clinico degli schizofrenici *addict* sembra mostrare aspetti distintivi: elevati livelli di comorbidità per violenza e disturbi del comportamento, dipendenza altissima per alcol e nicotina, prognosi molto povera, sintomi psicotici pronunciati, personalità “primaria” antisociale, compliance povera, a fronte di particolari attenzioni necessarie vista l’interazione tra sostanza e terapie psicofarmacologiche, difficoltà più elevate nella gestione di questi pazienti (Batel, 2000)

Anche secondo Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR, (2000) il SUD è in comorbidità con la schizofrenia all’incirca nel 50% del campione considerato. Clinicamente il DAS è associabile con numerosi indici negativi di outcomes quali: carcerazione, vagabondaggio, violenza suicidio. Questi autori prendono in considerazione tutte le ipotesi considerate per spiegare il rapporto tra le due diagnosi: 1) i sintomi schizofrenici conducono all’abuso (self-medication); 2) l’uso di sostanza conduce alla schizofrenia; 3) è presente una relazione genetica tra schizofrenia e abuso di sostanza.

Si sono presi in considerazione alcuni dati epidemiologici e, strettamente collegati a questi, l’ipotesi della selfmedication; alcuni autori hanno tentato formulare altre 2 ipotesi per motivare le relazioni dei disturbi in comorbidità, l’ipotesi dell’ambiente sociale e quella della vulnerabilità biologica.

L’ipotesi dell’ambiente sociale indica le caratteristiche dell’ambiente socio-economico di appartenenza come fortemente influenzanti le condotte e i comportamenti tipo *addiction* che determinerebbero la dipen-

denza anche da una specifica sostanza. Le ipotesi a favore della validazione di questa ipotesi hanno prodotto finora poche evidenze.

L'ipotesi della vulnerabilità biologica, motivata dagli studi sugli schizofrenici, mette in evidenza una vulnerabilità biologica condivisa tra schizofrenia e *addiction* che spingono i ricercatori ad esplorare determinanti genetiche che coinvolgano i sistemi oppioidi e dopaminergici nella eziologia di entrambi i disturbi (Batel P. 2000).

Tuttavia, l'inquadramento nosografico con i criteri operativi del DSM-IV, pur necessario per finalità epidemiologico-statistiche nonché comunicative, tralascia un'ampia gamma di situazioni inquadabili nell'ambito della doppia diagnosi in quanto non rispondenti agli stretti criteri diagnostici richiesti dai sistemi standardizzati. Tra queste vi è ad esempio l'abuso/dipendenza da sostanze pregresso rispetto al momento di formulazione della diagnosi psichiatrica che, pur non potendo definire un quadro clinico di doppia diagnosi, pone una serie di problemi circa l'influenza di tale rilievo anamnestico sull'insorgenza, sul decorso e sulla risposta terapeutica della sintomatologia attuale. Ancora, esistono condizioni cliniche in cui, in concomitanza di una diagnosi psichiatrica sindromica attuale, vi è un'assunzione di sostanze che può influire sul quadro psicopatologico attuale e sul suo decorso, ma che non ottempera ai requisiti minimi richiesti dal DSM-IV per un inquadramento nei disturbi da uso di sostanze.

Una terza situazione, infine, è quella di un abuso/dipendenza da sostanze in concomitanza con una diagnosi di disturbo di personalità alla luce del dibattito scientifico sul significato clinico di questi ultimi, da alcuni considerati "forme attenuate" di corrispondenti disturbi sindromici di Asse I.

Esiste poi una serie di quadri clinici psichiatrici che potenzialmente consentono di estendere il concetto di doppia diagnosi ad altre aree di comorbidità. La principale di queste è l'area dei disturbi del comportamento alimentare e di un disturbo sindromico psichiatrico qualora si decida di concentrare la propria attenzione non tanto sulla distinzione tra sostanze alimentari o non alimentari quanto piuttosto sulle modalità formali di questa assunzione per stabilire il confine tra normalità e patologia. Considerando che i criteri diagnostici formali del DSM-IV per l'abuso, la dipendenza, l'intossicazione e l'astinenza da sostanze sono applicabili anche nel caso della bulimia, è possibile estendere concettualmente le considerazioni psicopatologiche, diagnostiche e patofisio-

logiche relative alla doppia diagnosi anche a queste aree della nosografia psichiatrica.

Un problema connesso alle modalità di assunzione della sostanza è quello della notevole variabilità interindividuale in rapporto a vari determinanti endogeni o esogeni. L'assunzione di sostanze può assumere i caratteri formali della ritualità compulsiva dove possono essere riconosciute le caratteristiche dell'iteratività, dell'estraneità e dello psichismo di difesa tipici dei disturbi dello spettro DOC.

Ancora, esiste la possibilità di abuso/dipendenza da sostanze di origine endogena come ad esempio avviene nel gioco d'azzardo patologico (GAP), che sarebbe associato ad un'autostimolazione periodica e ripetitiva dei sistemi endogeni della dopamina. Anche in questo caso sono applicabili i criteri diagnostici dell'abuso/dipendenza da sostanze e nel caso di co-morbidità con altri disturbi psichiatrici valgono le considerazioni cliniche generali relative alla doppia diagnosi.

Riepilogando quanto finora detto è possibile nella doppia diagnosi, a prescindere dalla definizione del disturbo primario e secondario, riconoscere quattro possibili quadri:

- a) l'associazione in comorbidità dell'assunzione di sostanze e di un disturbo psichiatrico come evento casuale
- b) disturbo sindromico primario che rende il paziente più recettivo o più vulnerabile all'assunzione di sostanze; rientra in questa possibilità il modello dell'automedicazione
- c) causalità accertata tra assunzione di sostanze e comparsa di un quadro psicopatologico sindromico
- d) disturbo-dipendenza da sostanze può avere una serie di determinanti e di concause comuni; anche per quanto riguarda i meccanismi e i correlati patofisiologici cerebrali può essere ipotizzata una comune matrice nei due tipi di disturbi.

La difficoltà di inquadrare attraverso i criteri del DSM IVTR tutti i disturbi, ma soprattutto i quadri sub sindromici, pone ancora una volta il problema di trovare soluzioni nosografiche che consentano non solo di porre una diagnosi, ma soprattutto di indirizzare una terapia. Così come per altri disturbi psichiatrici è possibile inquadrare dimensionalmente i disturbi che compongono le doppie diagnosi così da favorire un percorso terapeutico mirato sui sintomi.

L'approccio dimensionale alla doppia diagnosi presenta vari vantaggi sia sul piano della ricerca che su quello della clinica. Il modello dimensionale prevede infatti che ad ogni "dimensione" sottenda un meccanismo patofisiologico che, a sua volta, può essere bersaglio di una terapia specifica.

Alla dimensione "appetività-dipendenza" (Pancheri P., 2002) che può già essere descritta nelle sue caratteristiche essenziali a livello psicopatologico e clinico si sta cercando di dare una obiettivazione psicometrica, attraverso *rating scale* disegnate sulla base di strumenti di valutazione già esistenti (Addiction Severity Index di McLellan et al, 1980), di interviste strutturate disponibili, di dati di ricerca che siano indicativi per una vulnerabilità all'abuso/dipendenza (ad es. familiarità, schemi abituali di assunzione di sostanze lecite), di osservazioni cliniche (fenomeni sottosoglia di "craving", assunzione di sostanze in condizioni di stress, etc.).

La dimensione di "appetività-dipendenza", caratterizzata dalla tendenza ad usare, abusare e a giungere a stati di dipendenza da sostanze clinicamente identificate, si basa sulle ipotesi patofisiologiche che postulano una labilità dei sistemi di rinforzo, mediata da un'alterata regolazione dei sistemi della dopamina (e degli oppioidi endogeni) nel circuito nucleo accumbens, amigdala e del sistema ipotalamo-ipofisi-corticosurrene.

Patofisiologia

L'approccio di tipo sociologico e medico legale fino a qualche tempo fa solitamente utilizzato per lo studio della doppia diagnosi ha limitato la quantità di dati biologici disponibili in letteratura su questo argomento. Numerose linee di evidenza sia clinica che sperimentale indicano che esiste una vulnerabilità individuale all'abuso/dipendenza da sostanze condizionata da determinanti biologici cerebrali. Questa vulnerabilità biologica analoga a quella riscontrata per altri disturbi psichiatrici, anche se mediata da circuiti e da sistemi recettoriali diversi, si baserebbe su determinanti genetiche che modificherebbero la struttura e la funzionalità di alcuni circuiti neuronali unitamente all'azione di altre determinanti quali stress, fattori socio-ambientali. La vulnerabilità genetica, a probabile trasmissione poligenica, si esprime attraverso la labilità regolatoria dei sistemi sottocorticali di rinforzo mediata dai sistemi del-

la dopamina, degli oppioidi e dei glucocorticoidi (Vendramin et al, 2001; Koob & Le Moal, 2001). Gli studi familiari, sui gemelli e sulle adozioni, hanno dato una conferma della trasmissione genetica, già dimostrata negli studi animali, della “tendenza all’abuso/dipendenza da sostanze”. Recenti studi di genetica molecolare hanno mostrato un’associazione tra il gene che codifica il recettore CB1 dei cannabinoidi e la dipendenza da cannabis e un’associazione dell’abuso/dipendenza da eroina con il gene che codifica il recettore delta degli oppioidi.

Numerosi studi sperimentali hanno messo in evidenza il ruolo fondamentale dello stress attraverso l’azione dei glucocorticoidi sui sistemi dopaminergici con conseguente potenziamento della ricerca di sostanze psicoattive (iperattivazione dei meccanismi di rewarding). Condizioni di stress cronico con elevazione costante dei glucocorticoidi tendono a mantenere attiva questa ricerca. L’iperattività dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene geneticamente condizionata e favorita da situazioni esterne contingenti potenzia l’attività dopaminergica nei circuiti specifici del rinforzo e in particolare nel nucleo accumbens attraverso l’aumentata sintesi di DA, una riduzione del suo uptake e una riduzione dell’attività MAO. I circuiti cerebrali selettivamente interessati nell’induzione di abuso/dipendenza da sostanze sono stati identificati nell’animale e comprendono le connessioni tra nucleo accumbens, stria terminalis e nucleo centrale dell’amigdala. I dati sperimentali hanno ottenuto conferme recenti da studi di brain imaging nell’uomo che hanno mostrato selettive alterazioni di perfusione nell’amigdala nell’astinenza da alcool (Schneider F et al, 2001) e nella corteccia del cingolo, funzionalmente connessa con l’amigdala nell’astinenza da cocaina (Wexler BE et al, 2001). Recenti studi sperimentali hanno potenziato ulteriormente l’interesse per questi nuclei e circuiti coinvolti nella vulnerabilità all’abuso/dipendenza. È stato visto che la dipendenza da oppioidi è correlata alle modalità di espressione del fattore di trascrizione cFos nel nucleo accumbens e nel nucleo centrale dell’amigdala (Gracy KN et al, 2001). Sia questo che altri dati sui fattori di trascrizione aprono la strada alla possibilità che sia la tendenza che il livello di gravità della dipendenza da sostanze siano mediati da meccanismi molecolari. La sensibilità e la reattività dei circuiti di rinforzo sono, come nel caso di altri circuiti cerebrali, geneticamente controllate e hanno una variabilità interindividuale distribuita secondo una curva normale. Variabili interagenti possono agire sulla vulnerabilità di base del sistema modificandola parzialmente.

L'esposizione iniziale ad una sostanza può portare, nei casi di una ridotta capacità di riserva del sistema della dopamina e degli oppioidi, a cambiare il "set point" di regolazione omeostatica. Ciò significa che la soglia di stimolazione per il rinforzo viene regolata ad un punto più alto e l'omeostasi è raggiunta con un più alto livello di stimolazione. Ciò comporta la spinta ad una nuova assunzione della sostanza e ad un successivo aumento delle dosi. Inoltre, la diversa regolazione del "set point" comporta l'attivazione di comportamenti iterativi di ricerca di tipo simil-compulsivo. Questa progressiva alterazione del "set point" cerebrale dei meccanismi di rinforzo, mediata da modificazioni cellulari, recettoriali e molecolari è stata denominata "allostasi" (Koob GF & Le Moal M, 2001).

Mentre il problema della patofisiologia dell'abuso/dipendenza da sostanze comincia ad essere chiarito, si hanno ancora poche conoscenze dirette sulla patofisiologia della doppia diagnosi. L'ostacolo principale è dato dalla difficoltà di mettere a punto modelli animali di comorbidità che associno dipendenza da sostanze e sindromi psichiatriche che si manifestano tipicamente solo nell'uomo. Un recente studio di genetica molecolare ha mostrato come un gene (o più geni) sul cromosoma 1 possa predisporre alcuni individui all'alcolismo e altri alla depressione, eventualmente indotta dall'alcolismo (Nurnberger II Jr et al, 2001). Mancano tuttavia evidenze dirette dedotte dalla visualizzazione cerebrale sulla comorbidità di abuso/dipendenza e sindromi psichiatriche.

Oltre la comorbidità e la doppia diagnosi

Piu recentemente negli Usa importanti gruppi di studiosi del problema sembrano orientati ad una nuova lettura clinica delle dipendenze patologiche che in parte supera il problema della doppia diagnosi e ne propone un quadro del tutto innovativo .

Leader di questi nuovi orientamenti è Aviel Goodman (1997, 1998, 2000, 2001, 2003) direttore del Minnesota Institute of Psychiatry.

L'opinione di questi clinici è che entità diagnostiche comunemente indicate come dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico, disturbi alimentari ed altre sindromi isomorfe di tipo comportamentale (Acquisti compulsivi, sesso compulsivo, dipendenza da videoterminale e da internet) possano essere inquadrate in un'unica nuova categoria definibile come Addictive Disorders.

Queste entità patologiche sarebbero caratterizzate da relazioni di comorbidità e di familiarità tra loro e da similitudini nei loro tratti espressivi caratteristici .

La letteratura esistente in materia difatti documenta in modo molto evidente che individui cui era stato diagnosticato uno di questi disturbi rivelerebbero la presenza di altri disturbi tra quelli citati in prevalenza superiore alla media valida per le persone che non presentano alcun disturbo del genere.

Inoltre familiari di individui cui è stato diagnosticato un disturbo del genere rivelerebbero più frequentemente della media della popolazione generale lo stesso o un altro disturbo del genere.

Così vi sono molti studi che riportano per i singoli affetti dal problema patologico e per i loro familiari la comorbidità tra bulimia e dipendenza da sostanze o alcool, tra dipendenza dal gioco d'azzardo patologico e dipendenza da sostanze, tra dipendenza sessuale e dipendenza da sostanze, tra gioco d'azzardo patologico e dipendenza sessuale, tra dipendenza da sostanze, disturbi alimentari, gioco d'azzardo patologico, acquisti compulsivi e dipendenza sessuale in forma multipla.

Le similitudini espressive di questi disturbi consistono nel fatto che *essi conducono a danni o disagi clinicamente significativi nelle aree che segnaliamo:*

-la necessità di incrementare nel tempo quantità ed intensità dello specifico comportamento per ottenere l'effetto desiderato (tolleranza)

-il presentarsi di una sindrome d'astinenza al cessare del comportamento specifico

-il lungo periodo e la forte intensità del comportamento spesso superiori al previsto ed imprevedibili nella durata

-il desiderio ed i tentativi ripetuti ma infruttuosi di ridurre o controllare il comportamento specifico

-significativa quantità di tempo impegnata nei preliminari necessari al comportamento specifico a metterlo in atto ed a riprendersi dai suoi effetti

-modificazione intensa dello stile di vita soprattutto in relazione ad attività occupazionali, sociali e ricreative

-persistenza del comportamento specifico nonostante la consapevolezza del problema fisico o psicologico causato dal comportamento stesso.

Conclusioni

La questione psicopatologica e la nosografia delle dipendenze da sostanze d'abuso rivestono un ruolo centrale nella ridefinizione degli interventi clinici nel campo delle dipendenze patologiche.

Rafforzare la conoscenza diagnostica dei pazienti e conoscere la natura psicopatologica dei problemi da cui sono affetti è decisivo per migliorare efficacia ed efficienza dei servizi e soprattutto delle cure per i nostri pazienti. Occorre realizzare per questo motivo condizioni operative che favoriscano la osservazione e la diagnosi consentendo il miglioramento delle nostre conoscenze e la crescita professionale del nostro campo.

Occorre tuttavia anche approfondire studio e ricerca nella direzione di una nuova impostazione nosografica del DSM che tenga conto della esigenza di riunire in un unico comune denominatore disturbi che si presentano molto simili nella loro espressione clinica oltre che per significativi aspetti di familiarità.

Bibliografia

- Anthenelli RM, Smith TL, Irwin MR, Schuckit MA: A comparative study of criteria for subgrouping alcoholics: the primary/secondary diagnostic scheme versus variations of the type 1/type 2 criteria. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1468-1474.
- Arntz A., Merckelbach H., De Jong P. Opioid antagonist affects behavioral effects of exposure in vivo. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:865-70.
- Batel P. Addiction and Schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000; Vol. 15: p 115-22.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric services* 1999 Jan, Vol 50: p 75-80.
- Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev* 2000; Vol. 20 : p 207-34.
- Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA: An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Compr Psychiatry* 1996;37: 88-94.

- Clerici M., Capitanio C., Garini R., Carta I. Tossicodipendenza ed interventi psicoterapeutici. Il profilo psicopatologico del tossicodipendente da eroina. Arch Psicol Neurol Psichiat 1987; 48:546-59.
- Clerici M., Carta I., Cazzullo CL. Substance abuse and Psychopathology: a diagnostic screening of italian narcotic addicts. Soc Psychiatry 1989; 24: 219-26.
- Dackis CA, Gold MS. Opiate addiction and depression: cause or effect. Drug Alcohol Depend 1983; 11: 105-9.
- Devor EJ, Cloninger CR: Genetics of alcoholism. Annu Rev Genet 1989; 23: 19-36.
- Drake RE, Mercer McFadden C, Mueser KT et al. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. 1998 Schizophr Bull; Vol. 24:589-10.
- Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G et all. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. Addict Behav 1998; Vol. 23: p 909-18.
- Franques P, Auriacombe M, Tignol J Addiction and personality. L'Encéphale 2000; Vol. 26 : p 68-78.
- Goodman A. Gli Addictive Disorders come categoria diagnostica-Medicina delle tossicodipendenze n. 38. Marzo, 2003.
- Goodman A. Addiction: definition and implications – British J of Addiction, 1990, 85 – 1403 -1408.
- Goodman A. Sexual Addiction: diagnosis, etiology and treatment in substance abuse: A comprehensive textbook third edition William e Wilkins, 1997, pp.340 – 354,
- Goodman A. Sexual Addiction: An integrated approach. Madison, CT International University Press 1998.
- Goodman A. Addiction disorder An integrated understanding, The counsellor, 2000, 18:30 – 34.
- Goodman A. What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behaviour. Sexual addiction and Compulsivity, 2001, 8 191 – 214 .
- Gracy KN, Dankiewicz LA, Koob GF: Opiate withdrawal-induced fos immunoreactivity in the rat extended amygdala

parallels the development of conditioned place aversion. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 152-160.

- Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, et al: Towards a molecular epidemiology of alcohol dependence: analysing the interplay of genetic and environmental risk factors. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (Suppl 40): S33-40.
- Heath AC, Madden PA, Martin NG: Statistical methods in genetic research on smoking. *Stat Methods Med Res* 1998; 7: 165-186.
- Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, Mintz J. Prevalence of axis II comorbidity in bipolar patients with and without alcohol use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 1999; Vol. 11 p 187-95.
- Khantzian EJ., Treece C., DSM III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1067-77.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1259-64.
- Koob GF, Le Moal M: Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 97-129.
- Luthar SS., Anton SF., Merikangas KR., Rounsaville BJ., Vulnerability to substance abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:153-61.
- Maremmani I, Canoniero S, Giuntoli G, Pacini M. Tossicodipendenza e comorbidità per disturbi dell'umore. *Noos Aggiornamenti in Psichiatria* 2000; Vol.20: p111-132
- Merikangas KR, Stevens DE: Models of transmission of substance use and comorbid psychiatric disorders. In: Kanzler HR, Rounsaville BJ (eds):*Dual diagnosis and treatment. Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders.* New York, Marcel Dekker, 1998; 31-53.
- Milesi A, Clerici M. Il paziente in "doppia diagnosi". Linee-guida per l'intervento e la gestione assistenziale. *Noos Aggiornamenti in Psichiatria* 2000; Vol.20: p 179-185.
- Nace EP., Personalità disorder in the alcoholic patient. *Psych Annali* 1990; 19:256-60.
- Nurnberger JI Jr, Foroud T, Flury L, et al: Evidence for a locus on chromosome 1 that influences vulnerability to alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 718-724.

- Pacini M, Maremmani I. Il problema della personalità tossicofilica nella patogenesi del Disturbo da Uso di sostanze Psicoattive. Revisione della letteratura e recenti acquisizioni. *Giorn Ital Psicopat* 2001; 7 (2):185-199.
- 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 PP., Carta M., Rudas N. Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. *Minerva Psichiatrica* 1991; 32: 145-50.
- Pozzi G., Bacigalupi M., Tempesta E. Comorbidity of drug dependance and other mental disorders: a two- phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46: 69-77.
- Rachbeisel J, Scott J, Dixon L. Co-occurring severe mental illness and substance use disorders : a review of recent research. *Psychiatric services* 1999; Vol 50: p 1427-34.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LJ et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
- Rosenberg CM. Young drug addicts: background and personality: *J Nerv Ment Dis* 1969; 148:65-73.
- Ross HE., Glasser Fb., Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1023-32.
- Schneider F, Habel U, Wagner M, et al: Subcortical correlates of craving in recently abstinent alcoholic patients. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1075-1083.
- Schuckit MA: The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1043-1049.
- Sheppard C., Fracchia J., Ricca E., Merlis S., Indications of psychopathology in male narcotic abusers, their effects and relation to treatment effectiveness. *J Psychol* 1972; 81: 351-60
- Silvestrini B. *Malati di droga. Le sostanze di abuso; danni fisici e psichici, reazione individuale, difese*. Milano: Sperling e Kupfer 1995.

- Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. Axis II comorbidity of substance abuse disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *A J Psychiatry* 1999; 156: 733-38.
- Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour 2000 ; Vol 176 : p 307-11
- True WR, Xian H, Scherrer JF, et al: Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 655-661.
- Trull TJ, Sher KJ, Minks Brown C. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Rev* 2000; Vol. 20 : p 235-53.
- Vendramin A, Zinfullino G, Sciacchitano AM: Vulnerabilità alla tossicomania: considerazioni sugli aspetti biologici. *ADD* 2001: 1-10.
- Wexler BE, Gottschalk CH, Fulbright RK, et al: Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 86-95.
- Yates WR., Fulton AI., Gabel JM., Brass CT. Personality risk factors for cocaine abusers. *Am j Public Health* 1989; 79: 891-2.
- Zimmerman M, Cryell W,. DSM-III Personality Disorder diagnoses in a non patient sample : demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 682-9.

Addiction e Patologia Psichiatrica **Principi generali di clinica** **e di psico-farmacoterapia** **della cosiddetta “*doppia diagnosi*”**

Gaetano DERUVO¹, Carmela ELIA², Eugenia VERNOLE³,
Roberto CATALDINI⁴

“Il cervello è un alambicco
dove si distilla l’anima”

Marguerite Yourcenar

1) CONSIDERAZIONI GENERALI SULL’*ADDICTION*

L’*Addiction* è una ***malattia cronica ad andamento recidivante*** (Tagliamonte, 1998). Nella comune accezione clinica il suo significato si avvicina molto a quello di “*tossicomania*”, o anche “*tossicodipendenza*”, per quanto di fatto include e rivesta significati e connotazioni molto più ampie.

¹ Neurologo, Dirigente Medico SerT-Bitonto (Bari), Direttivo Nazionale SITD e Presidente della SITD-Puglia

² Psicologa-Psicoterapeuta, Dirigente Psicologo SerT-Bitonto (Bari), Membro del Consiglio Direttivo della SITD-Puglia

³ Psichiatra, Dirigente Medico SerT-Martina Franca (Taranto), Membro del Consiglio Direttivo della SITD-Puglia

⁴ Psichiatra, Dirigente Medico SerT-Gallipoli (Lecce), Direttivo Nazionale FeDerSerD e Responsabile FeDerSerD-Puglia

Etimologicamente deriva dal latino “*addictus*”: si tratta, quindi, di un recupero linguistico, di una riappropriazione del significato letterario di *Addictus*, personaggio dell’antica Roma imperiale che, per insolvibilità di un debito contratto verso un creditore gli diveniva “*assegnato, aggiudicato*” come prestatore di lavoro subordinato o d’opera forzata, fino all’estinzione del debito, senza dover peraltro subire l’onta della degradazione a schiavo (Enna S.J., 2000). Invece, la compensazione del debito rimane drammaticamente difficile nel caso della droga, creditrice usuraia e necessariamente sempre schiavista; in questo caso, il debitore non è solo assegnato-aggiudicato, ma dipendente nel senso più spietato da una creditrice (la droga) che pratica un sordido ed abietto strozzinaggio (Cima, 2000).

Il termine *Addiction* è frequentemente utilizzato in letteratura anglosassone per indicare comportamenti pervasivi e particolarmente dannosi per l’individuo che li pone in atto; esso, pertanto, indica uno stato di malattia che comporta modificazioni di funzioni d’organo tali da dar luogo a sintomi - somatici, comportamentali, cognitivi, affettivi - così da impoverire e gravemente compromettere la qualità di vita del paziente. Il segno fondamentale e patognomonico di ogni forma di *Addiction* è il **craving** (desiderio intenso e incoercibile, smania della sostanza di abuso che, dalle nostre parti, i pazienti usano chiamare “*la fissa*”) che è “*impulso ad agire*” sul quale il paziente non ha piena capacità di controllo. Esistono forme di **addiction chimica** (le tossicodipendenze, appunto), da sostanza (d’abuso), e forme di **addiction non chimica**, *sine materia*, riferite cioè ad attività comportamentali pure; spesse volte queste differenti manifestazioni di malattia si associano e si accavallano tra di loro nella storia clinica di uno stesso individuo.

In una prospettiva clinica, la dipendenza patologica e i comportamenti di uso e di abuso correlati all’*Addiction* riconoscono differenti dimensioni tra loro articolate e interagenti. Esse possono essere ricondotte a tre fattori elementari:

1. L’ “**oggetto**” della dipendenza, sostanza psicoattiva o attività comportamentale oppure una loro combinazione, simultanea e successiva nel decorso clinico. Si tratta di un oggetto specifico e ben determinato che per sue caratteristiche intrinseche assume valenze assolute e non dominabili da parte della persona dipendente. Ai fini della vita e della sopravvivenza questo oggetto ha significato neutro e non primario nella vasta gamma di stimoli ambientali, ma diviene stimolo vicario e sostitutivo che

impregna e condiziona i processi mentali, cognitivi, emotivo-affettivi e comportamentali, perché stimola le vie neuronali e induce un falso segnale codificato come indispensabile dal sistema neurobiologico (Nava, 2004). Esso è, quindi, capace di connotare e pervadere l'espressività clinica della malattia.

2. L' **"individuo"** nella sua determinazione biologica e nelle proprie potenzialità evolutive, sia di crescita che di adattamento. Questa dimensione richiama il ruolo svolto dagli istinti, dai temperamenti, dal carattere e dalla personalità, nell'embricarsi e nel condizionarsi di fattori complessivi che spaziano dalla organizzazione genetico-costituzionale alle qualità apprese nello sviluppo evolutivo in rapporto a contesti socio-familiari, sino all'espressione compiuta del funzionamento psichico globale.
3. L' **"interazione tra oggetto e individuo"** che si viene a determinare in uno specifico contesto sociale e ambientale. È attualmente l'espressione di una dimensione di vita basata sulla ricompensa e sul presunto controllo totale dell'individuo, che creano disagi e malattia. Si tratta di un modello di società che si riassume nella tipologia tipica della relazione tra venditore o induttore di bisogni o spacciatore e acquirente o consumatore, nelle innumerevoli forme più o meno legali o illegali, normativizzate o al di fuori di ogni regola culturalmente accettata.

Le attuali conoscenze di neurobiologia ci suggeriscono quanto l'intricato e complesso sistema di neuromediatori e il loro complessivo apparato di funzionamento sia fatto di molecole molto più raffinate ed eleganti delle rozze molecole di abuso, facilmente reperibili in qualsiasi anfratto di questa società. Certamente sono sostanze molto potenti, se non più di quelle reperibili e acquistabili; sostanze che, quanto quelle di abuso, sono capaci di condizionare totalmente la vita di un sistema biologico. Le stesse sostanze che condizionano i disturbi mentali. Da questo punto di vista non può sembrare un eccesso affermare che ciascuno di noi possiede per dono naturale le "proprie droghe": stimolanti come la dopamina, analgesici come gli oppioidi, dispercettivi come gli endocannabinoidi, sedativi come il Gaba; li produce e li utilizza secondo natura e sapientemente al di fuori della propria consapevolezza corticale. Dove è possibile cogliere la differenza tra un sistema funzionale e lo stesso sistema reso assuefatto e dipendente? Probabilmente è nei sistemi di autoregolazione e di controllo di cui questo nostro sistema di vita si è

dotato e che le sostanze o le attività a potenziale di abuso e di dipendenza sono in grado di alterare e di modificare sensibilmente. Forse è nell'eccesso, nel superamento dei limiti accettabili che verrebbero irrimediabilmente superati e alterati con un cambiamento dei comportamenti, delle idee, degli affetti e delle emozioni che rendono tale l'essere umano e gli consentono di costruire la realtà fisica o meno in cui si muove. Probabilmente esiste una necessità filogenetica, per niente casuale, che amplia lo spettro delle possibilità adattative attraverso la possibilità di consumare omologhi naturali o sintetici, capaci di agire sul nostro cervello.

Allo stesso modo, si potrebbe affermare che gli eccessi che possono indurre uno stato di dipendenza, fosse pure in risposta allo stress, al vuoto e alla noia, alla gioia e al dolore, al gioco e al lavoro, alle certezze e all'incertezza, rappresentano modelli di una cultura che favorisce e crea nella sua abbondanza e nei suoi sprechi assuefazione e dipendenza, tendenza alla immediata gratificazione, perdita dell'autocontrollo in una società votata al totale e raffinato controllo dei suoi individui, a una perdita e a un appiattimento delle valenze affettive a tutto vantaggio di un processo di reificazione dell'esistenza e di coartazione nella evoluzione della personalità.

Si tratta di quello che nella teoria del mismatch, da un punto di vista evolucionistico, viene definita come la discrepanza tra sistemi biologici e fisiologici dell'uomo e i nuovi stili di vita, in grado di favorire l'aumento delle malattie mentali (Pani, 2000). È una discrasia che esprime l'incapacità dell'organismo di dare risposte adattative utili per la salute dell'individuo e della sua specie di fronte ai tempi lenti e progressivi del cambiamento evolutivo di specifiche funzioni vitali del sistema biologico, rispetto all'immediatezza e alla repentinità di cambiamenti rapidi indotti dalle droghe, ancor più dannose negli effetti prodotti proprio e, soprattutto, se nuove. A questo punto il problema non appare tanto il circuito anedonico in cui la persona e il suo contesto precipitano, ma la impossibilità di discriminazione degli stimoli stessi che rende possibile e accettabile sul piano biologico, e anche psicologico e sociale, la nostra capacità di adattamento: in ogni forma di addiction, piacere e dolore si confondono e si sbiadiscono in una piatta e uniforme metafora di non esistenza che nelle nostre più radicate convinzioni sociali si avvicina molto a un senso devastante di morte.

L'addiction, se osservata da questo punto di vista, assume significati e connotazioni certamente molto più ampie ed esaurienti di una semplice disregolazione del sistema di gratificazione/piacere.

Proprio per questi motivi ogni forma di dipendenza patologica implica due fondamentali aspetti generali, non eludibili in una possibi-

le descrizione clinica e in un utile inquadramento nosografico:

- ❑ la reiterazione di un impulso incontrollabile con un più o meno totale coinvolgimento dannoso dell'individuo e del suo contesto ambientale;
- ❑ la costruzione di un comportamento e di uno stile di vita che l'individuo percepisce come un'esperienza personale sganciata dai nessi e dalle relazioni con la realtà .

La complessa relazione, che la concorrenza e la convergenza di questi fattori innesca, porta a difficoltà e induce talora estrema problematicità nello sforzo di giungere a una sintesi che possa essere coerente ed esaustiva. Si ingenerano ampie confusioni e non coincidenze anche terminologiche, espressione non solo di un limite di conoscenza e di descrivibilità per fenomeni così complessi, ma anche di uno stigma e di un pervasivo pregiudizio rispetto a stati di disagio e di malattia profondamente radicati nelle forme e nei processi di costruzione e di evoluzione delle nostre società.

L'Addiction esprime essenzialmente aspetti di ordine comportamentale in riferimento all'assoluto coinvolgimento di un individuo a comportamenti di consumo, di approvvigionamento e di ricorrenza o recidività nell'uso di sostanze d'abuso. Questi aspetti esprimono anche in termini etimologici uno stato di schiavitù, di perdita di controllo, di assenza di libertà.

La Dipendenza assume rilevanza più tecnico-scientifica e psicofarmacologica come espressione di uno stato di neuroadattamento conseguente alla reiterata somministrazione della sostanza che vincola l'individuo a una necessità determinata biologicamente per evitare l'insorgenza di una sindrome astinenziale.

L'Abuso è semplicemente il comportamento di autosomministrazione di una qualunque sostanza i cui effetti determinano conseguenze dannose. Si tratta, in genere, di comportamenti che sono culturalmente non accettati, disapprovati o addirittura riconosciuti come illegali, in uno specifico contesto socio-ambientale. In tal modo, ogni forma di abuso assume valenze di uno stato di interesse clinico e sanitario in quanto espressione di maladattamento.

2) INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO

Il concetto di Addiction coincide riduttivamente con quello di abuso. La confusione e l'ambivalenza terminologiche si trasferiscono anche negli schemi di semplificazione nosografica, sia nelle precedenti e successive versioni

del DSM, come nell'attuale codifica del DSM-IV-TR e, altrettanto, avviene nell'ICD-10. Sia pure nelle loro rispettive e specifiche differenze descrittive, prevalgono sostanzialmente due parametri essenziali di riferimento: la dimensione di condizionamento indotto dall'uso di sostanze psicoattive (dipendenza) e la dimensione sociale riferita al funzionamento individuale rispetto ad una "norma", assunta come fattore di riferimento adattativo (abuso). L'Addiction, invece, non trova alcuna collocazione di definizione patologica. Allo stesso modo, il concetto stesso di "craving" rimane escluso dai criteri necessari a porre diagnosi di dipendenza patologica, tranne un estemporaneo e vago richiamo a un concetto di desiderio, "forte" (ICD-10) o "persistente" (DSM-IV-TR), in correlazione alle difficoltà di controllo oppure ad una compulsione nell'assunzione. L'attenzione, inoltre, viene posta esclusivamente sui comportamenti correlati all'uso di sostanze ad azione psicoattiva, con esclusione di tutta una vasta gamma di attività comportamentali che sul piano neurobiologico, comportamentale, sociale, agiscono come stimoli rinforzanti: cibo, sesso, lavoro, televisione, internet, gioco, acquisti. Pertanto, tutte queste forme di malattia con comportamenti di addict senza sostanza, ma riferite ad attività comportamentali pure, trovano collocazioni categoriali diverse, come il gioco d'azzardo nei disturbi del controllo degli impulsi, oppure nessuna collocazione, come nel caso della sex addiction e dell'internet addiction. Analogamente, tutte le possibili implicazioni sul piano psicopatologico e psichiatrico che possano essere riscontrate, sono codificate secondo una stretta e rigida lettura categoriale che lascia fuori numerosi quadri clinici difficilmente inquadrabili, ma descritti essenzialmente come forme spurie, indotte, complicazioni psichiatriche derivanti dagli effetti acuti o cronici di comportamenti e sostanze che, nella loro azione sul cervello, ne alterano l'equilibrio funzionale. Il rischio è una proliferazione diagnostica in termini di disturbi sottosoglia, limite, che non possono spiegare esaurientemente le svariate, complesse e sfaccettate realtà di quadri clinici effettivamente riscontrabili nella pratica dei nostri Servizi per la diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti di uso e di abuso.

I comportamenti additivi, invisibili e negati nel proprio senso di malattia, in prima istanza dalla stessa persona dipendente, e in forme più o meno celate o esplicite dalle tendenze culturali e sociali, si accompagnano a fattori di specifica natura bio-psico-sociale, come l'abuso, la dipendenza, l'astinenza, l'intossicazione, il craving, il funzionamento e lo stile di vita, le condizioni mediche specifiche associate e correlate, che danno

significato alla tipica fenomenologia del disturbo additivo i cui confini biologici, psicologici, sociali non risultano spesso chiaramente e nettamente differenziabili. È difficile in questo caso riuscire a cogliere i nessi e le interrelazioni tra i numerosi fattori e le tantissime variabili che agiscono e condizionano la natura e le manifestazioni dell'addiction.

La comorbidità psichiatrica e biomedica più in generale si configurerebbero come semplici, ovvie e possibili complicazioni indotte dalle specifiche sostanze o dall'attività e dai comportamenti correlati. Il problema che sorge in questa eventualità è che la persona dipendente finisce con il riassumere in sé e, sempre di più, elementi clinici che non aiutano il processo diagnostico e terapeutico. L'addiction sembra riassumere qualcosa di psicotico, qualcosa di nevrotico, qualcosa di maniacale e/o di depressivo, un poco di psicopatologia, un poco di perversione: un pizzico di tutto senza riuscire ad assomigliare a niente. Forse, un'utopia proprio in termini letterali di "assenza di luogo", di non appartenenza. L'organizzazione dei servizi spesso conferma questo paradosso proprio nella indeterminatezza dei ruoli e delle competenze dei diversi professionisti che vi operano.

In alternativa, l'ipotesi che tra dipendenze patologiche e comorbidità psichiatrica esiste un nesso strutturale intrinseco di cui le classificazioni internazionali, specialmente il DSM dell'American Psychiatric Association, nello sviluppo delle sue diverse versioni, ne sono espressione sia pure nei limiti e nelle inevitabili approssimazioni che ogni sforzo nosografico implica. Di fatto, la stretta relazione tra disturbi psichiatrici e disturbi additivi trova fondamento nella malattia d'organo, rappresentato dal cervello e dai suoi sistemi neurotrasmettitoriali integrati nella unicità funzionale, bio-psico-sociale, della persona.

Certamente nel rapporto tra la psichiatria e l'addiction esistono sia tratti comuni condivisibili, come dimostrano la neurobiologia, l'epidemiologia e la clinica, sia tratti distintivi, come possono essere gli aspetti temporali (insorgenza primaria o secondaria del disturbo; la persistenza oltre un certo periodo superata la fase critica episodica di astinenza o di intossicazione), gli aspetti descrittivi che si riferiscono ai criteri diagnostici, la fenomenologia o la psicopatologia tipica del disturbo additivo (l'abuso e la dipendenza; l'astinenza e l'intossicazione; il craving; lo stile di vita e il funzionamento psicosociale; le condizioni biomediche associate e correlate).

Se consideriamo il DSM-IV revisionato, e una sua possibile evoluzione, possiamo cogliere sinteticamente sui vari assi diagnostici la eventuale raffigurazione di questo rapporto:

asse I

**disturbi correlati a uso di sostanze
dipendenza / abuso**

da sostanze:

alcol, amfetamine e simili, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, fenciclidina e simili, sedativi ipnotici, ansiolitici, sostanze diverse e sconosciute

da attività:

gioco, lavoro, cibo, sesso, acquisti, televisione, computer/internet

disturbi psichiatrici

indotti (complicanze):

intossicazione, astinenza delirium, demenza, disturbo amnestico, disturbo psicotico, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale, disturbo del sonno

non indotti
(complicanze):

in stato drug-free: un disturbo mentale propriamente diagnosticabile

asse II

disturbi di personalità

gruppo A: paranoide, schizoide, schizotipico

gruppo B: antisociale, borderline, istrionico, narcisistico

gruppo C: evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo

asse III

condizioni mediche generali

comorbidità biomedica organica

Trattando di comorbidità, dobbiamo inquadrare il disturbo psichiatrico come non indotto dalle sostanze o dalle attività svolte secondo tre possibili criteri:

- 1) un criterio temporale
 - a) di precedenza: i sintomi precedono l'inizio dell'uso di sostanze o del farmaco e quindi non sono eziologicamente correlabili con la sua insorgenza e manifestazione;
 - b) di persistenza: esiste persistenza dei sintomi per un tempo (circa un mese) dopo la fine dell'astinenza acuta o della intossicazione grave;
- 2) un criterio quantitativo: i sintomi sono notevolmente eccessivi rispetto a quanto ci si attenderebbe sulla base del tipo e della quantità di sostanza usata e della durata dell'uso;
- 3) un criterio qualitativo: altre prove indicano l'esistenza del disturbo indipendentemente dall'uso di sostanze (precedenti anamnestici del disturbo).

Altresì, il disturbo psichiatrico è rilevabile in un periodo “*drug-free*”, condizione che nella realtà clinica non è di semplice e di scontato riscontro. Si possono verificare in questo caso diverse condizioni:

- a) il paziente è “*astinente*” o, comunque, in remissione dopo un periodo di trattamento specifico per la dipendenza;
- b) il paziente si trova in trattamento specifico per la dipendenza ed è “*stabilizzato*”, vale a dire si trova in una persistente e stabile condizione di equilibrio funzionale;
- c) il paziente, pur stabilizzato dal trattamento per la dipendenza, presenta “*particolari condizioni di gravità, di urgenza e di rischio*”, per cui si rende necessario un tempestivo intervento anche farmacologico che corregga l'emergenza psicopatologica in atto;
- d) il paziente, stabilizzato dal trattamento per la dipendenza e astinente dall'uso della sostanza primaria di abuso e/o dalla reiterazione della prevalente attività svolta, presenta “*una ricorrenza episodica, accessuale, intermittente di uso di altre sostanze psicoattive o di altre attività che non si configurano come forme di poliabuso o di polidipendenza strutturate*”, ma che sono inscrivibili al massimo in un quadro di eventi ambientali stressanti o significativi, oppure in una periodicità definibile e non altrimenti spiegabile.

Da tutte queste condizioni vanno attentamente, per quanto possibile, esclusi i fattori di condizionamento riferibili al *craving*, che rinvia in ogni caso alla psicopatologia dell'*addiction*.

Questo è, di fatto, il processo clinico che ci consentirebbe di porre una diagnosi doppia di co-esistenza e di co-azione, in uno stesso individuo, di due distinte entità nosologiche la cui caratteristica essenziale è quella di poter esistere e manifestarsi indipendentemente l'una dall'altra, ma che in particolari situazioni cliniche si associano e si integrano.

Il disturbo additivo nella sua unicità, gravato da tutta una serie di complicazioni, finisce con l'essere una dimensione clinica estremamente complessa e articolata per la presenza di diagnosi plurime che si intrecciano e condizionano l'espressione del disagio psichico, le possibilità e i margini dell'adattamento psicosociale e i correlati comportamentali della persona dipendente. Si attivano fattori clinici sfavorevoli che chiamano in causa continuamente condizioni imprevedibili di acuzie e di emergenza (discontrollo, aggressività, violenza, impulsività, suicidio), oltre che quadri di complicanze indotte di tipo psichiatrico, anche definibili come "*comorbidità spuria*" (Manzato, 2003); si attualizzano tutta una serie di complicazioni "*biomediche*": HIV/AIDS, Epatiti HCV e HBV-related, malattie sessualmente trasmissibili, malattie neurologiche, cardiocircolatorie e di vario interesse internistico. Emergono correlati comportamentali di estrema ricaduta sociale (marginalità, devianza, criminalità) che spesso si configurano come vere e proprie complicanze sociali sino ad aspetti di ordine umano ed esistenziale fortemente drammatici: la solitudine, la rabbia, la paura, l'incomprensione, la morte; si aggiungono elementi di valutazione prognostica che complicano la gestione del caso (recidive, poliabuso e polidipendenza, astinenze e intossicazioni). È facile la tendenza alla cronicizzazione dei disturbi con alternarsi di difficoltà terapeutiche che implicano l'accentuato rischio di fallimenti e di *drop-out*, la variabilità e i riadattamenti terapeutici, il concretizzarsi di prognosi difficili e infauste.

In virtù di evidenze scientifiche e cliniche, l'*Addiction* rappresenta una malattia unitaria bio-psico-sociale. Allo stesso modo, la "*comorbidità psichiatrica pura*" (Manzato, 2003), impropriamente definita come doppia diagnosi, va inquadrata e affrontata all'interno di una coerente ed esaustiva psicopatologia specifica del disturbo additivo. Infatti, a differenza del disturbo psichiatrico propriamente definito, laddove l'individuo pensa-sente-agisce, nella psicopatologia dell'*addiction* l'individuo principalmente agisce nel comportamento e nel proprio stile di vita condizionato ciò che pensa e sente, forse agisce ancor prima di pensare e di sentire; la persona dipendente finisce sempre con l'agire i propri pensieri e le proprie emozioni. Questo è il nodo drammatico e palpabile di ogni

forma di dipendenza patologica, qualunque sia l'oggetto, o una sostanza o una attività svolta.

Modelli interpretativi ed eziologici

Diversi Autori si sono occupati di definire dei modelli eziologici e interpretativi della comorbidità psichiatrica pura nell'*Addiction*, rispettivamente sulla base concettuale di un possibile disturbo primario o secondario (Bignamini et al., 2002).

Nel modello che vede l'*Addiction* come disturbo secondario a un disturbo psichiatrico, si esprime l'ipotesi che aspetti di interesse psicopatologico possano evidenziarsi in alcuni momenti del decorso della malattia quando il paziente, dopo tre-quattro settimane, si trova in una condizione *drug-free*: la persistenza dei sintomi psichiatrici deporrebbe a favore di una primarietà del disturbo psichiatrico. In questo modello interpretativo rientrano alcune ipotesi.

La teoria dell'autoterapia (Khantzian, 1985) considera che l'assunzione di sostanze psicoattive avvenga per alleviare la sofferenza psichica causata da una psicopatologia di base; la sostanza verrebbe selezionata in base ai suoi effetti farmacologici e alla sua capacità di modificare degli stati affettivi dolorosi. L'eroinomane sceglierebbe una specifica sostanza in grado di modulare la propria aggressività, mentre eroina e stimolanti servirebbero a modulare le fasi polari opposte nel paziente bipolare. In acuto, il consumo della sostanza avrebbe un significato adattativo rispetto ad una organizzazione difensiva dell'*Io* deficitaria, mentre l'uso protratto favorirebbe la comparsa di effetti negativi correlati all'azione della sostanza.

Una variante dell'ipotesi di *self-medication*, è la teoria dell'alleviamento della disforia (Mueser et al., 1998; Vetere, 1999). Questi Autori sostengono che esiste una elevata vulnerabilità, favorevole l'assunzione di sostanze, in pazienti che soffrono di sintomi disforici. Si tratta di una categoria abbastanza eterogenea di sintomi, quali l'ansia, la noia, i sentimenti di solitudine; ma rientrano anche gli effetti collaterali di farmaci, come i neurolettici. In una revisione critica della loro ipotesi, Mueser ed altri hanno precisato una teoria dell'ipersensibilizzazione, in base alla quale fattori di predisposizione genetica e traumi precoci, insieme ad altri fattori ambientali, possano promuovere lo sviluppo del disturbo psichiatrico: i farmaci attenuano il livello di vulnerabilità verso i sinto-

mi psichiatrici, mentre il consumo di sostanze accresce le manifestazioni psicopatologiche. Questo spiegherebbe come mai in questa popolazione di pazienti con comorbidità, il consumo di dosi minime di sostanze d'abuso provoca conseguenze gravi e drammatiche a fronte di livelli bassi di dipendenza fisica.

Nelle varie tipologie di ipotesi che considerano il disturbo psichiatrico comorbile secondario all'*Addiction* si enfatizza che l'uso acuto o cronico di sostanze psicoattive possa causare la comparsa di disturbi psichiatrici: la gravità e la quantità del consumo condizionerebbe la gravità, la durata e il tipo dei sintomi psicopatologici (Ries, 1994). Inoltre, i sintomi psichiatrici emergerebbero in fasi diverse dell'*Addiction*: durante l'intossicazione o durante l'astinenza, oppure in fase di remissione *drug-free*, ponendo porre diagnosi di disturbo indotto dall'uso delle sostanze. In ogni caso, l'emergenza del disturbo psichiatrico stabile e strutturato sarebbe da mettere in relazione alle alterazioni biochimiche e funzionali neurocerebrali provocate dalle sostanze, soprattutto se ad azione psicomimetica (Mueser et al., 1998; Connell e Sato in Maremmani et al., 1999).

Patologia e Psicopatologia dell'Addiction

L'*Addiction*, considerata come malattia unitaria per quanto complessa e articolata, presenta degli aspetti descrittivi che si riferiscono ai criteri diagnostici, alla fenomenologia e alla psicopatologia tipica del disturbo addittivo. Questi aspetti sono essenzialmente rappresentati da alcuni indicatori di ordine generale sul piano descrittivo che possono essere individuati:

- nell'abuso e nella dipendenza;
- nell'astinenza e nell'intossicazione;
- nel craving;
- nello stile di vita e nel funzionamento psicosociale;
- nelle condizioni biomediche associate e correlate.

In relazione alla tipologia specifica dell'oggetto e alle sue caratteristiche è possibile differenziare quadri clinici altrettanto specifici e particolareggiati:

- sia come disturbo da uso di sostanze
- sia come disturbi da attività svolte.

In questa nostra riflessione, ci limiteremo a sviluppare alcuni concetti sul craving, che rappresenta il segno psicopatologico patognomonico

dell'Addiction, passando ad alcune brevi note sui meccanismi neurobiologici e a cenni riferiti alla clinica della comorbidità psichiatrica pura.

Il craving

Il *craving* fa riferimento a una disposizione, a un bisogno fondamentale per cui ogni individuo è spinto nel raggiungimento di uno scopo che di norma si lega a situazioni adattative fondamentali per la sua sopravvivenza e per la sopravvivenza della propria specie. In certe situazioni, come nelle dipendenze patologiche, il raggiungimento dello scopo a cui si tende assume sostanziali caratteristiche dannose e distruttive che perdono le specifiche proprietà evolutive ed auto-conservative. In definitiva, si perdono quelle capacità selettive e discriminative di regolazione degli stimoli e del sottile limite percepito tra quello - e quanto di esso - può essere utile e necessario per ogni sistema di vita e per ogni individuo con una incapacità non tanto di eliminarlo, ma di potervi resistere e di dominarlo. In ogni forma di dipendenza, la tensione verso il raggiungimento di un "*oggetto*", sia esso sostanza o attività comportamentale, è associata a una pulsione o spinta o motivazione (la fase appetiva) a prevalente regolazione dopaminergica, e a schemi comportamentali innati (la fase consumatoria) che vedono implicati i sistemi di controllo e di autoregolazione neurocerebrali. Si tratta di un circuito neurocerebrale globale comune a tutte le espressioni e le funzioni psichiche, che ogni forma di dipendenza patologica condivide con altri disturbi psichici e psichiatrici.

Esso è un tratto psicopatologico caratterizzante varie forme di dipendenza patologica, siano esse correlabili all'uso di sostanze psicoattive con capacità di determinare comportamenti di dipendenza chimica oppure ad attività comportamentali senza sostanza sempre capaci di condizionare azioni reiterative e persistenti (cibo, sesso, televisione, computer e internet, acquisti, gioco, lavoro). Entrambe possono essere strettamente correlate sul piano neurobiologico, comportamentale e sociale alla dimensione impulsivo-aggressiva-addittiva. In questa stessa dimensione rientrano manifestazioni psichiche e psichiatriche differenti che possono includere i disturbi dell'alimentazione (come la bulimia), i disturbi dell'umore (come la depressione e, in particolare, la depressione ad andamento stagionale), gli episodi maniacali o ipomaniacali, la sindrome premestruale, l'epilessia e i disturbi neurologici caratterizzati da

disinibizione comportamentale, il disturbo da deficit dell'attenzione e da iperattività (ADHD), i disturbi di personalità borderline e antisociale, i disturbi del controllo degli impulsi (come gioco d'azzardo patologico, disturbo esplosivo intermittente, piromania, cleptomania, tricotillomania), nonché il suicidio e il comportamento violento e aggressivo. In un *continuum* dimensionale, dalla compulsività alla impulsività, è possibile delineare elementi discriminativi differenziati tra la compulsione e l'impulso alla base della dipendenza:

1. nelle compulsioni predominano rappresentazioni simboliche per lo più ego-distoniche, a localizzazione interna all'individuo ed attività o azioni soggettivamente vissute come coercitive e costrittive;
2. nella dipendenza vi è una assenza di rappresentazione simbolica per lo più ego-sintonica, a localizzazione esterna, in genere legata all'ambiente, nonché a situazioni e ad azioni o ad attività oggettivamente vissute e riferite dall'individuo ad "oggetti" (sostanze o attività comportamentali) percepiti come non dominabili e assoluti;
3. nelle compulsioni risultano eccessivi i processi riflessivi legati alla razionalizzazione; essi sono assenti e carenti nella dipendenza;
4. i sentimenti di autorealizzazione negativi nelle compulsioni, sono per lo più positivi nelle dipendenze;
5. la dimensione di libertà decisionale dal principio, carente nelle compulsioni, risulta totalmente assente nelle dipendenze;
6. in ogni compulsione, o ossessione, predominano essenzialmente la sovrastima del rischio e un conseguente evitamento; nell'impulso che caratterizza ogni dipendenza si riscontra frequentemente una sottostima del rischio e una ricerca del rischio e della novità.

Tenere presente questi aspetti differenziali, aiuta meglio a collocare nello spettro dimensionale di queste manifestazioni cliniche le conoscenze e le evidenze scientifiche che direttamente chiamano in causa tratti temperamentali e personologici in relazione a comportamenti di *addiction*, dando significato esaustivo a definizioni che rimandano a disordini prevalentemente cronici e recidivanti.

A essere direttamente coinvolti e modificati in questi quadri clinici sono di fatto i complessi processi di regolazione dell'apprendimento e di espressione dell'emotività e dell'affettività, in riferimento a uno sbilanciamento dei meccanismi mentali di regolazione dell'impulsività.

La tensione legata al *craving*, in genere, si rende manifesta e descrivibile soprattutto nel momento in cui si crea un “impedimento”, una “assenza” verso l’oggetto stesso della nostra dipendenza, in relazione a una percepita disponibilità esterna, ambientale, di questo medesimo oggetto, che rende possibile tradurre in comportamento agito la spinta e il raggiungimento dello scopo.

Una condizione classica è la sindrome astinenziale, quando si cessa il consumo attuale di una sostanza psicoattiva di abuso, come avviene in stretta correlazione temporale nell’astinenza propriamente detta; ma questa stessa tensione si osserva anche a distanza di tempo nell’evoluzione temporale di un pregresso consumo, la sindrome astinenziale protratta. In entrambe queste condizioni, svolgono un ruolo essenziale fattori di natura ambientale, le situazioni-stimolo specifiche, i *cue* (*cue-exposure*, che sono condizioni di esposizione a stimoli sia esterni, luoghi, situazioni, persone, sia interni, stati d’animo, pensieri) strettamente correlate al *craving* e all’eventuale attivazione del comportamento di *addict*. Quando si crea nella storia clinica una soluzione di continuità con la sostanza, o l’attività di abuso, prevale la componente fasica del *craving*. Esiste, però, una componente tonica che si associa alla continua e persistente esposizione a situazioni-stimolo specifiche che rendono ragione non solo del mantenimento e del perpetuarsi di stati di *addiction*, ma soprattutto di particolari espressioni cliniche, come possono essere le “*abbuffate*” (bulimiche, alcoliche, cocainiche o spasmodiche di certe attività comportamentali). In questa componente tonica del *craving*, certamente svolge un ruolo importante lo stato di iperstimolazione neurocerebrale strettamente connessa alle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche delle sostanze di abuso, come ad esempio la cocaina.

Queste considerazioni riportano all’ipotesi di considerare il *craving* e i processi neurocerebrali ad esso ricollegabili, cioè il sistema di ricompensa, non soltanto una semplice descrizione di meccanismi collegabili ai processi di gratificazione, quanto invece ad un complesso e bilanciato meccanismo di regolazione degli impulsi e di selezione degli stimoli che, quando sbilanciato per azione di comportamenti o di sostanze, diviene incapace di inibire la tensione e la ricerca o l’evitamento di situazioni sostanzialmente dannose per sé e per altri. In questo quadro descrittivo, si inserisce il *craving* come processo a prevalente connotazione neurobiologica, espressione di un profondo sbilanciamento dei circuiti neuronali che, sul piano funzionale, appaiono disaccoppiati.

Il *craving* riconosce anche una sua dettagliata descrizione clinica:

"crisi"

- Pensare alla sostanza e a come proccacciarsela
 - Prevalente vissuto somatico
 - Apparente assenza di emozioni
 - Impermeabilità alle relazioni
 - Apparente lucidità di ragionamento
 - Frequentezza riferita a una serie varia di motivi e di situazioni
 - Impossibilità o difficoltà ad agire il comportamento finalizzato ad ottenere la sostanza
 - Il comportamento finalizzato ad ottenere la sostanza viene agito con ripresa (ricadute) attiva della dipendenza

"intensità"

Variabile, da lieve a drammatica

"durata"

- Intermittente, da pochi minuti a ore con tendenza a ripresentarsi dopo un intervallo libero di qualche ora
 - Continua senza remissioni parziali

"frequenza"

Da 3 - 5 a più volte al giorno subito dopo la disassuefazione e con tendenza a diminuire (estinzione) nel corso delle settimane e dei mesi

"comparsa"

Variabile, spesso condizionata da abitudini acquisite : orario, luoghi, persone, attività, circostanze di vita, situazioni problematiche, meccanismi di difesa, sensazioni e/o percezioni di benessere.

Possibili evoluzioni "maligne" con desiderio continuo, incessante, associato a sensazioni drammatiche di catastrofe, come la percezione di impazzire se non si assume la sostanza.

In genere, l'individuo inizia la giornata in relativo benessere. Avverte un progressivo malessere non alleviabile da strumenti psicologici appresi. Vive un senso di impotenza doloroso con ulteriore aumento del craving e maggiore tendenza a mettere in atto comportamenti di ricerca che

" se espressi "

possibile rimodulazione
dei comportamenti di addict
(Terapia)

" se agiti "

reiterazione e persistenza
dei comportamenti di addict
(Ricadute)

Cenni di Neurobiologia

Ogni sostanza o farmaco o attività è in grado di determinare fenomeni complessi di adattamento molecolare e cellulare: la tolleranza, la sensibilizzazione o tolleranza inversa, la dipendenza e l'astinenza sono l'espressione neuroadattativa di questi fenomeni. Però, soltanto le sostanze di abuso posseggono proprietà di rinforzo, intendendosi con questo meccanismo la elevata probabilità di indurre comportamenti di ricerca della sostanza o di ripetizione dell'attività svolta, essendo la risposta temporalmente accoppiata all'esposizione acuta o cronica alla sostanza o all'attività. Se gli effetti acuti si esplicano essenzialmente a livello sinaptico, in relazione alle caratteristiche farmacodinamiche delle diverse sostanze e si riflettono nella modificazione funzionale dei diversi sistemi neurotrasmettitoriali, una esposizione cronica ha effetti sui meccanismi di adattamento intracellulare, coinvolgendo i fattori di accoppiamento ai recettori (proteine G), i secondi messaggeri (cAMP, calcio, ossido nitrico, metaboliti del fosfaditilinositolo), la fosforilazione proteica (proteinkinasi), la defosforilazione proteica (proteinfosfatasi), i numerosi substrati proteici accoppiati o meno ai recettori (fattori di crescita e neurotrofine).

Proprio questi complessi meccanismi inducono due tipi di risposte cellulari, non solo rapide e a breve termine, che regolano la modulazione del metabolismo neuronale generale (sintesi e rilascio di neurotrasmettitori, sensibilità dei recettori e dei canali ionici ai vari input sinaptici), ma a lungo termine, che regolano la modulazione dell'espressione genica come la trascrizione genetica, la sintesi proteica, il numero e il tipo dei recettori e dei canali ionici, l'attività dei secondi messaggeri, la forma e il numero delle sinapsi.

Infatti, alcuni Autori (Goldstein, 1997; Nestler, 2001), considerando l'azione delle sostanze psicoattive, sottolineano quanto esse siano capaci di indurre modificazioni non soltanto della neurochimica cerebrale, ma anche cambiamenti nell'anatomia del cervello e nella plasticità neuronale. In tal modo, si apre un interessante ambito di ricerca e di riflessione nell'interazione genetica-ambiente sulla capacità delle esperienze e degli stili comportamentali di modificare il substrato biologico e funzionale di un sistema di vita, nonché come l'espressione genetica, modulata attraverso le proteine CREB-simili e i prodotti di alcuni IEG (*immediate-early genes*) possono essere regolate dalle sostanze di abu-

so (Nestler, 1992 e 1993; Stahl, 2002). Diversi studi (Young et al., 1991; Cole et al., 1992; Hope et al., 1992) dimostrano come l'azione protratta di cocaina e amfetamina, ma anche la somministrazione acuta di morfina (Liu et al., 1994) siano capaci di indurre nello striato e nel nucleo *accumbens* l'espressione di alcune proteine di trascrizione genica, c-fos, c-jun e proteine simili, forse attraverso l'attivazione dei recettori D1 e successivamente della via dell'AMPC. Inoltre, in studi su animali (Cole et al., 1990; Kalivas e Stewart, 1991; Piazza et al., 1991) è stato riscontrato che il trattamento con glucocorticoidi e l'esposizione allo stress aumentano le capacità di rinforzo e di attivazione locomotoria degli oppiacei, della cocaina e dell'amfetamina. Questo evidenzia il ruolo svolto dallo stress e dagli eventi di vita nella facilitazione e nel mantenimento di varie forme di *addiction*.

L'esposizione acuta, di fatto, si associa alla produzione di uno stato affettivo positivo, come è l'euforia; ed è per questo che si parla, in genere, di rinforzo positivo. Uno stato affettivo di questo tipo è riconosciuto tale in quanto riproduce gli effetti di modulazione cerebrale indotta dal cibo, dal sesso o dalle interazioni sociali. Esso comporta un aumento persistente dei comportamenti di ricerca anche quando la sostanza non viene assunta o viene soppressa per lunghi periodi. All'opposto, nell'esposizione cronica riscontriamo ipoforia e disforia, cioè uno stato affettivo misto, a rinforzo prevalentemente negativo. È questa la condizione in senso stretto di *drug-addiction* associata alla ricerca e alla assunzione di sostanze e alla reiterazione di attività nonostante le conseguenze gravi e dannose.

Tenendo presenti queste premesse neurobiologiche, possiamo meglio comprendere come nel *craving* possono essere riconosciute due componenti: una di rinforzo positivo, alla base del passaggio da semplice uso ad abuso della sostanza e, probabilmente, del comportamento recidivante dopo lungo tempo dalla disintossicazione; una di rinforzo negativo, di evitamento della sindrome di astinenza, implicata nel mantenimento della dipendenza, in particolare quella da oppiacei. Una sostanza può essere identificata come droga solo se è capace di innescare questi meccanismi neurofisiologici di rinforzo positivo e negativo.

I circuiti neuronali alla base di questi due tipi di rinforzo sembrano essere anatomicamente distinti: i circuiti neuronali del rinforzo positivo sembrano essere le vie che connettono l'area ventrale tegmentale e il nucleo

accumbens e la sostanza nigra e il nucleo caudato; mentre il rinforzo negativo appare mediato dalla sostanza grigia periventricolare.

Questo complesso sistema neurotrasmettitoriale ha portato a meglio comprendere le interazioni tra differenti neuromediatrici, dopamina-serotonina-noradrenalina-encefaline-Gaba-glutammato, i loro recettori ed i loro enzimi di regolazione. All'interno di questo sottosistema neurocerebrale che regola il circuito di ricompensa/gratificazione e il neuroadattamento cerebrale agli effetti di stimoli rinforzanti, un ruolo importante viene riconosciuto alla serotonina la cui aumentata disponibilità a livello sinaptico induce un'aumentata capacità di modulazione e di compensazione del tono dopaminergico, soprattutto a livello del nucleo *accumbens* con corrispondente riduzione del *craving*, senza tralasciare le possibili azioni sui circuiti cerebrali frontali, soprattutto nelle aree mediane e, probabilmente, olfattorie e orbitarie (Volkov e Fawler, 2000), con accentuazione degli *input* inibitori e autoregolatori discendenti dalla corteccia cerebrale, che nella disregolazione e nello sbilanciamento neurofunzionale risulterebbero ridotti.

Pertanto, la conoscenza dei sistemi neurochimici coinvolti nell'*addiction* e nel *craving* permetterebbe una terapia farmacologica della tossicodipendenza.

Numerose sono le teorie che cercano di spiegare il *craving*. È stato osservato un parallelismo tra alcolismo e disturbo ossessivo-compulsivo che ha portato a ricercare una via anatomica comune ai due disturbi, per cui il *craving* negli alcolisti potrebbe essere conseguenza di una disregolazione del circuito fronto-striato-pallido-talamo-frontale. Vari Autori hanno proposto che il sistema neurotrasmettitoriale dopaminergico che proietta sul nucleo *accumbens* è responsabile del meccanismo di rinforzo positivo per l'etanolo, per gli oppiacei e per gli psicostimolanti; tale effetto di rinforzo è strettamente dipendente dall'integrità delle vie DAergiche tegmentale-*accumbens*. Un'altra ipotesi neurofisiologica definisce il *craving* per la cocaina espressione comportamentale del fenomeno del *kindling* o del reclutamento, in cui si avrebbe una progressiva facilitazione della scarica neuronale in seguito all'esposizione alla sostanza. La somministrazione di carbamazepina determina una riduzione del *craving* per la cocaina. Altri studi sono rivolti al ruolo della melatonina nel sostenere il *craving*, in quanto si è osservato che la cocaina aumenta la melatonina nei ratti, che i sali di litio riducono il *craving* per la cocaina e aumentano la concentrazione di melatonina, e dato, piut-

tosto interessante, che in alcuni soggetti cocainomani l'assunzione di cocaina è stagionale con ricadute durante l'inverno.

Numerosi sono anche gli studi che hanno indagato il ruolo dei neurotrasmettitori cerebrali nel determinare la tossicodipendenza. Cloninger suggerisce una disregolazione psicobiologica nell'alcolismo, che coinvolgerebbe dopamina e serotonina, apparentemente correlate nel sostenere il rinforzo positivo del *craving*. I turnover dei due neurotrasmettitori (teoria del bio-bilanciamento dopamina-serotonina) si influenzerebbero vicendevolmente, suggerendo un ruolo facilitatorio della serotonina sul rilascio di dopamina. Le azioni dei due neurotrasmettitori sono distinte. La fase fasica della dopamina, caratterizzata dal rilascio del neurotrasmettitore nel nucleo *accumbens*, motiva e spinge il soggetto all'azione, lo rende impaziente e lo spinge a una ricerca frenetica e senza risultato. La fase tonica determina i livelli totali di dopamina cerebrale (aumentati livelli sono associati ad un aumento della sensazione di benessere), nonché facilita i processi associativi e di apprendimento nel comportamento condizionato. La serotonina ha un ruolo modulatore sulla dopamina, determina la calma e limita la risposta (fase fasica). Il comportamento tossicomane avverrebbe come conseguenza di un bio-sbilanciamento dei due neurotrasmettitori con aumento della dopamina nel nucleo *accumbens*, che spingerebbe il soggetto alla ricerca della sostanza, ma sarebbe sostenuto da bassi livelli fasici di serotonina, che non contrastano in modo adeguato l'azione della dopamina. Le sostanze di abuso producono piacere secondo una curva a campana dose-risposta con aumento di dopamina extraneuronale nel nucleo *accumbens* e una riduzione della serotonina nei nuclei del *rafe*, nel *globus pallidus*, nella *substantia nigra* e nell'ippocampo. La riduzione della serotonina determina una diminuzione di GABA nella *substantia nigra* e ciò determina una maggiore sensibilizzazione dei recettori della dopamina all'azione gratificante degli oppiacei.

Gli analgesici narcotici, la cocaina e la nicotina provocano un innalzamento acuto sia della dopamina che della serotonina, mentre l'alcol, le crisi bulimiche e il gioco d'azzardo, determinano l'aumento della dopamina senza l'aumento contemporaneo dei livelli di serotonina. In questo secondo caso, non si avrebbe l'effetto regolatorio della serotonina ed il soggetto tende ad assumere la sostanza in maniera incontrollata. Questo meccanismo potrebbe spiegare la differenza del *craving* tra i tossicodipendenti e gli alcolisti, i primi dopo l'assunzione

della sostanza terminano la ricerca, i secondi dopo l'assunzione di alcol vanno incontro a vere e proprie "abbuffate". L'intensità del *craving* nell'alcolismo è generalmente inferiore a quella che si riscontra nella dipendenza da eroina o cocaina, in quanto è presente solo la componente di rinforzo positivo, nell'eroinomane è più grave per intensità in quanto, oltre alla componente di rinforzo positivo, è presente la componente fobica di evitamento della sindrome astinenziale. Il *craving* del cocainomane si caratterizza per la maggiore intensità della componente appetitiva, mentre la sindrome astinenziale è vissuta come un'esperienza negativa sopportabile: la non disponibilità della sostanza attenua il *craving*.

Il *craving* del poliabusatore è verso sostanze alternative all'eroina, quali alcool, benzodiazepine, cocaina, sostanze simpaticomimetiche; alla base di un policonsumo potrebbe anche esserci una terapia agonista degli oppioidi a dosaggi non appropriati. Poliabusi primitivi possono essere presenti in soggetti con sottostante patologia psichiatrica (tipicamente disturbi dell'umore o disturbo *borderline* di personalità).

3) CLINICA DELL'ADDICTION

Nell'attuale dimensione di vita e di adattamento ambientale, gli stimoli assumono - in forme più o meno manifeste - significato di ricompensa, determinando una disregolazione dei sistemi neuroadattativi e selezionando sempre più comportamenti di *addict*. Questi comportamenti possono essere stabili e duraturi, soprattutto quando siano presenti caratteristiche temperamentali e personologiche che possono indurre con maggiore probabilità quadri clinici per coesistenza e coazione di costellazioni sintomatologiche trasversali a diverse categorie diagnostiche.

Partendo da questa considerazione è possibile, sul piano clinico, definire un processo diagnostico nella comorbilità psichiatrica pura dell'*addiction* che possa inquadrare il paziente a vari e differenziati livelli di funzionamento mentale e di espressività patologica: dai tratti neurobiologici di Cloninger, ai temperamenti affettivi, ai disturbi di personalità, sino ai disturbi psichiatrici in Asse I. Questo potrebbe meglio consentire un inquadramento del paziente nel suo funzionamento psichico, nella sua espressività comportamentale e di risposta agli stimoli ambientali, tra cui anche le sostanze psicoattive di abuso e le attività reiterate svolte.

Cloninger ha cercato, piuttosto che dare una spiegazione delle cause che portano alla dipendenza, di individuare i correlati biologici che predispongono allo sviluppo dell'*addiction* (Cloninger, 1987). Egli individua tre dimensioni comportamentali, identificabili nella pratica clinica attraverso un *test* (TCI):

a) ***Novelty Seeking*** (ricerca di novità), caratterizzata dalla tendenza ereditabile verso una frequente attività di esplorazione ed un'intensa allegria in risposta a stimoli nuovi o appetitivi; essa è in rapporto a una possibile disregolazione del sistema dopaminergico con amplificazione della risposta agli stimoli (ipofunzionamento). In adolescenti e giovani, la ricerca di sensazioni in risposta a sentimenti ed emozioni negative (Sensation Seeking di Zuckermann), come la noia e il vuoto, spinge - specie nel tempo libero - verso comportamenti ed esperienze limite, trasgressive, rischiose e autodistruttive. Sarebbe una risposta adattativa a una perdita del tono di gratificazione e sarebbe associato al recettore D4 .

b) ***Harm Avoidance*** (evitamento del danno), caratterizzata dalla tendenza ereditabile a rispondere intensamente a stimoli di avversione e ai loro segnali di condizionamento, rendendo più facile, quindi, l'imparare ad inibire il comportamento per evitare la punizione, la novità e l'omissione frustrante delle ricompense attese. Questa dimensione è posta in relazione ad un iperfunzionamento del sistema serotoninergico.

c) ***Reward Dependence*** (dipendenza dalla ricompensa), caratterizzata dalla stretta dipendenza da fenomeni di ricompensa esterna utili a mantenere comportamenti appetitivi. Essa comporta variazioni nel mantenimento del comportamento o la resistenza all'interruzione di un comportamento precedentemente ricompensato. In tale dimensione si ipotizza un ipofunzionamento del sistema noradrenergico.

I ***Temperamenti*** sono una disposizione biologica, derivante da un substrato genetico o costituzionale, che sottintende il livello di energia e la qualità dell'umore, cioè quella struttura biochimica, endocrina e neurologica che determina il particolare modo di rispondere ad uno stimolo esterno. Essi vengono di solito differenziati in quattro differenti tipologie (Akiskal e Mallya): il *temperamento depressivo* (triste, privo di *humor*; pessimista o incapace di gioire; tranquillo, passivo, indeciso, chiuso o introverso; scettico, ipercritico o lamentoso; tendenza a preoccuparsi e a rimuginare; coscienzioso, autodisciplinato; autocritico con tendenza all'auto-rimprovero e alla svalutazione; preoccupato per la propria ina-

deguatezza, fallimento ed eventi negativi); il *temperamento ipertimico* (esuberante, ottimista, allegro, irritabile; superficiale, presuntuoso, vanaglorioso, ampolloso, sicuro di sé, sicuro della propria immunità verso le malattie mentali; pieno di progetti, imprudente, impulsivo; sintonico, cordiale, in cerca di compagnia o estroverso; entrante, indiscreto, prepotente; disinibito, in cerca di emozioni, con tendenza alla promiscuità); il *temperamento ciclotimico* (apatia alternata ad euforia; pessimismo e tendenza a rimuginare alternati ad ottimismo e spensieratezza; sensazioni di testa confusa alternata con ideazione creativa e perspicace; autostima variabile tra scarsa e spropositata fiducia in se stessi; ipersonnia alternata a periodi di ridotta necessità di sonno; periodi di introversione alternati a disinibita ricerca di compagnia; periodi di aumentata loquacità alternati a periodi di ridotta attività verbale; tendenza al pianto immotivato con eccessiva scherzosità e tendenza ai giochi di parole; mancata incostanza quantitativa e qualitativa della produttività, con inusuali orari di lavoro); il *temperamento irritabile*, da alcuni Autori considerato una variante del temperamento ciclotimico, (umore abitualmente irritabile e collerico con rari periodi di eutimia; tendenza a rimuginare; ipercritico e lamentoso; tendenza a scherzare in modo inappropriato; invadente; irrequietezza disforia; impulsivo).

Secondo una lettura dimensionale dei quadri clinici riscontrabili nei nostri servizi è possibile individuare diversi *target* di correlazione clinica tra temperamenti e disturbi di Asse II, nonché tra Asse II e disturbi in Asse I.

Nel disturbo di personalità *borderline* si riscontra un temperamento ciclotimico, oppure francamente irritabile; mentre il temperamento depressivo spesse volte si riscontra nei disturbi di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo; disturbi di personalità istrionica, narcisistica e antisociale riconoscono, invece, un temperamento ipertimico. Diversi Autori riconoscono a queste correlazioni temperamentali e di personalità elementi significativi specifici dello spettro bipolare.

Considerando le correlazioni tra disturbi di personalità e disturbi dell'umore è possibile individuare una stretta associazione tra disturbi di personalità *borderline*, narcisistico e antisociale con i disturbi bipolari, mentre i disturbi dell'umore di tipo depressivo si correlano con i disturbi di personalità istrionico ed evitante.

Più difficile appare la identificazione di specifiche correlazioni tra disturbi di personalità e disturbi d'ansia. Il disturbo ossessivo-compulsivo

e i disturbi degli impulsi sono correlabili con il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo. Il disturbo dipendente, e solo in parte il disturbo di personalità evitante e antisociale, si correlano con il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzato. Il disturbo postraumatico da stress si correla decisamente con il disturbo *borderline* di personalità, mentre solo parzialmente con quelli evitante e antisociale.

La schizofrenia trova una significativa correlazione dimensionale non soltanto con i disturbi di personalità di *cluster A* (disturbi di personalità schizotipica, schizoide, paranoide), ma anche con il disturbo di personalità *borderline* ed evitante.

Infine, i disturbi correlati all'uso di sostanze hanno correlazioni significative con i disturbi di personalità antisociale, *borderline*, istrionico; invece, di minore significatività risultano le correlazioni possibili con i disturbi di personalità evitante, dipendente e schizotipico.

Una lettura dimensionale delle storie cliniche dei nostri pazienti, che non esclude le possibilità di incastro categoriale, irrinunciabile ai fini dello sviluppo di conoscenze che siano facilmente comunicabili, può aiutare a conoscere meglio l'eterogeneità di quadri clinici che incontriamo nel nostro lavoro. Soprattutto, essa può meglio indirizzare le scelte operative che ciascun professionista è chiamato a porre in atto. Partire dalla conoscenza di queste realtà, forse, ci consente meglio di indirizzare la terapia che diventa sempre più complessa e combinata con utilizzo di farmaci non soltanto specifici per la cura dell'*addiction*, ma anche della psicopatologia complessiva delle comorbilità presenti.

4) PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI

- I pazienti con doppia diagnosi necessitano di *programmi speciali* che integrino e coordinino elementi del processo di trattamento della malattia psichiatrica e della tossicodipendenza (Fioritti & Solomon, 2002)
- Il trattamento di questi pazienti è un *processo dinamico* ed una storia di ricadute ed esacerbazioni deve essere messa in conto e tollerata in misura ancora maggiore di quanto non sia per i soggetti con una diagnosi sola

- Il trattamento va **individualizzato** sulla base dei problemi specifici presentati da ciascun paziente, e questi sono i più disparati. Non esiste un tipico paziente con doppia diagnosi e, conseguentemente, non esiste un tipico trattamento *standard*. Di volta in volta possono essere incluse varie forme di terapia medica e psicologica, di *counseling*, interventi psicoeducazionali, gruppi di auto-aiuto e servizi sociali di sostegno. È dimostrato che i risultati migliori si ottengono esaminando attentamente i problemi ed i bisogni dei pazienti, abbinando a questi risposte individualizzate
- Lo scopo del trattamento del paziente con doppia diagnosi non è diverso da quello del trattamento degli altri pazienti: ritornare ad un **benessere individuale** e ad un **funzionamento sociale** valido nella famiglia e nella comunità, ad un livello commisurato al potenziale del paziente
- Una **durata adeguata del trattamento** è cruciale per ottenere dei risultati; ciò significa spesso una presa in carico a tempo indeterminato, dato che sia il disturbo psichiatrico che la tossicodipendenza possono essere condizioni croniche o sub-croniche con esacerbazioni e ricadute
- Più gli schemi di trattamento per le due condizioni cliniche sono **integrati**, migliori sono le possibilità di successo
- Il paziente con doppia diagnosi spesso presenta problemi diagnostici complessi; questo è il motivo per cui una **buona valutazione iniziale** è il primo indispensabile passo per un buon esito
- Un trattamento efficace comincia con una **valutazione completa**. Dato che ciascun disturbo può aggravare il decorso dell'altro, tutti gli aspetti clinici e psico-sociali di entrambi devono essere indagati e ben conosciuti
- Il trattamento per i problemi acuti da alcol o sostanze psicoattive illegali **non** è il trattamento dell'alcol-dipendenza o della tossicodipendenza. Può essere il primo passo per aiutare un paziente ad imboccare un trattamento a lungo termine, ma non deve essere confuso con questo. Storie italiane recenti (vedi, per esempio, il famigerato "metodo Urod") insegnano
- I pazienti alcol-dipendenti ed i tossicodipendenti da altre sostanze psicoattive illecite spesso generano sentimenti e pensieri negativi da parte dei professionisti socio-sanitari. Si tratta di pazienti

che spesso perdono il controllo comportamentale, non seguono i consigli, arrivano in ritardo agli incontri, o non arrivano per niente. È facile, allora, che si stabilisca una **relazione di contrapposizione** ed il paziente con doppia diagnosi diventi ancor più fuori dal controllo e inevitabilmente si creino le premesse per un fallimento terapeutico. È particolarmente importante stare attenti a non stabilire con il paziente una relazione basata sulla contrapposizione

- I pazienti con doppia diagnosi spesso esibiscono tratti di personalità *borderline*, antisociali, narcisistici o istrionici, che la maggior parte delle persone preferisce evitare volentieri. Si tratta in genere di pazienti “*difficili*” o “*resistenti ai trattamenti*”, con un atteggiamento ambivalente nei confronti del trattamento e che spesso non aspettano altro che un incitamento più o meno esplicito da parte dei professionisti socio-sanitari per abbandonarlo definitivamente
- L'alcol-dipendenza e la tossicodipendenza in generale sono ancora spesso viste come *affezioni della volontà* o come *debolezze morali individuali*. Anche tra i professionisti socio-sanitari spesso affiora l'idea che questi pazienti “se solo lo volessero” potrebbero farcela da soli. In effetti, se fossero solo abbastanza forti da “resistere alle tentazioni”, non ci sarebbe alcun problema; ma così, purtroppo, non è.

Strategia e Obiettivi delle Terapie

Per quanto le dipendenze siano in larga misura problemi connessi con sostanze chimiche, il puro e semplice trattamento farmacologico non rappresenta generalmente una soluzione durevole del problema. Le ragioni di ciò sono principalmente riconducibili alla **natura complessa** delle dipendenze chimiche, nelle quali alla parte biologica e farmacologica del problema si uniscono sempre aspetti psicologici e sociali, che rivestono ruoli decisivi, soprattutto nella motivazione a iniziare l'uso e a smetterlo (Guelfi, 1996).

Ogni trattamento deve pertanto tenere conto di tutte le tre principali componenti della tossicodipendenza: quella biologica, quella psicologica e quella sociale.

I numerosi trattamenti codificati per talune tossicodipendenze (quali l'alcoldipendenza e la dipendenza da eroina) rappresentano un insieme altamente efficace; ma il loro successo è compromesso dalla **carenza di compliance**, vale a dire dalla mancata disponibilità del paziente ad assumere tali trattamenti, e dal grado di *insight* e **motivazione al cambiamento**. La finalità ultima dei trattamenti è il distacco dalla droga e il superamento della dipendenza; ma tale obiettivo spesso non è realisticamente conseguibile nell'immediato e, nella maggior parte dei casi, non lo è a breve termine. In tali casi è necessario adottare obiettivi più limitati, intermedi, finalizzati al mantenimento del soggetto in vita, in buona salute e in contatto con il *Servizio per le Tossicodipendenze* (SerT), per poter consentire e promuovere una positiva evoluzione della sua motivazione al cambiamento. L'adozione di trattamenti non accettati, o non appropriati alla fase in cui il soggetto si trova, si traduce in diminuzione - fino alla perdita - della motivazione, nella scomparsa della *compliance* e nel *drop-out* del paziente. La *compliance* migliora invece se al trattamento farmacologico si associano, e con esso si armonizzano, trattamenti o sostegno psicologico-psicoterapeutici e supporto socio-assistenziale, ove necessario. L'insieme di questi trattamenti e interventi, l'alternanza e l'associazione razionale di essi, prendono il nome di **Trattamento Multimodale Integrato**, che rappresenta quanto la legislazione italiana prescrive come prestazione *standard* dei SerT.

Il trattamento metadonico dei pazienti eroinomani con doppia diagnosi

Il trattamento metadonico della dipendenza da eroina è il metodo attualmente ritenuto più efficace e più largamente impiegato nel mondo. Somministrare costantemente una dose adeguata di metadone, dopo un'accurata fase di induzione e di stabilizzazione - in attesa di un duraturo disimpegno ed unendo al farmaco altri interventi medici, di counseling e di riabilitazione psicosociale - può drasticamente migliorare la qualità della vita di soggetti che, per la natura del loro disturbo, spesso sono giunti a gradi estremi di compromissione fisica, psichica e di emarginazione sociale (Consensus Panel Pietrasanta, 2001).

L'indicazione del metadone nel trattamento della dipendenza da oppioidi risale agli anni '60, a partire dagli storici studi di Vincent Dole e Mary Nyswander. Nel corso degli anni il metadone e il suo uso nella clinica

sono stati oggetto di centinaia di studi, al punto che questi sono tra i campi più studiati nella terapia medica (Cibin & Guelfi, 2004). Allo stato attuale, il trattamento con metadone rappresenta il *gold standard* di insuperata efficacia nella cura dell'eroinomane, con o senza comorbidità psichiatrica.

Secondo i dati scaturiti dall'esperienza del PISA-SIA (*Study and Intervention on Addictions*) GROUP (Maremmani, 2001), i pazienti con doppia diagnosi necessitano il primo giorno di un dosaggio medio di 40 mg, non dissimile dai soggetti senza doppia diagnosi (Tabella 3).

Tabella 3 - Dosaggio di metadone del primo giorno e, settimanalmente, del primo mese in eroinomani con doppia diagnosi in trattamento metadonico protratto (PISA-SIA GROUP, 2001)		
	EROINOMANI	
DOSAGGIO METADONE	CON DOPPIA DIAGNOSI	SENZA DOPPIA DIAGNOSI
1° giorno	40 +/- 22	47 +/- 37
7° giorno	53 +/- 31	66 +/- 38
14° giorno	67 +/- 42	76 +/- 40
21° giorno	76 +/- 54	85 +/- 41
28° giorno	80 +/- 55	89 +/- 44

I massimi dosaggi utilizzati da Maremmani sono intorno agli 80-100 mg, lievemente inferiori a quelli massimi utilizzati nei pazienti senza doppia diagnosi, che possono arrivare fino a 200 mg. Il primo giorno di trattamento, dunque, i dosaggi per i pazienti con doppia diagnosi tendono ad essere minori.

Nel primo mese i dosaggi vanno incrementati di circa il 40% nella prima settimana, del 20% nella seconda settimana, del 10% nella terza settimana e del 5% nella quarta settimana. Anche in questo caso, i dosaggi per i pazienti senza doppia diagnosi sono lievemente maggiori. Il dosaggio massimo di stabilizzazione è, tuttavia, maggiore nei pazienti con doppia diagnosi, in media intorno ai 140 mg rispetto ai 100 mg dei pazienti senza doppia diagnosi. Nei soggetti con doppia diagnosi, i dosaggi diventano maggiori nel secondo quadrimestre di trattamento e tali rimangono per tutta la durata del trattamento stesso (Tabella 4).

Tabella 4 - Dosaggio quadrimestrale di metadone in eroinomani con doppia diagnosi in trattamento metadonico protratto per 10 quadrimestri (PISA-SIA GROUP, 2001)

DOSAGGIO METADONE	EROINOMANI	
	CON DOPPIA DIAGNOSI	SENZA DOPPIA DIAGNOSI
1° quadrimestre	87 +/- 61	91 +/- 44
2° quadrimestre	111 +/- 83	102 +/- 53
3° quadrimestre	102 +/- 67	81 +/- 49
4° quadrimestre	90 +/- 64	70 +/- 44
5° quadrimestre	92 +/- 66	63 +/- 41
6° quadrimestre	87 +/- 62	58 +/- 38
7° quadrimestre	77 +/- 54	60 +/- 35
8° quadrimestre	67 +/- 43	55 +/- 30
9° quadrimestre	71 +/- 42	51 +/- 24
10° quadrimestre	84 +/- 47	50 +/- 21

I soggetti senza doppia diagnosi necessitano, dunque, di un dosaggio più elevato all'inizio del programma, ma i pazienti con doppia diagnosi necessitano di un dosaggio di stabilizzazione maggiore. Il tempo necessario per raggiungere la fase di stabilizzazione è più lungo nei pazienti con doppia diagnosi, in media 7 mesi contro i 3 dei pazienti senza doppia diagnosi. Pazienti con e senza doppia diagnosi tendono a diminuire il dosaggio di metadone nella fase di disimpegno in maniera non dissimile, ma la tendenza è verso una minore diminuzione del dosaggio nel tempo per i pazienti con doppia diagnosi.

Per quanto riguarda la ritenzione in trattamento, i pazienti con doppia diagnosi mostrano il maggior attrito nei primi 4 mesi, ma dopo l'ottavo mese in genere la ritenzione in trattamento tende a non modificarsi.

La PsicoFarmacoTerapia specifica dei Pazienti con Doppia Diagnosi

I pazienti con doppia diagnosi devono essere seguiti, sia dal punto di vista psichiatrico che da quello dell'abuso di sostanze, secondo modalità, tempi e situazioni che meglio si confanno alle loro necessità; la tera-

pia farmacologica è uno strumento fondamentale nella terapia dei pazienti con doppia diagnosi.

Problema cruciale per una efficace terapia è la *compliance* del paziente (Bignamini et al., 2002); la *non-compliance* è correlata con ricadute (nella tossicodipendenza e/o nel disturbo psichiatrico in comorbilità) più frequenti, con un decorso più grave e con più elevati costi sociali.

Depressione e *Addiction*

I disturbi depressivi hanno particolare importanza nella comorbilità tra psicopatologia e dipendenza da sostanze. La letteratura non presenta dati conclusivi sull'utilità dei farmaci antidepressivi nel trattamento generico della dipendenza da sostanze. Laddove coesistano invece disturbi depressivi clinicamente rilevabili, l'impiego degli antidepressivi offre un vantaggio anche per l'*addiction*.

Brady (Brady et al., 1995) riporta come gli antidepressivi **triciclici** siano solitamente utilizzati nei cocainomani in primo luogo per il trattamento della dipendenza da cocaina, più che per il trattamento della depressione. Comunque, gli effetti attivanti di farmaci come la desipramina possono avere come conseguenza indesiderata una ricaduta dei cocainomani. Brady, diversamente dalla pratica diffusa di iniziare comunque un trattamento specifico, raccomanda la massima prudenza nell'utilizzo di antidepressivi:

- non iniziare il trattamento durante la detossificazione, per non confondere segni di attivazione del paziente dovuti alla terapia antidepressiva con quelli dovuti alla sindrome astinenziale;
- attendere 2-4 settimane di astensione da droghe prima di porre diagnosi di depressione e, a meno che la gravità del quadro non lo richieda, posporre l'inizio della terapia.

Goldsmith (Goldsmith, 1999) invece relativizza l'importanza pratica delle ricerche tese a distinguere tra disturbo primario e secondario: pazienti con depressione primaria o secondaria associata ad alcolismo rimangono depressi se non ricevono un trattamento antidepressivo, anche quando si astengono dal bere. Goldsmith considera invece importante la diagnosi dei disturbi indotti da sostanze, cioè direttamente collegati alla intossicazione o alla carenza.

Gli antidepressivi **SSRI** sono da considerare farmaci di prima scelta, sia

perché possono avere un effetto di riduzione del *craving*, sia per la minore tossicità (in particolare cardiotoxicità ed effetti colinergici) in caso di abuso da parte del paziente. Iniziato il trattamento, si deve valutare la necessità di dosi maggiori di quelle abituali, a causa dell'induzione dell'attività microsomiale epatica da alcol.

Nei cocainomani, se si utilizza desipramina, che pare essere il farmaco più specifico, è opportuno iniziare con basse dosi per ridurre il rischio di attivazione del paziente e di ricadute. Durante il periodo di latenza dei farmaci antidepressivi, bisogna valutare la necessità di associare altri farmaci capaci di incidere rapidamente su disturbi d'ansia e da attivazione farmacologica, quali acido valproico o anche beta-bloccanti.

Onken e colleghi (Onken, et al., 1997) hanno curato una *review* per il *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) sulla letteratura in proposito, giungendo alle seguenti conclusioni:

- la depressione può essere uno degli elementi che favoriscono l'insorgere della dipendenza (teoria dell'auto-terapia), ma in seguito la dipendenza assume una propria specificità;
- depressione e dipendenza possono essere considerati disturbi associati ma indipendenti;
- i farmaci antidepressivi sono efficaci nel trattamento della depressione dei soggetti dipendenti ed hanno una influenza positiva, anche se indiretta, sull'assunzione di sostanze, probabilmente riducendo il *craving*.

In relazione ad alcune evidenze sulla capacità del metadone di modificare il disturbo depressivo associato (evidenze che confortano l'ipotesi auto-terapica della dipendenza da oppiacei), è stato proposto l'impiego anche per la buprenorfina in pazienti dipendenti da oppiacei con disturbo depressivo associato (Pani et al., 2000). I pazienti trattati con buprenorfina riferiscono di sentirsi "più normali", non sedati, lucidi (Chapleo, 1999); l'impiego della buprenorfina presenta significativi vantaggi, tra i quali la sicurezza d'uso e il basso rischio di overdose, aspetto non trascurabile in pazienti con un possibile rischio suicidario (Ling, 1999).

Farmaci stabilizzanti l'umore possono essere impiegati nei disturbi bipolari, ma la terapia con sali di litio o con carbamazepina non ha sufficienti esperienze che possano indicarne l'utilità reale, a fronte di difficoltà di gestione non piccole. La carbamazepina, inoltre, riduce la biodisponibilità del metadone, cosa che acido valproico e nuovi stabi-

lizzanti sembrano non produrre. Pani e altri (Pani et al., 1999) riportano anche osservazioni cliniche su un effetto stabilizzante dell'umore da parte del metadone.

Uno stretto legame è stato evidenziato fra abuso di cocaina, disturbo da deficit dell'attenzione e disturbo bipolare. Tratti ipomaniacali sono stati osservati in pazienti cocainomani. La cocaina è la sostanza maggiormente abusata (30%) dai pazienti bipolari dopo l'alcol (80%) e prima dei sedativi ipnotici e delle amfetamine (21%) o degli oppiacei (13%) (Maremmani, 2001).

I disturbi dell'umore possono costituire un fattore di rischio per l'abuso di sostanze, soprattutto il disturbo bipolare a precoce insorgenza con quadri di mania mista.

Gli **IMAO** dovrebbero essere evitati per la potenziale interazione con oppioidi, cocaina e altri farmaci. In generale, le BDZ ad azione rapida, come il diazepam e l'alprazolam, dovrebbero essere evitate per il loro potenziale di abuso. Le BDZ ad azione lenta e basso potenziale di abuso (oxazepam e clorazepato) possono essere utilizzate con maggior sicurezza su pazienti selezionati e sotto un appropriato controllo medico. Nei pazienti dipendenti da eroina e BDZ, in trattamento metadonico, è utile sostituire la BDZ con il clonazepam, una BDZ a forte potenza, a lunga latenza di azione, a lunga emivita, e dunque a scarso potere di "addiction". Una frequente complicanza della tossicodipendenza da oppioidi è l'abuso di alcol, cocaina e BDZ. È stato riscontrato che il 60% dei pazienti che entra in trattamento metadonico abusa di cocaina; l'abuso di alcol è un problema per il 15-30% dei pazienti in trattamento metadonico e l'uso di BDZ è comune in questi pazienti.

L'uso degli antidepressivi SSRI in pazienti eroinomani depressi è fortemente raccomandato per gli scarsi effetti collaterali di questi farmaci, per l'efficacia antidepressiva anche nei soggetti tossicodipendenti e per la relativa sicurezza in caso di overdose; sicurezza, comunque, maggiore di quella dei triciclici. Occorre tuttavia tener presente l'aumentata biodisponibilità del metadone durante il trattamento con gli SSRI; sia la fluoxetina che la fluvoxamina possono aumentare notevolmente (fino al 200% la fluvoxamina) la biodisponibilità del metadone e della buprenorfina. La sertralina aumenta la biodisponibilità del metadone di circa il 20% solo nelle prime due settimane di trattamento; ciò comporta un attento monitoraggio del dosaggio di metadone, soprattutto nella fase di induzione di un trattamento protratto.

In generale, dunque, sertralina, citalopram ed escitalopram costituiscono gli antidepressivi SSRI di scelta nei pazienti depressi in trattamento metadonico.

Sul piano prognostico, la presenza di sintomi affettivi sembra costituire un fattore predittivo di un più difficoltoso controllo dei fenomeni di abuso, di una maggiore compromissione sul piano dell'adattamento sociale e lavorativo e di un maggior rischio suicidario.

Spettro Bipolare e *Addiction*

I disturbi dello spettro bipolare sono probabilmente i più frequenti nella popolazione tossicomana. Nei soggetti bipolari e nelle personalità borderline, nei quali l'abuso di sostanze stupefacenti è frequente, l'impiego di farmaci stabilizzanti dell'umore appare indicato e raccomandabile. Tuttavia, sia per i sali di litio che per la carbamazepina, le esperienze cliniche non sono ancora in grado di suffragarne l'utilità nella cura degli eroinomani bipolari, in quanto spesso l'effetto normotimizzante non impedisce la continuazione della pratica tossicomana.

La prognosi dei pazienti bipolari abusatori di sostanze è peggiore di quella dei non-abusatori. La risposta alla terapia con litio è in questi casi minore ed i risultati più confortanti si hanno con gli anticonvulsivanti, soprattutto con l'acido valproico. Il trattamento con litio appare, tuttavia, utile nei pazienti bipolari cocainomani.

Evidenze sperimentali, ma non cliniche, prospettano interazioni litio-metadone. La fenitoina, la carbamazepina e il fenobarbital riducono drasticamente la biodisponibilità del metadone, provocando una grave sindrome di astinenza. L'acido valproico e i nuovi antiepilettici non sembrano produrre questo effetto.

In pazienti eroinomani, maggiori dosaggi di metadone sono necessari per stabilizzare pazienti con sintomi depressivi e comportamenti violenti all'ingresso in trattamento. Pazienti con doppia diagnosi, soprattutto i bipolari I, necessitano di dosaggi di stabilizzazione maggiori di quelli standard, superiori a 100 mg/die. In osservazioni a 2 anni, il trattamento metadonico protratto sembra influire positivamente anche come stabilizzante dell'umore in pazienti bipolari I.

Disturbi d'ansia e *Addiction*

Tutti i disturbi d'ansia elencati nel DSM-IV-TR possono essere presenti durante uno stato di intossicazione o una sindrome di astinenza, qualunque sia la sostanza abusata. I disturbi più comuni sono le fobie, il disturbo da panico e l'ansia generalizzata; in questi casi, la farmacoterapia non dovrà essere continuativa ma a intervalli limitati nel tempo. Questo vale soprattutto per le benzodiazepine, il cui uso ha un senso solo come facilitazione per intraprendere altri tipi di trattamento (per esempio, per iniziare una terapia a lungo termine con antidepressivi). Farmaci come l'alprazolam, il diazepam e il lorazepam vanno evitati per il loro alto potenziale di abuso, mentre il *clonazepam* sembra essere più maneggevole fino ad un dosaggio di 0,5 mg x 3/die.

Il diazepam è uno dei più popolari farmaci di abuso per i tossicodipendenti, non tanto e non soltanto per lenire la crisi di astinenza e per mantenere lo stato di disintossicazione o per migliorarla, ma a detta degli stessi interessati, per “tenersi su”, per “riprodurre l'euforia eroinica con il metadone” o per produrre una “sensazione piacevole di rilassamento” descritta come “high”. Tale condotta è coerente con studi condotti nell'animale, nei quali è stato dimostrato che il diazepam potenzia gli effetti degli oppiacei (Maremmanni, 2001).

Negli ultimi tempi, alla dipendenza da diazepam si sta sostituendo quella da benzodiazepine ipnoinducenti, spesso prescritte con leggerezza dal medico per l'insonnia del soggetto e che, assunte in notevole quantità, procurano veri e propri stati di onirismo diurno che spesso è utilizzato dai tossicomani per la messa in opera di comportamenti illegali.

Viste queste temibili complicanze, l'uso di benzodiazepine nei pazienti tossicodipendenti è da bandire o da relegare a comprovati stati di necessità e, comunque, sotto il diretto controllo del medico. Soprattutto appare inutile e dannosa la pratica di consigliare ai tossicodipendenti di assumere minori dosi di metadone compensate da un maggior uso di benzodiazepine; non solo non si migliora la situazione clinica del soggetto, ma si favorisce l'insorgenza di una poli-tossicomania.

Per i disturbi d'ansia nei pazienti tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica, si possono utilizzare con successo anche gli antidepressivi ed il buspirone. I triciclici e gli SSRI controllano efficacemente sia i sintomi ansiosi che quelli depressivi e possono essere utilizzati anche

in trattamenti protratti. Imipramina e nortriptilina possono causare sedazione, ipotensione, sincopi ed altri effetti anticolinergici; la fluoxetina, la sertralina e la paroxetina possono inizialmente aumentare l'ansia, ma questo effetto è molto raro nei pazienti eroinomani, soprattutto se sono in trattamento con metadone. Gli SSRI sono da preferire ai triciclici per il loro più basso potenziale di abuso e per la loro minore tossicità in caso di overdose. Infine, i sintomi da sospensione dei triciclici e degli SSRI sono molto più blandi di quelli delle benzodiazepine.

Il buspirone a dosaggi fra i 15 ed i 60 mg/die, anche in associazione con gli SSRI, si è dimostrato efficace per i disturbi lievi-moderati di ansia.

Gli antipsicotici nell'*addiction*

Le affermazioni iniziali sul rapporto causale fra assunzione cronica di morfina e insorgenza di psicosi non sono state in seguito confermate ed i più recenti contributi sui fenomeni di comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso/abuso di sostanze psicoattive hanno, con poche eccezioni, mostrato l'infrequenza di disturbi dello spettro schizofrenico nei pazienti eroinomani o in trattamento metadonico.

Nei pazienti psicotici con doppia diagnosi è stata valutata l'efficacia degli antipsicotici, sia tipici che atipici. Tale valutazione non può prescindere dall'impatto di tali farmaci sulle problematiche di abuso, dal momento che diverse sostanze di abuso hanno proprietà psicomimetiche, ed il perpetuarsi o il recidivare dell'abuso condiziona sfavorevolmente il decorso della psicosi.

I farmaci antipsicotici tipici non sono di grande aiuto nei pazienti con doppia diagnosi. L'uso di sostanze è frequente tra gli schizofrenici con doppia diagnosi trattati con antipsicotici tipici e, durante il trattamento, l'uso/abuso di sostanze non si riduce; al contrario, in una parte dei casi aumenta, come ad esempio per la nicotina. I pazienti psicotici abusatori mostrano una risposta peggiore agli antipsicotici tipici, verosimilmente per una riduzione di efficacia legata all'azione psicomimetica delle sostanze di abuso. La presenza di abuso di sostanze precedente l'esordio della psicosi sembra limitare l'efficacia di farmaci come l'aloiperidolo e la perfenazina.

Il fatto che sia gli antipsicotici che le sostanze di abuso influenzino la

trasmissione dopaminergica, permette di formulare un'ipotesi circa il rapporto tra profilo farmacodinamico dell'antipsicotico e impatto sul decorso della psicosi in comorbidità con uso di sostanze. A dosi clinicamente efficaci, gli antipsicotici causano un blocco parziale della trasmissione dopaminergica mesolimbica, che rappresenta il substrato anatomofunzionale riconosciuto per gli effetti rinforzanti di diverse sostanze, tra le quali - ad esempio - la cocaina. La cocaina, insieme all'alcol, è la sostanza più frequentemente utilizzata dagli psicotici con doppia diagnosi.

Diverse sostanze di abuso aumentano il rilascio di dopamina a livello del nucleo accumbens, terminale della via mesolimbica; è verosimile che, su queste basi, l'uso di sostanze determini una forzatura del blocco dopaminergico indotto dagli antipsicotici. Se da una parte questo è coerente con il ruolo dell'abuso di sostanze nelle riacutizzazioni psicotiche, dall'altra suggerisce che il ricorso alle sostanze sia motivato dalla necessità di contrastare l'effetto ipoforizzante prodotto dagli antipsicotici per antagonismo dopaminergico mesolimbico.

In un sistema mesolimbico particolarmente tollerante, come quello dei soggetti abusatori, e per questo sensibile alla carenza di stimolazione, l'esposizione agli antipsicotici comporterebbe una ipoforia intensa ed intollerabile, con attivazione delle risposte comportamentali anti-ipoforiche apprese dal soggetto, ovvero l'autostimolazione con sostanze. L'effetto peggiorativo della terapia antipsicotica sulle condotte di abuso sarebbe direttamente correlato alla potenza dopamino-antagonista del composto.

La clozapina, con scarsa affinità per i recettori dopaminergici, ha dimostrato - in modelli animali - di ridurre la trasmissione dopaminergica in misura minore degli antipsicotici tipici. A livello clinico, è dimostrata la capacità della clozapina di ridurre il *craving* per le sostanze psicotrope; nei pazienti schizofrenici con doppia diagnosi, l'uso di clozapina è stato associato ad un consumo minore di nicotina.

In conclusione, nei pazienti psicotici con doppia diagnosi la clozapina potrebbe rappresentare il farmaco di elezione, in rapporto alla ridotta incidenza di ipoforia iatrogena che rappresenta, in soggetti abusatori, il substrato per l'intensificazione dell'abuso. Sono in corso studi clinici per valutare l'efficacia degli altri antipsicotici atipici, quali olanzapina, risperidone e quetiapina, nella sottopopolazione degli psicotici con doppia diagnosi.

Antipsicotici & Metadone

L'uso concomitante di antipsicotici in pazienti psicotici in trattamento metadonico protratto è giudicato utile e corretto; se abbinati ad una adeguata terapia metadonica, dosaggi inferiori di farmaci quali la clorpromazina, la flufenazina o l'aloiperidolo, riescono a controllare i sintomi psicotici. Tuttavia, a volte, gli antipsicotici sono mal sopportati dagli eroinomani, anche a bassi dosaggi; in genere, questi farmaci non sono oggetto d'abuso e spesso occorre premere sul paziente per fare in modo che assuma regolarmente la terapia.

La Tabella 5 riporta i dosaggi di metadone e di farmaci antipsicotici tipici e atipici utilizzabili in pazienti psicotici tossicodipendenti.

<i>Tabella 5 - Associazioni farmacologiche e dosaggi in pazienti eroinomani psicotici e violenti in trattamento metadonico protratto (MAREMMANI, 2001)</i>			
	DOSAGGI (mg/die)		
	Min	Mean	Max
Metadone (dosaggio di stabilizzazione)	30	140	290
Antipsicotici tipici (aloiperidolo-equivalenti)*	3	7	9
Clozapina	100	150	300
Olanzapina	10	10	20
Risperidone*	2	4	6
Quetiapina	25	50	100
Acido Valproico	300	400	800
* massima attenzione durante la fase di induzione metadonico			

Particolare attenzione va posta nella fase di induzione, per limitare al minimo gli effetti potenzianti l'azione narcotica da parte degli antipsicotici, soprattutto i tipici. In pratica è buona norma non somministrare antipsicotici fino al raggiungimento dello *steady-state* col metadone e sfruttare l'azione sedativa dell'oppioide; anche l'uso delle benzodiazepine è sconsigliato.

5) L'ENIGMA DELLA PSICOTERAPIA NELL'ADDICTION

Il termine stesso “*psicoterapia*” associato alla tossicodipendenza evoca immediatamente, anche tra gli addetti ai lavori, un confuso senso di disagio ed incertezza, la percezione di una sorta di spiacevole dissonanza, quasi la sensazione di un presuntuoso, quanto forzato, accostamento tra una condizione ambigua e di incerto inquadramento (la tossicodipendenza, appunto) e teorie e tecniche sperimentate altrove e destinate a ben altri settori, ad altre patologie magari più “*vere*” e “*normali*”.

Non a caso, la pur corposa produzione di convegni, relazioni, testi sul tema, presenta una significativa ridondanza di espressioni come “*dilemma*”, “*enigma*”, “*sfida*”, “*intrinseca problematicità*”, a dimostrazione della condizione in cui spesso gli stessi terapeuti si trovano, e cioè completamente disarmati di fronte ad una patologia che elimina i modi naturali di sentire e produrre malessere e benessere e risolve, annullandolo, ogni problema con l'assunzione della sostanza d'abuso.

Gli stessi pazienti, con le loro affermazioni, i loro comportamenti e, a volte, con il rifiuto esplicito di ogni intervento psicoterapeutico, alimentano questo senso di impotenza dei loro terapeuti (specie se non adeguatamente collaudati in questo senso), fino a condurli alla paralisi e al *burn-out*.

Espressioni come “*dottoressa, io non ho alcun problema se non l'aver incontrato ad un certo momento della mia vita la cocaina, e peraltro di ottima qualità, e averne avuto per un certo tempo i soldi per acquistarla*”, riferita da un giovane imprenditore 33enne agli arresti domiciliari, al momento del suo primo colloquio, sono molto frequenti e richiedono una riflessione attenta dalle importanti implicazioni sul piano del trattamento.

Tale espressione, che il nostro paziente ha efficacemente sintetizzato in una equazione:

“*Cocaina buona = Tossicodipendenza sicura*”

contiene in sé molte delle caratteristiche della logica tossicomane che rendono problematico un percorso psicoterapeutico:

- l'assenza di una qualche forma di mentalizzazione di bisogni e desideri che vengono letteralmente evacuati nell'agito dell'uso compulsivo di sostanze;
- assenza della percezione della sofferenza psichica e della conseguente richiesta di aiuto sul piano psicologico;

- l'effetto “*calamita*” (Rigliano 2004) della dipendenza da sostanze nell'economia psichica della persona, con il risultato di eliminare qualunque spazio per emozioni, cognizioni, sentimenti, dolore;
- “*esilio*” da ogni forma di autoconsapevolezza, con drammatica riduzione della capacità di collegare realtà interne ed esterne, emozioni e comportamenti;
- estrema semplificazione di ogni realtà, ivi compreso il tempo con contatti regolati dalla logica del tutto e subito, senza mai limiti né definizioni reciproche.

È di tutta evidenza che con tali presupposti ipotizzare una relazione terapeutica risulti piuttosto arduo. Tuttavia, svincolandosi da specifici *setting*, pensiamo che sia possibile individuare alcuni parametri fondamentali comuni ai diversi approcci che possano permettere, non sempre né allo stesso modo, e soprattutto non a tutti i costi, di realizzare percorsi curativi che a diversi livelli includano relazioni terapeutiche trasformative.

Presupposto fondamentale è la considerazione che la tossicodipendenza è una **patologia della relazione che viene a stabilirsi tra soggetto e oggetto** (la sostanza di abuso), conseguenza anche di fallimenti di relazioni strutturanti intercorsi nel percorso evolutivo del soggetto. Come sottolinea Trevarthen (1998): “*i meccanismi in rapida differenziazione dell'infanzia e della prima fanciullezza dipendono dunque da una buona nutrizione entro un ambiente appropriatamente ricco, regolato da altri esseri umani affettuosi*”. Lo sviluppo emotivo e cognitivo procede in accoppiamento strutturale (Maturana & Varela, 1992) con la maturazione neuroanatomica e neurotrasmettitoriale; in particolare, “*le strutture ed i neurotrasmettitori non rappresenterebbero che un meta-dominio dell'esperienza, riflettendo e nello stesso tempo producendo quella che è l'esperienza del Sé*”.

Pertanto, partendo da modelli diadici di interazione disfunzionale si arriva a *pattern* disadattivi di crescita per l'individuo anche in fasi successive, quali - fra tutte - l'adolescenza; tali carenze coinvolgono, di fatto, anche la costruzione del sistema regolativo dell'attaccamento nella sua funzione di “*base sicura*” dalla quale esplorare il mondo circostante (Bowlby, 1973), proprio in virtù delle disfunzioni relazionali da cui sembrano generate nel percorso evolutivo individuale.

Se quindi si tratta di una patologia di una relazione è in una relazione

terapeutica che può trovare la sua possibilità di cura, a condizione, però, che i terapeuti abbiano solidi modelli teorici di riferimento, sufficiente flessibilità per evitare adesioni assolutistiche e fanatiche ai modelli stessi e, soprattutto, capacità di valutare nel rapporto con tali pazienti che *“essere meno motivati è una condizione clinica e non può diventare una colpa da espiare”* (DiClemente, 1994).

Con queste premesse risulta anche importante precisare che è indispensabile poter disporre di professionalità particolarmente orientate al riconoscimento diagnostico dei complessi intrecci psicopatologici dei pazienti con doppia diagnosi. Ciò comporta diversi ordini di implicazioni:

- una più approfondita competenza diagnostica, opportunamente supportata da strumenti aggiornati e validati;
- una modifica dell’atteggiamento terapeutico, indipendentemente dall’approccio teorico adottato, che tenga in particolare considerazione la grave alterazione del senso di realtà, la compromissione delle capacità sociali, la forte tendenza all’agito, che caratterizzano i pazienti con doppia diagnosi.

Molto utile ci sembra il riferimento al **modello degli stadi di cambiamento** di Prochaska e DiClemente (1994) che costituisce uno strumento transteorico (Spiller et al., 1998) e, quindi, utilizzabile da terapeuti di diversa formazione e orientamento. L’elaborazione di tale modello è fondamentalmente derivata dalla necessità di disporre di una teoria *“generale”* del cambiamento che fosse in grado di comprendere sia il cambiamento spontaneo sia quello conseguente ad una terapia. Tutti i diversi approcci psicoterapeutici alla tossicodipendenza (quello dinamico, quello cognitivo-comportamentale, quello sistemico relazionale, ecc.) prevedono infatti - e questo è vero ancor più nel caso della doppia diagnosi - un processo dai tempi piuttosto lunghi e articolato in fasi caratterizzate da **specifici cambiamenti** rispetto ad alcuni parametri considerati indicatori di una evoluzione.

Il cambiamento non è un fenomeno del tipo *“tutto o niente”* ma un processo graduale che attraversa specifici stadi e che segue un percorso ciclico e progressivo (figura 1).

Gli stadi del cambiamento



Figura 1

Il modello che viene qui proposto, pur mantenendo la divisione in fasi (descritte da Prochaska e coll., 1992), contiene elementi tratti dalla teoria dell'attaccamento sviluppata da Bowlby in considerazione anche del fatto che i pazienti tossicodipendenti, e ancor più quelli con doppia diagnosi, una volta “agganciati” ad un Servizio, tendono a sviluppare un vero e proprio attaccamento agli operatori e alla struttura da cui ricevono cura e che, inoltre, tale attaccamento si prolunga per molto tempo e, per qualcuno, per gran parte della vita.

Nell'approccio transteorico, gli stadi del cambiamento rappresentano sia un “*periodo di tempo*”, sia un “*insieme di compiti*” indispensabili per il passaggio alla fase successiva; il tempo di permanenza individuale in ciascuno stadio è molto variabile, ma i compiti da eseguire per passare allo stadio successivo sono - grosso modo - gli stessi, seppur nella considerazione che, poiché il cambiamento è un processo dinamico e aperto, un modello generale del cambiamento deve essere abbastanza elastico da poter comprendere le nuove scoperte ed includere nuove variabili significative.

Nel rapporto con il paziente è necessario tollerare l'ambivalenza, sapendo che essa emerge dal conflitto tra il mantenere gli schemi di funzionamento già sperimentati e il desiderio e la paura di cambiare; il terapeuta deve mostrarsi consapevole che l'uso della sostanza ha anche la funzione di fornire una risposta immediata per fronteggiare problemi emotivi legati a stress evolutivi e ambientali, ma deve anche aiutare il paziente

ad orientarsi verso strategie più redditizie nel lungo termine. Il primo passo consisterà, quindi, nel costruire con il paziente una relazione in cui egli si senta accolto e compreso, in uno spazio in cui *“le usuali norme sociali sono sospese e la conversazione può indugiare in aree pericolose, come la sofferenza e il sesso, senza che scatti alcuna implicazione pragmatica”* (Bara, 1995).

Il modello degli stadi del cambiamento prevede tutta una serie di interventi finalizzati ad accrescere la disponibilità al cambiamento (figura 2), ma la capacità del paziente di *“fare il salto”* verso la disassuefazione dipenderà soprattutto dalla sensazione di sicurezza che avrà sperimentato nella relazione terapeutica (la *“base sicura”* di Bowlby, 1989).



Figura 2

In particolare, occorre avere ben chiari alcuni principi cardine:

1. programmare la presa in carico sul lungo, spesso lunghissimo periodo, prevedendo diversi stadi del trattamento da monitorare *in itinere*
2. proporre una relazione terapeutica con particolari caratteristiche di stabilità e riparativa dei frequenti abbandoni; non vanno posti ostacoli o condizioni rigide e vincolanti; l'astinenza completa dalle sostanze di abuso rimane certamente un obiettivo importante, ma non immediato e non l'unico, non per tutti nello stesso stadio del cambiamento e, soprattutto, non imposto ad ogni costo

3. offrire un trattamento attivo e assertivo, soprattutto in riferimento alle distorsioni del senso di realtà
4. prestare particolare attenzione alla connessione tra stati emotivi e azioni, tendendo sin da principio a cogliere i nuclei della sofferenza individuale e contestuale, e le dinamiche che si collegano
5. costruire preventivamente la rete sociale e terapeutica a cui poter ricorrere per i singoli casi
6. fare appello a tutto il contesto emotivamente significativo e inteso come risorsa

In definitiva, si potrebbe concludere che la finalità primaria di un intervento psicoterapeutico sia quella di rendere possibili e facilitare cambiamenti nella direzione del riconoscimento dei propri bisogni emozionali, del personale disagio e la elaborazione di nuove modalità di attribuzione di senso alla propria esistenza e sofferenza.

Per tornare all'espressione del paziente citata all'inizio, l'obbiettivo del trattamento sarà quello di fare in modo che quella che il soggetto ha definito al suo primo colloquio come equazione: "*Cocaina buona = Tossicodipendenza sicura*", possa arricchirsi di una **nuova significativa variabile**: la storia, la sofferenza psichica, il personale senso di non-valore del soggetto, in sintesi "*la persona*" sofferente, inchiodata in circuiti ricorsivi di impotenza e fallimento con conseguente drammatico impoverimento di tutte le funzioni e i sistemi.

Ciò prelude alla possibilità di sperimentare diversi livelli del proprio Sé, cimentandosi in nuovi progetti costruttivi i cui effetti non sono così rapidi, né immediati, come quelli della sostanza di abuso, anzi necessariamente lenti e progressivi (anche in considerazione dei meccanismi neurotrasmettitoriali implicati), ma che possono consentire una qualità di vita soggettiva ed oggettiva pienamente umana.

6) I MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI PER IL TRATTAMENTO DELLA DOPPIA DIAGNOSI

In Italia l'assistenza ai tossicodipendenti, sia per motivi legislativi, sia perché gran parte del mondo medico italiano non ha considerato il disturbo da uso di sostanze una malattia psichiatrica ma solo l'epifenomeno di cause psicologiche e sociali, ha visto l'applicazione di modelli orga-

nizzativi de-psichiatrizzati da parte di molte amministrazioni regionali e unità sanitarie locali.

La psichiatria italiana è stata esclusa dall'area delle tossicodipendenze per opera della prima legge di riordino del settore (n° 685/1975), periodo in cui essa stessa attraversava una fase di crisi e ridiscussione della disciplina. I servizi per le tossicodipendenze sono stati così istituiti, nell'ambito del SSN, con una netta separazione dai servizi psichiatrici. Grazie all'impegno delle società scientifiche del settore delle dipendenze, il mondo psichiatrico italiano attualmente si mostra aperto e sensibile alla peculiare e specifica psicopatologia della tossicodipendenza che investe sia la dimensione biologica che psicosociale della persona.

Purtroppo, la realtà italiana continua a pagare, in maniera del tutto peculiare rispetto al panorama internazionale, le conseguenze del ritardo nell'approccio scientifico alle dipendenze patologiche, di un certo riduzionismo nella lettura del fenomeno da parte della classe politica, di un momento storico di forte riduzione delle risorse economiche da destinare alla salute pubblica e di una visione ancora prevalentemente socio-psicologica di molti professionisti del settore sia pubblico che privato che oppongono rilevanti resistenze a modificare il proprio modo di operare.

Proprio sul tema della comorbilità, dei casi di pazienti che vengono a collocarsi *"on the border"* tra i servizi psichiatrici e delle dipendenze, delle complicanze neuro-psichiatriche delle "nuove droghe" e dell'AIDS, si è animata la dialettica scientifica su quali modelli terapeutici d'intervento possano dare risposte alla complessità di una patologia come l'*addiction*.

Gli studi sui modelli di trattamento più appropriati nei pazienti con doppia diagnosi si basano in gran parte sull'esperienza americana e dei paesi anglosassoni che per primi hanno studiato e in parte superata la frattura tra interventi terapeutici per il disturbo psichiatrico, la dipendenza e la patologia internistica ad essa correlata coesistenti in uno stesso paziente (si pensi all'Aids, alle epatiti croniche e alle conseguenze dell'interazione tra farmaci per la tossicodipendenza, psicofarmaci e farmaci antivirali, e ai sintomi psichiatrici che insorgono come effetto collaterale di questi ultimi). Si è arrivati, dopo anni di confronto su questo tema, alla definizione di principi base cui uniformarsi nell'organizzare il trattamento di questi pazienti. Sono stati così proposti, sperimentati e studiati tre modelli di trattamento: quello parallelo, quello

sequenziale (o seriale) e quello integrato, per ognuno dei quali vi sono indicazioni e controindicazioni.

Modello parallelo

Prevede il trattamento simultaneo dei due disturbi ma in luoghi di cura ed *equipe* pluriprofessionale differenti: l'assistenza psichiatrica è gestita da clinici esperti nei disturbi psichiatrici mentre il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive da clinici esperti di dipendenze patologiche.

Tale modello rappresenta il tentativo di collaborazione tra servizi di salute mentale e servizi per le tossicodipendenze. Il trattamento parallelo può ritenersi appropriato nei casi di pazienti con disturbo psicotico, dell'umore o da uso di sostanze psicoattive, stabilizzati, ossia nella gestione a lungo termine di casi non acuti, ovvero in pazienti che presentano un disturbo grave associato ad un disturbo concomitante più attenuato. Tuttavia, non è applicabile nelle condizioni psichiatriche e/o d'abuso e dipendenza in fase acuta.

Limiti di questo modello possono rendersi evidenti alla presenza di uno scarso o disfunzionale collegamento tra i due servizi, non solo per motivi logistici, ma soprattutto per le differenze culturali nell'approccio alla patologia tali da comportare l'impostazione di programmi terapeutici indipendenti, non sempre coordinati, se non talvolta contraddittori. I pazienti affetti da disturbo di sostanze, rendono tale modello ancor meno efficace poiché agiscono meccanismi di difesa primitivi, già normalmente tendenti a mettere in scacco la capacità d'integrazione degli interventi degli operatori di una singola *equipe*. Al di là delle interpretazioni psicodinamiche, un contesto di trattamenti scisso in diversi ambiti istituzionali, rende in concreto poco agevole al paziente l'armonizzazione dei trattamenti con le proprie attività quotidiane.

Modello sequenziale

Questo modello prevede che un trattamento sia praticato prima dell'altro, in sequenza. Secondo alcuni Autori, il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive va sempre considerato e trattato per primo, men-

tre il trattamento psichiatrico può essere intrapreso quando sia trascorso un tempo sufficiente di astinenza dalla sostanza psicoattiva. Per altri Autori, l'intervento sul disturbo psichiatrico può essere intrapreso quando è trascorso un tempo sufficiente d'astensione dalle sostanze psicoattive ed è stato cominciato il trattamento della dipendenza. Per altri ancora è la gravità dei sintomi ad indirizzare verso la scelta della priorità dell'intervento. Il trattamento seriale è più adatto per i pazienti con disturbi psichiatrici che non compromettono eccessivamente lo stato mentale o per i pazienti con disturbo da uso di sostanze moderato o lieve.

Questo modello è molto criticato giacché comporta il rischio di non rispondere ai bisogni di cura del paziente con doppia diagnosi; per esempio, un paziente schizofrenico potrebbe essere "*troppo*" psicotico per un servizio per le tossicodipendenze o, viceversa, "*troppo*" intossicato per un servizio psichiatrico. Un paziente psicotico, inoltre, a causa della disfunzionalità psichica che compromette le capacità comunicative e relazionali di base, avrebbe, anche se trattato, difficoltà ad inserirsi in un consueto programma riabilitativo.

Modello integrato

Prevede che i servizi psichiatrici coesistano con quelli per i tossicodipendenti in un unico sistema in grado di offrire risposte mirate, personalizzate ai pazienti con comorbidità. È ritenuto adatto a pazienti con disturbo psichiatrico maggiore acuto o subacuto anche associato a dipendenza non stabilizzata, a pazienti con deficit rilevanti a livello relazionale e comunicativo con difficoltà ad inserirsi nell'usuale programma terapeutico-riabilitativo per la dipendenza, ma anche a pazienti con dipendenza cronica, in trattamento protratto con farmaci agonisti degli oppioidi (metadone o buprenorfina) o acido gamma-idrossibutirrico, al fine di stabilizzare i sintomi psichiatrici.

Nell'ambito del trattamento integrato sono impostate più tipologie di programmi terapeutici che si avvalgono dell'apporto multidisciplinare, suddivisi in stadi (modello stadiale) in relazione alle diverse fasi evolutive della malattia e della riabilitazione attraversate dal paziente.

Studi clinici, hanno individuato i principi terapeutici che dovrebbero sottendere il trattamento nella dipendenza da sostanze in comorbidità psichiatrica:

- modello integrato
- servizi di approccio globale alla persona
- flessibilità e specializzazione dei clinici
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche
- approccio assertivo al paziente
- raggiungimento di una stabilità abitativa
- prospettive di trattamento a lungo termine con progetto terapeutico a mini-obiettivi
- trattamento centrato sulla persona organizzato in stadi: coinvolgimento, rinforzo della motivazione a cambiare i comportamenti non funzionali, al mantenimento dello stato di salute e alla messa in atto di strategie attive per il raggiungimento dell'astinenza e la prevenzione delle ricadute
- lavoro di rete
- ottimismo (mantenere la speranza sul lungo termine perché sono pazienti che si scoraggiano facilmente)

È sottolineata inoltre, la necessità di focalizzarsi sull'alleanza terapeutica piuttosto che sul confronto e sulla critica, sulla riduzione del danno piuttosto che sull'astinenza immediata a tutti i costi ed inoltre che il clinico programmi incontri con la famiglia anche a domicilio e che si avvalga dei gruppi di auto-aiuto (metodologia dei 12 passi), laddove necessario. Il modello seriale e parallelo sono i modelli più spesso osservabili nella nostra realtà assistenziale; al contrario, il modello integrato appare come una sorta di ideale verso cui tendere, ma difficile da raggiungere per questioni organizzative, di formazione del personale, di differente approccio culturale al problema.

In Italia, la struttura organizzativa dei servizi si basa sul concetto di titolarità della presa in carico del paziente legata soprattutto alla prevalenza della patologia psichiatrica o tossicomane; la struttura organizzativa così finisce per impedire l'attuazione di modelli di trattamento adeguati ed integrati; a sua volta, la scelta di un determinato modello di trattamento determina effetti significativi anche a livello organizzativo ed economico. Alcune delle principali obiezioni mosse al modello parallelo e seriale, partono dalla considerazione che la *compliance* ai trattamenti psicofarmacologici, nei pazienti con doppia diagnosi, è momento preliminare e fondamentale a qualsiasi altra strategia terapeutica. Elemento determinante perché si realizzi è la relazione tra il medico e paziente che dovranno condividere obiettivi e strumenti

di cura. Là dove i curanti sono molteplici, la collaborazione tra professionisti (psichiatri, medici delle dipendenze, medici di base, altre figure professionali sia delle *équipe* che delle altre agenzie riabilitative territoriali)) e la modalità con cui si realizza, potrebbe comportare problemi legati alla condivisione di responsabilità sulla gestione del caso, alla sottovalutazione del ruolo dell'altro professionista, all'abbandono unilaterale del paziente, alla confusione provocata nel paziente da stili diversi di gestione della terapia, ed ancora alle dinamiche di scissione messe in atto dal paziente nei confronti dei terapeuti. Nel modello seriale e parallelo, più facilmente la collaborazione si realizza secondo dinamiche di tipo "doppia diade" invece che di tipo "triangolare", modalità - quest'ultima - che ignora le relazioni tra professionisti con riduzione della compliance ai trattamenti, più facile rischio di ricaduta nell'uso di sostanze e di riacutizzazione della patologia psichiatrica.

Secondo molti Autori, il modello organizzativo multimodale integrato rappresenta la forma di trattamento ideale per la comorbilità psichiatrica nella dipendenza da sostanze psicoattive purché risponda alle seguenti caratteristiche:

- unica *équipe* terapeutica, con clinici esperti nella dipendenza da sostanze psicoattive e nel disturbo psichiatrico
- unico trattamento terapeutico globale e stadiale a lungo termine
- interventi centrati sulla persona
- repertorio specifico di tecniche terapeutiche comprendenti: *management* del caso, interventi motivazionali, trattamento farmacologico, approccio assertivo, interventi gruppalì e *counseling* familiare ed individuale

Una modalità di presa in carico particolarmente efficace, quando è necessario articolare risorse assistenziali differenti, è quella definita *case-management*; l'assegnazione dei casi viene effettuata nell'ambito di una riunione multidisciplinare ad un operatore (*case-manager*). In accordo con il paziente, stabilisce le priorità dell'intervento e si adopera per coordinare e facilitare l'accesso a tutte le differenti agenzie socio-sanitarie.

La tecnica del *management* del caso è efficace nel mantenere equilibrio tra qualità e costi, è specifica dell'assistenza a lungo termine nel territorio dei pazienti "difficili". Tale tecnica, attraverso un processo di integrazione della definizione-valutazione-verifica di una offerta terapeutica estremamente articolata (perché proveniente da più risorse e differenti competenze), risponde ai bisogni personalizzati di ogni paziente. Il *ma-*

nager del caso, in quanto responsabile del progetto terapeutico, mediante adeguati interventi di coordinamento, costruisce una rete tra professionisti, servizi socio-sanitari e strutture riabilitative del privato sociale. È indubbio, come sottolineano vari Autori, che i programmi terapeutici multidisciplinari integrati ispirati al *case-management*, offrono un aumento del livello dei risultati positivi, della *compliance* e una riduzione dei costi di gestione.

Sottovalutare la necessità di un complesso intervento terapeutico, per pazienti con doppia diagnosi, alla lunga si rivelerà fallimentare. In una prospettiva di efficace sanità pubblica ed efficiente economia sanitaria è auspicabile che la cultura, la filosofia dell'operare, l'applicazione di modelli terapeutici funzionali nella organizzazione delle agenzie di cura sia frutto prevalentemente dei risultati dell'integrazione tra ricerca scientifica avanzata e medicina basata sull'evidenza, piuttosto che di fattori di natura moralistica e/o ideologica.

BIBLIOGRAFIA

BIGNAMINI E, CORTESE M., GARAU S., SANSEBASTIANO S., *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, 2002

BARA B., *Il terapeuta cognitivo*. In: *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati-Boringhieri, 1995

BOWLBY J., *Attachment and loss*, Vol. 2, Hogart Press, London, Trad..It. *Attaccamento e perdita*, Vol. 2, *La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, 1973

BOWLBY J., *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, 1989

BRADY K.T., ROBERTS J.M., *The pharmacotherapy of dual diagnosis*, *Psychiatric Annals* 25, n° 6, 1995

CATALDINI R., *Comorbidità e Dipendenze*, *Mission*, n° 7, 2003

CHAPLEO CB, *European studies*, *Research & Clinical Forums*, 21(3), 1999

CIBIN M, GUELFY GP, *Il trattamento con metadone*, Franco Angeli Editore, 2004

CIMA L., Editoriale, *ADD: Periodico di documentazione scientifica sul comportamento d'abuso*, n° 1, 2000

CLERICI M., CARRA' M., *Psichiatria delle dipendenze un problema*

- ancora irrisolto*, in: *Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi*, Quaderni di S&P, La rassegna italiana delle tossicodipendenze, numero monografico, 13-15, 2004
- CONSENSUS PANEL SUL TRATTAMENTO CON METADONE, *Principi clinici per l'utilizzo del metadone*, Pietrasanta 2001
- ENNA S.J., *Drug Stories of Origins and Uses*, Science, 288: 1179-80, 2000
- DECKER K.P, REIS R.K., *Differential diagnosis and psychopharmacology of dual disorders*, Psychiatric Clinics of North America, Vol. 16, n° 4, 1994
- DI CLEMENTE C.C. *Gli Stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza*, In Guelfi G.P. e Spiller V. (Eds), *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, Il Vaso di Pandora II, n° 4, 37-51, 1994
- FIORITTI A., SOLOMON J., *Doppia Diagnosi. Epidemiologia, Clinica e Trattamento*, Franco Angeli Editore, 2002
- GALANTER M., KLEBER H. D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, 1998
- GOLDSMITH R.J., *Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic consideration*, Psychiatric Clinics of North America, Vol. 22, n° 2, 1999
- GUELFY G.P., LUNETTA A., *Alcolismo, Tossicodipendenze e Dipendenza da Farmaci*, in *Terapia Medica nella Pratica Clinica*, McGraw-Hill, 1996
- YUDOFSKY S. C., HALES R. E., *Neuropsichiatria*, vol. II, Centro Scientifico Editore 2001
- LING W, *Clinical guidelines for buprenorphine: USA*, Research & Clinical Forums, 21(3), 1999
- LUCCHINI A., BRAVIN S., CATALDINI R., D'AMORE A., FAILLACE G., MASSAFRA C., STREPPAROLA G., *Depressione e dipendenze patologiche, l'esperienza dei Servizi territoriali*, Franco Angeli, 2004
- MANZATO E. et al., *La comorbidità psichiatrica*, Rivista Italiana di Psicoterapia & Psicosomatica, vol. 1°, n° 1, 2003
- MAREMMANI I., *Manuale di Neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini Editore, 2001
- MATURANA H., VARELA F., *L'albero della conoscenza*, Garzanti Editore, 1992

- NAVA F., *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, Franco Angeli, 2004
- NESSE R.M. & BERRIDGE K.C., *Psychactive drug use in evolutionary perspective*, Science, 278, pp. 63-66, 1997
- ONKEN L.S, BLAINE J.D., GENSER S., MacNEIL HORTON A., *Treatment of drug-dependent individuals with comorbid disorders*, NIDA, 1997
- PANCHERI, MAREMMANI, LUBRANO, PACINI, *Principi Generali di Terapia*, in: *Il punto su La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*, Scientific Press, 2002
- PANI PP, AGUS A, GESSA GL, *Methadone as a mood stabilizer*, Heroin Add & Rel Clin Probl 1(1), 1999
- PANI PP, MAREMMANI I, PIRASTU R, TAGLIAMONTE A, GESSA GL, *Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence*, Drug and Alcohol Dependence, Vol. 60, 2000
- PROCHASKA J.O., DI CLEMENTE C.C., NORCROSS J.C., *In search of how people change: applications to addictive behaviours*, Am Psychol, 47, 1102-1114, 1992
- RIGLIANO P., *Doppia Diagnosi*, Raffaello Cortina Editore, 2004
- SPILLER V., SCAGLIA M., CEVA S., *Un modello transteorico. Una modalità eclettica di terapia*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, n° 2, 1998
- STAHL S. M., *Psicofarmacologia essenziale*, II edizione, Centro Scientifico Edizione, 2002
- STORACE F., DE SIMONE M, *La tripla diagnosi: tossicodipendenza, malattia mentale e Aids*, Aggiornamenti in Psichiatria, Pacini Editore Pisa, vol.5- n° 2: 63-82, 2003
- TAGLIAMONTE A., in *Craving* (Prefazione), AUCNS Onlus, Pacini Editore, 1998
- TREVARTHEN C., *Empatia e Biologia*, Raffaello Cortina Editore, 1998
- ZAPPAROLI G.C. et al, *Proposta di un intervento terapeutico integrato*, in: *La Psichiatria oggi*, Bollati-Boringhieri. 9-27, 1988

La psicoterapia nella doppia diagnosi e nelle comunità terapeutiche

Antonio Taranto

Introduzione

*... “Se non ci fossi tu, avrei bisogno di frequentare uno strizzacervelli.”
Mi disse un amico durante una passeggiata. Io credevo di aver camminato in sua compagnia per rilassarmi, lui pensava che la mia presenza fosse terapeutica, anzi psicoterapeutica. Forse avevamo ragione entrambi: qualunque cosa può essere psicoterapeutica quando, in realtà, produce un percepibile stato di benessere psicofisico. Per quanto mi riguarda, bastavano la strada e l’energia che sentivo correre nei muscoli delle gambe. Per quanto riguardava il mio amico erano i brevi assenti alle sue parole a salvargli “l’anima” e l’umore. Ma tant’è: la vita è così varia!...*

(Da una conversazione privata con un’ottima collega)

... e così varia è anche la tecnologia psicoterapeutica. Tanto varia che è difficile definirla e descriverla in poche sintetiche parole.

Quando si parla di psicoterapia si intende una tecnica codificata, sperimentata e validata, tesa a indurre significativi cambiamenti nel comportamento di una o più persone. Il metodo con cui si attua una psicoterapia dipende dagli obiettivi e dai soggetti coinvolti. Infatti l’obiettivo può rientrare in una delle tre seguenti categorie: “appoggio o sostegno” (supporto emotivo al paziente); “rieducazione” (riadattamento attraverso la chiarificazione di dinamiche inconsce); “ricostruzione” (esperienze psicologiche profonde). Si potrebbe aggiungere una quarta categoria: quel-

la del “miglioramento” di sé, una sorta di psicocosmesi che alcune persone in buona salute desiderano fare per investire su se stessi. Come se andassero dal parrucchiere.

I soggetti coinvolti possono essere singoli adulti, singoli bambini, gruppi, sistemi di persone (famiglia, equipe di lavoro ecc.), coppie.

A seconda dei casi il metodo psicoterapeutico potrà essere fondato sul rapporto umano paziente-terapeuta, come la psicoanalisi, la psicologia sociale, il cognitivismo; oppure su procedure tecnico-sperimentali, come la terapia comportamentale e il biofeedback.

Abbiamo, così, già delineato un quadro molto complesso delle psicoterapie. Proviamo a semplificarlo nella seguente tabella:

Soggetto:	Persona in crisi	Persona disadattata	Persona malata	Persona sana
Obiettivo:	Sostegno	Rieducazione	Ricostruzione	“Psicocosmesi”
Metodi:	Terapia cognitiva	Terapia cognitiva	Terapia analitica	Terapia analitica
	Terapia ad orientamento analitico	Terapia comportamentale	Terapia sociale di Sullivan	Terapia cognitiva
	Terapia Rogersiana	Terapia sistemica	Terapia sistemica	Terapia sistemica
Contesti:	Individuale o di gruppo	Individuale, di gruppo, familiare, di comunità	Individuale, di gruppo, familiare, di comunità	Individuale o di gruppo

Ogni casella della tabella può essere suddivisa in altre categorie a seconda delle caratteristiche della persona su cui si desidera intervenire, ma anche a seconda della scuola di formazione del terapeuta. Molto spesso capita che la scelta del metodo sia legata più a ciò che il terapeuta sa fare, che a ciò che viene diagnosticato al paziente. Perciò si dice che esistono tanti modelli di psicoterapia quanti sono gli psicoterapeuti.

E questo, forse, è un bene. Infatti la prima regola della psicoterapia è, sempre, rivolgersi alla persona e non alla malattia. Pertanto la tabella sopra riportata venga considerata semplicemente esplicativa della complessità della materia e non indicativa di regole da applicare disciplinatamente.

Nel bene della ecletticità, però, si nasconde il pericolo della confusione e della superficialità. Infatti solo nelle tecniche di tipo strettamente comportamentale si hanno parametri immediatamente ed obiettivamente misurabili. Per esempio, in una tecnica di decondizionamento per mezzo del biofeedback si misurano valori come la frequenza cardiaca, o la

sudorazione, o la pressione arteriosa in relazione a determinati stimoli psichici. Per esempio, se uno stupratore viene esposto ad una scarica elettrica ogni volta che vede la fotografia di una fanciulla in minigonna, nel tempo avrà un riflesso condizionato: quando vedrà una fanciulla, reagirà con paura anche se la scarica elettrica non gli verrà più somministrata. Il successo di questo lavoro sarà accertato attraverso la rilevazione di cambiamenti elettrocardiografici o elettroencefalografici. Questi parametri rilevati tecnologicamente sono obiettivi e, perciò, poco esposti alla critica professionale. L'etica di questi interventi, invece, è sempre in discussione. Quando si deve valutare l'efficacia di una psicoterapia di tipo umanistico, come la psicoanalisi, invece c'è sempre molto da parlare. Quanto dura una psicoterapia? Quali sono gli obiettivi? Come li si misura? Anche quando ci sono significativi cambiamenti, questi sono dovuti semplicemente al tempo trascorso, che, di solito, è tanto, o sono dovuti al cambiamento che, intanto, si è verificato nell'ambiente? E' sufficiente la dichiarazione di una persona che dice semplicemente "mi sento meglio" o deve essere riempita una rating scale? E la percezione da parte del paziente di un migliore stato psicofisico, pur in presenza di un sintomo invariato, quanto vale ai fini della valutazione della psicoterapia?

Per completare il quadro della presunta indeterminatezza della professione psicoterapeutica c'è anche il problema dei piccoli numeri. In un setting ortodosso di tipo analitico, lo psicologo incontra un paziente per 3 ore a settimana per un periodo medio di 5 anni. Considerando la settimana lavorativa di 36 ore, uno psicologo ortodosso potrebbe curare 12 pazienti ogni 5 anni. Il numero è statisticamente nullo. Per questi motivi la psicoterapia è stata a lungo considerata più una filosofia che una scienza. Qualche volta, addirittura, è stata valutata come una fede o una pratica quasi magica.

In realtà la psicoterapia è una tecnica creata da valutazioni scientifiche che si sono, ormai, accumulate nel corso di più di un secolo e, pur non utilizzando apparecchiature sofisticate, può essere considerata una pratica di altissimo contenuto tecnologico. Ogni processo psicoterapeutico si svolge attraverso i meccanismi cognitivi e affettivi del terapeuta, del o dei pazienti e dell'ambiente circostante. Le variabili che il terapeuta deve tenere sotto controllo durante le sue operazioni sono molto di più di quelle che devono essere controllate da un cardiocirurgo che sostituisce un cuore o da un astronauta che porta una navicella a spasso nello spazio.

Tutto ciò porta ad una reale penuria di professionisti della cura della

psiche: è un mestiere difficile da imparare, che richiede enormi investimenti personali, sia di denaro che di sentimenti; è meno remunerativo di altri mestieri che consentono di effettuare un maggior numero di interventi; nell'immaginario comune è ancora un mestiere "fumoso", indefinito, troppo facilmente criticabile o, peggio, abusabile da parte di avventurieri che si improvvisano terapeuti senza aver fatto alcun training personale.

Introduzione seconda

La psicoterapia e le tossicodipendenze

L'introduzione del concetto di tossicodipendenza rende tutto ancora più complicato. Tornando al primo rigo della tabella, ci accorgiamo subito che è molto difficile collocare con certezza il paziente affetto da una qualsiasi forma di dipendenza in una casella.

Ancora oggi, infatti, il tossicodipendente viene percepito in modi molto differenti a seconda del contesto culturale a cui si fa riferimento. Anche fra gli operatori che hanno una formazione prevalentemente umanistica è ancora diffusa l'idea che il tossicodipendente sia una persona sostanzialmente "sana" che sceglie liberamente, se pure incoscientemente, di fare cose sbagliate. Da qui derivano proposte terapeutiche di tipo moralistico, con l'obiettivo di diventare persone migliori, dedite ai valori della solidarietà e dell'impegno sociale. Questi trattamenti potrebbero essere inquadrati nella categoria cosiddetta "psicocosmetica".

In altri casi, il paziente tossicodipendente è considerato un disadattato. Una persona che non è riuscita ad integrarsi nell'ambiente scolastico prima e nel mondo del lavoro poi. Ne deriva la convinzione che egli debba essere semplicemente rieducato. Si cerca di farlo attraverso programmi di reinserimento lavorativo.

Poi c'è la schiera di operatori che considera la tossicodipendenza una reazione ad una crisi personale. L'intervento terapeutico consisterebbe, allora, solo in una psicoterapia di sostegno.

Infine c'è la posizione più moderna di chi riconosce nel cervello del tossicodipendente vere e proprie disfunzioni organiche e collegamenti della malattia tossicomane con altre gravi malattie mentali. Ne consegue un modello terapeutico prevalentemente farmacologico, fatto di farmaci sostitutivi e curativi di vari sistemi psiconeuroendocrini.

Rispetto alla molteplicità di posizioni ideologiche è opportuno consultare Olievenstein, che sostiene che la causa delle sofferenze connesse all'uso di droghe è generalmente mista perchè le condizioni ambientali sfavorevoli hanno sempre qualche conseguenza sullo sviluppo psicologico dell'individuo, così come i problemi psicopatologici hanno generalmente conseguenze sulla capacità di costituire un ambiente abbastanza soddisfacente. Giungiamo così al concetto della reciprocità interattiva fra soggetto e ambiente. E nel riconoscere questa reciprocità non possiamo, ovviamente, trascurare il fatto che i processi mentali, all'interno della persona, avvengono attraverso meccanismi neurofisiologici e questi stessi sono determinati dalla costituzione genetica, sulla quale si inseriscono i fenomeni epigenetici.

Dunque la malattia tossicomana, lungamente al centro di battaglie ideologiche, sociali e politiche, sembra aver svolto un ruolo importante nel richiamare l'attenzione degli operatori del settore sulla unicità psicosomatica. Mai come nel caso delle tossicodipendenze abbiamo incontrato un esempio così forte delle inestricabili connessioni tra meccanismi biochimici e meccanismi psichici, sia individuali che sociali. Possiamo sostenere con Tassin e con Freud che quando non siamo in grado di trasformare la situazione socio-affettiva del momento, possiamo tentare di modificare le condizioni della nostra sensibilità attraverso l'uso di sostanze psicotrope.

Per molto tempo, negli anni '70 e '80, gli psicologi e gli psichiatri non accoglievano in terapia i tossicodipendenti perché ritenevano che le sostanze alterassero gravemente il funzionamento mentale della persona, rendendola inaccessibile ad una profonda relazione umana. Con la diffusione capillare dei servizi assistenziali per tossicodipendenti la ricerca scientifica ha avuto una notevole spinta in avanti anche nel campo della psicologia delle dipendenze patologiche. Pertanto la percezione del tossicodipendente si è, via via, modificata da persona antipatica ed intrattabile a persona gravemente malata, in cui i problemi della mente si riflettono nel corpo e viceversa. L'uso delle sostanze non è stato più considerato come un modo di sottrarsi alle responsabilità, ma un modo di scappare dalla sofferenza. Perciò gli psicoterapeuti, sia quelli ambulatoriali che quelli delle comunità terapeutiche, hanno cominciato ad esplorare nuovi setting terapeutici e nuovi modi di interpretare le tecniche psicoterapeutiche.

Introduzione terza

Psicoterapia e doppia diagnosi

Di fronte al paziente tossicodipendente contemporaneamente affetto da altra patologia psichica, non facciamo ulteriori complicazioni: ci prendiamo cura della persona, nella cui essenza e nella cui storia esistono diversi incidenti i cui effetti devono essere elaborati e integrati nella vita presente e nel progetto di vita futura.

Fino a qualche tempo fa, nel caso di coesistenza in una persona di una malattia tossicomane e di un altro disturbo psichico, ci si domandava a quale dei due aspetti dovesse essere rivolta con precedenza l'attenzione da parte del terapeuta. Si pensi che Garonna ha calcolato che nei casi affetti da due condizioni morbose psichiatriche i medici facevano diagnosi errata 4 volte più spesso che con i controlli; cancellavano gli appuntamenti 7 volte di più e li indirizzavano ad altri terapeuti 10 volte più spesso; consideravano i soggetti con doppie diagnosi "troppo fragili per la terapia".

Oggi, così come di fronte ad un tossicodipendente il moderno terapeuta non evita la relazione umana se quel paziente ha bisogno di assumere un farmaco sostitutivo di qualche droga, così non la eviterà anche se quella persona manifesta sintomatologia psicotica o nevrotica, adattando il setting terapeutico e gli interventi a quella specifica realtà. Cioè le due terapie vengono integrate in un nuovo progetto terapeutico, definito integrato o multimodale.

La psicopatogenesi della dipendenza patologica

La descrizione che segue è il frutto dell'osservazione effettuata, durante gli ultimi 19 anni, di circa 1000 pazienti, con un modello teorico di riferimento di tipo psicoanalitico.

Una prima stesura del modello che viene proposto è stata già pubblicata in "Tutto ciò che avresti voluto sapere sui drogati e che non hanno mai osato dirti", Adriatica Editrice, Bari, 1993.

Il drogato è una persona decisamente immatura, che insegue sempre bisogni e pulsioni mai elaborati in sistemi di valori e comportamenti che consentono l'integrazione nel complesso mondo della nostra società. Una persona matura sa vivere nel mondo riuscendo ad amare e a farsi amare,

distribuendo in maniera intelligente le sue energie fra le necessità della realtà e i bisogni del proprio piacere. Sa lavorare e sa divertirsi. Cura il proprio corpo e la propria salute ed è capace di interessarsi con generosità al suo prossimo. E' capace di generare e allevare figli e per questo, in termini psicoanalitici, si dice che ha raggiunto la fase genitale dello sviluppo psichico. D'altra parte se decide di non diventare genitore in senso biologico, non ha bisogno di castrarsi ma semplicemente si concederà i piaceri del sesso utilizzando i comuni sistemi anticoncezionali. Un drogato non è mai capace di tanta complessità e, perciò, diciamo che non ha raggiunto la piena maturità, corrispondente, appunto, alla fase genitale. Questa è preceduta, nello sviluppo psichico, dalla fase fallica. Le persone che hanno raggiunto questa fase sanno fare più o meno le cose descritte nella fase genitale, ma non amano nella stessa maniera generosa e disinteressata. Il loro stile è più possessivo, più aggressivo, più competitivo. Il soggetto fallico è tutto preso dalla conquista del potere e dalla scalata sociale. Può essere felice, ma spesso è disposto a sacrificare qualcosa della sua vita sull'altare del potere. Il fallico ama molto, per esempio, il lavoro e un po' meno la propria famiglia. Il drogato ha qualcosa del genere, ma non è così complesso. Prima della fase fallica viene, secondo il modello psicoanalitico, la fase anale. Quando la descrisse, Freud immaginava il bambino di 1~2 anni di età che sta imparando a controllare gli sfinteri ed è molto contento quando la mamma gli sorride perché è riuscito a fare la cacca direttamente nel vasino. Si convince sicuramente che i suoi escrementi sono il dono che lui quotidianamente offre alla mamma. Se la mamma lo fa arrabbiare, lui non le dona più niente e diventa stitico. Dice Freud che i bambini che incontrano grosse difficoltà esistenziali durante questa fase della vita fissano nel loro stile o nella loro personalità da adulti alcune caratteristiche proprie di questa fase. In particolare esprimeranno la loro aggressività non con la saggezza del genitale o l'energia del fallico, ma trattenendo dentro di sé tutto ciò che loro riterranno abbia valore. Gli anali sono persone avare, pignole e puntigliose. I drogati non sono neanche così.

Andando ancora indietro nello sviluppo psichico si giunge a quella che è stata definita fase orale, durante la quale il neonato esplora, conosce, incorpora e domina tutto il suo mondo attraverso la bocca. Chi non ha mai visto un neonato che porta alla bocca tutto ciò che gli capita a portata di mano? La bocca è sicuramente l'interfaccia col mondo. Attraverso di essa sente i sapori, le consistenze e le dimensioni, si procura il piacere

dell'alimentazione e del massaggio gengivale, comunica con i primi suoni e i morsi. I bambini che incontrano difficoltà in questo periodo della vita conserveranno nella propria personalità adulta tratti tipici di questa fase. Gli adulti orali sono quelli che vivono usando molto la bocca: parlano molto e mangiano molto. Di fronte alle frustrazioni si consolano mangiando o, in ogni caso, incorporando qualche cosa, sia in termini concreti che in termini simbolici. Per esempio un soggetto orale, quando è triste, può consolarsi mangiando molti cioccolatini oppure parlando per ore e ore con un'altra persona, che è come se venisse metaforicamente divorata. È un luogo comune della psichiatria ritenere che il drogato sia un soggetto orale perché risponde alle frustrazioni incorporando la droga, come se l'eroina fosse cioccolata. Anche questo modello mi sembra troppo poco primitivo rispetto allo stile di vita del drogato. Infatti il soggetto orale è capace di un'attività simbolica che gli permette di agire per metafore. Ne è dimostrazione che un orale in difficoltà si consola nutrendosi di affetti, o di ideali, o di arte; cioè è capace di trasformare il bisogno primitivo di mangiare in un'azione simbolica in cui, per esempio, una lunga conversazione rappresenta l'alimentazione: il parlare equivale al masticare e l'attenzione dell'interlocutore rappresenta il cibo che viene incorporato e sazia l'appetito. Inoltre queste persone hanno anche consapevolezza dei loro stati emotivi, cioè riescono a trovare le parole per descrivere le proprie emozioni. Non sono alessitimici. Il drogato non ha questa capacità di accesso ad un linguaggio simbolico così raffinato. Per lui la fame è fame e la droga è droga. Di fronte alle frustrazioni di qualunque genere non trova alcun surrogato simbolico che possa sostituire l'eroina perché nella sua storia personale non ha acquisito questa capacità mentale. Quindi si è fissato ad una fase di sviluppo ancora più precoce di quella orale. Prima della fase orale non c'è altro che la nascita, evento meravigliosamente drammatico che è stato osservato, spiato, studiato e ammirato milioni di volte e sul quale è stato detto di tutto. Al di là di ogni speculazione succede che il bambino che nasce abbandona la calda e soffice bolla uterina, dove per nove mesi è stato cullato dalle peristalsi materne e dal ritmico tamburellare del cuore di sua madre; al momento del parto abbandona tutto questo - ma lui che ne sa? - passa attraverso un canale strettissimo e viene alla luce, al freddo, al fracasso della sala parto e per di più viene afferrato dai piedi e perfino schiaffeggiato! Il nascituro non ha alcuna cognizione di quello che gli sta capitando. E' improbabile che possa percepire i concetti della separa-

zione, del dolore e della paura. E' troppo piccolo. Quando nasce, il suo corpo, con tutta l'èquipe ostetrica, è impegnato in un'operazione importantissima: sopravvivere. E per sopravvivere non deve fare altro che respirare attivamente. Deve espandere il torace, scollare gli alveoli polmonari, superare gli ostacoli dei muchi nelle vie respiratorie e solo quando riuscirà a farsi penetrare dall'aria e poi ad espellerla si potrà dire che ha ricevuto il soffio della vita. Il primo vagito è solo il primo atto respiratorio, non un grido di dolore o di paura. Se c'è un'emozione o un pensiero in quel bambino non può essere altro che "respiro, quindi sono vivo". Nelle prime ore di vita intorno al bambino ci sono rumori, persone che gli girano intorno, incubatrici, iniezioni, corredini e mammelle, ma l'unica cosa che ha veramente importanza è respirare per prendere la vita dall'aria, anche se è stato buttato impietosamente in un cassonetto della spazzatura: sopravvivrà anche là dentro, purchè possa respirare; purchè i suoi polmoni possano continuare ad espandersi e a coartarsi per avere un rapporto vivo e pulsante con l'aria. Ogni atto respiratorio è un quanto di vita.

Direi che alla nascita di un bambino c'è una fase inalatoria di investimento della libido, cioè dell'energia vitale. Solo dopo che questo interesse libidico è stato ampiamente soddisfatto il bambino potrà concentrare tutta la sua attenzione sulla zona orale e poi, via via, sulle altre zone secondo il modello già descritto.

Un bambino che non riuscirà ad interiorizzare il tempo che passa e i valori che gli vengono proposti, vedrà passare le varie fasi della vita senza riuscire a trattenere in sè le caratteristiche di personalità che ne faranno un adulto. A 13 anni sembrerà un ragazzino normale come tanti altri, ma solo perchè porta malamente appiccate sulla propria esistenza le caratteristiche che la famiglia, la TV, la scuola e gli amici gli hanno gettato addosso. Arriverà poi il momento in cui quelle caratteristiche mostreranno tutta la loro inutilità e precarietà. Al ragazzino non importerà più nulla dell'abito che indossa, delle cose che gli dicono e fanno, come al neonato non importa nulla del corredino, dell'iniezione, dello schiaffo. Il tredicenne in difficoltà avverte solo un bisogno irresistibile di vivere; percorre all'indietro tutta la sua esistenza e torna al momento in cui per vivere aveva solo bisogno di stabilire un rapporto fra sè e l'aria. Allora pensa che se l'aria è diventata irrespirabile, bisogna correggerla arricchendola di sostanze inebrianti come la nicotina, poi l'hashish e, infine, l'oppio. Tutti quelli che si drogano cominciano a farlo per via inalatoria. Ogni dose di droga inalata è come un soffio di

vita, un quanto che consente al ragazzo di vivere come se fosse un adulto fino all'esaurimento di quel quanto. Poi avrà bisogno di un'altra dose e la sua vita continuerà a scorrere in maniera discontinua, pulsatoria, tra un respiro e l'altro. Senza metafore e senza simboli, ma solo con la concretezza di un'essenza vitale che con l'aria pervade tutto il corpo. Quando uno regredisce ad uno stadio così arcaico del funzionamento mentale non può più andare avanti. Il drogato che corregge la propria aria e che vive in rapporto solo con essa e non con le persone, non desidera altro che la parte essenziale di quello che respira. È come se si impigrisse e se volesse completare all'indietro il suo viaggio nell'esistenza. Per questo, prima o poi, arriverà a drogarsi iniettando l'eroina direttamente nel sangue. In quel momento sarà diventato come il bambino che ancora non è nato: smette di respirare e comincia a nutrirsi per via ematica, come il feto che vive per mezzo degli scambi placentari. Come il feto che vive in una realtà che è fuori della realtà; che vive in una condizione di nirvana permanente, in uno stato sognante ininterrotto, egocentrico ed egoista, che ama moltissimo, ma senza pensarci, chi si dissangua per lui. Che vive in assoluta dipendenza.

Il setting

“... sopra la panca la capra campa, sotto la panca la capra crepa!...”

Il setting è l'ordine delle cose, il sistema delle regole, la modalità comunicativa, il riferimento culturale, la disposizione dell'arredamento, la posizione del paziente rispetto al terapeuta. Tutto questo in psicoterapia è di vitale importanza. L'insieme delle regole, di tutte le regole, che governano uno studio psicoterapeutico è il principale strumento di lavoro. Un esempio per tutti: la regola prevede che gli orari delle sedute devono essere rigidamente rispettati; lo psicoterapeuta che riceve un paziente giunto in ritardo all'appuntamento e gli fa anche recuperare il tempo perso, provando comprensione per tutti i problemi di lavoro e di traffico che quel “poveretto” ha dovuto affrontare per giungere allo studio, è sicuramente molto gentile, ma brucia un'importante occasione di interpretare un comportamento larvamente aggressivo (siamo sicuri che quel paziente ha fatto di tutto per arrivare puntuale e che il suo ritardo non nasconda la voglia di non fare la terapia?).

Dunque, per fare psicoterapia ai tossicodipendenti in situazione di comorbidità psichiatrica è assolutamente necessario definire un setting specifico, che lasci poco spazio alle innumerevoli pulsioni del paziente che tenta di manipolare o strumentalizzare qualsiasi situazione e che, al tempo stesso, possa non essere vissuto come persecutorio. La prima operazione è scegliere un quadro di riferimento culturale. Secondo Minguzzi e coll. esso, nei servizi psichiatrici, è nel 75% dei casi di tipo psicoanalitico; nel restante 25% dei casi si distribuisce fra altri indirizzi. Nei servizi per tossicodipendenti, siano essi ambulatoriali o comunitari, non è stato fatto uno studio analitico sui setting più utilizzati, ma probabilmente la distribuzione dei quadri di riferimento culturale è esattamente invertita rispetto a quella dei servizi psichiatrici. Probabilmente perché il modello psicoanalitico resta quello più impegnativo e costoso per quanto attiene la formazione degli operatori che, nel caso delle tossicodipendenze, almeno in Puglia, non hanno avuto grandi opportunità di investimento. Così vediamo che i tossicodipendenti vengono curati prevalentemente con farmaci nell'ambito di contesti ambientali che dal punto di vista psicoterapeutico possono essere definiti di ispirazione rogersiana, comportamentale, sociale, relazionale. Molto spesso ho rilevato l'utilizzo di modelli eclettici che tentavano di fondere insieme le regole di diverse teorie. Alcune volte ho visto utilizzare terapie del tutto fantasiose. Questo accade soprattutto quando l'operatore è precario e ansioso, per cui sente il bisogno di giustificare l'utilità del proprio lavoro; il suo motto potrebbe essere: *“in ogni rapporto accade sempre qualcosa ed io credo che sia sempre positivo”*. A prescindere da qualsiasi altra considerazione scientifica.

Dopo la scelta del modello teorico di riferimento bisogna definire gli obiettivi, cioè i risultati verso cui tendere. In maniera estremamente schematica possiamo rappresentarli nel seguente modo:

	Successo	Insuccesso
Modello psicoanalitico	Superamento del narcisismo primario. Capacità di lavorare e di amare	Mantenimento del narcisismo primario
Modello relazionale	Cambiamento del sistema di riferimento. Relazioni familiari e sociali più valide	Mantenimento del sistema. Mantenimento del sintomo
Modello operativo	Contenimento del sintomo. Esitamento delle complicazioni ("riduzione del danno")	Mantenimento del sintomo. Insorgenza delle complicazioni.

La scelta dell'obiettivo verso cui tendere è legata sia alla disponibilità di risorse terapeutiche, cioè numero di operatori, spazi utilizzabili, regolamenti aziendali, insomma setting, sia alla gravità dei pazienti. Quest'ultima caratteristica rende molto improbabile che in un servizio per tossicodipendenti, sia esso ambulatoriale o residenziale, si possa istituire un setting ortodosso molto preciso.

La terza scelta riguarda gli operatori che devono animare l'azione terapeutica. A chi spetta rispettare e far rispettare le regole del setting? A questo proposito Minguzzi e collaboratori hanno definito due "posizioni" teoriche possibili che vanno dall'estremo dell'équipe fortemente integrata a quello dell'équipe minimamente integrata. In quest'ultima c'è un gruppo di professionisti che condivide l'appartenenza ad un'unica struttura, ma non condivide il lavoro. Ciascuno ha la sua stanza, il suo modello teorico di riferimento, il suo setting e, soprattutto, i suoi pazienti. La nostra esperienza ci dice che questa posizione organizzativa è poco funzionale ad un servizio per le tossicodipendenze. In particolare per il paziente in condizione di comorbidità sarà difficile ottenere una cura per ciascuno dei suoi aspetti patologici. In questi casi viene prevalentemente utilizzato il modello "sequenziale": *prima ti curo una cosa, poi ti mando dal collega che ti cura l'altra cosa!*

Nella posizione integrata, sicuramente più valida, esistono due varianti: quella gerarchica, (in cui v'è un professionista molto forte -medico o psicologo- che distribuisce in maniera chiara e precisa i compiti agli altri operatori, definendo obiettivi intermedi e facendo verifiche dei risultati) e quella a gerarchia diffusa, che potrebbe essere definita anche multimodale, in cui il lavoro viene programmato e discusso insieme, fra tutti gli operatori, che hanno pari dignità e che possono anche svolgere le loro funzioni in maniera interscambiabile. Nel gergo corrente dei ser.t. questo tipo di approccio viene definito "accogliente" di marca paterna quando v'è una forte gerarchia e di marca materna quando la gerarchia è diffusa.

Infine viene la tecnica vera e propria.

Se il profilo giusto del paziente tossicodipendente è quello descritto nel paragrafo sulla psicopatogenesi, il setting per curarlo dovrà essere necessariamente di tipo nutritivo. Non si può togliere l'aria da respirare alle persone, o il sangue per nutrire il feto. Per un tossicodipendente gli oppiacei valgono come l'aria. Sono indispensabili, almeno fino a

che non riescono a respirare altra aria più pulita. Il setting dovrà tendere all'ordine, cioè alla rigidità dei tempi e delle gerarchie istituzionali. Ma ve lo immaginate un bambino di tre mesi che non urla quando ha fame? E una madre che rimprovera quel bambino e gli spiega che non è ancora giunta l'ora della pappa in base agli schemi forniti dal pediatra? All'inizio del rapporto è indispensabile tollerare le intemperanze del paziente. Bisogna accettare che egli sia incostante nel prendere le sue cure, irrispettoso, se non dispettoso, verso gli operatori, invadente e rumoroso. Non credo che questi atteggiamenti possano essere considerati delle normali "resistenze" al cambiamento. Ritengo, piuttosto, che essi rappresentino la totale mancanza nel tossicodipendente di valori come il "confine", la "regola", il "dovere". Questi valori non possono essere inculcati con la forza. Quando ci proviamo, ricorrendo all'esercizio del nostro potere o al ricatto tipo "se fai il bravo ti do il metadone", i pazienti scappano via spaventati e poi tornano quando l'appetito si fa più forte della paura. Un buon setting deve essere abbastanza tollerante per non spaventare i pazienti; ma anche abbastanza rigido perchè sarà proprio quella paura l'occasione per stimolare la crescita dall'interno (e non l'innesto forzato) dei valori mancanti. Nei primi mesi di trattamento è indispensabile essere in grado di ricevere il paziente quando lui lo chiede e non quando è stato fissato l'appuntamento. All'inizio i colloqui non possono durare che qualche minuto, giusto il tempo per incuriosire il paziente sulla possibilità di trovare dentro di sé risorse linguistiche, prima ancora che affettive, mai utilizzate. Il "nutrimento" del paziente, inizialmente, non sarà solo farmacologico e cognitivo. Sarà necessario anche fornire concretamente un accompagnamento nutrimento nel mondo, fornendogli assistenza sociale, protezione legale, insegnamenti vari. Ciò significa che il setting psicoterapeutico non può riguardare solo lo psicoterapeuta con l'iscrizione all'elenco dei professionisti autorizzati ad esercitare questa professione. Il setting riguarda tutti gli operatori che devono muoversi all'interno di un sistema che, dal momento della prima accoglienza a quello della dimissione, deve essere governato da un'attenta regia di tipo psicoterapeutico. Solo in seguito verrà il tempo della maturità e allora, all'interno di un setting finalmente molto organizzato, come quello di uno studio psicoanalitico, si potranno affrontare temi come lo svezzamento dal metadone e la promozione dell'autonomia.

La regia del servizio di assistenza ai tossicodipendenti

L'organizzatore di un servizio di assistenza ai tossicodipendenti deve avere, perciò, una specifica capacità di coordinare ed integrare fra loro le professionalità di operatori che, all'origine, portano culture ed esperienze anche molto diverse. Noi non sosteniamo che anche il "buongiorno" detto al paziente ha un valore terapeutico, ma sicuramente il modo con cui il saluto viene offerto può influenzare tutto il lavoro che viene dopo. Ovviamente non è il caso di investire di responsabilità terapeutica anche l'usciera, ma questa deve sentirsi parte integrante di un sistema terapeutico, deve poter riferire le proprie impressioni ed emozioni a qualcuno della équipe. La comunicazione può essere fatta per via gerarchica e, per la stessa via possono giungere all'usciera delle indicazioni comportamentali da seguire. Oppure l'usciera in un determinato spazio\tempo, espressamente dedicato alla riunione di équipe, può esprimersi, insieme ai suoi colleghi, anche con il "primario". E, soprattutto, può formulare le sue ipotesi e verificare che lui è, sì, un usciere, ma uno di quelli che governano un uscio particolarmente importante. La riunione di équipe è il momento in cui gli operatori si incontrano, si parlano, si interrogano e si organizzano per il prossimo futuro. E' anche il momento in cui si rassicurano o si rinforzano sul proprio ruolo e sulle proprie responsabilità. Per certi versi è un momento di autoterapia della équipe, che, a seconda del grado di integrazione e coesione esistenti, potrà spaziare da una più semplice funzione di verifica e controllo degli obiettivi del lavoro ad una più complessa funzione di condivisione ed analisi emotiva della relazione con il paziente, fino al governo delle dinamiche di gruppo all'interno della équipe stessa.

I gruppi di lavoro non sono spontanei: essi vengono definiti da situazioni contingenti che portano alcune persone dotate di differenti competenze a lavorare nello stesso posto. E' già molto importante che ciascuna di loro sappia quale specifica funzione deve svolgere; tanto meglio se riesce a farlo evitando di sovrapporsi o di opporsi ai colleghi. Una riunione di équipe condotta da un buon "regista" avrebbe questa prima funzione. Se poi si riesce ad assegnare ad ogni operatore un obiettivo da raggiungere con l'utente, la riunione di équipe sarebbe il posto ideale in cui verificarlo, anche per mostrare direttamente le ricadute dei propri interventi sull'attività degli altri. Infine, se è stata raggiunta una buona maturità professionale, si può anche analizzare la dinamica del gruppo di

lavoro. Il leader deve cercare il miglior clima organizzativo possibile. Cioè deve fare in modo che eventuali attriti o conflitti fra operatori o fra istituzioni non si riversino sulla relazione con il paziente. Deve anche assicurarsi che non si verifichino casi di transfert e controtransfert problematici, specialmente per gli operatori meno maturi dal punto di vista professionale. Si pensi, per esempio, a quei pazienti socialmente deteriorati, senza famiglia, che nel servizio cercano anche un soddisfacimento dei bisogni primari. Per loro sarà facilissimo traslare (cioè fare un transfert) di emozioni e sentimenti da quella che dovrebbe essere stata loro madre ad un'infermiera particolarmente dolce e disponibile. Quest'ultima, se non è ben protetta da una solida formazione professionale e da una compatta equipe, potrebbe fare un controtransfert collusivo: cioè potrebbe sinceramente affezionarsi e innamorarsi di quei pazienti creando delle situazioni speciali. Il transfert iniziale potrebbe evolversi in un transfert erotizzato, in cui il paziente potrebbe convincersi di poter intrattenere una relazione intima con l'infermiera; una parte della equipe, in conflitto per un motivo qualsiasi con quell'infermiera, potrebbe assistere a queste dinamiche transferali come se esse derivassero da qualche maliziosa intenzione o perversione dell'infermiera. E' evidente che se una simile situazione non venisse adeguatamente affrontata, si svilupperebbero gravi rischi per la qualità delle prestazioni offerte al paziente, ma anche per la sicurezza degli operatori. L'ulteriore evoluzione di un transfert erotizzato potrebbe essere un transfert violento! Il setting psicoterapeutico serve a contenere e governare tutto questo. Il setting di un servizio per l'assistenza ai tossicodipendenti può essere considerato come l'insieme delle regole di tutto il servizio. La prima regola dovrebbe essere che il luogo ed il momento per le comunicazioni di e fra tutti gli operatori sono la riunione di équipe. Questa dovrebbe, a sua volta, rispettare le sue regole, che così, brevemente, schematizziamo:

- La partecipazione è aperta a tutti gli operatori;
- La partecipazione non è obbligatoria per alcuno, ma la mancata partecipazione di qualcuno rappresenta obbligatoriamente un motivo di riflessione per il gruppo o, quanto meno per il suo responsabile;
- Il responsabile del gruppo dovrebbe essere il responsabile della équipe o persona da lui direttamente designata;
- La disposizione dei partecipanti dovrebbe essere tale da facilitare ogni flusso comunicativo; si preferisce la disposizione circolare;

- La frequenza delle riunioni dovrebbe essere più o meno settimanale; gli orari di inizio e, soprattutto, di fine della riunione devono essere rispettati;
- L'ordine del giorno non è previsto; all'inizio della riunione si aspetta che qualcuno prenda l'iniziativa di parlare. Di qualsiasi cosa.
- Il responsabile del gruppo si comporta un po' come un moderatore: se gli argomenti spontaneamente proposti non sono attinenti con il lavoro, cerca di orientare la discussione chiedendo al gruppo se ritiene che essa sia pertinente con la situazione. Successivamente dovrà utilizzare tutta la sua competenza psicoterapeutica per far venire a galla le dinamiche esistenti nel gruppo.
- La verbalizzazione non è prevista, ma se qualcuno desidera farla non sarà inibito. Naturalmente dovrà essere analizzato perché qualcuno sente quel bisogno.
- Il gruppo non delibera decisioni e regole, la cui competenza resta al responsabile del servizio, ma condivide processi di pensiero e di emozioni.

Se il gruppo funziona il paziente, dal momento in cui attraversa l'uscio del servizio, per passare all'accettazione, per proseguire nella sala d'attesa, per poi trasferirsi nel bagno per il prelievo dei campioni urinari, per poi recarsi a ricevere la terapia farmacologia, per consultare l'assistente sociale sui suoi problemi di integrazione nella società, per poi andare alla visita medica, per incontrare l'educatore dell'atelier di ergoterapia, per passare dallo psicologo per un consiglio esistenziale e poi, infine, per andarsene via, incontrerà tante persone diverse che, nei suoi confronti, saranno preparate ed emotivamente predisposte in maniera abbastanza omogenea. In questo modo il servizio, nella sua globalità, diventa psicoterapeutico.

La psicoterapia nelle comunità terapeutiche

La psicoterapia resta tale in qualsiasi contesto essa venga praticata. Nella comunità terapeutica valgono gli stessi principi, le stesse regole e le stesse tecniche fin qui descritte. C'è solo una complicazione: gli operatori di comunità condividono gran parte della quotidianità con i loro clienti. In queste condizioni il setting diventa molto meno rigido e, perciò, meno protettivo per l'operatore e meno valido per garantire la qua-

lità terapeutica. Due esempi estremi possono illustrare i principali pericoli che si corrono (che poi sono gli stessi che si corrono in ogni contesto psicoterapeutico, solo che in comunità sono amplificati). Il primo esempio potrebbe essere quello dell'operatore che si difende poco o nulla. Egli rischia molto di colludere con i suoi pazienti e di lasciarsi fortemente coinvolgere dalle istanze emotive del paziente. Facilmente potrebbe innamorarsi o, al contrario, esageratamente adirarsi. Il secondo esempio è quello dell'operatore che si difende troppo e che, per compensare l'esagerata vicinanza ai suoi clienti, erge delle barriere psicologiche, come evitare i colloqui con i pazienti in nome del setting, o utilizzare complessi rituali comunicativi.

In un contesto ambulatoriale si deve iniziare il rapporto psicoterapeutico con molta elasticità e, perciò, si tende a consentire al paziente di gestire gli orari in maniera abbastanza libera e gli si consente anche di rivolgersi ai curanti in maniera abbastanza creativa. Con il passare del tempo e con il consolidarsi della relazione terapeutica si tenderà, poi, a irrigidire le regole.

In comunità avviene il contrario. Le regole devono essere rigidamente applicate sin dall'inizio e si fa leva sulla parte dell'IO del paziente che funziona meglio. Ciò può avvenire, però, solo se il paziente è ben selezionato: cioè motivato e abbastanza maturo per affrontare un lavoro di profonda introspezione e di promozione di crescita (e non di cambiamento). Più il paziente matura e più il suo setting può ammorbidirsi.

Molto spesso capita che i pazienti vengano accolti in comunità per esigenze di carattere sociale, quali la necessità di offrire un tetto a chi non ce l'ha, o, peggio, di offrire un'alternativa a chi rischia di perdere la libertà o la famiglia. Questi sono interventi che hanno sicuramente una grande utilità, ma che non hanno niente a che vedere con la psicoterapia. Anche la speranza che l'occasione particolare crei una nuova chance di cura appartiene al mondo dei desideri e non a quello della scienza!

L'operatore della comunità se desidera rimanere nel mondo reale e non in quello dei sogni, ove rischia di innamorarsi della persona sbagliata, di coinvolgersi in vicende umane che non lo riguardano, di esprimere il peggio di sé, di disamorarsi del suo lavoro, deve fare esattamente ciò che fa l'operatore ambulatoriale, il quale, a sua volta, corre esattamente gli stessi rischi: un gruppo di lavoro per la cogestione dell'ansia, ovvero per la supervisione delle dinamiche umane nell'ambito lavorativo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pani L., Sanna A.M., Porcella A.: Neurochimica del sistema dopaminergico mesolimbico-corticale nella doppia diagnosi. In: Scientific Press. La Doppia Diagnosi Disturbi Psichiatrici e Dipendenza da Sostanze. Paolo Pancheri, Firenze, 2002; pp.49-78
- 2.- Maremmani I., Balestri C., Signoretta S., Liguori A., Pieraccini F., Castrogiovanni P.: Impiego clinico degli psicofarmaci nei disturbi di personalità. In: Pacini Editore. Manuale di neuropsicofarmacoterapia Psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Icro Maremmani (a cura di), Pisa,2001; pp. 323-339
- 3.- Bonfiglio G., Verginelli S.: A personality study on 1920 drug addicts. In: Arfi research. Addictive drugs and addictive states. The State of the Art. Mannaioni P.F., Masini E. Padova, 1992; pp.133-136
- 4.- Giannotti F.C.: Introduzione. In: Regione Emilia Romagna, Dipartimento Sicurezza Sociale, Studi e Documentazioni. "La memoria del divenire". Franco C. Giannotti (a cura di), Faenza 1992; pp.9-12
- 5.- Bettelheim B.: "Il prezzo della vita". Bompiani, Milano, 1976
- 6.- Brown D., Pedder J.: "Introduction to psychotherapy. An outline of psychodynamic principles and practice". Tavistock Publication, London, 1979
- 7.- Minguzzi G.F. (a cura di): "Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico". Franco Angeli, Milano, 1986
- 8.- Freud S.: "La psicoanalisi come scienza empirica". In "Opere", Boringhieri
- 9.- Kaltenbach K.: "Drug abuse treatment issues in women". Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2004 Annual Meeting; May 1-6, 2004; New York, NY. Symposium 85.
- 10.- Howard M.: "When Health Professionals Abuse Drugs and Alcohol: Personal Problems and Public Health Consequences" Medscape Public Health & Prevention 06/29/2004

Farmacoterapia nella comorbidità psichiatrica con disturbi da uso di sostanze: una revisione della letteratura

Guido Di Sciascio, Apostolos Papazacharias, Salvatore Calò

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche
Università di Bari

Introduzione

L'approccio terapeutico nei pazienti con doppia diagnosi di "abuso di sostanze e disturbi mentali" varia a secondo delle sostanze, della specifica comorbidità psichiatrica, della disponibilità di sistemi di supporto psicosociali e delle caratteristiche individuali del paziente.

Le sostanze di abuso più comunemente usate sono l'alcool e la cannabis, ma anche le amfetamine, la cocaina e gli oppioidi sono di uso piuttosto frequente.

In generale il trattamento dell'abuso di sostanze coinvolge due principali obiettivi terapeutici. Il primo è l'astinenza dalla sostanza: pochi pazienti riescono a passare da un quadro di abuso ad uno di uso moderato, nella maggioranza dei tossicodipendenti l'astinenza completa è il solo modo per controllare il problema. Il secondo obiettivo è il raggiungimento del benessere psico-fisico del paziente.

La dipendenza da sostanze come pure i disturbi mentali hanno una eziopatogenesi multifattoriale: elementi biologici, ambientali, culturali

e psicologici interagiscono nel determinare il quadro psicopatologico dei pazienti. La stretta correlazione fra i disturbi mentali e l'uso o l'abuso di sostanze ci suggerisce di affrontare la questione della doppia diagnosi come un problema unico.

Nella società moderna, il paziente ha a sua disposizione una intera rete di operatori e di strutture specializzate nel trattamento di tali problematiche. Infatti, oltre alla terapia psicofarmacologica, che tratteremo in questo capitolo, è fondamentale sottolineare anche l'importanza del supporto psicologico nella gestione a lungo termine dei pazienti con doppia diagnosi.

ALCOOL E DOPPIA DIAGNOSI

L'abuso e la dipendenza da alcool sono attualmente i più comuni disturbi da abuso di sostanze psicoattive. Si calcola che in Italia gli alcool-dipendenti siano circa 1.000.000, mentre 4.000.000 sono i potenziali alcool-dipendenti, in totale il 10% della popolazione. Negli ultimi anni gli studi condotti in campo neurobiologico hanno evidenziato il coinvolgimento di quattro neurotrasmettitori implicati nell'alcoolismo: glutammato, serotonina, dopamina e oppiacei. I farmaci attualmente più utilizzati per la terapia dell'alcoolismo sono il disulfiram, l'acamprosate, il naltrexone e l'acido gamma-idrossibutirrico. Il primo appartiene alla categoria dei revulsivanti, il secondo e il terzo agli antidipsotropi e l'ultimo agli anti-craving. Attualmente sono in fase di studio altri farmaci, come il nalmefene e l'ondansetron che sembrerebbero possedere una specifica azione terapeutica.

Nella doppia diagnosi vengono inoltre impiegati alcuni farmaci di comprovata efficacia nel trattamento di alcune patologie mentali come: gli SSRI, gli stabilizzatori dell'umore, le benzodiazepine, il buspirone, il trazodone, ed altri.

Astinenza

Il **disulfiram**, uno dei primi farmaci impiegati nella terapia dell'alcoolismo, ha un meccanismo d'azione che si basa sul condizionamento negativo. Attraverso l'inibizione dell'enzima aldeide-deidrogenasi, il disulfir-

ram è in grado di provocare, anche dopo l'assunzione di un solo bicchiere, una reazione tossica per l'accumulo di acetaldeide nel torrente circolatorio. Tale reazione determina la comparsa di una serie di effetti indesiderati come arrossamento, sensazione di calore al volto, agli arti superiori e al torace ed ancora nausea, vomito, sete, diarrea, ipotensione e vertigini. Questi sintomi si presentano quasi immediatamente dopo l'assunzione di alcool e durano fino a 30 minuti. Lo scopo del trattamento con disulfiram è quello di condizionare l'individuo a non assumere più alcoolici. Purtroppo questa sintomatologia spiacevole è anche la causa della sua bassa compliance. Alcuni pazienti inoltre persistono ad assumere alcool malgrado la terapia con il disulfiram, esponendosi quindi ad un rischio maggiore di reazioni alcool-disulfiram. Per tali motivi è necessario che la sua prescrizione sia limitata a pazienti fortemente motivati come anche un attento follow-up dal parte del medico. Attualmente a causa del rischio di reazioni alcool-disulfiram gravi (perfino fatali) il farmaco è meno usato che in passato.

L'**acamprosate** (calcium acetylhomotaurinate) è tra i farmaci più recenti nel trattamento della dipendenza da alcool, con un meccanismo d'azione che si basa sull'inibizione gluttamatergica, l'aumento della trasmissione GABAergica e sulla modulazione dei canali del calcio.

Il suo effetto terapeutico sembra essere quello di bloccare il craving negativo degli alcool-dipendenti (Mann K., 2004) e di diminuire le pseudo-crisi (pseudo-withdrawl) (Littleton J., Zieglgansberger W., 2003) durante il periodo di astinenza; entrambi importanti fattori predittivi del rischio di ricadute.

Lo studio di Graham R. et al. (2002) ha messo in evidenza l'importanza dell'acamprosate nel miglioramento di diversi parametri nella terapia dell'alcoolismo: tempo di prima assunzione, tasso di astinenza totale e durata di astinenza cumulativa; è pertanto considerato un farmaco con alta compliance. La diarrea è l'effetto collaterale più frequente.

Il **naltrexone** è un potente antagonista dei recettori oppiacei, che sembrerebbe in grado di bloccare gli effetti rinforzanti degli oppiacei endogeni sullo stimolo all'assunzione di alcool. Nello studio (Graham R. et al. 2002) sopramenzionato il naltrexone presenta un miglioramento significativo nel "tempo di prima ricaduta", nel "tempo di primo episodio di ubriachezza" (forte assunzione di alcool), nella "durata di astinenza cumulativa" e nel "numero di bicchieri assunti". Gli effetti collaterali più riscontrati sono: cefalea, mal di schiena, nausea e anoressia.

Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi studi sull'efficacia, sul meccanismo d'azione e sulle interazioni del disulfiram, dell'acamprosate e del naltrexone.

Alcuni studi hanno verificato l'importanza dell'acamprosate nella terapia dell'alcolismo (Kiritze-Topor P. et al., 2004; Soyka M., Chick J., 2003) come anche il miglioramento dei risultati di laboratorio ad essa correlati (es. g-glutamyl-transferasi) (Graham R. et al., 2002). Tuttavia Chick J. et al. (2000) smentiscono la sua utilità evidenziando un basso effetto terapeutico ed una scarsa compliance. I limiti di tale studio sono rappresentati dal fatto che l'inizio del trattamento era intorno al 25° giorno dopo l'ultima assunzione di alcool e che il 32% dei pazienti aveva già avuto una ricaduta.

L'utilità del naltrexone nella terapia dell'alcolismo viene evidenziata da un numero più limitato di studi (Carmen B. et al., 2004; Rubio G. et al., 2001). Uno studio della Cochraine Review (Srisurapanont M., Jarusuraisin N., 2002) sottolinea che l'azione terapeutica del naltrexone si mantiene fino al 6° mese dopo il completamento della terapia e non oltre. Tali risultati vengono riportati anche da Graham (2002) e da Batel B. (1995) che sottolineano la più breve durata d'azione del naltrexone rispetto all'acamprosate. Comunque Rubio G. et al. (2001) mettono in evidenza i migliori effetti del naltrexone nei confronti dell'acamprosate sui seguenti parametri: 1) tempo di prima assunzione 2) tempo di prima ricaduta 3) numero cumulativo di giorni di astinenza 4) severità del craving e giorni di ubriachezza (forte assunzione di alcool). Dall'altra parte, in letteratura esistono studi che mettono in discussione l'utilità del naltrexone (Mann K., 2004; Soyka M., Chick J., 2003). Per quanto riguarda gli effetti collaterali e conseguentemente la compliance, sembra che l'acamprosate sia meglio tollerata dai pazienti rispetto al naltrexone (Melchior JA., Hoes JM., 1999). Tuttavia, Carmen B. et al. (2004) sostengono che nonostante il naltrexone abbia più effetti collaterali ciò non riduce la sua compliance, che risulta uguale a quella del acamprosate.

Graham R. et al. (2002) sottolineano la scarsa maneggevolezza del naltrexone negli epatopatici e nei pazienti con dolore cronico in terapia con oppiacei, a causa dell'interazione con esso. Per tali motivi, si consiglia in questi pazienti l'uso di analgesici non oppioidi, come i FANS, e metodiche anestesiolgiche in grado di limitare tale interazione, come l'anestesia locale o regionale.

Secondo Mason BJ. et al. (2002), la somministrazione contemporanea dell'acamprosate e del naltrexone determina migliori risultati in termini

di efficacia, senza incrementare il rischio di effetti collaterali. Tale sinergismo è conseguenza dell'aumento dell'assorbimento intestinale dell'acamprosatate (33%), indotto dal naltrexone. L'associazione vantaggiosa viene riportata anche da Soyka M e Chick J. (2003), mentre Stromberg MF. (2001) sostiene che i due farmaci somministrati insieme non ottengano risultati migliori rispetto alla monoterapia. In più, Besson J. et al (1998) riporta l'aumento dell'efficacia dell'acamprosatate quando somministrato con disulfiram.

Moncini M. et al. (2003) hanno studiato l'effetto del acido **gamma-idrossibutirrico (GHB)** sull'astinenza da alcool. I risultati evidenziano una riduzione dei sintomi nel 55% dei pazienti, una riduzione del craving maggiore rispetto alla terapia con placebo e in più l'assenza di importanti effetti collaterali. Il GHB possiede un'azione di stimolo sui recettori dopaminergici e serotoninergici ipotalamici, ippocampali e diencefalici, che riduce la compulsione al bere. Essendo un metabolita del GABA, riduce inoltre i sintomi dell'astinenza, come tremori, sudorazione, ansia, nausea ed irrequietezza.

Un altro farmaco poco usato nella terapia dell'alcoolismo è il **nalmefene**, strutturalmente simile al naltrexone e che rispetto a quest'ultimo presenta una maggiore biodisponibilità, assenza di epatotossicità, maggiore durata d'azione e maggiore capacità di legame ai sottotipi recettoriali selettivi degli oppiacei. Il nalmefene sembra, inoltre, più efficace nel prevenire le ricadute nell'alcoolismo grave con effetti collaterali accettabili per i pazienti. Tuttavia, il suo impiego è limitato quasi esclusivamente nell'ambito di trials clinici (Mason BJ., 1999; Mann K., 2004). Secondo Johnson BA. et al. (2000) anche l'**ondasetron**, antagonista serotoninergico 5-HT₃, sembra dare risultati positivi nel trattamento dell'alcoolismo ed in particolare dell'alcoolismo precoce (Johnson BA., 2003). Il suo meccanismo d'azione sembrerebbe basarsi sulla modulazione del rilascio di dopamina nella via mesolimbica-mesocorticale. L'utilità dell'ondasetron, sebbene in associazione al naltrexone, viene riportata anche da Ait-Daoud N. et al. (2001). Al momento però i dati risultano insufficienti per un suo possibile impiego nella pratica clinica.

Disturbi dell'umore

I farmaci che attualmente presentano i migliori risultati, in termini di

efficacia, nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi, alcoolismo e alterazioni dell'umore, sono: gli SSRI, tra gli antidepressivi, la carbamazepina, il divalproato sodico ed il litio, tra gli stabilizzanti dell'umore.

Sebbene in letteratura vi siano dati contraddittori circa l'efficacia degli **SSRIs**, essi sono diffusamente utilizzati nei pazienti affetti da depressione e alcoolismo cronico.

Secondo Garbutt J. (1999) gli SSRI non presentano una evidente efficacia nel trattamento dell'alcoolismo, mentre secondo Mann K. (2004) la loro efficacia sembrerebbe derivare dal miglioramento della sintomatologia depressiva.

Altri studiosi come Rossinofosse C. et al. (2000) sostengono invece che gli SSRI, nella terapia dell'alcoolismo, non agiscono come antidepressivi ma riescono a esercitare un effetto terapeutico vero e proprio, riducendo il desiderio di assumere alcoolici, migliorando il "craving" e riducendo la frequenza di ricadute. È stato infatti osservato un miglioramento pari al 15-20% negli alcoolisti senza comorbidità depressiva, che può essere interpretato solo come effetto diretto degli SSRI sull'alcoolismo. Alcuni lavori recenti hanno confermato l'importanza dei sistemi serotoninergici, 5-HT₃ e 5-HT₂, nella patogenesi dell'alcoolismo (McBride WJ. et al., 2004) e hanno dato, quindi, una spinta ulteriore all'impiego degli SSRI. Fra gli SSRI quelli più comunemente impiegati sono: la sertralina, la fluoxetina, il citalopram, la fluvoxamina e il zimeldine.

Pettinati HM. (2001), Anton RF., Swift RM. (2003) e Dundon W. et al. (2004) hanno rilevato come la risposta nei confronti degli SSRI possa variare in base al tipo di alcool-dipendenza. Per esempio, Dundon W. et al. (2004), confrontando la sertralina (200 mg/day) con placebo, evidenziano un miglioramento degli esiti di "outcome" nell'alcolismo di tipo A (lower risk/severità) rispetto al tipo B (higher risk/severità).

La **sertralina** sembrerebbe inoltre determinare un più basso numero di ricadute, un miglioramento superiore dell'umore deflesso e della qualità della vita rispetto al placebo (Gual A. et al., 2003). Gli stessi risultati vengono riportati anche da Moak DH. et al. (2003).

La **fluoxetina** sembrerebbe possedere un buon effetto terapeutico sia nel trattamento della depressione che nel consumo di alcool, e, nel confronto con placebo, sembrerebbe determinare il miglioramento di entrambe le sintomatologie anche a distanza di 1 anno di tempo (Cornelius JR et al., 1997, 2000, 2001). Tuttavia, secondo Batel P. (1995) e Schaffer

A., Naranjo CA. (1998) gli SSRI dovrebbero essere considerati farmaci con effetto terapeutico di breve durata.

Secondo Bayard M. et al. (2004) la **carbamazepina** risulta essere una utile alternativa in pazienti affetti da moderate o lievi forme di astinenza come anche negli episodi epilettici (Wolanczyk T et al., 1997). La carbamazepina è stata confrontata con una delle benzodiazepine più utilizzate nell'astinenza, il lorazepam (Malcolm R et al, 2002), e si è visto che la carbamazepina presentava un migliore effetto terapeutico, inteso come numero di bicchieri/gg durante la terapia. I pazienti trattati con lorazepam presentavano una media di 3 bicchieri/gg, invece quelli trattati con carbamazepina avevano una media pari a 1. Inoltre nei pazienti con un passato di multi-intossicazione trattati con carbamazepina la media di bicchiere/gg rimaneva ad un livello basso (meno di 1 bicchiere/gg), invece per il lorazepam la media peggiorava con un valore di 5 bicchiere/gg circa. In fine, dopo il termine della terapia, il rischio di ricaduta risultava 3 volte superiore nei pazienti in trattamento con lorazepam, rispetto a quelli con carbamazepina.

In uno studio effettuato su un campione di 16 pazienti (Longo LP., 2002), si è osservata una riduzione maggiore del tempo di scomparsa dei sintomi dell'astinenza nei pazienti in trattamento con **acido valproico**, rispetto al trattamento con benzodiazepine. L'acido valproico, inoltre, presenta un minor rischio di sinergismo con l'alcool e di effetti collaterali della sfera cognitiva-psicomotoria e quindi un minor pericolo di dipendenza, eminente nella terapia con benzodiazepine. In più, la sua associazione con le benzodiazepine è risultata utile nella terapia a lungo termine.

La carbamazepina e l'acido valproico risultano però controindicati nel trattamento di alcolisti con patologie epatiche ed ematologiche, in questi casi possono essere utili il **gabapentin** e il **vigabntrin** che presentano un analogo profilo d'efficacia senza la tossicità dei primi due (Malcolm R. et al, 2001).

Il **litio**, sperimentato in più studi (Garbutt JC et al, 2000; Batel P, 1995), non sembra risultare efficace nel trattamento delle dipendenze da alcool, se non nella cura dei disturbi dell'umore sottostanti. È indubbio, comunque, che il miglioramento del tono dell'umore determini un miglioramento dello stato di alcool-dipendenza.

Ultimamente Rubio G. et al. (2004) hanno proposto l'uso del **topiramato** che, somministrato in un campione di 24 pazienti con doppia diagnosi

di alcolismo e disturbo bipolare per un periodo di tempo di 12 settimane, ha evidenziato una risposta soddisfacente ed una buona compliance (solo 3 dropouts). Tali dati risultano però incompleti a causa del mancato confronto con placebo.

Disturbi d'ansia

Nella comorbilità fra alcolismo e disturbi d'ansia le terapie più diffuse sono a base di benzodiazepine e buspirone.

Le benzodiazepine vengono utilizzate ampiamente nella terapia dell'alcolismo e specialmente nella terapia dell'astinenza, del delirium tremens e degli attacchi epilettici (Mayo-Smith MF., 2003) Quelle più utilizzate sono il diazepam, il lorazepam, halazepam, l'oxazepam e il clordiazepossido. Secondo Anne M. Holbrook et al. (1999) la loro efficacia è comunque superiore ad altri farmaci recentemente impiegati nel trattamento dell'alcool-dipendenza, come i b-bloccanti, la carbamazepina e la clonidina, e dovrebbero continuare ad essere la terapia di prima scelta nel trattamento dell'astinenza. A supporto di tale affermazione, in una meta-analisi realizzata da Holbrook AM et al. (1999), si evidenzia come la differenza negli effetti collaterali e nel numero di abbandoni dalla terapia (dropout) sia irrilevante nel trattamento con benzodiazepine rispetto al trattamento con beta-bloccanti, carbamazepina e clonidina.

In un altro studio (Sellers EM et al., 1976) si è osservata una efficacia superiore delle benzodiazepine nell'alleviare i sintomi dell'astinenza rispetto al placebo, durante i primi 2 giorni di terapia.

Daeppen JB. et al. (2002) hanno esaminato due strategie di impiego delle benzodiazepine nel trattamento dell'astinenza: 1) al bisogno, prima della comparsa dei sintomi dell'astinenza (symptom-triggered), 2) ogni 6 ore, con ulteriori dosaggi al bisogno (fixed-schedule). I risultati hanno messo in evidenza che il primo metodo è più conveniente, meno costoso, con un dosaggio di benzodiazepine significativamente inferiore e con una durata di terapia più breve. Gli stessi risultati sono riportati anche Jaeger TM. (2001), il quale evidenzia, inoltre, che gli episodi di delirium tremens sono nettamente inferiori con la terapia symptom-triggered.

Fra le DZ quelle in assoluto più utilizzate nella terapia del delirium tremens sono il clordiazepossido, il diazepam e il lorazepam. Secondo

David Hersh et al. (1999), il lorazepam rappresenterebbe la scelta migliore in quanto meglio assorbito (disponibilità I.M.) e senza metaboliti attivi.

Uno dei limiti nel trattamento con le benzodiazepine è rappresentato dalla loro difficile gestione nei pazienti anziani, tanto più che le complicanze dell'alcolismo come del delirium, dell'epilessia e dei disturbi cognitivi come pure la frequenza degli effetti collaterali aumentano con l'età. Kraemer KL. et al. (1999) sostengono che le formulazioni short-acting (oxazepam e lorazepam) siano più raccomandate per i pazienti anziani, al fine di evitare l'effetto sedativo dei long-acting, sebbene siano meno efficaci nel controllare gli attacchi epilettici e presentino una probabilità più alta di discontinuità dell'effetto terapeutico. Per tali motivi viene consigliato un attento follow-up degli anziani durante il periodo di astinenza.

Gillman MA., Lichtigfeld FJ. (2002) hanno confronto l'efficacia di una dose di benzodiazepine con l'**ossido nitrico** (PAN) durante la fase acuta dell'astinenza, in un campione di 23 pazienti. L'ossido nitrico è risultato molto più efficace dopo circa 120 minuti dall'assunzione.

Bayard M et al. (2004) propongono la somministrazione, in associazione, di **aloperidolo** o **clonidina** o **fenitoina** alla terapia con benzodiazepine, per una migliore gestione delle complicanze dell'astinenza.

Baumgartner GR. e Rowen RC. (1987), confrontando **clonidina** con **clordiazepossido**, hanno evidenziato come la clonidina presenti migliori valori di "alcohol withdrawal score", di pressione sistolica, un miglioramento dei parametri cardiovascolari e una minor frequenza di episodi di nausea e vomito. Tuttavia, l'analisi dei valori della Cognitive Capacity Screening Exam, della Hamilton Anxiety Rating Scale e della Self-Rating Scale non ha evidenziato differenze significative nei due gruppi. Secondo Kaplan (2001), sebbene la clonidina migliora l'iperattività simpatica, non è efficace nel trattamento del delirium e delle crisi epilettiche.

Il **buspirone** è un agonista parziale serotonirgico 5-HT_{1A}, proposto da diversi autori nel trattamento degli alcolisti con disturbi d'ansia (Johnson BA, 2003; Cornelius JR., 2003; Schaffer A., Naranjo CA., 1998; Malec TS., 1996). Alcuni studi evidenziano, inoltre, i suoi buoni risultati anche sul craving. Il buspirone inoltre, a differenza delle benzodiazepine, non si associa a fenomeni di astinenza o compromissione cognitiva, anche se rispetto a quest'ultime non presenta effetti immediati e bisogna attendere 2-4 settimane per ottenere una risposta clinica adeguata.

Delirium tremens (DT)

Nella terapia del DT si sono rivelati efficaci, oltre alle benzodiazepine, il propofol e il baclofen. Il **propofol** ha mostrato buoni risultati nel trattamento dei pazienti con DT refrattari alle benzodiazepine (Coomes TR., Smith SW., 1997; McCowan C., Marik P., 2000).

Addolorato G. et al. (2003) riportano un caso di DT trattato con successo mediante somministrazione di **baclofen**, un agonista dei GABA_B recettori.

Epilessia

L'epilessia è una patologia frequente negli alcolisti, con un'incidenza tre volte superiore rispetto alla popolazione generale. La terapia più incisiva sembrerebbe essere rappresentata dal lorazepam.

In uno studio, condotto da D'Onofrio G. et al. (1999), è stata valutata l'efficacia preventiva del lorazepam rispetto al placebo nell'insorgenza dell'epilessia in pazienti alcolisti. I risultati di tale studio riportano che solo il 3% dei pazienti in terapia con lorazepam presentava un episodio epilettico, mentre la percentuale raggiunge il 24% nei pazienti trattati con placebo. Inoltre gli attacchi epilettici risultavano molto più gravi nel gruppo trattato con placebo (42% ricoverati) rispetto al gruppo trattato con lorazepam (29% ricoverati). In fine, 9 fra i pazienti in terapia con placebo, sono stati ricoverati in un Dipartimento di Emergenza per un secondo episodio di epilessia 48 ore dopo la loro dimissione, mentre nella terapia con lorazepam solo 1 di loro.

Hillbom M. et al. (2003) confrontando il **lorazepam** con la **fenitoina** nella prevenzione primaria e secondaria dell'epilessia nell'alcolismo, hanno osservato la stessa efficacia in termini di prevenzione primaria ma non in quella secondaria, dove la fenitoina non ha evidenziato alcuna influenza. Inoltre, secondo Mayo-Smith MF. (2003), sebbene la fenitoina migliori il quadro clinico generale dell'astinenza, risulta meno efficace rispetto alle benzodiazepine nella terapia del DT e dell'epilessia.

Insomnia

Spesso i pazienti alcolisti, durante il periodo di astinenza, soffrono di insonnia. In uno studio, condotto da Le Bon O et al. (2003), è stato messo a confronto il **trazodone** contro placebo, in un campione di pazienti alcolisti che presentavano insonnia durante il periodo di astinenza. Utilizzando il polisonnografo, è stato rilevato un miglioramento del sonno, in termini di rendimento, sia dopo la prima somministrazione di trazodone, sia dopo un periodo di 4 settimane. Un miglioramento inteso, anche, come riduzione del numero di risvegli, del tempo intermittente dei risvegli e del sonno senza movimento rapido degli occhi. Il gruppo trattato con trazodone ha, inoltre, evidenziato esiti migliori sia sulla Hamilton Depression Rating Scale che sulla Clinical Global Impression.

Sindrome demenziale di Korsakoff-Wernicke

Recentemente nella terapia della sindrome demenziale di Korsakoff-Wernicke è stata valutata l'efficacia della **memantina**, un NMDA antagonista, da Rustembegovic A. et al. (2003). Lo studio è stato effettuato confrontandola con placebo, in un campione di 16 pazienti, con un dosaggio di 10 mg, 2 volte al gg., per un periodo di tempo di 28 settimane. Gli strumenti utilizzati sono stati: Clinical global impressions (CGI), Mini Mental Status Examination (MMSE) e ADCS-Activities of Daily Living scale (ADCS-ADL). I risultati hanno evidenziato che il gruppo trattato con memantina presentava un miglioramento significativamente superiore rispetto al gruppo con placebo, specialmente per quanto concerne la sfera cognitiva e funzionale. Anche sulla ADCS-ADL sono stati evidenziati migliori risultati, per i pazienti trattati con la **memantina**; inoltre la memantina presenta un buon profilo di tollerabilità.

È da più di 50 anni che la **tiamina** viene utilizzata nella terapia della sindrome di Korsakoff-Wernicke. Comunque il dosaggio non è stato ancora stabilito. Day E et al. (2004) hanno provato mediante 5 diversi dosaggi su 107 pazienti. I risultati dimostrano che ci sono differenze fra il dosaggio più basso di 5mg/day e quello massimo di 200mg/day, ma non fra il dosaggio di 5mg/day e gli altri dosaggi intermedi.

Mrazek M et al. (1999) riportano buoni risultati, nella terapia delle sindromi Korsakoff-Wernicke, con la somministrazione di **clonidina** in as-

sociazione con **fluvoxamina**.

Cook CC, Thomson AD. (1997) consigliano l'associazione dei **comples-si-B vitaminali**, attualmente poco utilizzati, alla terapia tradizionale.

Bibliografia

1)Mann K: Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data.

CNS Drugs. 2004;18(8):485-504.

2)Littleton J, Zieglgansberger W: Pharmacological mechanisms of naltrexone and acamprosate in the prevention of relapse in alcohol dependence. Am J Addict. 2003;12 Suppl 1:S3-11.

3)Graham R, Wodak AD, Whelan G: New pharmacotherapies for alcohol dependence. Med J Aust. 2002 Jul 15;177(2):102-3.

4)Kiritze-Topor P, Huas D, Rosenzweig C, Comte S, Paille F, Leher P: A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. Alcohol Alcohol 2004 Aug 10.

5)Soyka M, Chick J: Use of acamprosate and opioid antagonists in the treatment of alcohol dependence: a European perspective. Am J Addict 2003;12 Suppl 1:S69-80.

6)Chick J, Howlett H, Morgan MY, Ritson B United Kingdom Multi-centre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. Alcohol Alcohol 2000; 35: 176-187.

7)Carmen B, Angeles M, Ana M, Maria AJ: Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. Addiction 2004 Jul;99(7):811-28.

8)Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Palomo T: Naltrexone versus acamprosate: one year follow-up of alcohol dependence treatment. Alcohol Alcohol 2001 Sep-Oct;36(5):419-25.

9)Srisuranant M, Jarusuraisin N: Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD001867.

10)Batel P: The treatment of alcoholism in France. Drug Alcohol Depend 1995 Sep;39 Suppl 1:S15-21.

11)Melchior JA, Hoes JM Relapse prevention in alcoholics: a review of acamprosate versus naltrexone. Clin Drug Invest 1999; 17: 211-216.

12)Mason BJ, Goodman AM, Dixon RM, Hameed MH, Hulot T, We-

- snes K, Hunter JA, Boyeson MG: A pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interaction study of acamprosate and naltrexone. *Neuropsychopharmacology* 2002 Oct;27(4):596-606.
- 13)Stromberg MF, Mackler SA, Volpicelli JR, O'Brien CP: Effect of acamprosate and naltrexone, alone or in combination, on ethanol consumption. *Alcohol* 2001 Feb;23(2):109-16.
- 14)Besson J, Aeby F, Kasas A, Lehert P, Potgieter A: Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 1998 May;22(3):573-9.
- 15)Moncini M, Masini E, Gambassi F, Mannaioni PF: Gamma-hydroxybutyric acid and alcohol-related syndromes. *Alcohol* 2000 Apr;20(3):285-91.
- 16)Mason BJ, Salvato FR, Williams LD, Ritvo EC, Cutler RB: A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Aug;56(8):719-24.
- 17)Johnson BA, Roache JD, Javors MA , et al: Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284: 963-971.
- 18)Johnson BA: The role of serotonergic agents as treatments for alcoholism. *Drugs Today (Barc)* 2003 Sep;39(9):665-72.
- 19)Ait-Daoud N, Johnson BA, Prihoda TJ, Hargita ID: Combining ondansetron and naltrexone reduces craving among biologically predisposed alcoholics: preliminary clinical evidence. *Psychopharmacology (Berl)* 2001 Feb;154(1):23-7-20)Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT: Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence.*JAMA*. 1999 Apr 14;281(14):1318-25.
- 21)Rossinfosse C, Wauthy J, Bertrand J: SSRI antidepressants and alcoholism *Rev Med Liege* 2000 Nov;55(11):1003-10.
- 22)Naranjo CA, Bremner KE: Clinical pharmacology of serotonin-altering medications for decreasing alcohol consumption. *Alcohol Alcohol Suppl* 1993;2:221-9.
- 23)McBride WJ, Lovinger DM, Machu T, Thielen RJ, Rodd ZA, Murphy JM, Roache JD, Johnson BA: Serotonin-3 receptors in the actions of alcohol, alcohol reinforcement, and alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 Feb;28(2):257-67.
- 24)Pettinati HM: The use of selective serotonin reuptake inhibitors in treating alcoholic subtypes. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 20:26-31.

- 25)Anton RF, Swift RM: Current pharmacotherapies of alcoholism: a U.S. perspective. *Am J Addict* 2003;12 (Suppl 1):S53-68.
- 26)Dundon W, Lynch KG, Pettinati HM, Lipkin C: Treatment outcomes in type a and B alcohol dependence 6 months after serotonergic pharmacotherapy. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 Jul;28(7):1065-73.
- 27)Gual A, Balcells M, Torres M, Madrigal M, Diez T, Serrano L: Sertraline for the prevention of relapse in detoxicated alcohol dependent patients with a comorbid depressive disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol & Alcoholism* 2003; 6: 619-625.
- 28)Moak DH, Anton RF, Latham PK, Voronin KE, Waid RL, Durazo-Arvizu R: Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2003 Dec;23(6):553-62.
- 29)Cornelius JR, Bukstein OG, Birmaher B, Salloum IM, Lynch K, Pollock NK, Gershon S, Clark D: Fluoxetine in adolescents with major depression and an alcohol use disorder: an open-label trial. *Addict Behav* 2001 Sep-Oct;26(5):735-9.
- 30)Cornelius JR, Salloum IM, Haskett RF, Daley DC, Cornelius MD, Thase ME, Perel JM: Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study. *Addict Behav* 2000 Mar-Apr;25(2):307-10.
- 31)Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME, Black A: Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1997 Aug;54(8):691-4.
- 32)Schaffer A, Naranjo CA: Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. *Drugs* 1998 Oct;56(4):571-85.
- 33)Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J Jr: Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004 Mar 15;69(6):1443-50.
- 34)Wolanczyk T, Wojnar M, Cedro A: Carbamazepine in the treatment of alcohol withdrawal. *Psychiatr Pol* 1997 Mar-Apr;31(2):189-96.
- 35)Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton RF, Ballenger JC: The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *J Gen Intern Med*. 2002 May;17(5):349-55.
- 36)Longo LP, Campbell T, Hubatch S: Divalproex sodium (Depakote) for alcohol withdrawal and relapse prevention. *J Addict Dis* 2002; 21(2):55-64.

- 37)Malcolm R, Myrick H, Brady KT, Ballenger JC: Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict* 2001;10 Suppl:16-23.
- 38)Rubio G, Ponce G, Jimenez-Arriero MA, Palomo T, Manzanares J, Ferre F: Effects of topiramate in the treatment of alcohol dependence. *Pharmacopsychiatry* 2004 Jan;37(1):37-40.
- 39)Mayo-Smith MF: Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 2003 Feb 5; 289(5):552.
- 40)Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D: Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999 Mar 9;160(5):649-55.
- 41)Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, Yersin B: Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002 May 27;162(10):1117-21.
- 42)Jaeger TM, Lohr RH, Pankratz VS: Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin Proc* 2001 Jul;76(7):695-701.
- 43)Sellers EM, Kalant H: Alcohol intoxication and withdrawal. *N Engl J Med* 1976; 294:757-762.
- 44)Hersh D, Kranzler HR, and Meyer R E: Persistent Delirium Following Cessation of Heavy Alcohol. Consumption. Diagnostic and Treatment Implications. *Am J Psychiatry* 1999;6:154.
- 45)Kraemer KL, Conigliaro J, Saitz R: Managing alcohol withdrawal in the elderly. *Drugs Aging*. 1999 Jun;14(6):409-25.
- 46)Coomes TR, Smith SW: Successful use of propofol in refractory delirium tremens. *Ann Emerg Med* 1997 Dec;30(6):825-8.
- 47)McCowan C, Marik P: Refractory delirium tremens treated with propofol: a case series.: *Crit Care Med* 2000 Jun;28(6):1781-4.
- 48)Gillman MA, Lichtigfeld FJ: Randomized double-blind trial of psychotropic analgesic nitrous oxide compared with diazepam for alcohol withdrawal state. *J Subst Abuse Treat* 2002 Apr;22(3):129-34.
- 49)Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, DeLorenzi G, Parente A, Caputo F, Janiri L, Capristo E, Rapaccini GL, Gasbarrini G: Suppression of alcohol delirium tremens by baclofen administration: a case report.

Clin Neuropharmacol 2003 Sep-Oct;26(5):258-62.

50)Baumgartner GR, Rowen RC: Clonidine vs chlordiazepoxide in the management of acute alcohol withdrawal syndrome. Arch Intern Med 1987 Jul;147(7):1223-6.

51)Kaplan I H, Sadock J B: Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. (Centro Scientifico Editore Torino 2003).

52)Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D: Alcohol and psychiatric comorbidity. Recent Dev Alcohol 2003;16:361-74.

53)Malec TS, Malec EA, Dongier M: Efficacy of buspirone in alcohol dependence: a review. Alcohol Clin Exp Res 1996 Aug;20(5):853-8.

54)Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M: Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. CNS Drugs 2003;17(14):1013-30.

55)D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS, Fish SS, Freedland ES: Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. Drugs Aging 1999 Jun;14(6):409-25.

56)Le Bon O, Murphy JR, Staner L, Hoffmann G, Kormoss N, Kentos M, Dupont P, Lion K, Pelc I, Verbanck P: Double-blind, placebo-controlled study of the efficacy of trazodone in alcohol post-withdrawal syndrome: polysomnographic and clinical evaluations. J Clin Psychopharmacol 2003 Aug;23(4):377-83.

57)Rustembegovic A, Kundurovic Z, Sapcanin A, Sofic E: A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome. Med Arh 2003;57(3):149-50.

58)Day E, Bentham P, Callaghan R, Kuruvilla T, George S.: Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD004033.

59)Mrazek M, Menges C, Steffes J, Thelen B, Erkwow R: Therapeutic experiences with alcohol-related Korsakoff syndrome. Nervenarzt 1999 Sep;70(9):790-4.

60)Cook CC, Thomson AD: B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome. Br J Hosp Med 1997 May 7-20;57(9):461-5.

COCAINA E DOPPIA DIAGNOSI

La cocaina è una delle sostanze che causa maggiore assuefazione, tra quelle comunemente oggetto di abuso, ed è contemporaneamente una delle più dannose. In genere, viene utilizzata nelle sue forme più potenti: la forma base libera e il crack. L'ultimo è più comune tra le persone d'età compresa tra 18 e 25 anni, a causa del basso costo. Il principale effetto farmacodinamico della cocaina, responsabile dei suoi effetti comportamentali, è rappresentato dal blocco competitivo del reuptake della dopamina a livello dei suoi trasportatori. Tale blocco è responsabile dell'aumento della concentrazione della dopamina nello spazio sinaptico e quindi di una aumentata attività dei recettori dopaminergici sia di tipo 1 (D_1) sia di tipo 2 (D_2). Anche se gli effetti comportamentali indotti dalla cocaina sembrerebbero dovuti essenzialmente al blocco del reuptake dopaminergico, la cocaina blocca anche il reuptake di altre catecolamine, quali la noradrenalina e la serotonina.

Uno dei maggiori ostacoli da superare, nel trattamento della dipendenza da cocaina, è l'intenso desiderio che il cocainomane ha della sostanza. A tale scopo è stata valutata una vasta gamma di strategie farmacologiche per aiutare il cocainomane a resistere al desiderio impellente di assumere la sostanza. Le due classi di farmaci che hanno avuto più successo sono: i dopamino-agonisti ed alcuni farmaci appartenenti al gruppo dei triciclici. In questa sezione verranno esaminati gli studi maggiormente significativi nel trattamento dell'abuso di cocaina in comorbidità con altri disturbi psichiatrici.

Astinenza

Nel trattamento dell'astinenza da cocaina possono essere impiegati diversi farmaci. L'amantadina e il metadone sembrano essere quelli dotati di maggiore efficacia.

In uno studio di confronto tra **amantadina** e placebo, condotto su di un campione di 71 pazienti cocaino-dipendenti, per un periodo di 16 settimane, è emerso che il numero dei pazienti in astinenza, al termine dell'ottava settimana, era significativamente superiore nel gruppo trattato con amantadina rispetto a quello con placebo (Shoptaw S. et al., 2002). Tuttavia, alla fine della sedicesima settimana, il numero dei pazienti in

astinenza risultavano uguali nei due gruppi. Inoltre i valori di cocaina nelle urine, sebbene più bassi nel gruppo trattato con amantadina, non risultavano statisticamente significativi. Il quadro sintomatologico dell'astinenza era comunque migliore nel gruppo trattato con amantadina, mentre, per quanto riguarda gli effetti collaterali, non vi era nessuna differenza significativa fra i due gruppi.

Faggiano F. et al. (2003) hanno stabilito che il dosaggio di **metadone** adeguato, per il miglioramento del quadro clinico, del funzionamento sociale e relazionale del paziente, è pari a 60-100 mg/die.

In un altro studio (Gonzalez G. et al., 2003), attraverso la misurazione dell'eliminazione di cocaina nelle urine, si è visto che la **tiagabina**, un agente GABAergico, ad alti dosaggi (24 mg/die) è in grado di indurre un aumento dell'eliminazione della cocaina (33%) nettamente superiore rispetto a quello indotto da un suo basso dosaggio (12 mg/die) o dal placebo. Risultati incoraggianti sono emersi anche in corso di trattamento con **bupropione**. Nello studio di Levin FR. et al. (2002) si è osservato un miglioramento non solo del craving ma anche dei valori risultanti dagli esami tossicologici delle urine e della compliance.

Un'altra molecola, il cui impiego è ancora limitato a trials clinici, è la **pergolide** (agonista dopaminergico D_1 , D_2) che presenta le proprietà farmacologiche della bromocriptina, differenziandosi da quest'ultima per la potenza e la specificità di legame a diversi sottotipi di recettori dopaminergici. Malcolm R. et al. (1991) lo hanno somministrato a 21 pazienti in astinenza, 16 dei quali hanno presentato un miglioramento del sonno ed una riduzione del craving. Soltanto pochi effetti collaterali si sono manifestati. Tuttavia, in un altro lavoro (Malcolm R. et al., 2000), somministrando diversi dosaggi di pergolide (0,05 mg e 0,25 mg) e utilizzando come parametro gli esami tossicologici delle urine, non sono emerse variazioni nell'eliminazione della cocaina.

Dackis C. e O'Brien C. (2003) hanno proposto l'impiego di agenti glutamatergici, come il **modafinil**, che regolano la disfunzionalità neurotrasmettitoriale presente nei soggetti cocaino-dipendenti, migliorando il quadro clinico dell'euforia, dell'astinenza e del craving.

In uno studio, condotto da Dackis CA. et al. (2003), sulla sicurezza del modafinil, in pazienti che, nonostante il trattamento farmacologico a cui erano sottoposti, continuavano ad assumere cocaina, non è stata osservata alcuna alterazione della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura e del tracciato elettrocardiografico.

Altri farmaci, che hanno evidenziato una buona efficacia nel trattamento del craving, sono: il **gabapentin** (Myrick H. et al., 2001), il **propanolo** (Kampman KM. et al. 2001), il **baclofen** (Shoptaw S. et al., 2003), un GABA-B agonista, impiegato nella dipendenza cronica, e la **citocolina** (citidina-5'-difosfato colina) (Renshaw PF. et al., 1999). Quest'ultima, incrementando la sintesi dei fosfolipidi di membrana, sembrerebbe incrementare i livelli di dopamina nell'encefalo.

Depressione

I triciclici sono, indubbiamente, i farmaci più studiati nel trattamento della depressione in comorbidità con abuso di cocaina.

La **desipramina**, il farmaco maggiormente studiato tra i triciclici, è stata proposta per il trattamento della depressione e del disturbo antisociale di personalità in pazienti cocaino-dipendenti in terapia con metadone (Dackis CA., 2004). In uno studio, condotto da Arndt IO. et al., (1995), la desimipramina è stata testata su due gruppi di pazienti cocaino-dipendenti: uno con comorbidità per disturbo antisociale di personalità ed un altro senza comorbidità per altre patologie psichiatriche. I risultati dimostrano che la desimipramina è efficace anche nel secondo gruppo ed in particolare nel trattamento della sintomatologia psichiatrica correlata all'abuso di cocaina.

Alcuni studiosi hanno confrontato la desimipramina con la carbamazepina e placebo, in un campione di pazienti cocaino-dipendenti (Cambell J. et al., 2004). I risultati dimostrano un miglioramento statisticamente significativo nei gruppi trattati con il triciclico e l'antiepilettico in diversi parametri: uso di cocaina, craving, irritabilità e sintomatologia depressiva, senza differenze significative fra i gruppi. L'unica differenza fra gli ultimi due riguarda l'aderenza terapeutica con la desimipramina, che presenta esiti migliori.

In un altro studio, confrontando tre gruppi di pazienti cocaino-dipendenti con comorbidità per patologia depressiva che, oltre alla terapia di mantenimento con metadone, erano in trattamento rispettivamente con desimipramina, amantadina e con placebo, si è osservata una riduzione del craving e della sintomatologia depressiva in ciascuno dei gruppi, senza differenze significative fra di loro (Kolar AF. et al., 1992). Tuttavia, il gruppo trattato con desimipramina presentava migliori risultati

nell'aderenza alla terapia ed una maggiore efficacia nel trattamento dell'astinenza (pazienti drug-free) al termine della terapia.

Lima MS. et al. (2001), dopo aver riesaminato 18 lavori presenti in letteratura sulla desimipramina e utilizzando come principale indice di outcome il dosaggio della cocaina nelle urine, hanno dimostrato i suoi migliori esiti nel trattamento della cocaina-dipendenza rispetto agli altri antidepressivi, sebbene con una grande eterogeneità di risultati ed una percentuale di dropout dalla terapia uguale a quella osservata nei pazienti trattati con placebo. In questa review, è stata valutata inoltre l'**imipramina**, che ha evidenziato migliori risultati, rispetto alla terapia con placebo, nei pazienti cocaino-dipendenti. In un altro studio (Galloway GP. et al., 1994), che aveva come obiettivo quello di ottimizzare il dosaggio di imipramina, si è visto che la somministrazione di 150mg/die presenta esiti migliori, rispetto al dosaggio di 10 mg/die, in termini di durata del periodo di astensione. Tuttavia, tra i due dosaggi, non sono emerse differenze significative per quanto riguarda il craving, i valori degli esami tossicologici ed i punteggi ottenuti alla Beck Depression Scale.

Tra gli SSRIs, solo la **fluoxetina** e la **sertralina** sembrerebbero avere una buona efficacia nel trattamento della doppia diagnosi, depressione e abuso di sostanze. La fluoxetina, nello studio pubblicato da Lima MS. (2001), presenta una bassa incidenza di dropouts dalla terapia. La stessa molecola, secondo Petrakis I. et al. (1994), nei pazienti cocaino-dipendenti in trattamento con metadone, pur determinando un miglioramento significativo della sintomatologia depressiva, non presenterebbe alcun effetto sulla dipendenza.

Vi sono, tuttavia, in letteratura alcuni studi che non concordano con tali dati, evidenziando la scarsa efficacia della fluoxetina e della sertralina nel trattamento della doppia diagnosi, depressione e abuso di sostanze (Cornelius JR. et al., 1998; Carpenter KM. et al., 2004) .

Disturbo Bipolare

Tra gli anticonvulsivanti, la **carbamazepina** sembrerebbe essere il farmaco più efficace sia per il trattamento del disturbo bipolare che per il trattamento del craving. Brady KT. et al. (2002) hanno valutato l'efficacia della carbamazepina su di un campione di pazienti affetti da cocaino-

dipendenza suddiviso in due gruppi, con e senza sintomatologia affettiva. Tali gruppi erano ulteriormente divisi in due sottogruppi: uno trattato con carbamazepina e l'altro con placebo. La presenza, nel gruppo con sintomatologia affettiva rispetto al gruppo senza, entrambi in trattamento con carbamazepina, di un più basso numero di esami tossicologici positivi e di una maggiore durata del periodo di astensione, indica come la carbamazepina risulti efficace nei pazienti con comorbidità per disturbi affettivi ma non in quelli affetti solo da cocaino-dipendenza. In uno studio, pubblicato da Halikas JA. et al. (1997), sono stati valutati due gruppi di pazienti cocaino-dipendenti, sottoposti a due dosaggi differenti di carbamazepina, 400 mg/die e 800mg/die, e, successivamente, confrontati con un gruppo trattato con placebo. Il gruppo con il dosaggio più basso di carbamazepina ha presentato un maggior miglioramento per quanto riguarda i valori di cocaina nelle urine ed una maggiore riduzione della durata degli episodi di craving rispetto al gruppo trattato con placebo. I risultati sono stati ancora più favorevoli nel gruppo che assumeva l'alto dosaggio, nel quale si è visto, oltre al miglioramento degli esami delle urine e degli episodi di craving, anche una riduzione dei giorni di uso della sostanza ed un aumento della durata del periodo di astensione.

Un'altra ricerca (Cornish JW. et al., 1995) ha confrontato la terapia con carbamazepina contro placebo, per un periodo di 10 settimane su 82 pazienti cocaino-dipendenti, senza però evidenziare differenze significative negli esami delle urine, nel desiderio di riassumere cocaina e negli effetti collaterali tra i due gruppi.

Lima AR. et al. (2001), confrontando la carbamazepina con il placebo, hanno osservato un minor numero di dropouts ed un miglior punteggio sulla scala Spielberg State Anxiety Inventory nel gruppo trattato con l'antiepilettico, anche se non in modo statisticamente significativo. Nessuna differenza venne rilevata tra i gruppi per quanto concerne i valori rilevati negli esami tossicologici delle urine. Inoltre il gruppo trattato con carbamazepina presenta un maggior numero di effetti collaterali. Alcuni autori propongono l'impiego di antipsicotici atipici sulla base delle recenti indicazioni che alcune molecole di questa classe hanno nel trattamento del disturbo bipolare. Brown ES. et al. (2002) hanno valutato il trattamento con **quetiapina** in 17 pazienti cocaino-dipendenti affetti da disturbo bipolare, per un periodo di 12 settimane. I risultati mostrano che la quetiapina migliora i profili delle quattro scale psicometriche

utilizzate per il monitoraggio dei pazienti: Hamilton Depression Rating (HDRS), Young Mania Rating (YMRS), Brief Psychiatric Rating scales (BPRS); and Cocaine Craving Questionnaire (CCQ); in assenza di importanti effetti collaterali.

Psicosi

Nel trattamento delle psicosi associate all'abuso di cocaina, gli antipsicotici atipici sono quelli che hanno presentato maggiore interesse. Tra gli atipici, le molecole maggiormente indagate sono: le quetiapina, il risperidone e la clozapina.

In uno studio condotto da Brown ES. et al. (2003), su un gruppo di pazienti affetti da cocaino - e amfetamino-dipendenza con comorbidità per altre malattie psichiatriche, è emerso che il gruppo con terapia discontinua a base di antipsicotici tipici e che assumeva **quetiapina** al bisogno (comparsa dei sintomi psicotici) presentava una riduzione del craving significativamente superiore al gruppo in terapia continua con soli antipsicotici tipici.

Il **risperidone**, confrontato con neurolettici tipici per un periodo di 6 settimane, ha evidenziato una maggior riduzione del craving e delle ricadute, come anche della sintomatologia schizofrenica, specialmente dei sintomi negativi (Smelson DA. et al., 2002). Questo dato è parzialmente in contrasto con lo studio condotto da Grabowski J. et al. (2000), nel quale, confrontando dosaggi di 4-8 mg/die o di 2-4mg/die di risperidone con la terapia con placebo, non è stata rilevata una riduzione nell'uso di cocaina nei pazienti in trattamento con antipsicotico, bensì una più bassa astensione ed un più alta frequenza di effetti collaterali nel gruppo di pazienti sottoposto a 4-8 mg/die di antipsicotico.

Alcuni ricercatori (Buckley PF. 1998; Zimmet SV et al. 2000) hanno valutato la **clozapina** nel trattamento della dipendenza da sostanze (cocaina, alcool, marijuana) in comorbidità con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo. I risultati mostrano ottimi esiti nella riduzione dell'uso delle sostanze sopramenzionate nei pazienti in trattamento con l'antipsicotico.

Un gruppo della US National Institute on Drug Abuse Clinical Research Efficacy Screening Trial (CREST) sta attualmente valutando il possibile impiego di alcuni farmaci nel trattamento della doppia diagnosi,

cocaino-dipendenza e schizofrenia. La **cabergolina**, la **reserpina**, la **sertralina** e la **tiagabina** sono ancora in fase di sperimentazione.

Bibliografia

- 1)Shoptaw S, Kintaudi PC, Charuvastra C, Ling W: A screening trial of amantadine as a medication for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2002 May 1;66(3):217-24.
- 2)Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P: Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD002208.
- 3)Gonzalez G, Sevarino K, Sofuoglu M, Poling J, Oliveto A, Gonsai K, George TP, Kosten TR: Tiagabine increases cocaine-free urines in cocaine-dependent methadone-treated patients: results of a randomized pilot study. *Addiction* 2003 Nov;98(11):1625-32.
- 4)Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E: Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Addict Dis* 2002;21(2):1-16.
- 5)Malcolm R, Hutto BR, Phillips JD, Ballenger JC: Pergolide mesylate treatment of cocaine withdrawal. *J Clin Psychiatry* 1991 Jan;52(1):39-40.
- 6)Malcolm R, Kajdasz DK, Herron J, Anton RF, Brady KT.: A double-blind, placebo-controlled outpatient trial of pergolide for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2000 Aug 1;60(2):161-8.
- 7)Dackis C, O'Brien C: Glutamatergic agents for cocaine dependence. *Ann N Y Acad Sci* 2003 Nov;1003:328-45.
- 8)Dackis CA, Lynch KG, Yu E, Samaha FF, Kampman KM, Cornish JW, Rowan A, Poole S, White L, O'Brien CP: Modafinil and cocaine: a double-blind, placebo-controlled drug interaction study. *Drug Alcohol Depend* 2003 May 1;70(1):29-37.
- 9)Myrick H, Henderson S, Brady KT, Malcolm R: Gabapentin in the treatment of cocaine dependence: a case series. *J Clin Psychiatry* 2001 Jan;62(1):19-23.
- 10)Kampman KM, Volpicelli JR, Mulvaney F, Alterman AI, Cornish J, Gariti P, Cnaan A, Poole S, Muller E, Acosta T, Luce D, O'Brien C: Effectiveness of propranolol for cocaine dependence treatment may depend on cocaine withdrawal symptom severity. *Drug Alcohol Depend* 2001 Jun 1;63(1):69-78.

- 11) Renshaw PF, Daniels S, Lundahl LH, Rogers V, Lukas SE: Short-term treatment with citicoline (CDP-choline) attenuates some measures of craving in cocaine-dependent subjects: a preliminary report. *Psychopharmacology (Berl)* 1999 Feb;142(2):132-8.
- 12) Shoptaw S, Yang X, Rotheram-Fuller EJ, Hsieh YC, Kintaudi PC, Charuvastra VC, Ling W: Randomized placebo-controlled trial of baclofen for cocaine dependence: preliminary effects for individuals with chronic patterns of cocaine use. *J Clin Psychiatry* 2003 Dec; 64 (12):1440-8.
- 13) Dackis CA: Recent advances in the pharmacotherapy of cocaine dependence. *Curr Psychiatry Rep* 2004 Oct;6(5):323-31.
- 14) Arndt IO, McLellan AT, Dorozynsky L, Woody GE, O'Brien CP: Desipramine treatment for cocaine dependence. Role of antisocial personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994 Mar;182(3):151-6.
- 15) Campbell J, Nickel EJ, Penick EC, Wallace D, Gabrielli WF, Rowe C, Liskow B, Powell BJ, Thomas HM: Comparison of desipramine or carbamazepine to placebo for crack cocaine-dependent patients. *Am J Addict* 2003 Mar-Apr;12(2):122-36.
- 16) Kolar AF, Brown BS, Weddington WW, Haertzen CC, Michaelson BS, Jaffe JH: Treatment of cocaine dependence in methadone maintenance clients: a pilot study comparing the efficacy of desipramine and amantadine. *Int J Addict* 1992;27(7):849-68.
- 17) Lima MS, Reisser AA, Soares BG, Farrell M: Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD002950.
- 18) Galloway GP, Newmeyer J, Knapp T, Stalcup SA, Smith D: Imipramine for the treatment of cocaine and methamphetamine dependence. *J Addict Dis* 1994;13(4):201-16.
- 19) Petrakis I, Carroll K, Gordon L, Cushing G, Rounsaville B: Fluoxetine treatment for dually diagnosed methadone maintained opioid addicts: a pilot study. *J Addict Dis* 1994;13(3):25-32.
- 20) Cornelius JR, Salloum IM, Thase ME, Haskett RF, Daley DC, Jones-Barlock A, Upsher C, Perel JM: Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. *Psychopharmacol Bull* 1998;34(1):117-21.
- 21) Carpenter KM, Brooks AC, Vosburg SK, Nunes EV: The effect of sertraline and environmental context on treating depression and illicit substance use among methadone maintained opiate dependent patients: a controlled clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2004 May 10;74(2):123-34.

- 22)Brady KT, Sonne SC, Malcolm RJ, Randall CL, Dansky BS, Simpson K, Roberts JS, Brondino M: Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: subtyping by affective disorder. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002 Aug;10(3):276-85.
- 23)Cornish JW, Maany I, Fudala PJ, Neal S, Poole SA, Volpicelli P, O'Brien CP: Carbamazepine treatment for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend* 1995 Jun;38(3):221-7.
- 24)Lima AR, Lima MS, Soares BG, Farrell M: Carbamazepine for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD002023.
- 25)Halikas JA, Crosby RD, Pearson VL, Graves NM.: A randomized double-blind study of carbamazepine in the treatment of cocaine abuse. *Clin Pharmacol Ther* 1997 Jul;62(1):89-105.
- 26)Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Bobadilla L: Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disord* 2002 Dec;4(6):406-11.
- 27)Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Rajan Thomas N, Rush AJ: Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 2003 Aug;23(4):384-8.
- 28)Smelson DA, Losonczy MF, Davis CW, Kaune M, Williams J, Ziedonis D: Risperidone decreases craving and relapses in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Can J Psychiatry* 2002 Sep;47(7):671-5.
- 29)Grabowski J, Rhoades H, Silverman P, Schmitz JM, Stotts A, Creson D, Bailey R: Risperidone for the treatment of cocaine dependence: randomized, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol* 2000 Jun;20(3):305-10.
- 30)Zimmet SV, Strous RD, Burgess ES, Kohnstamm S, Green AI: Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey. *J Clin Psychopharmacol* 2000 Feb;20(1):94-8.
- 31)Buckley PF: Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 3:26-30.

AMFETAMINE E DOPPIA DIAGNOSI

Il composto racemico amfetamina solfato venne sintetizzato per la prima volta nel 1887 e fu introdotto nella pratica clinica nel 1932, sotto forma di inalante, inizialmente, per il trattamento della congestione nasale, dell'asma e, più tardi, sotto forma di compresse per la narcolessia, il parkinsonismo postencefalitico, la depressione e la letargia. Attualmente le indicazioni approvate sono limitate al disturbo da deficit di attenzione/iperattività, alla narcolessia e ai disturbi depressivi. Tra le classiche droghe amfetaminiche, che svolgono i loro principali effetti attraverso il sistema dopaminergico, quelle più diffuse in commercio sono: la destroamfetamina, la metamfetamina e il metilfenidato. Per quanto riguarda i cosiddetti analoghi amfetaminici ricordiamo: la 3,4-metilenediossimetamfetamina (MDMA), detta anche ecstasy, e la N-etil-3,4-metilen-diossimetamfetamina (MDEA) che esercitano la loro azione neurochimica sia sul sistema dopaminergico sia su quello serotoninergico, combinando l'attività amfetamino-simile con quella allucinogeno-simile.

Astinenza

La terapia dei disturbi correlati all'abuso di amfetamine o di sostanze amfetamino-simile condivide, con quella dei disturbi correlati all'abuso di cocaina, la difficoltà nell'aiutare il paziente a rimanere in astinenza dalla droga. A questo scopo, Galloway GP. et al. (1996) hanno esaminato l'efficacia dell'**imipramina**, a dosi di 10 e 150 mg, nel trattamento della metamfetamino-dipendenza, in un campione di 38 pazienti per un periodo di 180 giorni. I loro risultati mettono in evidenza che il dosaggio alto (150mg) determina un periodo di astinenza più lungo del dosaggio basso (10 mg), sebbene non siano emerse differenze significative nel numero degli esami tossicologici positivi, nel craving e nei punteggi della Beck Depression Inventory.

Disturbi dell'umore

Numero studi indicano gli SSRI come i farmaci più promettenti nel trattamento della comorbidità disturbi dell'umore e disturbi da abuso di amfetamine.

Piasecki MP. et al. (2002), basandosi sui buoni esiti degli SSRI nei riguardi delle alterazioni comportamentali indotte dalle metamfetamine negli animali, hanno ipotizzato che gli SSRI possano essere impiegati nella dipendenza da metamfetamine nell'uomo. Confrontando la **paroxetina** con placebo, per un periodo di 8 settimane, hanno osservato una maggiore riduzione del craving nei pazienti in trattamento con SSRI rispetto a quelli trattati con placebo, anche se un significativo numero di pazienti non aveva portato in termine il trattamento. Un altro SSRI, la **fluoxetina** è stata provata sui ratti, dopo l'esposizione a MDMA (4 x 5 mg/kg over 4 h) (Thompson MR. et al., 2004). Dopo 12 settimane dall'assunzione del MDMA, nei ratti, a cui era stata somministrata fluoxetina a dosaggio di 6 mg/kg/die per un periodo di 5 settimane, si osservò un miglioramento della sintomatologia ansiosa e depressiva in assenza, però, di effetti sulla socializzazione.

In un altro studio, confrontando l'**amineptina**, un antidepressivo che inibisce il reuptake della dopamina, con placebo, in un campione di pazienti amfetamino-dipendenti per un periodo di 2 settimane, è emerso che i pazienti trattati con l'amineptina presentavano un miglioramento superiore sulla deflessione dell'umore e condizioni cliniche generali migliori rispetto al gruppo trattato con placebo (Jittiwitikan J. et al., 1997).

Alcuni autori hanno proposto l'impiego del **citalopram**, in quanto bloccante del reuptake della serotonina, nel trattamento dei disturbi psichiatrici indotti dal MDMA. Uno studio condotto su 16 volontari sani, che, dopo aver assunto MDMA (1.5 mg/kg os) erano stati sottoposti a trattamento con citalopram (40 mg ev), ha evidenziato l'utilità del citalopram nel ridurre l'elevazione del tono dell'umore, l'aumento dell'estroversione, la derealizzazione e la intensificazione della percezione sensoriale, indotti da MDMA (Liechti ME. et al., 2000). In uno studio analogo, condotto su di un campione di 14 volontari sani che avevano assunto MDMA (1.5 mg/kg os), anche la **ketanserina** (50 mg os), un antagonista 5-HT_{2A/C} ha evidenziato una maggiore efficacia rispetto al placebo nel controllo delle alterazioni percettive e dell'eccitamento emotivo, senza però influire sull'alterazione del tono dell'umore e sull'estroversione (Liechti ME et al., 2000).

Psicosi

L'aloperidolo è uno degli antipsicotici più studiati nel trattamento delle psicosi indotte da sostanze stimolanti amfetamino-simili. In alcuni studi, l'**aloperidolo** (5 mg i.m), confrontato con la **clorpromazina** (Giannini AJ. et al., 1984, 1985) ed il pimozide (Giannini AJ. et al., 1985), in pazienti con sintomi psicotici in seguito all'assunzione di fenciclidina, ed ancora con placebo (Giannini AJ. et al., 1985), in pazienti che manifestavano sintomi psicotici in seguito all'assunzione di fencicloexilpirimidina, ha evidenziato una efficacia maggiore rispetto al placebo ed alla clorpromazina ma non rispetto al **pimozide**. Nei confronti di quest'ultimo, infatti, l'efficacia si è dimostrata sovrapponibile. L'efficacia del trattamento con aloperidolo è stata valutata anche su di un campione di volontari sani che avevano assunto MDMA (Ecstasy). Nel trattamento delle psicosi indotte (Liechti ME., 2000) si è vista una importante risposta sulla sintomatologia positiva e/o maniaco-simile, ma nessuna risposta sugli effetti cardiovascolari e sulla temperatura corporea.

La **meperidina**, un altro antipsicotico valutato nel trattamento delle psicosi indotte, sembrerebbe determinare un miglioramento globale del quadro psicotico superiore rispetto a quello riscontrato con clorpromazina, nonostante quest'ultima presenti una rapidità d'azione maggiore (Giannini AJ. et al., 1985).

In uno studio condotto su un campione di pazienti psicotici con comorbidità per disturbi da abuso di sostanze, amfetamina e cocaina, è stato osservato che la somministrazione di antipsicotici tipici al bisogno riduceva il craving in modo superiore rispetto al trattamento continuo (Brown ES. et al., 2003). Inoltre tale riduzione risultava maggiore nei pazienti che assumevano **quetiapina** in associazione. Tra gli antipsicotici atipici, anche l'**olanzapina** ha evidenziato una buona efficacia nel trattamento della doppia diagnosi, disturbi da abuso di amfetanine e disturbi psicotici. I risultati evidenziati da uno studio condotto su 32 pazienti con sintomatologia psicotica indotta dall'abuso di Ecstasy, in trattamento con olanzapina e valutati alla fine del 1°, 3° e del 6° mese dall'inizio del trattamento, mediante Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e Clinical Global Impression (CGI), sono stati i seguenti: 1) un significativo miglioramento della BPRS alla fine del 1° mese, 2) un miglioramento dei sintomi positivi più importanti alla fine del 3° mese, 3) una riduzione dei punteggi statistica-

mente significativa su tutte e tre le scale alla fine del 6° mese e 4) l'assenza di rilevanti effetti collaterali (Landabaso MA. et al., 2002).

Alcuni ricercatori hanno valutato l'efficacia della **desamfetamina** in 8 pazienti affetti da doppia diagnosi, schizofrenia e dipendenza da amfetamine, evidenziando un miglioramento della dipendenza dalla sostanza e dello stato psicotico in 6 pazienti. Sebbene tale miglioramento risultasse evidente solo in 4 pazienti, quasi tutti mostrarono una buona compliance al trattamento in assenza di episodi di riacutizzazione della sintomatologia psicotica (Carnwath T. et al., 2002).

La **reboxetina**, somministrata per un periodo di 6 mesi alla dose di 6mg/die in un paziente che, facendo uso di LSD, aveva sviluppato un disturbo allucinatorio persistente (HPPD), accompagnato da umore deflesso, dopo il fallimento di 2 SSRI, ha presentato ottimi esiti in termini di riduzione della sintomatologia allucinatoria e depressiva in pazienti (Lerner AG. et al., 2002).

Discontrollo degli impulsi

Nel trattamento dei comportamenti disinibitori da assunzione di amfetamine, l'**ibogaina** (IBO) e il suo derivato sintetico **18-metossicoronaridina** (18-MC), entrambi 5HT-2 antagonisti, somministrati alla dose di 40 mg/kg per via endovenosa, hanno evidenziato un miglioramento della sintomatologia comportamentale già dopo 19 ore, in un campione di soggetti che avevano assunto amfetamine (0.1 mg/kg ev), senza effetti avversi sull'attività locomotoria (Szumlinski KK. et al., 2001).

Bibliografia

- 1)Galloway GP, Newmeyer J, Knapp T, Stalcup SA, Smith D: A controlled trial of imipramine for the treatment of methamphetamine dependence. *J Subst Abuse Treat* 1996 Nov-Dec;13(6):493-7.
- 2)Piasecki MP, Steinagel GM, Thienhaus OJ, Kohlenberg BS: An exploratory study: the use of paroxetine for methamphetamine craving. *J Psychoactive Drugs* 2002 Jul-Sep;34(3):301-4.
- 3)Thompson MR, Li KM, Clemens KJ, Gurtman CG, Hunt GE, Cornish JL, McGregor IS: Chronic fluoxetine treatment partly attenuates the long-

term anxiety and depressive symptoms induced by MDMA ('Ecstasy') in rats. *Neuropsychopharmacology* 2004 Apr;29(4):694-704.

4)Liechti ME, Baumann C, Gamma A, Vollenweider FX: Acute psychological effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") are attenuated by the serotonin uptake inhibitor citalopram. *Neuropsychopharmacology* 2000 May;22(5):513-21.

5)Jittiwutikan J, Srisurapanont M, Jarusuraisin N: Amineptine in the treatment of amphetamine withdrawal: a placebo-controlled, randomised, double-blind study. *J Med Assoc Thai.* 1997 Sep;80(9):587-92.

6)Liechti ME, Saur MR, Gamma A, Hell D, Vollenweider FX: Psychological and physiological effects of MDMA ("Ecstasy") after pretreatment with the 5-HT(2) antagonist ketanserin in healthy humans. *Neuropsychopharmacology* 2000 Oct;23(4):396-404.

7)Giannini AJ, Eighan MS, Loisel RH, Giannini MC: Comparison of haloperidol and chlorpromazine in the treatment of phencyclidine psychosis. *J Clin Pharmacol* 1984 Apr;24(4):202-4.

8)Giannini AJ, Nageotte C, Loisel RH, Malone DA, Price WA: Comparison of chlorpromazine, haloperidol and pimozide in the treatment of phencyclidine psychosis: DA-2 receptor specificity. *J Toxicol Clin Toxicol* 1984-85;22(6):573-9.

9)Giannini AJ, Price WA, Loisel RH, Malone DW: Treatment of phenylcyclohexylpyrrolidine (PHP) psychosis with haloperidol. *J Toxicol Clin Toxicol* 1985;23(2-3):185-9.

10)Giannini AJ, Loisel RH, Price WA, Giannini MC: Chlorpromazine vs. meperidine in the treatment of phencyclidine psychosis. *J Clin Psychiatry* 1985 Feb;46(2):52-4.

11)Liechti ME, Vollenweider FX: Acute psychological and physiological effects of MDMA ("Ecstasy") after haloperidol pretreatment in healthy humans. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000 Jul;10(4):289-95.

12)Landabaso MA, Iraurgi I, Jimenez-Lerma JM, Calle R, Sanz J, Gutierrez-Fraile M: Ecstasy-induced psychotic disorder: six-month follow-up study. *Eur Addict Res* 2002 Jun;8(3):133-40.

13)Brown ES, Nejtck VA, Perantie DC, Rajan Thomas N, Rush AJ: Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 2003 Aug;23(4):384-8.

14)Carnwath T, Garvey T, Holland M: The prescription of dexamphetamine to patients with schizophrenia and amphetamine dependence. *J*

Psychopharmacol 2002 Dec;16(4):373-7.

15)Grover D, Yeragani VK, Keshavan MS: Improvement of phencyclidine-associated psychosis with ECT. J Clin Psychiatry 1986 Sep; 47(9):477-8.

16)Szumlinski KK, Haskew RE, Balogun MY, Maisonneuve IM, Glick SD: Iboga compounds reverse the behavioural disinhibiting and corticosterone effects of acute methamphetamine: Implications for their anti-addictive properties. Pharmacol Biochem Behav 2001 Jul-Aug;69(3-4):485-91.

17)Lerner AG, Shufman E, Kodesh A, Kretzmer G, Sigal M: LSD-induced Hallucinogen Persisting Perception Disorder with depressive features treated with reboxetine: case report. Isr J Psychiatry Relat Sci 2002;39(2):100-3.

OPPIOIDI E DOPPIA DIAGNOSI

Nella quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) il termine oppioidi viene utilizzato per indicare sia gli oppiacei, cioè qualsiasi preparazione che derivi dall'oppio, sia gli oppioidi, cioè i narcotici sintetici che hanno la stessa azione degli oppiacei, ma che non derivano dall'oppio. Gli oppiacei, di derivazione naturale o sintetizzati da quelli naturali, sono: l'eroina, la codeina e l'idromorfone. L'eroina è circa 2 volte più potente della morfina ed è l'oppiaceo più comunemente usato nei soggetti con disturbi correlati agli oppiacei. Gli effetti principali sono mediati dalla loro azione sui recettori degli oppiacei μ (analgesia, depressione respiratoria, stipsi e dipendenza), κ (analgesia, diuresi e sedazione) e Δ (analgesia). Sia gli oppiacei che gli oppioidi hanno anche importanti effetti sui sistemi neurotrasmettitoriali dopaminergici e noradrenergici.

Astinenza

La **buprenorfina**, uno dei primi farmaci studiati nel trattamento della dipendenza da oppioidi, in uno studio condotto su pazienti affetti da eroino-dipendenza, somministrata ad un dosaggio pari a 8.5+/-2.6 mg (media+/-D.S.) per un periodo di 3 mesi, ha evidenziato una buona risposta in termini di efficacia. Inoltre è stato visto che la probabilità di risposta alla terapia aumentava quando venivano soddisfatti i seguenti parametri: elevata gravità dello stato psicopatologico, bassi valori di disinibizione, assenza di alcoolodipendenza e di familiarità per dipendenze e disturbi dell'umore ed infine durata dell'eroino-dipendenza minore di 10 anni (Poirier MF. et al., 2004). Attualmente la buprenorfina viene poco impiegata a causa dell'alta incidenza di abuso del farmaco da parte dei pazienti. Per tale motivo è stata testata l'efficacia di una nuova forma, polimerica in microcapsule a rilascio lento (58mg), che ha dimostrato un miglioramento nell'astinenza dagli oppioidi ed una nettissima diminuzione nell'abuso del farmaco (Sobel BF et al, 2004). Inoltre l'effetto terapeutico persisteva anche 6 settimane dopo la somministrazione, in assenza di effetti collaterali.

Anche nel trattamento dell'intossicazione da oppioidi sono stati riportati buoni risultati con la buprenorfina. In 20 pazienti intossicati da eroina

(dei quali il 75% faceva uso/abuso anche di cocaina), a cui erano stati somministrati nei 3 giorni di trattamento rispettivamente 6, 4 e 2 mg/die di buprenorfina, si è osservato un miglioramento significativo nei punteggi della Clinical Investigation Narcotic Assessment (CINA) total score, in assenza di importanti effetti collaterali (Di Paula BA. et al., 2002). Alcuni ricercatori hanno, inoltre, proposto la buprenorfina nella terapia dell'oppioido-astinenza, in associazione con il naloxone in quanto hanno rilevato una migliore aderenza alla terapia e una riduzione dell'uso della sostanza e del craving, in assenza di interazione tra i due farmaci (Johnson RE., McCagh JC., 2000).

In uno studio condotto su 154 pazienti eroino-dipendenti, per un periodo di 12 settimane, confrontando la buprenorfina (9.2 +/- 3.4 mg, media +/- DS) con il **metadone** (81.5 +/- 36.4 mg, media +/- DS), è emerso che, nelle prime settimane di trattamento, il metadone presentava un profilo di astinenza migliore della buprenorfina, sebbene alla fine dello studio il livello di astinenza era uguale per entrambi i farmaci. La buprenorfina, tuttavia, risultava maggiormente efficace rispetto al metadone nei pazienti con sintomatologia depressiva, effetto imputabile all'antagonismo spiccato di tale molecola sui k recettori degli oppiacei. Inoltre entrambi i farmaci, a dosaggi elevati, determinavano un outcome migliore, in termini di negatività degli esami tossicologici delle urine (Gera G. et al., 2004).

Una altro farmaco, sperimentato nella terapia dell'astinenza da oppioidi, è il **tramadol** che, in un campione di 100 pazienti di un centro di disintossicazione, ha evidenziato la stessa efficacia rispetto alla buprenorfina in termini di durata del ricovero e di necessità di somministrazione di clonidina. Tuttavia nei 4 casi che non avevano risposto alla terapia con tramadol si è reso necessario somministrare 3 o più dosi di buprenorfina (Tamaskar R. et al., 2003).

Assadi SM. et al. (2003) hanno esaminato l'utilità del **baclofen** nel trattamento dell'astinenza da oppioidi, confrontandolo con placebo. La ricerca, condotta su un campione di 40 pazienti somministrando 60mg/die di baclofen nel gruppo sperimentale, per un periodo di 12 settimane, ha evidenziato un miglioramento maggiore nel gruppo sperimentale, specialmente nel trattamento dell'astinenza e della sintomatologia depressiva rispetto al gruppo in trattamento con placebo. Tuttavia, non sono state rilevate differenze nel miglioramento del craving tra i due gruppi.

Il **naltrexone**, da anni impiegato nella terapia dell'oppioide-dipendenza, ha evidenziato, in un campione di 156 pazienti, una maggiore efficacia in termini di livello di astinenza e compliance alla terapia quando somministrato per via sottocutanea rispetto alla somministrazione orale (Carreno JE. et al., 2003). In uno studio condotto sul trattamento dell'intossicazione da eroina, associando il naltrexone (12.5 o 50 mg) a flunitrazepam (2-3 mg) e clonidina (150-750 microgrammi), come supporto, è emerso che la durata dei sintomi dell'astinenza era pari a 4 ore, che il 60% dei pazienti riteneva la terapia accettabile, che il 60% era stato ricoverato per un giorno e che l'80% aveva seguito la terapia con successo fino al 9° giorno. Inoltre, dopo 3 mesi di trattamento, il 20% dei pazienti continuava ad assumere naltrexone, mentre il 23% non faceva più uso di oppioidi (Bell JR. et al., 1999). Martinez-Raga J. et al. (2004) hanno valutato l'efficacia del **gabapentin**, in 7 pazienti in astinenza da eroina, osservando che ad un dosaggio di 600mg x 3/die, in associazione con naltrexone, tutti i pazienti presentano una remissione completa dei sintomi, in assenza di effetti collaterali.

Depressione

La **fluoxetina**, farmaco da anni impiegato con successo nel trattamento della depressione, sembra non possedere una particolare efficacia nel trattamento della doppia diagnosi, dipendenza da oppioidi e depressione. Uno studio condotto su 22 pazienti oppioide-dipendenti, in terapia di mantenimento con metadone, suddivisi in 2 gruppi, uno con comorbidità per depressione ed l'altro per cocaina-dipendenza, ha evidenziato come la fluoxetina risultasse efficace soltanto nei confronti della sintomatologia depressiva e non dell'abuso di sostanze (Petrakis I. et al., 1994). In uno studio, più recente, confrontando la fluoxetina con placebo, in 49 pazienti depressi in terapia di mantenimento con metadone, si è evidenziato un miglioramento della depressione e della funzionalità lavorativa e sociale dei pazienti per entrambi i trattamenti (Dean AJ. et al., 2003). L'**imipramina**, in un campione di pazienti con dipendenza da oppioidi e comorbidità per depressione, che seguivano in concomitanza terapia con metadone, ha evidenziato un miglioramento significativamente superiore in termini di deflessione dell'umore, di craving e di abuso della sostanza rispetto al placebo. L'efficacia dell'imipramina, nel trattamen-

to della dipendenza da oppioidi, sembrerebbe legata al miglioramento del tono dell'umore (Nunes EV., 1998).

Psicosi

Alcuni autori riportano come l'associazione **metadone e terapia antipsicotica**, in particolare clozapina, nel trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia e dipendenza da oppioidi, determini un netto miglioramento della compliance, un aumento dei periodi di assenza completa dalla sintomatologia psicotica ed infine un miglioramento dei parametri indicativi dello stato di dipendenza dei pazienti come: esami tossicologici delle urine, integrazione sociale e attività legale (Walby FA. et al., 2000; Unglaub W. et al., 2003).

Bibliografia

- 1)Poirier MF, Laqueille X, Jalfre V, Willard D, Bourdel MC, Fermanian J, Olie JP: Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: results of a multicenter study of 73 patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004 Mar;28(2):267-72
- 2)Sobel BF, Sigmon SC, Walsh SL, Johnson RE, Liebson IA, Nuwayser ES, Kerrigan JH, Bigelow GE: Open-label trial of an injection depot formulation of buprenorphine in opioid detoxification. *Drug Alcohol Depend* 2004 Jan 7;73(1):11-22.
- 3)DiPaula BA, Schwartz R, Montoya ID, Barrett D, Tang C: Heroin detoxification with buprenorphine on an inpatient psychiatric unit. *J Subst Abuse Treat* 2002 Oct;23(3):163-9.
- 4)Johnson RE, McCagh JC: Buprenorphine and naloxone for heroin dependence *Curr Psychiatry Rep* 2000 Dec;2(6):519-26.
- 5)Gerra G, Borella F, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Bertacca S: Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend* 2004 Jul 15;75(1):37-45.
- 6)Assadi SM, Radgoodarzi R, Ahmadi-Abhari SA: Baclofen for maintenance treatment of opioid dependence: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial *BMC Psychiatry* 2003 Nov 18;3(1):16.

- 7)Carreno JE, Alvarez CE, Narciso GI, Bascaran MT, Diaz M, Bobes J: Maintenance treatment with depot opioid antagonists in subcutaneous implants: an alternative in the treatment of opioid dependence. *Addict Biol* 2003 Dec;8(4):429-38.
- 8)Bell J, Young M, Masterman S, et al: A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence. *Med J Aust* 1999; 170: 26-30.
- 9)Martinez-Raga J, Sabater A, Perez-Galvez B, Castellano M, Cervera G: Add-on gabapentin in the treatment of opiate withdrawal. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004 May;28(3):599-601.
- 10)Tamaskar R, Parran TV Jr, Heggi A, Brateanu A, Rabb M, Yu J: Tramadol versus buprenorphine for the treatment of opiate withdrawal: a retrospective cohort control study. *J Addict Dis* 2003;22(4):5-12.
- 11)Petrakis I, Carroll K, Gordon L, Cushing G, Rounsaville B: Fluoxetine treatment for dually diagnosed methadone maintained opioid addicts: a pilot study. *J Addict Dis* 1994;13(3):25-32.
- 12)Dean AJ, Bell J, Mascord DJ, Parker G, Christie MJ: A randomised, controlled trial of fluoxetine in methadone maintenance patients with depressive symptoms. *J Affect Disord* 2002 Oct;72(1):85-90.
- 13)Nunes EV, Quitkin FM, Donovan SJ, Deliyannides D, Ocepek-Welikson K, Koenig T, Brady R, McGrath PJ, Woody G: Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Feb;55(2):153-60.
- 14)Walby FA, Borg P, Eikeseth PH, Neegaard E, Kjerpeseth K, Bruvik S, Waal H: Use of methadone in the treatment of psychotic patients with heroin dependence. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000 Jan 20;120(2):195-8.
- 15)Unglaub W, Kandel M, Zenner D, Wodarz N, Klein H: Neuroleptic therapy of comorbid narcotic dependent patients in ambulatory methadone maintenance. *Psychiatr Prax* 2003 May;30 Suppl 2:S121-4.

CANNABINOIDI E DOPPIA DIAGNOSI

La cannabis è una delle sostanze illecite più diffuse nel mondo i cui effetti euforizzanti sono noti da diversi anni. I suoi potenziali effetti medicinali sono: analgesico, anticonvulsivante e ipnoinduce.

Il recettore specifico per il cannabinolo appartiene alla famiglia dei recettori legati alla proteina G inibitoria (Gi) che, a sua volta, è collegata in modo inibitorio all'adenilciclastasi. Attualmente diversi autori evidenziano l'effetto della cannabis sui neuroni monoaminergici e GABA-ergici.

Astinenza

Basandosi sugli effetti terapeutici del **bupropione** nel trattamento dell'astinenza da fumo, alcuni ricercatori hanno proposto il suo impiego anche nell'astinenza da marijuana dove però è stato osservato un aumento dell'irritabilità, della deflessione dell'umore, dell'irrequietezza e dei disturbi del sonno nei pazienti in trattamento con bupropione (Haney M. et al., 2001).

In un altro studio dello stesso gruppo di ricercatori, sull'impiego del **nefazodone** (0,45 mg/die) nell'astinenza dalla medesima sostanza, è stata evidenziata la buona efficacia del farmaco sull'ansia e la mialgia, senza però alcun vantaggio sull'irritabilità, sull'umore deflesso e sull'insonnia (Haney M. et al., 2003).

Il **valproato di sodio** ha dimostrato buoni risultati sia nei confronti della dipendenza da marijuana, sia contro l'irritabilità indotta (Levin FR. et al., 2004).

Depressione

Alcuni ricercatori hanno confrontato gli effetti di un agonista dei cannabinoidi, il **delta-9-tetraidrocannabinolo** (THC), con il **valproato** nel trattamento della sintomatologia che si manifesta durante l'astinenza da marijuana. Nel primo gruppo, i pazienti avevano assunto capsule di THC (0, 10 mg x 5 volte/die per un periodo di 15 gg.) un'ora prima di fare uso di marijuana presentando un netto miglioramento in termini di

ansia, deflessione dell'umore, disturbi del sonno e craving. Nel secondo gruppo, sottoposto a trattamento con divalproato (0,15 mg/die per un periodo di 29 gg.), i risultati sono stati meno favorevoli, infatti se da una parte si osservava un miglioramento del craving, dall'altra si evidenziava un peggioramento dell'ansia, dell'irritabilità, del senso di fatica, della psicomotricità e dell'appetito (Haney M. et al., 2004).

Psicosi

La **carbamazepina**, uno dei primi farmaci impiegati nel trattamento degli stati psicotici indotti dalla cannabis, ha evidenziato un netto e rapido miglioramento del quadro psicopatologico in pazienti che continuavano a manifestare sintomi psicotici anche dopo 2 settimane dall'interruzione dell'assunzione di cannabis (Leweke FM. e Emrich HM., 1999). L'**imipramina**, associata a **flufenazina decanoato** e **benztropina**, nel trattamento della disforia dei pazienti schizofrenici e schizoaffettivi, con storia d'uso di cannabis, sembra migliorare lo stato depressivo senza esacerbare la sintomatologia psicotica (Siris SG. et al., 1992).

Attualmente i farmaci maggiormente impiegati in questo campo sono gli antipsicotici tipici e in particolar modo l'**olanzapina**. In un confronto con l'**aloperidolo**, un antipsicotico tipico, nel trattamento della comorbidità tra psicosi ed uso di cannabis, l'olanzapina ha evidenziato una efficacia simile all'antipsicotico tipico in termini di punteggi rilevati su BPRS, CGI severity e CGI improvement scales ma una maggiore sicurezza. L'aloperidolo infatti presentava maggiori effetti extrapiramidali (utilizzando la Simpson Angus Scale) e, indubbiamente, un bisogno maggiore di biperidina (7,413 mg nella terapia con aloperidolo e 0,357 mg nella terapia con olanzapina) (Berk M. et al., 1999).

Uno studio molto interessante sull'interazione tra antipsicotici atipici, tabacco e cannabis è stato svolto da Zullino DF. et al. (2002), i quali riportano che nei fumatori di tabacco e/o cannabis l'induzione dell'enzima citocromo P4501A2 (CYP1A2) riduce i livelli di clozapina ed olanzapina nel sangue dei pazienti psicotici. Conseguentemente, i pazienti che smettono di assumere tabacco e cannabis hanno un maggior rischio di sviluppare gli effetti collaterali correlati al trattamento antipsicotico.

In uno studio condotto su 41 pazienti schizofrenici e schizoaffettivi con coesistente diagnosi di dipendenza da alcool e cannabis, controllati per

un periodo di 1 anno, si è osservato un livello di astinenza maggiore nel gruppo trattato con **clozapina** (54%; $p = 0.05$) rispetto al gruppo trattato con **risperidone** (13%; $p = 0.05$) (Green AI. et al., 2003).

Bibliografia

- 1) Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW: Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2001 May;155(2):171-9.
- 2) Haney M, Hart CL, Ward AS, Foltin RW: Nefazodone decreases anxiety during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2003 Jan;165(2):157-65. Epub 2002 Nov 19.
- 3) Levin FR, McDowell D, Evans SM, Nunes E, Akerele E, Donovan S, Vosburg SK: Pharmacotherapy for marijuana dependence: a double-blind, placebo-controlled pilot study of divalproex sodium. *Am J Addict* 2004 Jan-Feb;13(1):21-32.
- 4) Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Nasser J, Bennett A, Zubarán C, Foltin RW: Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex. *Neuropsychopharmacology* 2004 Jan;29(1):158-70.
- 5) Berk M, Brook S, Trandafir AI: A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 1999 May;14(3):177-80.
- 6) Zullino DF, Delessert D, Eap CB, Preisig M, Baumann P: Tobacco and cannabis smoking cessation can lead to intoxication with clozapine or olanzapine. *Int Clin Psychopharmacol* 2002 May;17(3):141-3.
- 7) Green AI, Burgess ES, Dawson R, Zimmet SV, Strous RD: Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone. *Schizophr Res* 2003 Mar 1;60(1):81-5.
- 8) Leweke FM, Emrich HM: Carbamazepine as an adjunct in the treatment of schizophrenia-like psychosis related to cannabis abuse. *Int Clin Psychopharmacol* 1999 Jan;14(1):37-9.
- 9) Siris SG, Bermanzohn PC, Mason SE, Rifkin A, Alvir JM: Adjunctive imipramine for dysphoric schizophrenic patients with past histories of cannabis abuse. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992 Jul;16(4):539-47.

Conclusioni

Al termine di questa rassegna della letteratura, ancorché incompleta, risulta piuttosto arduo il compito di trarre delle conclusioni.

Gli studi condotti nell'ambito della farmacoterapia della "doppia diagnosi" mostrano, a nostro parere, un "doppio scenario": da una parte confermano la certezza di disporre di un ampio armamentario di composti che possono garantire validi interventi terapeutici, ma d'altro canto ribadiscono l'esigenza di ulteriori approfondimenti di ricerca e la necessità di disegnare e condurre studi clinici "pragmatici".

IL PROGETTO DOUBLE SPIRAL

S. Cotugno

1. Premessa

Nel panorama internazionale e nazionale, il problema del Dual Disorder è stato ed è tuttora oggetto di grande attenzione in ambito scientifico.

Il progetto Double Spiral affronta il problema del Dual Disorder da una prospettiva originale, quella degli operatori del settore.

Esso mira, infatti, all'adeguamento delle competenze professionali degli operatori, con l'obiettivo dichiarato di prevenirne il burn-out e l'obsolescenza delle conoscenze e delle competenze, ed i connessi rischi di espulsione dal mercato del lavoro.

Per raggiungere l'obiettivo, si è reso necessario elaborare un'ipotesi progettuale che prendesse in esame i diversi aspetti del problema, a livello culturale, normativo ed assistenziale, formulando e verificando ipotesi relative alle caratteristiche epidemiologiche del Dual Disorder, alla formazione degli operatori ed all'adeguamento dei modelli di trattamento, sul duplice versante tecnico-professionale ed organizzativo-gestionale.

2. Descrizione del problema

La diffusione planetaria della tossicomania, nell'ultimo trentennio, ha fatto vacillare la classificazione psichiatrica dei tossicomaniani. Già nel

1945, infatti, O. Fenichel classificava le condotte tossicomane tra le perversioni e le nevrosi d'impulso; mantenere tale classificazione in periodi di forte diffusione del fenomeno in ambiti internazionali avrebbe significato classificare in termini psichiatrici un numero enorme di individui, con conseguenze sociali, sanitarie ed organizzative incontrollabili; negli anni '70 la classificazione delle tossicomanie ha distinto tossicomanie psicotiche, nevrotiche e psicopatiche nel registro delle "tossicomanie psicopatologiche", e tossicomanie Hippy o Junky nel registro delle "tossicomanie socioculturali"; questa dicotomia classificatoria ha permesso l'istituzione di servizi specializzati nella cura delle tossicomanie, distinti da quelli preposti alla cura delle malattie mentali. Negli ultimi trent'anni, a livello internazionale, sempre più frequenti sono state le segnalazioni di pazienti affetti da Dual Disorder, ossia da un Disturbo da Dipendenza da Sostanze associato ad un altro Disturbo psichiatrico classificato in Asse I o in Asse II, in accordo con il DSMIV. Il problema del Dual Disorder è stato studiato in due direzioni principali:

- la ricerca epidemiologica che, a partire dagli anni '80, ha messo in evidenza un progressivo aumento della prevalenza e dell'incidenza del Dual Disorder, descrivendone inoltre alcune caratteristiche sociodemografiche e cliniche;
- la messa a punto e la sperimentazione di modelli assistenziali specifici.

In Italia, la scissione dei trattamenti, dei servizi e degli stessi pazienti - psichiatrici da una parte, tossicodipendenti dall'altra - ha avuto origine nel 1975, in quanto la legge 685 sancì, all'articolo 90, il divieto di ricovero dei tossicodipendenti negli ospedali psichiatrici; con la Legge N° 180 del 1978 ed il D.P.R. N° 309 del 1990; la cura delle dipendenze patologiche è stata affidata, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, a strutture diverse da quelle destinate al trattamento degli altri disturbi mentali. Tale separazione ha prodotto, per quanto riguarda il Disturbo da Abuso di Sostanze, un'ottica clinica basata sulla scissione tra mente e corpo, che considera il problema della dipendenza come un mero accidente fisico che va curato con agenti chimico-farmaceutici, a cui spesso corrisponde l'assenza della figura dello psichiatra all'interno della équipe dei Ser.T., ed un'impostazione dei programmi riabilitativi secondo un'ottica socioeducativa anziché, ad esempio, sociosanitaria.

Nonostante qualche coraggiosa esperienza pilota, la scissione dei riferi-

menti normativi, dei percorsi assistenziali, dei servizi e delle competenze ha certamente contribuito in modo determinante nel far sì che il Dual Disorder non ricevesse attenzione tempestiva e sufficiente a produrre un corpo congruente di conoscenze, di tecniche e di strategie d'intervento idonee a dare una risposta ad una domanda di cura che si presenta sempre più consistente.

Il problema è stato discusso nella Terza Conferenza Nazionale sui Problemi connessi con la Diffusione delle Sostanze Stupefacenti e Psicotrope, tenutasi a Genova dal 28 al 30 novembre 2000, ribadendo che i dati internazionali riguardanti la comorbilità danno percentuali variabili dal 50 al 93% dei casi tra i tossicodipendenti, e del 50% dei pazienti affetti da malattia mentale; diversi studi nazionali confermano, sostanzialmente, l'importanza del fenomeno.

In questo contesto, gli operatori addetti alla cura delle dipendenze patologiche e/o delle malattie psichiatriche, nel pubblico come nel privato, non riescono a sviluppare idonei protocolli d'intervento sui pazienti i quali, il più delle volte, si vedono costretti a girare fra servizi separati che si occupano, in maniera altrettanto separata, del medesimo soggetto senza riuscire a ricomporre le proprie competenze all'interno di una strategia terapeutica unificata.

Di conseguenza il sistema sanitario risulta complessivamente incapace di assolvere al proprio mandato, con risultati negativi sia in termini di salute e qualità della vita di pazienti ed operatori, sia in termini di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi.

Questi dati hanno stimolato la riflessione sull'argomento e portato ad evidenziare alcuni elementi che ostacolano la gestione di questi casi da parte degli operatori, ed in particolare:

- 1) gli operatori dei Ser.T., non avendo dimestichezza con i malati di mente, possono decidere che i casi di "doppia diagnosi" vadano al di là della propria competenza;
- 2) gli operatori dei Servizi di Salute Mentale mancano d'esperienza, formazione e pratica di gestione dei casi di dipendenza da sostanze;
- 3) quando i Ser.T. ed i Servizi di Salute Mentale tentano di intervenire insieme producono, in genere, una frammentazione che accresce le difficoltà, di per sé già molto grandi, della presa in carico dei pazienti e del successivo mantenimento della continuità terapeutica.

Le esperienze di gestione congiunta dei casi di Dual disorder sono raggruppabili all'interno di tre modelli fondamentali:

a) un modello sequenziale, che tratta prima il disturbo considerato più grave o più acuto per rimandare ad un momento successivo quello meno grave od appariscente. In questi casi può accadere che il paziente venga frequentemente rinviato da un servizio all'altro senza che possa usufruire di un trattamento coerente e continuativo;

b) un modello parallelo, che tratta separatamente due problematiche riguardanti la stessa persona e che, a causa della mancanza di comunicazione ed integrazione delle strategie terapeutiche messe in atto dalle differenti équipes, può confondere ancora di più i pazienti;

c) un modello integrato, sviluppato da équipes competenti sia negli ambiti riguardanti le dipendenze patologiche che in quelli riguardanti le problematiche psichiatriche, che riesce a fornire al paziente una lettura del suo disagio ed una conseguente strategia terapeutica coerente. Le esperienze che si rifanno al modello integrato sono piuttosto rare in Italia, e sono prevalentemente limitate territorialmente al Veneto ed alla Liguria, per ciò che riguarda il coordinamento regionale tra servizi per le tossicodipendenze e servizi per la salute mentale, ed alla Toscana, Lombardia, Umbria e Campania, per ciò che riguarda la sperimentazione di protocolli di collaborazione tra servizi pubblici e tra pubblico e privato, e di nuovi modelli di intervento. I modelli assistenziali specifici sviluppati sono basati prevalentemente sull'assistenza residenziale in comunità, disegnate specificamente per i pazienti affetti da tale patologia; nella maggior parte dei casi, le esperienze sono in corso e non vi è ancora consenso sull'efficacia delle pratiche messe in atto.

Tale quadro è stato confermato anche al workshop appositamente organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità il 25-26/06/01, a Roma, con finanziamenti del "Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000.

In Puglia, la carenza di esperienze pilota in questo settore è da farsi risalire ad una organizzazione dei servizi sociosanitari che fa riferimento:

- per l'assistenza psichiatrica, alle leggi Regionali N° 72 del 1980 e 30 del 1998, nonché al Regolamento N. 244 e successive modifiche del 1997;
- per l'assistenza ai tossicodipendenti, alla Legge N° 22 del 1996.

Le normative regionali risultano incompatibili riguardo a:

- l'allocazione delle Strutture,
- il numero massimo di posti letto, per stanza e per struttura, differente per le due tipologie;

- il numero ed la distribuzione di ruoli e delle funzioni tra il personale impiegato;
- la responsabilità inerente la gestione delle strutture;
- la possibilità di cambio di ruolo, da utente ad operatore;
- il differente trattamento riservato ai lavoratori già in servizio all'entrata in vigore delle rispettive leggi regionali ed in molti casi sprovvisti del relativo titolo di studio;
- il modo di elaborare protocolli e/o strategie terapeutico-riabilitative.

Nei casi trattati all'interno del territorio e delle strutture referenti di questo progetto, l'emergenza di problematiche psichiatriche ha inficiato le pratiche riabilitative messe in atto nelle Strutture per il recupero dei tossicodipendenti e, viceversa, la presenza di problemi di tossicodipendenza ha messo in scacco le strategie abitualmente usate dalle strutture riabilitative psichiatriche.

Questa situazione permette e favorisce la scissione fra i servizi, in collusione con le operazioni difensive dei pazienti, tese a scindere gli aspetti relativi al disturbo psichiatrico da quelli relativi alla dipendenza patologica, perpetuando e rafforzando la malattia.

Il tentativo d'inviare i pazienti affetti da Dual Disorder a strutture attrezzate a gestire tali problematiche, situate al di fuori del territorio di appartenenza, non ha prodotto buoni risultati, in quanto i processi terapeutico-riabilitativi messi in atto in tali sedi, non operando all'interno del contesto di provenienza del paziente, non tengono in considerazione le problematiche relazionali legate al contesto d'origine ed alle sue caratteristiche; ne consegue un'ulteriore scissione, che nella maggior parte dei casi vanifica l'intervento terapeutico-riabilitativo. Ciò determina il riproporsi della patologia del paziente, al momento del suo ritorno nel contesto di provenienza, ed uno spreco di risorse, con aggravio dei processi di desocializzazione dei pazienti, conseguenti al reiterato fallimento dei loro tentativi di recupero psicosociale.

La difficoltà di lavorare con pazienti che presentano problemi così complessi, rispetto ai quali né i servizi di salute mentale né i SerT hanno competenze professionali e modelli d'intervento adeguati, espone ad un serio rischio di fallimento anche le équipes curanti, che vedono azzerarsi i progressi dei pazienti ed annullarsi gli interventi effettuati; ne consegue un aumento del rischio di "Burn-Out" degli operatori. Tale rischio aumenta con l'aumentare del fenomeno comorbido, che a sua volta

crece per gli effetti delle nuove droghe e per l'affinata sensibilità diagnostica degli operatori dei Ser.T., evidenziando l'inadeguatezza degli operatori dei due settori ed aumentando in loro il rischio di bruciarsi e la possibilità di essere espulsi dal mercato del lavoro; tale rischio peraltro non è legato soltanto al burn-out ma è, in grande misura, collegato al modificarsi della domanda: con l'aumento dei casi di Dual Disorder i servizi avranno bisogno di nuove conoscenze e di nuove competenze, rispetto alle quali il profilo professionale degli attuali operatori risulterà inadeguato; è quindi necessario progettare e realizzare un sistema di formazione permanente che assicuri l'aggiornamento professionale degli operatori, prevenendo l'obsolescenza delle loro competenze ed il conseguente rischio di perdita del lavoro.

3. L'obiettivo generale

Il progetto si pone l'obiettivo di promuovere la formazione permanente e le prassi integratrici tra gli operatori dei settori psichiatrici e per le tossicodipendenze, al fine di aggiornare le loro competenze rispetto al trattamento dei pazienti con doppia diagnosi, allo scopo d'impedire, o quanto meno prevenire e ridurre, i rischi di burn-out, di espulsione e/o di autoesclusione dal mercato del lavoro, e quelli di discriminazione e di disuguaglianza che si potrebbero presentare in occasione di procedure concorsuali e/o di selezioni del personale per i servizi destinati al trattamento del Dual Disorder.

All'interno di questo obiettivo, rivestono fondamentale importanza:

- la conoscenza delle caratteristiche, ed in particolare dei bisogni, degli utenti affetti da Dual Disorder;
- la formazione degli operatori, al fine di aggiornare le loro competenze rispetto ai bisogni dell'utenza;
- la sperimentazione sul campo dell'efficacia della formazione, sia rispetto al miglioramento dello stato di salute degli utenti, sia rispetto al benessere degli operatori, mediante lo sviluppo e la sperimentazione di un modello di servizio terapeutico-riabilitativo.

Ciascuna di tali attività si traduce in un obiettivo intermedio, a cui corrisponde un'azione progettuale.

4. La metodologia generale

La metodologia generale del progetto è di tipo ecologico-sistemico. Il focus è infatti il sistema servizi-utenza-contesto (operatori-pazienti-ambiente) esaminato sia sotto il profilo delle caratteristiche dei singoli elementi componenti, sia sotto il profilo della rete relazionale che li caratterizza. Analogamente, anche le attività progettuali (ricerca-formazione-assistenza) sono esaminate ed affrontate non solo nella loro specificità paradigmatica, ma in quanto elementi di un sistema che definisce un campo ed una rete coerente di relazioni.

Per quanto riguarda le singole azioni progettuali, ciascuna di esse è stata realizzata nel rispetto della metodologia consolidata e scientificamente riconosciuta per lo specifico campo di lavoro.

Così, l'indagine epidemiologica non ha potuto fare a meno di un metodo di ricerca riduzionista tradizionale, all'interno del quale si è cercato di avere un quadro il più possibile completo del fenomeno studiando un ampio numero di variabili ritenute rilevanti, mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati di rilevazione e valutazione. Sulla base dei dati della ricerca epidemiologica è stato possibile costruire un profilo dei bisogni dell'utenza, dal quale è stato ricavato il profilo delle conoscenze e competenze che dovrebbero avere gli operatori del settore.

La formazione degli operatori ha potuto giovare dei dati della ricerca epidemiologica, ed in particolare del profilo professionale richiesto agli operatori che ne è scaturito; tale profilo ha infatti costituito lo standard di riferimento per la rilevazione dello scarto di competenze e del conseguente bisogno formativo, risolvendo positivamente il problema dell'analisi del bisogno formativo, che è uno degli anelli deboli che spesso incidono negativamente sulla qualità ed efficacia della formazione.

Allo stesso modo, anche la progettazione del modello sperimentale di servizio ha utilizzato l'analisi dei bisogni ottenuta dalla ricerca epidemiologica; va tuttavia detto che tale modello è risultato fortemente condizionato da diversi fattori vincolanti, riferibili sia alle risorse che a problemi organizzativi.

In conclusione, il progetto rappresenta, sul piano metodologico, un tentativo di sintesi fra la metodologia propria della ricerca scientifica e quella della ricerca-azione, caratteristica delle scienze sociali.

5. La strategia generale

La strategia generale del progetto ha mirato, in una prospettiva d'integrazione delle risorse presenti nel territorio, a superare la tradizionale separazione culturale, organizzativa e tecnico-professionale dei servizi, e la corrispondente divisione di competenze in ambiti rigidi e separati (Assistenza, ricerca, formazione ecc.) attraverso la **“messa in rete”** delle esperienze, delle risorse e delle Istituzioni Sanitarie e Scientifiche. In questo senso, essa mira all'innovazione culturale e manageriale che negli ultimi anni sta riproponendo fortemente la centralità del cittadino-utente rispetto all'organizzazione dei servizi. Ciò ha consentito che i diversi soggetti, nel reciproco interscambio, potessero sperimentare soluzioni innovative rispetto ai processi di lavoro, alla definizione degli obiettivi, all'integrazione ed alla regolazione dei rapporti con i contesti di riferimento.

Fra le direttive strategiche, particolare rilevanza ha ricevuto l'attenzione alla **ripetibilità ed all'esportabilità del modello proposto**, sia rispetto a contesti territoriali diversi sia, sopra tutto, rispetto ad altre problematiche sociosanitarie emergenti che il sistema dei servizi non è preparato ad affrontare.

La strategia progettuale si è tradotta in azioni interconnesse e parzialmente sovrapposte sul piano temporale.

6. I partner nazionali

Per la realizzazione del progetto è stato necessario coinvolgere tutti i soggetti che, nell'ambito del territorio individuato, sono impegnati nel settore dell'assistenza ai pazienti con Dual Disorder, della ricerca scientifica, della formazione.

Tenuto conto delle azioni da compiere nell'ambito del progetto, la partnership nazionale è stata costituita da:

- **A.U.S.L. BA/3** : questa azienda sanitaria pubblica offre servizi sanitari all'interno di un territorio molto vasto situato nella provincia di Bari. Tale territorio comprende zone a forte espansione economica di tipo industriale ed artigianale, zone con economia prevalentemente gravitante verso il polo industriale barese, aree prevalentemente agricole e zone caratterizzate da sviluppo economico discontinuo. E' in grado di offrire adeguati servizi sanitari e sociosanitari su tutto il proprio territorio ma, al pari della maggioranza delle AA.UU.SS.LL. del territorio ita-

liano, non offre un servizio adeguato al trattamento della comorbidità psichiatrica e da tossicodipendenze.

- **CONSORZIO ELPENDU'**: a questo organismo afferiscono 19 cooperative sociali del territorio pugliese di tipo "A" e "B", ai sensi della legge 381/91. Molte di queste cooperative offrono servizi riabilitativi sul territorio della provincia di Bari. In particolare, le **cooperative CAPS, CSISE e QUESTA CITTA'** offrono, rispettivamente, servizi di riabilitazione per tossicodipendenti la prima, e per pazienti affetti da patologia psichiatrica la seconda e la terza. Le prime due cooperative operano da anni nella zona gravitante intorno all'area metropolitana ed industriale di Bari, mentre la terza opera nell'area interna della provincia, in territorio murgiano. Quest'ultima Cooperativa ha sperimentato il modello terapeutico-riabilitativo previsto e progettato da Double Spiral.

- **ASSOCIAZIONE "LA FAMIGLIA" di Gravina (Ba)**: offre da anni servizi di riabilitazione per tossicodipendenti nello stesso territorio della cooperativa "Questa Città".

- **DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE dell'UNIVERSITA' di BARI, sezione di Clinica delle Malattie Mentali**: offre servizi di cura, ricerca e formazione nel settore delle malattie mentali e neurologiche, rappresentando un punto di riferimento obbligato nel settore per tutto il territorio regionale.

- **DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE dell'UNIVERSITA' di BARI, Cattedra di Educazione degli Adulti**: offre servizi di ricerca e di formazione nei settori dell'educazione e della riabilitazione, sia per l'infanzia che per l'età adulta.

Il contributo fornito da ciascuno dei partner è descritto in dettaglio nei capitoli relativi alle diverse azioni progettuali.

7. Il bacino territoriale di riferimento

Il bacino territoriale di riferimento del progetto è diversificato rispetto alle azioni progettuali. Infatti la ricerca epidemiologica relativa al Dual Disorder ha riguardato l'intero territorio della Provincia di Bari, consentendo di rilevare le caratteristiche del fenomeno in un territorio molto ampio e caratterizzato da grandi differenze antropologiche, culturali e socioeconomiche. La formazione degli operatori, il reclutamento degli stessi e dei pazienti per la sperimentazione del modello di servizio, e la

sperimentazione stessa hanno invece interessato soltanto il territorio dell'A.USL BA/3.

8. La durata del progetto

La durata complessiva del progetto, prevista in due anni, a seguito di una proroga richiesta ed autorizzata è stata complessivamente di 2 anni e 3 mesi.

Il cronogramma è disponibile alla relativa Tabella.

9. I tempi, le fasi e le azioni

Il progetto si è articolato in tempi, fasi ed azioni, secondo il seguente schema:

TEMPO	FASI	AZIONI
I		PROGETTAZIONE ESECUTIVA INIZIALE
		FORMALIZZAZIONE DELLA PARTNERSHIP NAZIONALE
		FORMALIZZAZIONE DELLA PARTNERSHIP INTERNAZIONALE
II	A- RICERCA EPIDEMIOLOGICA	PROGETTAZIONE
		ADDESTRAMENTO DEI RILEVATORI
		ANALISI STATISTICA DEI DATI DELLA RICERCA
	B - FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	BILANCIO DELLE COMPETENZE
		PROGETTAZIONE INTERVENTO FORMATIVO
		REALIZZAZIONE INTERVENTO FORMATIVO
	C - SPERIMENTAZIONE MODELLO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO	PROGETTAZIONE
		REALIZZAZIONE
		VALUTAZIONE
	IV (TRASVERSALE)	MAINSTREAMING

La fase A - Ricerca epidemiologica

Dopo un convegno di presentazione dell'intero progetto, è iniziato il lavoro di ricerca epidemiologica; a tal fine, il gruppo dei ricercatori dell'Università di Bari individuato ha predisposto il protocollo di ricerca, individuando un set di strumenti di rilevazione in grado di discriminare una serie di aspetti inerenti la struttura della personalità, i consumi di droghe, le attitudini psicosociali; la concentrazione dei pazienti, relativa a determinati contesti socioeconomici locali ed assoluta, del territorio, oltre ogni altro aspetto utile a definire un "profilo" dei pazienti affetti da comorbidità ed a seguirne l'evoluzione nel tempo e nello spazio; la costruzione del protocollo è stata caratterizzata da tre aspetti essenziali:

- a) la necessità di considerare la popolazione o i gruppi a rischio;
- b) la necessità di studiare le interazioni tra i fattori che determinano la malattia, invece che (o oltre che) i singoli fattori isolatamente;
- c) la diffusione delle malattie nella popolazione.

E' stata data particolare attenzione alla corretta diagnosi di comorbidità, precisando i diversi passi del processo di elaborazione di una diagnosi, il loro rapporto sequenziale e la loro relazione gerarchica.

Il campionamento è stato predisposto in modo da permettere anche il monitoraggio ed il confronto degli esiti dei trattamenti usuali rispetto a quelli innovativi, come in seguito specificato alla Fase "C". Si è quindi provveduto a selezionare i ricercatori che avrebbero provveduto alla rilevazione dei dati, e ad addestrarli adeguatamente all'applicazione degli strumenti da utilizzare per la ricerca, al fine di standardizzare le modalità di raccolta dei dati. Un pretest ha permesso il perfezionamento dello strumento di rilevazione individuato.

E' stata quindi realizzata la rilevazione dei dati sul territorio e la conseguente analisi comparativa dei pazienti con "doppia diagnosi" rispetto a quelli con sola diagnosi psichiatrica e con sola diagnosi di tossicodipendenza, Essa è stata condotta con metodologia statistica, comprendendo ogni aspetto rilevabile dagli strumenti utilizzati.

La fase B - Formazione degli operatori

La FASE "B" è iniziata con la rilevazione delle competenze possedute

dai lavoratori interessati a questo progetto, che ha riguardato sia la formazione acquisita presso enti accreditati che quella sviluppata con l'esperienza maturata sul lavoro; essa è stata parametrata tramite misurazioni effettuate mediante strumenti di rilevazione soggettiva ed oggettiva, questionari e/o tests.

Il risultato di tale ricognizione è stato confrontato con il quadro delle competenze ritenute necessarie a qualificare la professionalità nel settore di interesse di questo progetto, definito in base alle evidenze scaturite dalla ricerca epidemiologica; lo scarto tra i due quadri ha permesso di definire il bisogno formativo degli operatori.

La progettazione del modello terapeutico riabilitativo è stata anticipata al fine di avere ulteriori elementi per la progettazione del percorso formativo. Gli elementi base per la progettazione del percorso formativo, quindi, sono stati:

- i dati emersi dalla ricerca epidemiologica e, conseguentemente, le caratteristiche ed i bisogni dei pazienti in doppia diagnosi;
- il bilancio delle competenze degli operatori da sottoporre a formazione;
- le caratteristiche del modello terapeutico riabilitativo da sottoporre a sperimentazione.

E' stato quindi definito un percorso formativo idoneo a riqualificare gli operatori interessati, in base al quale è stato realizzato l'intervento formativo, secondo metodologie didattiche e di verifica definite in precedenza e/o sulla base delle effettive esigenze maturate nel corso delle attività previste.

La fase "C" - Sperimentazione modello terapeutico-riabilitativo

La fase C è consistita nella progettazione del modello assistenziale sotto il profilo istituzionale, organizzativo e tecnico-professionale, nonché di tutti gli strumenti, le tecniche, le strategie e le attività ritenute utili all'implementazione di un servizio terapeutico-riabilitativo per pazienti affetti da Dual Disorder.

Nella progettazione è stata dedicata particolare attenzione allo sviluppo di progetti individualizzati e di gruppo ed al loro rispettivo monitoraggio in termini di efficacia ed efficienza.

Pur non essendo stato possibile stabilire, in sede di progettazione, la

tipologia strutturale da utilizzare - in mancanza dei dati epidemiologici necessari -, è stato definito un set di prodotti che essa avrebbe dovuto generare, consistenti fundamentalmente in codifiche di ruoli professionali, funzioni e posizioni organizzative, strumenti di certificazione e monitoraggio dei processi, regolazione delle interazioni organizzative, modalità di regolazione delle comunicazioni, aspetti deontologici.

Simultaneamente fu previsto che, nel corso della seconda azione della fase C, la partnership del progetto avrebbe provveduto alla predisposizione organizzativa e strutturale del modello ipotizzato in precedenza ed all'immissione dei pazienti nella struttura/servizio istituita, definendo i rapporti organizzativi interistituzionali attraverso uno specifico protocollo d'intesa.

La terza azione della fase C è stata destinata alla verifica delle ipotesi sviluppate nel corso della prima azione di questa fase ed alle relative revisioni, modifiche ed aggiustamenti dipendenti dall'esito degli interventi fatti sul campo; sono stati anche definiti gli strumenti e le azioni di monitoraggio, individuando momenti di riflessioni formali ed informali dell'intera équipe di lavoro, necessari ad elaborare le dinamiche contesto-paziente.

La quarta azione della fase C è stata destinata all'elaborazione ed alla pubblicazione a stampa dei risultati dell'intero progetto, ed alla loro presentazione nell'ambito di un apposito convegno.

10. Il coordinamento di Mainstreaming

Il coordinamento del progetto è stato curato da "Elpendù", che ha predisposto e realizzato il progetto esecutivo, sovrintendendone tutte le attività in modo da apportare variazioni, correzioni, adattamenti od innovazioni in funzione dei risultati delle attività prodotte, appositamente valutate da un Comitato Scientifico, in maniera ciclica e preordinata.

Le istanze espresse dai vari partners del progetto sono state elaborate secondo modalità che hanno mirato a garantire la piena partecipazione di ognuno, nel rispetto dell'autonomia relativa alle proprie competenze; queste sono state espresse secondo gruppi di lavoro omogenei composti da professionisti rappresentanti dei diversi partner.

La titolarità del finanziamento complessivo è stata affidata ad un'Associazione Temporanea d'Imprese (A.T.I.) appositamente costituita.

Nell'ambito del coordinamento, un particolare rilievo è stato dato al mainstreaming, vale a dire a quei processi miranti a connettere le fasi e le azioni previste ai vari contesti definiti da conoscenze, normative, prassi e risorse variamente distribuite sul territorio nazionale e transnazionale, mediante confronti sistematici tra le varie realtà ed esperienze in ogni fase del progetto, in modo tale da poter calibrare lo stesso sulla base delle acquisizioni e contributi provenienti da altre realtà territoriali. Passi necessari, questi, a determinare un prodotto che abbia delle validità estensibili anche a realtà diverse da quella regionale.

E' stata perciò cura del coordinamento di progetto pubblicizzare adeguatamente le attività, prevedere ed organizzare convegni, momenti di formazione sviluppati anche a distanza con tecnologia *on-line*, scambi di formatori e di dati nazionali e transnazionali che assicurassero un coinvolgimento attivo dei vari riferimenti istituzionali fin dalle fasi progettuali, durante le varie fasi ed a conclusione della sperimentazione.

I processi di mainstreaming hanno previsto:

- a), le modalità di trasferimento dei modelli di rilevazione epidemiologica sperimentati nel sistema di rilevamento regionale;
- b), le modalità di assunzione dei programmi formativi sviluppati all'interno del progetto nei corsi universitari interessati dal fenomeno studiato;
- c), le modalità attraverso cui l'A.U.S.L. BA/3 e le Imprese Sociali coinvolte nel progetto porranno rimedio al problema studiato dopo la sperimentazione effettuata;
- d), le modalità attraverso cui la partnership sottoporrà alla Regione Puglia una proposta che integri e completi la legislazione attualmente esistente in materia.
- e), le modalità attraverso le quali l'A.U.S.L. BA/3 e le Imprese Sociali interessate da questo progetto trasferiranno i risultati ottenuti dalla sperimentazione nei propri sistemi produttivi;
- f), le modalità attraverso cui i prodotti sviluppati nel corso di questo progetto saranno resi disponibili ai vari Ministeri Italiani interessati, Partner Transnazionali ed ai vari professionisti e comunità scientifiche, operanti nei settori afferenti a quello studiato da questa partnership, sparsi sul territorio.

11. La cooperazione transnazionale

L'Europa presenta un panorama di culture, assetti legislativi, esperienze e contesti socioeconomici talmente variegato da consentire confronti approfonditi e dettagliati su ogni tipo di studio sociale; nella fattispecie delle patologie psichiatriche, da tossicodipendenze e/o composite, le varie aree europee offrono differenti quadri istituzionali, culturali, socioeconomici e di prassi d'intervento notevolmente differenziati, e ciò consentirebbe un elevato approfondimento di ogni aspetto delle problematiche studiate. Perciò il progetto ha ipotizzato una cooperazione transnazionale basata su:

- **scambi di informazioni** riguardanti i differenti assetti legislativi ed istituzionali, le caratteristiche epidemiologiche delle popolazioni studiate, le esperienze e le prassi adoperate dalle Strutture Pubbliche e/o Private a riguardo dei Servizi offerti ai pazienti, del trattamento loro riservato dagli apparati giudiziari e dei modelli formativi utilizzati nei confronti degli addetti ai settori preposti;

- **sviluppo parallelo di approcci innovativi** elaborati da ogni partnership nazionale, sulla base degli aspetti problematici riconosciuti nel proprio contesto di appartenenza, tali da essere indipendenti gli uni dagli altri ma collegati dal medesimo ambito problematico;

- **scambi o adozioni di nuovi approcci**, nel caso le varie prassi sviluppate all'interno dei differenti contesti siano compatibili con i vari assetti socioeconomici, legislativi e culturali dei contesti d'importazione;

- **sviluppo congiunto**, nel caso si presentino situazioni transnazionali omogenee in più aspetti ed organizzate in modo tale da permettere lo studio di variabili separate all'interno di approcci identici;

- **scambi di allievi, formatori, staff**, nei momenti in cui gli aspetti problematici siano stati sufficientemente studiati, in modo tale da consentire apporti transnazionali che siano in grado di offrire arricchimenti in un dato contesto sulla base delle esperienze sviluppate altrove.

La partnership transnazionale ha realizzato i seguenti prodotti

- Sviluppo di una metodologia formativa relativa alla formazione di personale operante in campo socio-sanitario, teso alla risocializzazione di soggetti socialmente deboli e con doppia patologia (realizzato dalla partnership italiana realizzatrice del progetto "Double Spiral").

- Sviluppo di strumenti e metodologie di valutazione specifici per lavoratori con handicap (postumi da turbe psicologiche, traumi cranici, ecc.)

e creazione di modelli di formazione per quanto riguarda sia i contenuti che i processi (realizzato dal Partner francese).

Il modello formativo sperimentato da “Double Spiral” è, quindi, divenuto un prodotto diffuso a livello transnazionale.

12. La supervisione scientifica

La supervisione scientifica è stata affidata ad uno staff (denominato Comitato Scientifico), che ho avuto l'onore di coordinare, del quale hanno fatto parte Luigi Ferrannini, Direttore del DSM di Genova ed attuale Segretario Generale della Società Italiana di Psichiatria, e da Domenico Lagravinese, attuale Direttore Sanitario della A.USL BA/4 e Presidente pro tempore della Società Italiana di Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

Il Comitato scientifico ha svolto un duplice compito. In primo luogo ha avuto la responsabilità di verificare e validare i diversi prodotti sviluppati nell'ambito del progetto, con particolare riferimento a:

- il progetto di ricerca epidemiologica ed il relativo report;
- il progetto di formazione degli operatori ed il relativo report;
- il progetto di sperimentazione del modello assistenziale ed il relativo report.

Nello svolgimento di tale compito ha mantenuto una posizione di totale autonomia e terzietà rispetto ai diversi gruppi di lavoro impegnati nelle diverse fasi del progetto.

Accanto a tale compito, vi è però da ricordare che il Comitato ha svolto una funzione di prossimalità rispetto ai partner ed in particolare all'Ente Coordinatore, con cui ha mantenuto un costante dialogo mirante a risolvere le difficoltà che la realizzazione sul campo dei vari aspetti della ricerca ha comportato, cercando di suggerire soluzioni che consentissero di armonizzare le azioni concretamente realizzate – e realizzabili – con il rispetto dei principi fondamentali del metodo scientifico e, più in generale, della coerenza interna di progetto.

Un aspetto particolare, che merita di essere segnalato, è che mi sono trovato a gestire contemporaneamente il ruolo di Coordinatore del Comitato Scientifico e quello di Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.USL BA/3, ossia di uno dei Dipartimenti Pubblici direttamente impegnati nella realizzazione del progetto. Su un piano generale,

è intuibile che la gestione di queste due posizioni abbia determinato dei conflitti di ruolo; ciò è certamente vero, ed ha comportato una fatica supplementare. D'altro canto, si è trattato di un'esperienza che mi ha arricchito molto, in quanto mi ha costretto a stare continuamente sul confine fra due ruoli potenzialmente conflittuali, dovendomi ogni volta immedesimare nelle difficoltà di entrambi per cercare le possibili soluzioni ed integrazioni. Spersonalizzando il problema, credo di poter affermare che l'eterno dilemma dell'applicabilità concreta dei principi della ricerca scientifica sul campo, o, se si vuole, il dato fattuale della separatezza fra mondo della ricerca e mondo delle pratiche, possa e debba essere risolto a favore di una sostanziale ricerca di dialogo fra i due campi: il miglioramento della qualità dei servizi passa attraverso la ricomposizione di campi e paradigmi tradizionalmente separati, come la ricerca e la formazione da un lato e le pratiche dei servizi dall'altro.

13. Ringraziamenti

Può forse sembrare strano che il resoconto di un progetto scientifico si concluda con dei ringraziamenti; l'obiettività che deve informare il linguaggio di un resoconto scientifico impone infatti l'eliminazione di tutti quegli elementi che, appartenendo alla sfera della soggettività e quindi dell'affettività, danno un senso all'esperienza vissuta e ne fanno una storia personale. Double Spiral non è stato, per me, soltanto una ricerca scientifica, ma un'occasione d'incontro e di collaborazione con molte persone; i due termini, incontro e collaborazione, non sono casuali: il primo mi rimanda a quella dimensione della relazione che è l'ineluttabilità del conflitto nell'essere insieme; il secondo mi ricorda che lavorare con l'altro è condividere una fatica, e talvolta una sofferenza, che diviene sopportabile proprio perché condivisa.

Mi sembra dunque che, per ricomporre l'unità della storia, questo resoconto oggettivo del progetto non possa concludersi senza il richiamo all'esperienza umana e professionale che esso ha rappresentato. A tutte le persone con cui ho condiviso l'entusiasmo e la fatica di questo percorso va la mia gratitudine ed il mio sincero ringraziamento.

Comorbidità psichiatrica nelle tossicodipendenze: la ricerca epidemiologica

D. Labriola*, A. Pollice**, A. Dipietro*, P. Giaquinto**,
M. Proscia*, G. Nappi*

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche
Università di Bari

**Dipartimento di Scienze Statistiche
Università di Bari

Introduzione

Il termine doppia diagnosi, coniato molti anni fa dalla psichiatria statunitense (De Leon 1989, Solomon 1996) indicava la copresenza di un grave disturbo mentale (soprattutto di tipo psicotico) e di un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze. Il termine *Dual Disorder* (Dual Diagnosis o Doppia Diagnosi) oggi indica una sindrome caratterizzata dalla presenza di due o più disturbi psichiatrici di asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000), di cui almeno uno è costituito da un Abuso di Sostanze.

Nel nostro Paese, il termine Doppia Diagnosi (a molti non gradito forse a causa della sua genericità) è stato adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico. Tuttavia, nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze l'uso del termine Doppia Diagnosi può risultare di scarsa utilità qualora qualsiasi sintomo psicopatologico, più o meno grave, copresente alla patologia da dipendenza venga considerato alla stregua di un vero e proprio disturbo psichiatrico. Non esiste, infatti, tossicodi-

pendente o alcol dipendente che non presenti, anche con grande frequenza, sintomi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e di rallentamento psicomotorio. Di conseguenza, in base a queste evidenze tutti o quasi tutti i tossicodipendenti e gli alcol dipendenti dovrebbero essere considerati casi con Doppia Diagnosi. Le stesse considerazioni valgono nel campo dei servizi di salute mentale, dove potrebbero essere considerati tossicodipendenti o alcol dipendenti con doppia diagnosi tutti i malati mentali, più o meno gravi, utilizzatori saltuari o addirittura progressivi di sostanze d'abuso. Il ricorso improprio ed eccessivo al termine Doppia Diagnosi rischia pertanto di essere, a livello operativo, spesso fuorviante e inutile, e in alcuni casi addirittura dannoso.

Noi intenderemo per “doppia diagnosi” la presenza contemporanea di due o più disturbi psichiatrici di asse I che soddisfano i criteri diagnostici del DSM-IV-TR (APA, 2000) e di cui almeno uno costituito da una dipendenza da sostanze. Abbiamo adottato un concetto ristretto di “doppia diagnosi”, sospendendo il giudizio in merito alla dipendenza reciproca dell'abuso/dipendenza e dell'altro disturbo psichiatrico e pertanto considerando “non doppia diagnosi” i quadri psichiatrici causa o conseguenza dell'assunzione di sostanze.

Analisi della letteratura

La comorbidità tra uso/abuso di sostanze e disturbi psichiatrici è stata associata ad un accresciuto ricorso al ricovero in ambito psichiatrico (Hunt et al, 2002, Brems et al, 2002), ad un aumento dei comportamenti violenti e/o aggressivi (Scott et al, 1998, Graham et al, 2001) ed anticonservativi (Appleby et al, 1999), ad un incremento della spesa sanitaria (Hoff e Rosenheck, 1999), ad una riduzione degli *outcome* di trattamento sia nei pazienti psichiatrici che negli “abusatori” di sostanze (Carey et al, 1991, Burns et al, 2002).

La presenza di un disturbo psichiatrico associato ad un disturbo da abuso di sostanze comporta una serie di difficoltà non soltanto da un punto di vista strettamente clinico (maggiore gravità dei sintomi psichiatrici, richiesta di maggiori dosaggi farmacologici per il controllo dei sintomi, maggiore difficoltà dei trattamenti terapeutici non farmacologici e riabilitativi) ma anche da un punto di vista sociale, medico-legale ed economico (costi maggiori per la gestione dei pazienti, scarsa preparazione

degli operatori nell'affrontare i problemi associati, maggiori difficoltà interpretative nella valutazione dei reati commessi dai pazienti) (Schinka et al, 1998; Milesi et al, 2000).

La letteratura evidenzia come una percentuale elevata di soggetti con disturbo psichico abbia anamnesi positiva per l'assunzione pregressa o attiva di sostanze stupefacenti e/o alcol. In uno studio condotto da Weaver sulla popolazione afferente ad una comunità di salute mentale del Regno Unito, è emerso come il 44% dei pazienti riportasse, nell'anno precedente, un uso di sostanze ovvero un consumo nocivo di alcool e che il 75% dei soggetti dediti ad uso di sostanze o afferenti a sevizi di alcologia presentasse, nell'anno precedente, un disturbo psichiatrico (Weaver et al, 2003). Tale evidenza si presta a molteplici interpretazioni: da un lato rivela il tentativo di ridurre la sofferenza soggettiva legata all'espressione sintomatologica del disturbo, dall'altro suggerisce che l'assunzione di sostanze possa rappresentare l'evento scatenante della slatentizzazione del fenomeno psichico.

Sin dal 1960 molti studi hanno indagato la prevalenza dell'abuso di sostanze voluttuarie tra i pazienti psichiatrici (Rockwell et al, 1968, Cohen et al, 1970, Blumberg et al, 1971). In letteratura la presenza di patologie psichiatriche in pazienti con abuso di sostanze è rilevata con tassi di comorbidità variabili tra il 50% e il 93% (Khantzian et al, 1985, Regier et al, 1990, Brooner et al, 1997). Viceversa circa il 50% dei soggetti con patologia mentale sviluppa un abuso da sostanze (Drake et al, 1993).

In uno studio effettuato presso l'ospedale psichiatrico di St. Louis sui ricoveri di un trimestre, un terzo dei pazienti (104 pazienti su 355) presentava abuso di una o più sostanze, almeno lifetime e quasi la metà del gruppo di coloro che facevano uso di sostanze (il 15% del campione totale dei soggetti), lo facevano in modo continuativo (Fischer et al, 1975).

In un altro studio (Crowley et al. 1974), l'abuso di sostanze era presente in un terzo di 50 ammissioni adulte in un ospedale psichiatrico di Denver. Studi successivi effettuati negli anni '80 hanno registrato l'importanza epidemiologica e clinica del fenomeno, in special modo in relazione all'assunzione di nuove droghe (cocaina, crack, etc.). Nell'ospedale psichiatrico di Pittsburgh, il 18% di 533 pazienti psichiatrici presentava una storia di abuso di almeno una sostanza; di tali pazienti, inoltre, il 58% aveva continuato ad utilizzare tali droghe anche durante il trattamento psicofarmacologico (Alterman et al, 1982).

Wilkins et al (1988) nel corso degli esami di controllo inerenti le ammissioni di 30 pazienti schizofrenici, trovarono che 17 di essi (59%) risultarono positivi ai test urinari per le sostanze stupefacenti, con una netta predominanza per la cocaina (48%).

Cooper et al (1988) in una rassegna della letteratura sull'argomento, misero in evidenza come le stime epidemiologiche riferite all'uso di sostanze stupefacenti tra i pazienti con una diagnosi psichiatrica fossero comprese tra il 30 ed il 65%.

Attualmente vi è concordanza nel affermare che una percentuale compresa tra il 15 ed il 60% dei pazienti psichiatrici che giungono in contatto con i servizi, e più specificatamente tra il 20 ed il 25% dei pazienti schizofrenici, dichiarano l'avvenuto impiego di sostanze psicoattive (Clerici, 1993). In particolare uno studio epidemiologico condotto negli USA dal National Institute of Mental Health (Regier et al, 1990) sulla comorbidità, in termini di prevalenza, tra abuso di alcool o altre sostanze e disturbi psichiatrici ha rilevato che il 29 % dei soggetti con patologia psichiatrica presentava una diagnosi *lifetime* di disturbo da abuso-dipendenza da sostanze, che tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia la presenza di comorbidità con una diagnosi di dipendenza da sostanze sale fino al 47% dei casi con una percentuale maggiore a carico dell'alcool (33.7%) e minore per tutte le altre sostanze associate in gruppo (13.3%). Tale studio ha, inoltre, evidenziato nei soggetti con schizofrenia un rischio di sviluppare un disturbo da abuso di sostanze 4.6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Abuso di sostanze è stato, inoltre, riscontrato nell'83.6 % di pazienti con disturbo di personalità antisociale, nel 23.7 % dei pazienti con disturbo d'ansia e nel 60.7 % di pazienti con disturbo bipolare tipo I. (Regier et al, 1990). Sovrapponibili evidenze sono emerse in uno studio condotto nella popolazione affetta da psicosi dell'area suburbana di Londra: il 33% dei pazienti presentava una comorbidità con abuso di sostanze, il 20% con uso nocivo di alcool, l'8% con un abuso misto di sostanze ed alcool (Wright et al, 2000).

Una questione ancora aperta rimane quella relativa a considerare la relazione intercorrente tra disturbi di personalità e disturbo da uso-abuso di sostanze: recenti studi sembrerebbero evidenziare una sostanziale indipendenza dei due fenomeni, come suggerito dal dato che la remissione del disturbo da uso di sostanze non è associata ad un'analoga remissione del disturbo di personalità (Verheul et al, 2001).

A partire da questi dati risulta ovvio che il rischio di incorrere in un

disturbo da uso di sostanze debba ritenersi nettamente maggiore per i soggetti appartenenti al sottogruppo dei disturbi psichiatrici rispetto alla popolazione generale, nell'ambito della quale la prevalenza dell'abuso/dipendenza da sostanze è compresa tra il 15 ed il 18% contro il 19-30% del gruppo di soggetti con disturbi psichiatrici (Przybeck et al, 1989, Lehman et al, 1989, Galanter e Kleber, 1998).

Altri studi epidemiologici hanno valutato la prevalenza dei disturbi mentali concomitanti in soggetti affetti da disturbi da uso di sostanze che si rivolgono a strutture terapeutiche (valutazione della cosiddetta comorbidità psichiatrica). Tra questi sono da citare ad esempio: Khantzian e Treece, 1985, Rounsaville, 1986, Ross et al, 1988, Schubert, 1988, Mirin et al, 1988, Swift et al, 1990, Nace et al, 1991). Con questa metodologia, Rounsaville et al (1982) hanno calcolato una prevalenza del 18% di disturbi psichici tra soggetti con abuso di sostanze, riscontrando tra di essi come fenomeni psicopatologici più frequenti, i disturbi affettivi, l'alcolismo ed i disturbi di personalità.

Per ciò che riguarda la situazione italiana, una valutazione della prevalenza dei disturbi mentali nei soggetti tossicodipendenti in trattamento è stata eseguita su singoli campioni reclutati localmente presso centri di tipologia differenziata (ospedaliera, residenziale e territoriale) ubicati all'interno di specifici bacini di utenza, come Roma, Milano e Cagliari (Tempesta et al, 1986, Clerici et al, 1989, Pani et al, 1991), non costituendo, dunque, una campionatura rappresentativa di tutto il territorio nazionale.

Recentemente sono anche state effettuate delle indagini volte a determinare con criteri omogenei la comorbidità psichiatrica dei tossicodipendenti afferenti a vari servizi pubblici (Ser.T) sparsi su ampie aree del territorio nazionale (Pozzi et al, 1993, Pozzi et al, 1997, Fioritti et al, 1997). In queste ricerche multicentriche, i dati di prevalenza appaiono nel complesso leggermente inferiori rispetto a quelli riportati in altri studi italiani ed internazionali, soprattutto per ciò che riguarda i disturbi psicotici; tra questi ultimi è stato rilevato che la gran maggioranza dei disturbi affettivi si riferisce alle condizioni minori (distimia e depressione NAS). Sicuramente in linea con altre ricerche, è risultata la stima dei disturbi appartenenti al cluster B dei disturbi di personalità (istrionico, narcisistico, antisociale, borderline).

Obiettivi

Obiettivo primario del progetto è stato quello di valutare la prevalenza di comorbidità psichiatriche di asse I e II secondo il DSM-IV-TR nei pazienti con disturbi da uso di sostanze nella popolazione di soggetti afferenti ai Ser.T e residenti nelle comunità terapeutiche delle 5 AUSL della provincia di Bari.

Obiettivi secondari sono stati la rilevazione e valutazione di:

- caratteristiche sociodemografiche del collettivo di riferimento (età, sesso, stato civile, istruzione, condizione lavorativa, cittadinanza, nazionalità, reddito);
- caratteristiche clinico-assistenziali (setting, interventi praticati, frequenza dei contatti, fase del trattamento, affidabilità, età di inizio della assunzione di sostanze, età di inizio e durata del disturbo da uso di sostanze, età di inizio del disturbo psichiatrico di asse I, comorbidità organica, monoabuso e poliabuso “*riferito*” lifetime e attuale, tempo di sospensione dalle sostanze);
- natura e gravità dei problemi presentati dai soggetti con dipendenza/abuso da sostanze;
- grado di compromissione determinato dai disturbi di asse I e II del DSM-IV-TR su attività lavorativa, vita di relazione e familiare, grado di compromissione determinato dallo stress sul funzionamento sociale, lavorativo e familiare, supporto sociale necessario per funzionare adeguatamente;
- sintomatologia psicopatologica in generale.

La scelta di studiare un’ampia popolazione con strumenti di rilevazione affidabili trova il suo razionale nei limiti metodologici degli studi epidemiologici finora condotti in Italia su questo argomento.

Gli obiettivi dell’indagine epidemiologica portano immediatamente alla considerazione di uno studio di tipo descrittivo o osservazionale, atto a descrivere la frequenza della doppia diagnosi nella popolazione di riferimento e a spiegarne le distribuzioni di frequenza osservate in base a fattori causali ed eziologici. In particolare l’indagine epidemiologica in questione si configura come uno studio trasversale, di sorveglianza o prevalenza, ed esamina le relazioni tra la patologia di interesse ed altre caratteristiche della popolazione definita con riferimento ad un preciso istante di tempo (Friedman, 1987). Tali studi vengono infatti utilizzati nell’ambito di inchieste sullo stato di salute generale di una

popolazione, per la pianificazione di servizi sanitari, per la selezione di interventi prioritari per il controllo delle malattie (Jekel, Elmore, Katz, 1996).

Collettivo di riferimento oggetto dello studio

Sono stati sottoposti ad indagine epidemiologica trasversale (valutazione della prevalenza in un periodo) nelle aree sociodemografiche, psicopatologiche, della tossicodipendenza e della disabilità i soggetti che hanno soddisfatto i criteri diagnostici del DSM-IV-TR per disturbo correlato a sostanze, che hanno accettato di rispondere alle interviste una volta informati della finalità della ricerca e che hanno espresso il consenso informato scritto.

L'indagine epidemiologica è stata effettuata nel periodo ottobre 2002 - gennaio 2003 presso i Ser.T delle 5 AUSL della provincia di Bari e presso le Comunità Terapeutiche convenzionate con le stesse AUSL.

Il collettivo di riferimento è stato sottoposto a valutazione da parte di rater (medici e psicologi) dei Ser.T delle AUSL della provincia di Bari, addestrati mediante un training specifico all'utilizzo degli strumenti di valutazione e da parte di rater (psichiatri e psicologi) del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Bari.

Criteri di inclusione e di esclusione

I soggetti di ambo i sessi considerati nel campione, oltre a rientrare nei criteri diagnostici del DSM-IV-TR per disturbo da uso di sostanze, dovevano avere raggiunto la maggiore età ed essere capaci di esprimere liberamente e per iscritto il consenso informato.

Sono stati esclusi i soggetti con patologie mediche generali gravi e in trattamento con farmaci con noto effetto sulla possibilità di induzione di patologie psichiatriche (interferone, interleukine, cortisone, chemioterapici).

Strumenti di assessment

A. QUESTIONARIO

Per la raccolta delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche: età, sesso, stato civile, istruzione, condizione lavorativa, cittadinanza, nazionalità, reddito, grado di istruzione genitoriale, attività lavorativa genitoriale, età di inizio del disturbo psichiatrico, tipo di sostanza di abuso lifetime e attuale (ultimi 30 giorni), trattamento in corso e comorbidità organiche.

b. ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI) MC LELLAN ET AL, 1986.

Per valutare la natura e la gravità dei problemi presentati dai soggetti con disturbi correlati a sostanze. Vengono prese in considerazione sette aree funzionali: condizioni mediche, condizioni lavorative, uso di alcol, uso di sostanze psicoattive, condizione legale, relazioni familiari/sociali, condizioni psichiche. L'intervista, composta da 142 items che esplorano le variabili demografiche ed i problemi relativi alle singole aree, è adatta alla valutazione di soggetti adulti che abusano di alcol e/o di una o più sostanze e di pazienti psichiatriche che fanno uso di sostanze

C. SCALA DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE DISABILITY SCALE (DISS) DI SHEEHAN ET AL., 1996

Scala per l'autovalutazione del grado di compromissione determinato dai disturbi psichici nelle aree dell'attività lavorativa, della vita di relazione, della vita e responsabilità familiare, dello stress percepito e del supporto sociale ricevuto.

D. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW PLUS versione italiana, 5.0.

È una intervista strutturata breve per i disturbi psichiatrici. Lo strumento ha una struttura modulare e ogni modulo corrisponde ad un'area diagnostica, consentendo di formulare 24 diagnosi di asse I (EDM, distimia, episodio (ipo)maniacale, disturbo di panico, agorafobia, fobia sociale e fobia specifica, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post traumatico da stress, disturbo da somatizzazione, ipocondria, disturbo da dismorfismo corporeo, disturbo algico, dipendenza/abuso alcolico, dipendenza/abuso di sostanze, disturbi psicotici, anoressia e bulimia ner-

vosa, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo della condotta, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbi dell'adattamento, disturbo disforico premenstruale, disturbo ansioso depressivo misto) e una diagnosi di asse II (disturbo antisociale di personalità).

e. SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SCL 90), DI DEROGATIS ET AL. 1970. Scala di autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale. È composta da 90 items che riflettono le 9 dimensioni: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo.

Analisi statistica

In assenza di una lista esaustiva di tutti gli individui appartenenti alla popolazione di riferimento e data la conseguente inapplicabilità del campionamento casuale e/o stratificato si è proceduto ad un campionamento ragionato, basato sulla disponibilità alla collaborazione dei pazienti (soggetti peraltro a criteri di inclusione/esclusione non probabilistici) e degli operatori (per i quali non è stato possibile pretendere un coinvolgimento omogeneo nell'indagine). Una verifica ex post della conformità del campione agli scarsi dati ufficiali disponibili a livello provinciale, riferiti alla distribuzione per sesso, età e AUSL di appartenenza per i pazienti in carico ai Ser.T. e al numero di posti delle Comunità Terapeutiche convenzionate (unico dato disponibile sulla consistenza numerica della popolazione di pazienti afferente alle stesse) ha portato a concludere circa la discreta rappresentatività del campione osservato rispetto a setting, sesso e età dei pazienti.

Le percentuali di soggetti riferiti alle categorie di ciascuna variabile rilevata sono state calcolate distintamente per le due classi diagnostiche dei pazienti, con doppia diagnosi e senza. L'analisi delle distribuzioni di frequenze è stata condotta per tipologie di variabili individuate come: caratteristiche socio-demografiche, caratteristiche assistenziali, caratteristiche cliniche, sostanze di abuso riferite, sostanze di abuso/dipendenza rilevate, diagnosi psichiatriche e disabilità e stress.

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando SPSS v.11.5 per sistema operativo Windows XP.

Risultati

Il collettivo di riferimento (tabella 1) è risultato composto da 691 soggetti, suddivisi in due distinte categorie: “doppia diagnosi” (DD) (comprendente soggetti con disturbo da uso di sostanze e un altro disturbo di asse I del DSM-IV-TR, con o senza comorbidità con un disturbo di personalità), e “senza doppia diagnosi” (NDD) (in cui sono stati inclusi i soggetti con solo disturbo da uso di sostanze, disturbo mentale indotto da sostanze, disturbo di personalità e disturbo mentale dovuto a condizione medica generale).

I soggetti con doppia diagnosi rappresentano poco più di un terzo dell'intero collettivo di riferimento (n=256, ovvero 37,05% del totale) e sono principalmente caratterizzati solo da disturbi di asse I (n=208, 30,10% dell'intero collettivo e 81,25% della categoria DD); di contro i soggetti con disturbi di asse I associati a disturbi di personalità rappresentano una percentuale minima (n=48, 6,95% del totale e 18,75% della categoria DD).

I soggetti NDD (n=435, 62,95 % del totale) sono caratterizzati per metà solo da una diagnosi di disturbo da uso di sostanze (n=229, 52,64% della categoria e 33,14% del collettivo totale) e per l'altra metà principalmente da disturbi mentali indotti da sostanze da soli (n=101, 23,22% dell'intera categoria e 14,62% del collettivo totale) o associati a disturbi di personalità (n=43, 9,89% dell'intera categoria e 6,22% del collettivo totale) e da disturbi di personalità (n=58, 13,33% della categoria e 8,40% dell'intero collettivo).

Tabella 1 Classificazione Doppia Diagnosi del collettivo di riferimento

	N	%	Tipologia di Disturbi	N	%
DD	256	37,05	Disturbi di Asse I	208	30,10
			Disturbi di Asse I	48	6,95
			Disturbi di Personalità	229	33,14
NDD	435	62,95	Disturbo da Uso di Sostanze	101	14,62
			Disturbi Mentali Indotti da Sostanze	58	8,40
			Disturbi Mentali Indotti da Sostanze	43	6,22
			Disturbi di Personalità	2	0,28
			Disturbi Mentali da Condizione Medica Generale	1	0,14
			Disturbi Mentali da Condizione Medica Generale	1	0,14
			Disturbi di Personalità	1	0,14
			Disturbi Mentali Indotti da Sostanze	1	0,14
Totale	691	100,00	Disturbi Mentali da Condizione Medica Generale	1	0,14
			Disturbi di Personalità	1	0,14
			Totale	691	100,00

Caratteristiche sociodemografiche

La categoria “doppia diagnosi” è risultata composta da 226 pazienti di sesso maschile e 30 di sesso femminile (tabella 2); di questi, 181 maschi e 27 femmine hanno presentato soli disturbi di asse I, mentre 45 maschi e 3 femmine disturbi di asse I associati a disturbi di asse II.

La categoria “non doppia diagnosi” consta invece di 400 maschi e 35 femmine, concentrati principalmente nelle sub-categorie: disturbo da uso di sostanze (217 maschi, 12 femmine), disturbo mentale indotto da sostanze (87 maschi, 14 femmine), disturbo di personalità (55 maschi, 3 femmine).

Tabella 2 Sex Ratio

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Asse I	Asse I e II	Totale	DS	DMIS	DP	DMIS DP	DMCSG	DMCSG DMIS	DMCSG DP	DMIS DMCSG DP	Totale
Maschi	181	45	226	217	87	55	37	2	0	1	1	400
Femmine	27	3	30	12	14	3	4	0	0	0	0	35
Totale	208	48	256	229	101	58	41	2	0	1	1	435

Le classi di età (tabella 3) nelle quali si riscontrano le frequenze più elevate per entrambe le categorie sono 25-34 anni (N=145 nella categoria DD, N=262 nella categoria NDD) e ≥ 35 anni (N=81 per i DD e N=120 per i NDD).

Tabella 3 Classi di età

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Asse I	Asse I e II	Totale	DS	DMIS	DP	DMIS DP	DMCSG	DMCSG DMIS	DMCSG DP	DMIS DMCSG DP	Totale
< 18	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
18-24	29	1	30	32	22	6	0	0	0	0	0	60
25-34	116	29	145	155	63	36	28	1	0	0	1	262
≥ 35	61	18	81	60	27	18	15	1	0	1	0	120
Totale	208	48	256	229	101	58	41	2	0	1	1	435

Anche per lo stato civile (tabella 4) si è osservata una analoga distribuzione di frequenze relative, risultando maggiormente rappresentato lo stato civile celibe/nubile con un numero di 167 soggetti nella categoria DD e 267 in quella NDD.

Tabella 4 Stato civile

	Collettivo di riferimento con DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Asse I	Asse I e II	Totale	DS	DMIS	DP	DMIS DP	DMCSG	DMCSG DMIS	DMCSG DP	DMIS DMCSG DP	Totale
Celibe/nubile	135	32	167	148	61	31	25	1	0	0	1	267
Convitato per la 1 ^a volta/Convivente	32	12	64	66	31	19	17	1	0	1	0	135
Convitato con precedenti matrimoni	2	0	2	5	1	2	1	0	0	0	0	9
Separato/divorziato	18	7	25	9	8	6	0	0	0	0	0	23
Vedovanza	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	208	48	256	229*	101	58	43	2	0	1	1	434*

* I valori mancanti

Tabella 5 Istruzione

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Scuola elementare non completata	6	1	7	4	2	2	1	0	0	0	0	9
Scuola elementare	47	12	59	47	12	16	15	0	0	0	0	90
Scuola media inferiore	112	33	145	126	59	29	22	2	0	1	0	239
Scuola superiore	41	2	43	48	23	11	5	0	0	0	1	92
Lettere	2	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	3
Totale	208	48	256	228*	101	58	43	2	0	1	1	434*

* 1 valore mancante

Per quanto riguarda la condizione lavorativa (tabella 6) non si sono rilevate particolari diversità tra le due categorie, risultando maggiormente rappresentata la condizione di operaio (89 soggetti con doppia diagnosi e 156 soggetti senza doppia diagnosi) e disoccupato (rispettivamente 88 e 126 soggetti).

Tabella 6 Condizione lavorativa

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Disoccupati	60	28	88	52	32	24	18	2	0	0	1	126
Operaio	76	13	89	97	33	16	10	0	0	0	0	156
Collabito	6	0	6	6	0	1	0	0	0	0	0	7
Commerciante	24	4	28	35	19	8	12	0	0	0	0	74
Artigiano	10	1	11	15	3	1	1	0	0	1	0	21
Insegnante	3	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0	7
Militare di carriera	3	0	3	3	1	0	0	0	0	0	0	7
Dirigente	5	0	5	7	5	2	3	0	0	0	0	17
Imprenditore LP	2	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	7
Pensionato	18	0	18	10	3	5	1	0	0	0	0	19
Occupati non dichiarati	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Studenti	5	1	6	1	2	1	1	0	0	0	0	5
Casalinga	2	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	5
Totale	208	48	256	227*	101	58	43	2	0	1	1	433*

* 2 valori mancanti

In tutto il collettivo di riferimento (tabella 7) è prevalsa la fascia di reddito “nullo” (135 soggetti DD e 171 soggetti NDD). La fascia di reddito “nullo” ha presentato, comunque, una maggiore frequenza per la categoria doppia diagnosi: infatti, i soggetti senza doppia diagnosi hanno mostrato anche una frequenza elevata per la fascia di reddito “fino a 10.329,14” (N=136).

Tabella 7 Reddito

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
0	104	31	135	76	44	29	18	2	0	1	1	171
Fino a 10329,14	62	8	70	87	26	19	4	0	0	0	0	136
10329,14 - 15993,71	30	6	36	45	17	8	15	0	0	0	0	83
15993,71 - 30687,41	10	3	13	18	13	1	8	0	0	0	0	40
30687,41 - 69721,68	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Oltre 69721,68	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale	208	48	256	228*	101	58	43	2	0	1	1	434*

* 1 valore mancante

Caratteristiche assistenziali

Per il setting assistenziale (tabella 8), si è evidenziata una differenza fra le distribuzioni dei soggetti afferenti alle due categorie diagnostiche. Il collettivo di riferimento DD si rivolge agli ambulatori dei Ser.T in misura inferiore rispetto a quello NDD (201 vs 406); la distribuzione di frequenze risulta invertita per le “comunità terapeutiche”, per le quali prevale il collettivo con doppia diagnosi (55 vs 29).

Tabella 8 Setting

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Ass I	Ass I+II	Totale	DCS	DMDS	DP	DMDS DP	DMCMG	DMCMG DMDS	DMCMG DP	DMDS DMCMG DP	
Ambulatorio Ser.T	166	35	201	218	92	52	40	2	0	1	1	406
Comunità Terapeutiche	42	13	55	11	9	6	3	0	0	0	0	29
Totale	208	48	256	229	101	58	43	2	0	1	1	435

In ambedue le categorie diagnostiche (tabella 9) il trattamento psicofarmacologico, effettuato su 32 soggetti DD e 28 NDD, presenta una frequenza decisamente inferiore rispetto agli interventi non psicofarmacologici (N=224 soggetti DD e N=407 soggetti NDD).

Tabella 9 Psicofarmacoterapia

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Ass I	Ass I+II	Totale	DCS	DMDS	DP	DMDS DP	DMCMG	DMCMG DMDS	DMCMG DP	DMDS DMCMG DP	
Psicofarmaco terapia	26	6	32	3	9	9	7	0	0	0	0	28
Altri interventi non psicofarmacologici	182	42	224	226	92	49	36	2	0	1	1	407
Totale	208	48	256	229	101	58	43	2	0	1	1	435

Per quanto riguarda gli altri interventi praticati (tabella 10) la categoria dei soggetti con DD effettua con una frequenza più elevata colloqui psicologici non strutturati (N=118), somministrazione di sostanze agoniste (N=110), visite mediche non psichiatriche (N=74).

La categoria dei soggetti NDD presenta frequenza maggiore per le variabili visita medica non psichiatrica (N=205), colloquio psicologico non strutturato (N=189), somministrazione di sostanze agoniste (N=177).

Tabella 10 Interventi

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Visita medica non psichiatrica	34	20	74	94	50	27	31	1	0	1	1	205
Colloquio psicologico non strutturato	90	28	118	108	45	24	11	1	0	0	0	189
Somministrazione sostanze agoniste	89	21	110	80	40	26	30	1	0	0	0	177
Somministrazione sostanze antagoniste	0	1	1	6	2	0	0	0	0	0	0	8
Somministrazione psicofarmaci	26	6	32	3	9	9	7	0	0	0	0	28
Visita medica non psichiatrica di controllo	38	19	57	70	27	31	31	1	0	0	0	160

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto su ciascun paziente può essere effettuato più di un intervento.

Per le altre variabili che definiscono le caratteristiche assistenziali non si sono rilevate distribuzioni differenti per le due categorie: la frequenza dei contatti (tabella 11) è stata soprattutto settimanale (N=109 per i soggetti DD, N= 225 per i soggetti NDD), la fase di trattamento (tabella 12) in cui si trovavano i soggetti era principalmente di mantenimento (N=192 per i soggetti DD, N=331 per i soggetti NDD) e l'affidabilità (tabella 13) prevalentemente buona (N=186 per i soggetti DD, N=314 per i soggetti NDD).

Tabella 11 Frequenza dei contatti

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Ogni giorno	51	11	62	37	19	9	10	0	0	0	0	75
Ogni 2 giorni	27	11	33	26	11	8	6	1	0	0	0	57
Ogni 3 giorni	21	2	23	25	6	4	5	0	0	1	0	34
Ogni 7 giorni	89	20	109	117	52	25	19	1	0	0	1	225
Ogni 15 giorni	10	1	11	13	6	2	1	0	0	0	0	22
Ogni 30 giorni	4	2	6	7	2	0	2	0	0	0	0	11
Ogni 90 giorni	11	1	12	4	5	0	2	0	0	0	0	11
Totale	208	48	256	229	101	58	43	2	0	1	1	435

Tabella 12 Fase del trattamento

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Pretrattamento	11	0	11	10	4	4	1	0	0	0	0	19
Acuta	20	7	27	9	13	7	7	0	0	0	0	56
Mantenimento	162	30	192	180	76	45	28	1	0	1	0	334
Follow up	15	11	26	30	8	2	7	1	0	0	1	49
Totale	208	48	256	229	101	58	43	2	0	1	1	435

Tabella 13 Affidabilità

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								
	Ass I	Ass I e II	Totale	DS	DMIS	IP	DMIS IP	DMCMG	DMCMG DMIS	DMCMG IP	DMIS DMCMG IP	Totale
Buona	150	36	186	171	79	45	15	1	0	1	0	314
Discreta	48	10	58	53	20	12	28	1	0	0	0	111
Scarsa	10	2	12	5	2	1	5	0	0	0	1	10
Totale	208	48	256	229	101	58	43	2	0	1	1	435

Caratteristiche cliniche

L'età di inizio della assunzione di sostanze di abuso (tabella 14) si è concentrata per ambedue le categorie diagnostiche nella fascia di età 13-18 anni (N=189 DD e N=252 NDD); mentre la frequenza di soggetti NDD per la fascia di età 19-24 anni ha presentato valori nettamente più elevati rispetto all'altra categoria diagnostica (146 vs 51).

Tabella 14 Età di inizio assunzione sostanze di abuso

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Asse I	Asse I e II	Totale	DSM	DMH	DP	DMH DP	DMH/DP	DMH/DP	DMH/DP	DMH/DP	
10-12	2	1	3	8	1	1	5	0	0	0	0	11
13-18	155	96	251	124	55	79	28	2	0	0	1	252
19-24	42	0	51	81	37	15	12	0	0	1	0	146
25-35	10	2	12	15	5	3	0	0	0	0	0	23
>35	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale	208	48	256	229	101	98	43	2	0	1	1	435

L'età d'esordio del disturbo da uso di sostanze (tabella 15) riproduce sostanzialmente le stesse differenze osservate a proposito dell'età di inizio assunzione con una prevalenza della categoria DD nella fascia di età 13-18 anni e di coloro non affetti da doppia diagnosi nelle fasce di età 13-18 e 19-24 anni.

Tabella 15 Età di inizio del disturbo da uso di sostanze

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Asse I	Asse I e II	Totale	DSM	DMH	DP	DMH DP	DMH/DP	DMH/DP	DMH/DP	DMH/DP	
10-12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
13-18	99	25	124	76	29	27	20	2	0	0	1	155
19-24	88	21	109	113	54	23	19	0	0	1	0	210
25-35	20	5	25	34	18	8	4	0	0	0	0	64
>35	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totale	208	48	256	229	101	98	43	2	0	1	1	435

A riguardo dell'età di esordio del disturbo psichiatrico di asse I si può solo osservare una concentrazione di soggetti nella classe di età 13-18 anni.

Tabella 16 Età di inizio del disturbo psichiatrico di asse I

	Collettivo di riferimento DD		
	Asse I	Asse I e Asse II	Totale DD
10-12	2	0	2
13-18	142	32	174
19-24	32	10	42
25-35	5	6	11
>35	5	0	5
Totale	207*	48	255*

* I valori mancanti

La durata del disturbo da uso di sostanze (tabella 17) si è collocata per la categoria DD principalmente nelle fascia di durata 11-15 anni, seguita dalla fascia 6-10 anni, e per la categoria NDD principalmente nella fascia 6-10 anni, seguita da quella 11-15 anni. La durata del disturbo da uso di sostanze nel complesso si configura come più breve (6-10 anni) nella classe NDD rispetto ai soggetti DD.

Tabella 17 Durata del disturbo da uso di sostanze

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale	
	Anni I + II	Anni I + II	Totale	DS	DMDS	DP	DMDS DP	DMCAG	DMCAG DMDS	DMCAG DP	DMDS DMCAG DP		
< 1 anno	1	0	1	30	0	1	0	0	0	0	0	0	11
1-5 anni	34	2	35	51	20	9	3	0	0	0	0	0	83
6-10 anni	60	10	70	78	36	15	6	0	0	0	1	0	136
11-15 anni	71	21	92	66	26	20	20	1	0	0	0	0	133
16-20 anni	37	12	49	17	13	9	9	0	0	1	0	0	60
21-25 anni	5	2	7	7	5	4	4	1	0	0	0	0	21
26-30 anni	2	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7
> 30 anni	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	208	48	256	270	101	58	43	2	0	1	1	1	435

La variabile tempo di sospensione delle sostanze (tabella 18) mostra valori più elevati per la categoria di soggetti NDD (fascia > 1 anno) rispetto ai soggetti DD (fascia fra 3 mesi e 1 anno).

Tabella 18 Tempo di sospensione delle sostanze

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale	
	Anni I + II	Anni I + II	Totale	DS	DMDS	DP	DMDS DP	DMCAG	DMCAG DMDS	DMCAG DP	DMDS DMCAG DP		
Uno in altro	36	17	53	35	21	8	17	0	0	0	0	0	81
7 giorni	52	2	54	25	13	8	2	0	0	0	0	0	48
30 giorni	27	5	32	37	21	11	4	0	0	0	0	0	73
Da 3 mesi ad 1 anno	56	15	71	53	20	16	11	0	0	0	0	0	100
> 1 anno	57	9	66	70	26	15	9	2	0	1	1	1	133
Totale	208	48	256	284	101	58	43	2	0	1	1	1	435

In ambedue le categorie la maggioranza dei casi non presenta alcuna comorbidità organica, mentre fra le comorbidità presenti quella prevalente è l' HCV+ (tabella 19).

Tabella 19 Comorbidità organica

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Anni I + II	Anni I + II	Totale	DS	DMDS	DP	DMDS DP	DMCAG	DMCAG DMDS	DMCAG DP	DMDS DMCAG DP	
HCV+	99	24	123	91	34	28	21	1	0	0	1	176
HIV+	1	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	6
Altri*	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2
HCV+ + HIV+	5	1	6	3	5	5	5	0	0	1	0	19
HCV+ + Altri*	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	3
HIV+ + Altri*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCV+ + HIV+ + Altri*	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi rientranti in più di una delle categorie di comorbidità

Diagnosi psichiatriche

Le diagnosi psichiatriche quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e schizofrenia ed altri disturbi psicotici sono caratterizzate da ampi divari nei due gruppi di pazienti (tabella 20). I 256 soggetti della categoria DD hanno fatto registrare 103 diagnosi di disturbi dell'umore, 148 diagnosi di disturbi d'ansia, 24 di schizofrenia ed altri disturbi psicotici, 40 di disturbi somatoformi, 133 di disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività e 13 di altri disturbi (disturbo dell'alimentazione e disturbo dell'adattamento).

Nei 435 soggetti della categoria NDD con disturbi psichiatrici indotti si sono registrate 101 diagnosi di disturbi dell'umore, 68 diagnosi di disturbi d'ansia indotti e 14 di schizofrenia e altri disturbi psicotici.

Per i disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e schizofrenia ed altri disturbi psicotici l'età media di insorgenza (tabella 21) nel collettivo NDD è apparsa più elevata rispetto al collettivo DD (23 - 26 anni vs 22 - 23 anni).

Tabella 20 Categorie di diagnosi psichiatriche

	Collettivo di riferimento DD			Collettivo di riferimento NDD								Totale
	Anni I	Anni I a II	Totale	DDU	DDAS	DP	DDAS (DP)	DACMSI	DACMSI (DDAS)	DACMSI (DP)	DDAS (DACMSI) (DP)	
Disturbi dell'Umore	86	17	103	-	67	-	32	1	0	0	1	101
Disturbi d'Ansia	118	30	148	-	43	-	22	1	0	1	1	68
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	19	5	24	-	8	-	5	0	0	0	1	14
Disturbi Somatoformi	32	8	40	-	0	-	0	0	0	0	0	0
ADHD	106	25	133	-	0	-	0	0	0	0	0	0
Altri Disturbi	11	2	13	-	0	-	0	0	0	0	0	0

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi rientranti in più di una delle categorie.

Tabella 21 Età media di insorgenza per diagnosi psichiatriche

	DD	NDD
Disturbi Umore	22,85	24,50
Disturbi d'Ansia	22,50	25,93
Schizofrenia ed altri disturbi psicotici	22,50	22,00

Abusi e Dipendenze

Il collettivo di riferimento DD (tabella 22) è apparso caratterizzato fondamentalmente da assenza di abuso; quando presente, l'abuso è prevalente nei disturbi d'ansia e nel disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività; valori decisamente inferiori si sono registrati per la variabile dei disturbi dell'umore.

La dipendenza ha mostrato frequenze superiori per disturbi d'ansia

(N=148), disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (N=133) e disturbi dell'umore (N=103).

Tabella 22 Abuso e Dipendenza per il collettivo di riferimento DD

	Collettivo di riferimento DD				
	Abuso		Dipendenza		Totale
	presenza	assenza	presenza	assenza	
Disturbi Umore	5	98	103	-	103
Disturbi d'Ansia	13	135	148	-	148
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	2	22	24	-	24
Disturbi Somatoformi	3	37	40	-	40
DAHD	11	122	133	-	133
Altri Disturbi	2	11	13	-	13
Disturbo Personalità	6	42	48	-	48

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi ricomposti in più di una delle categorie

Anche il collettivo di riferimento NDD (tabella 23) è apparso caratterizzato fondamentalmente da assenza di abuso, che, se presente, prevale nei disturbi di personalità, nei disturbi dell'umore e nei disturbi d'ansia. Analoga distribuzione si è osservata per le dipendenze.

Tabella 23 Abuso e Dipendenza per il collettivo di riferimento NDD

	Collettivo di riferimento NDD				
	Abuso		Dipendenza		Totale
	presenza	assenza	presenza	assenza	
Disturbi Umore	7	94	101	-	101
Disturbi d'Ansia	6	64	68	-	68
Schizofrenia	0	14	14	-	14
Disturbi Somatoformi	-	-	-	-	-
DAHD	-	-	-	-	-
Altri Disturbi	-	-	-	-	-
Disturbo Personalità	10	95	103	-	103

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi ricomposti in più di una delle categorie

Nel collettivo totale l'alcol è risultata la sostanza di monoabuso più utilizzata. In particolare, nel collettivo DD (tabella 24) tale abuso risulta associato principalmente ai disturbi d'ansia e al disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività; nel collettivo NDD (tabella 25) è associato invece ai disturbi di personalità e ai disturbi dell'umore.

Tabella 24 Sostanze di Abuso per il collettivo di riferimento DD

	Collettivo di riferimento DD										
	Alcol	Eroina	Cocaina	THC	Altri monoabusi	Cocaina Eroina	Eroina THC	Cocaina Eroina THC	Cocaina Eroina THC Alcol	Altri poliausi	Totale abusi
Disturbi Umore	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
Disturbi d'Ansia	10	0	0	1	0	0	0	0	0	2	13
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Disturbi Somatoformi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
DAHD	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11
Altri Disturbi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Disturbi di Personalità	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi ricomposti in più di una delle categorie

Tabella 25 Sostanze di Abuso per il collettivo di riferimento NDD

	Collettivo di riferimento NDD										
	Alcool	Eroina	Cocaina	THC	Altri monosubst.	Cocaina Eroina	Eroina THC	Cocaina Eroina THC	Cocaina Eroina THC Alcool	Altri profumati	Totale abusi
Disturbi dell'Umore	5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	7
Disturbi d'Ansia	3	0	1	0	0	0	0	0	0	2	6
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi Somatoformi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DAHD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altri Disturbi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disturbi di Personalità	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi ricomposti in più di una delle categorie

Per le sostanze di dipendenza non si riscontrano particolari correlazioni con le diagnosi psichiatriche nell'intero collettivo. Nella categoria DD (tabella 26) è maggiormente frequente la polidipendenza, seguita dalla dipendenza da eroina e cocaina e da quella da eroina, cocaina, alcool e THC; l'eroina è apparsa la sostanza di monoabuso maggiormente utilizzata. Le diagnosi sono costanti per tutte le dipendenze: disturbi d'ansia, disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività e disturbi dell'umore. Anche il collettivo NDD (tabella 27) ha presentato una analoga distribuzione per sostanze, con diverse variabili diagnostiche rappresentate essenzialmente dai disturbi di personalità e dai disturbi dell'umore. Appare, comunque, una superiorità dell'utilizzo (dipendenza) di sostanze nei soggetti DD.

Tabella 26 Sostanze di Dipendenza per il collettivo di riferimento DD

	Collettivo di riferimento DD										
	Alcool	Eroina	Cocaina	THC	Altre mono dipendenze	Cocaina Eroina	Eroina THC	Cocaina Eroina THC	Cocaina Eroina THC Alcool	Altre poli dipendenze	Totale
Disturbi dell'Umore	6	16	3	1	0	20	6	13	9	25	103
Disturbi d'Ansia	8	25	6	1	0	27	7	14	14	46	148
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	1	4	0	1	0	2	0	3	2	11	24
Disturbi Somatoformi	0	7	2	0	0	7	2	4	3	15	40
DAHD	4	20	4	3	0	27	5	14	12	44	133
Altri Disturbi	2	2	0	0	0	0	1	1	1	6	13
Disturbi di Personalità	4	8	2	1	0	4	0	4	6	19	48

Le categorie sulle righe della tabella sono sovrapposte in quanto ciascun paziente può soffrire di disturbi ricomposti in più di una delle categorie

Tabella 27 Sostanze di Dipendenza per il collettivo di riferimento NDD

	Collettivo di riferimento NDD										
	Alcol	Eraina	Cocaina	TBC	Altre meno dipendenza	Cocaina Eraina	Eraina TBC	Cocaina Eraina TBC	Cocaina Eraina TBC Alcol	Altre pois dipendenza	Totale
Disturbi dell'Umore	2	16	4	1	0	20	4	13	13	28	101
Disturbi d'Ansia	1	8	1	1	0	16	2	10	7	22	68
Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici	1	1	0	0	0	1	1	1	4	5	14
Disturbi Somatoformi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TIADHD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altri Disturbi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Disturbi di Personalità	1	13	2	1	0	25	3	7	20	31	103

Le categorie nelle righe della tabella sono sovrapponibili in quanto ciascuno paziente può soffrire di disturbi esistenti in più di una delle categorie

Disabilità e stress

Dalla tabella 28 si evince una differenza dei soggetti con doppia diagnosi rispetto a quelli senza doppia diagnosi in termini di disabilità raggiunta nella vita lavorativa, di relazione e familiare. La disabilità è in particolare più accentuata nella doppia diagnosi laddove si registra un grado prevalentemente moderato e grave nella vita lavorativa, grave e gravissimo nell'area rappresentata dalla vita di relazione e grave e gravissimo nella vita familiare.

Analogamente, in presenza di doppia diagnosi lo stress viene percepito in maniera più accentuata, soprattutto in modalità grave e gravissima.

I dati relativi al supporto sociale ricevuto evidenziano un maggior supporto necessario per il gruppo DD (grado modesto, moderato, considerevole).

Tabella 28 Disabilità e stress

	Collettivo di riferimento DD					Collettivo di riferimento NDD				
	Nessun supporto	Modesto	Moderato	Considerabile	Supporto ideale	Nessun supporto	Modesto	Moderato	Considerabile	Supporto ideale
Attività Lavorativa	59	49	66	50	32	168	84	81	52	50
Vita di Relazione (rapporti con altre persone, attività ricreative ecc)	47	51	71	58	29	118	113	113	58	33
Vita Familiare (relazioni con i membri della famiglia, gestione della casa ecc)	53	44	59	61	39	118	88	121	63	45
Stress Percepito	31	59	66	71	29	101	109	121	74	29
Supporto Sociale Ricevuto	64	62	63	50	16	130	101	101	73	29

CONCLUSIONI

Sulla base dei risultati ottenuti dall'elaborazione è possibile delineare dei profili per il collettivo di riferimento totale e per il collettivo di riferimento suddiviso nelle due categorie diagnostiche:

1. profilo sociodemografico del collettivo di riferimento
2. profilo clinico-assistenziale del collettivo di riferimento
3. profili sociodemografici dei soggetti DD e NDD
4. profili clinico-assistenziali dei soggetti DD e NDD
5. profili per diagnosi psichiatriche dei soggetti DD e NDD

Profilo sociodemografico del collettivo di riferimento

Le categorie del collettivo di riferimento maggiormente rappresentate (tabella 29) sono risultate: sesso maschile, età compresa tra i 25 e i 34 anni, stato civile celibe/nubile, istruzione di scuola media inferiore, nazionalità italiana, fascia di reddito nullo, istruzione paterna e materna di livello basso, condizione lavorativa paterna di pensionato, condizione lavorativa materna di casalinga.

Tabella 29 Profilo Sociodemografico del collettivo di riferimento

		N	%
Sex	Maschio	476	90,6
Età	25-34	407	58,9
Stato civile	Celibe/Nubile	434	83,9
Istruzione	Scuola Media Inferiore	384	55,7
Condizione lavorativa	Diverso	245	35,5
Nazionalità	Italiana	688	99,6
Reddito in	0	506	44,5
Istruzione paterna	Scuola Elementare	128	47,7
Istruzione materna	Scuola Elementare	138	49,1
Condizione lavorativa paterna	Pensionato	195	28,4
Condizione lavorativa materna	Casalinga	489	71,1

Profilo clinico-assistenziale del collettivo di riferimento

Per il collettivo di riferimento sono risultate maggiormente rappresentate, sotto l'aspetto assistenziale (tabella 30), le visite presso l'ambulatorio dei Ser.T che vengono effettuate con frequenza settimanale e consistono in interventi psicologici non strutturati; gli interventi psicofarmacologici vengono effettuati in meno del 9% dei casi.

La maggior parte dei soggetti è in fase di mantenimento, e quindi in

trattamento almeno da sei mesi. L'affidabilità del collettivo nel complesso è risultata buona.

Sotto il profilo clinico (tabella 30) l'età di inizio della assunzione di sostanze è compresa nella fascia tra i 13 e i 18 anni e coincide con la fascia di età di inizio del disturbo psichiatrico di asse I; il disturbo da uso di sostanze inizia in età successiva, nella fascia tra i 19 e i 24 anni.

Il poliabuso è più frequente e la combinazione più rappresentativa fra sostanze riferita lifetime è stata cocaina, eroina, THC. Nessun soggetto ha riferito un uso attuale di sostanze. La durata media del disturbo da uso di sostanze è compresa tra 11 e 15 anni, il tempo di sospensione dalle sostanze è superiore ad un anno.

Per quanto riguarda la comorbidità organica, pur prevalendo le risposte "nessuna comorbidità", fra quelle invece presenti risulta maggiormente rappresentata la patologia HCV+.

Tabella 30 Profilo Clinico-Assistenziale del collettivo di riferimento

		N	%
Setting	Ambulatorio Ser.T	607	87,8
Interventi psicofarmacologici vs Altri interventi	Altri interventi	631	91,3
Frequenza contatti	Ogni 7 giorni	334	48,3
Fase trattamento	Mantenimento	525	75,7
Affidabilità	Buona	500	72,4
Età inizio assunzione	13-18	441	63,8
Età inizio disturbo da uso di sostanze	19-24	310	45,2
Comorbidità organica	Nessuna	332	48,0
Uso (mono/poli)abuso riferito lifetime	Cocaina, Eroina, THC	140	20,3
Uso (mono/poli)abuso riferito attuale	Nessuna	415	59,8
Durata disturbo da uso di sostanze	11-15	275	39,6
Tempo sospensione sostanze	> 1 anno	199	28,8

Profilo sociodemografico dei soggetti DD e NDD

L'andamento delle variabili sociodemografiche (tabella 31) all'interno delle due categorie diagnostiche DD e non DD si presenta in modo del tutto analogo a quello riscontrato per il collettivo totale: sesso maschile, età compresa tra i 25 e i 34 anni, stato civile celibe, livello di istruzione di licenza di scuola media inferiore, nazionalità italiana, condizione lavorativa di operaio e fascia di reddito nullo.

Tabella 31 Profilo Socio-Demografico dei soggetti DD e NDD

	M	DD		NDD	
		N	%	N	%
Sexo	M	226	88,28	400	91,95
Età	25-34	145	56,64	262	60,23
Stato civile	Celibe/ubile	167	65,24	267	61,52
Istruzione	Scuola media inferiore	145	56,64	239	55,07
Condizione lavorativa	Operaio	89	34,77	156	36,03
Reddito	0	135	52,73	171	39,40

Profilo clinico-assistenziale dei soggetti DD e NDD

In modo analogo si presentano le categorie DD e NDD rispetto alle variabili clinico assistenziali (tabella 32): sono infatti maggiormente rappresentati il setting ambulatoriale, la frequenza settimanale dei contatti, la fase di trattamento di mantenimento (> 6 mesi), la buona affidabilità, la classe di età di inizio di inizio della assunzione di sostanze (13-18 età) e la comorbidità organica (HCV+).

Un profilo prevalente diverso si ha invece per le altre variabili e precisamente (tabella 33):

- gli interventi totali sono prevalentemente di tipo psicologico nei DD, prevalentemente medico nei NDD;
- l'inizio del disturbo da sostanze si colloca prevalentemente nella classe di età 13-18 anni (47,27%), ma anche in quella 19-24 anni (42,58%) per i soggetti DD; per i soggetti NDD si osserva una inversione delle fasce con il 48,28% dei casi nella fascia 19-24 anni e con il 35,63% nella fascia 13-18 anni;
- la durata del disturbo da uso di sostanze si colloca principalmente nella classe tra 11-15 anni nella categoria DD (35,94%), nella fascia 6 e 10 anni per la categoria NDD (31,26%);
- il tempo di sospensione da sostanze prevalente è > 1 anno nella nei NDD (30,58%), tra 3 mesi e 1 anno nei DD (27,73%).

Tabella 32 Profilo clinico assistenziale dei soggetti DD e NDD

		DD		NDD	
		N	%	N	%
Setting	Ambulatorio Ser.T	201	78,52	406	93,33
Psicofarmaci	NO	224	87,50	407	93,56
Frequenza dei contatti	Ogni 7 giorni	109	42,58	225	51,72
Fase trattamento	Mantenimento	192	75,00	331	76,09
Affidabilità	Buona	186	72,66	314	72,18
Età inizio assunzione	13 - 18 anni	189	73,83	252	57,93
Comorbidità organica ¹	HCV+	123	48,05	176	40,46

¹Categoria sottopopolata

Tabella 33 Profilo clinico assistenziale diverso dei soggetti DD e NDD

			N	%
Interventi *	DD	Colloquio psicologico	118	46,09
	NDD	Visita medica	205	47,13
Età inizio del disturbo da uso di sostanze	DD	13-18 anni	121	47,27
	NDD	19-24 anni	109	42,58
Età di inizio disturbo psichiatrico (Ass II)	DD	13-18 anni	174	67,97
	NDD	=	=	=
Durata del Disturbo da uso di sostanze	DD	11-15 anni	92	35,94
	NDD	6-10 anni	70	27,34
Tempo sospensione sostanze	DD	tra 3 mesi ed 1 anno	71	27,73
	NDD	> 1 anno	133	50,58

* Categoria sottopopolata

Profili per diagnosi psichiatriche

Nella categoria DD (tabella 34) si è riscontrato il 57,81% di disturbi d'ansia e il 40,23% di disturbi dell'umore; il rapporto si inverte per la categoria NDD, in cui sono prevalenti i disturbi dell'umore (23,22%) rispetto ai disturbi d'ansia (15,63%). Inoltre nella categoria DD si sono registrate 133 diagnosi (51,95%) di disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (tabella 20).

Tabella 34 Diagnosi Psichiatriche

			N	%
Disturbo prevalente	DD	Disturbi d'Ansia	148	57,81
	NDD	Disturbi Umore	101	23,22
Secondo disturbo prevalente	DD	Disturbi Umore	103	40,23
	NDD	Disturbi d'Ansia	68	15,63

RINGRAZIAMENTI

Lo studio è stato realizzato nei DDP e nelle CT della provincia di Bari con il supporto di un grande numero di operatori: senza la loro collaborazione non sarebbe stato possibile effettuare questo studio.

Un ringraziamento particolare a tutti i soggetti che hanno acconsentito di partecipare all'indagine ed a tutti quelli che ci hanno lasciato.

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

- Alterman AI, Erdlen DL, Laporte DJ et al. Effects of illicit drug use in an inpatients psychiatric population. *Addict. Behav.* 7: 231-242, 1982.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth editino text revision, APA Washington DC, 2000.
- Appleby L, Shaw J, Amos T. Safer services: national Confidential Inquiry into suicides and homicides by people with mental illness. Stationary Office, London, 1999
- Brady K, Anton R, Ballenger JC Lydiard RB, Adinoff B, Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am. J. Psych.* 147: 1164-7, 1990.
- Blumberg AG, Cohen M. e Heaton AM. Covert drug abuse among voluntary hospitalized psychiatric patients. *J. Am. Med. Ass.*, 217: 1959-61, 1971.
- Brems C, Johnson ME, Weels RS, Burns R, Kletti N. Rates and sequelae of the coexistence of substance use and other psychiatric disorders. *Int. J. Circumpolar Health*, 61: 224-44, 2002.
- Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers *Arch. Gen. Psych.* 54: 71-80, 1997.
- Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Helth and Well Being *Drug. Alcohol Depend.*, 68: 299-307, 2002.
- Carey MP, Carey KB, Meisler AW. Psychiatric symptoms in

mentally ill chemical abusers. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 179: 136-138, 1991.

- Carrà G. Profili di gravità ed esiti di trattamento in pazienti di un Servizio di Consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. *Noos*, 6/2: 157-178, 2000.
- Clerici M, Carta I., Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of italian narcotic addicts. *Social Psychiatry, Psych. Epidem.*, 24: 219, 1989.
- Clerici M. Tossicodipendenza e psicopatologia. Milano, Franco Angeli, 1993.
- Clerici M. Epidemiologia e diagnosi della comorbidità psichiatrica nei DUS Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali. *I quaderni di Itaca*, 6: 40-56, 2000.
- Cohen M, Klein DF. Drug abuse in a young psychiatric population. *Am.J. Orthopsych.*, 40: 448-455, 1970.
- Cooper L, Brown V, Anglin D. Multiple diagnoses: aspects and issues in substance abuse. Calif. State Departm. of Alcohol and Drug Programs, 1988.
- Cottler LB, Compton WM, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Post-traumatic stress among substance users from the general population. *Am. J. Psych.*, 149: 664-70, 1992.
- Crowley TJ, Chesluk D, Diltis S et al. Drug and alcohol abuse among psychiatric admission. *Arch. Gen. Psych.*, 30: 13-20, 1974.
- De Leon G. Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21: 177-188, 1989.
- Derogatis LR, Lipman RS. Dimension of outpatients Neurotic pathology: comparison of a clinical vs. empirical assessment. *Journal Consultation & Clinical Psychology*, 34: 2, 1970.
- Drake RE, Bartels SB, Teague GB. Treatment of substance use disorders in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 606-611, 1993.
- Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TRE. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia *Brit. J. Psych.*, 179: 509-513, 2001.
- Fischer DE, Halikas JA, Baker JW et al. Frequency and patterns of drug abuse in psychiatric patients. *Dis. Nerv. System*, 36: 550-553, 1975.

- Fioritti A, Ferri S, Galassi L, Warrner R. Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples. *Comm. Ment. Health*, 33: 429-442, 1997.
- Friedman G. *Epidemiologia per discipline biomediche*. 3a Ed., McGraw Hill, 1988.
- Galanter M, Kleber HD. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano, Masson 1998.
- Graham HL, Maslin J, Copello A. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in a inner city area of the UK. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 36: 448-55, 2001.
- Hall W, Farrel M. Comorbity of mental disorders with substance misuse. *Brit. J. Psych.*, 171: 4-5, 1997.
- Hasin D, Endicott J, Lewis C. Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes. *Compr. Psychiatry*, 26: 283- 95, 1985.
- Hoff RA, Rosenheck RA. The cost of treating substance abuse patient with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 50: 1309-1315, 1999.
- Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, 54: 253-264, 2002.
- Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiologia, Biostatistica e Medicina Preventiva*. EdiSES s.r.l. – Napoli, 1996.
- Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Brit. J. Psych.*, 171: 205-208, 1997.
- Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. *Arch. Gen. Psych.*, 42: 1067, 1985.
- Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assesment and classification of patients with psychiatric abuse syndromes. *Hosp. Community Psychiatry*, 40: 1019-1025, 1989.
- Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Stajic M, Morgan EB, Mann JJ. Prevalence of cocaine use among residents of New York city who committed suicide during a one-year period. *Am. J. Psych.*, 149: 371-5, 1992.
- McLellan AT, Luborsky L. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal*

- of Mental Diseases, 168: 26, 1980.
- Milesi A, Clerici M. Il paziente in “doppia diagnosi”. Linee guida per l’intervento e la gestione assistenziale. Noos, vol. 6, n. 2: 179-185, 2000.
 - Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1031-1036, 1989.
 - Mirin SM, Weiss RD, Michael J. Psychopathology in substance abusers: diagnosis and treatment. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 14, 2: 139, 1988.
 - Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psych.*, 148: 118-120, 1991.
 - Pani P, Carta I, Rudas N. Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. *Min. Psych.*, 32, 3: 145, 1991.
 - 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. *Boll. Farmacodip. e Alcoholis.*, XVI, (3-4): 45, 1993.
 - 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 Alcohol Depend*, 46: 69-77, 1997.
 - Przybeck TR, Helzer JE. ECA community survey. *J. Stud Alcohol*, 49: 219-224, 1989.
 - Regier DA et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 19: 2511, 1990.
 - Rockwell DA, Oswald P. Amphetamine use and abuse in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psych.*, 18: 612-616, 1968.
 - Ross HT. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems *Arch. Gen. Psych.* 45, 11: 1023, 1988.
 - Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H, Wilber C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch. Gen. Psych.*, 39: 161-166, 1982.
 - Rounsaville EJ. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts: a 2.5 year follow up study. *Arch. Gen. Psych.*, 43, 8: 739, 1986.
 - Scott H, Johnson P, Menezes P, et al. Substance misuse and risk

of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br. J. Psych.*, 172: 345-350, 1998.

- Sheehan DV, Harnet Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int. Clin. Psychopharm.* 11(s): 89, 1996.
- Sheehan DV, Lecubrier Y et al. Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I. Plus). In Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria ed. S.E.E. 95-150, 1998.
- Sheehan MF. Dual diagnosis. *Psychiat. Q.*, 64: 107-134, 1993.
- Schinka JA, Francis E, Hughes P, et al. Comparative outcomes and costs of inpatient care and supportive housing for substance dependent veterans. *Psychiatr. Serv.*, 49(7): 946-50, 1998.
- Schubert DSP. A statistical evaluation of the literature regarding the associations among alcoholism, drug abuse and antisocial personality disorder. *Int. J. Addiction*, 23, 8: 797, 1988.
- Solomon J. Doppia diagnosi. *Personalità/Dipendenze*, 2: 279-289, 1996.
- Sonne SC, Brady KT, Morton A. Substance abuse and Bipolar affective disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 182: 349-52, 1994.
- Swift W et al. The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment *Br. J. Add.*, 85: 629, 1990.
- Tempesta E, Carta I, Pirrongelli C, Clerici M. Valutazione dell'incidenza dei disturbi psichiatrici in due popolazioni di tossicodipendenti secondo il DSM-III. *Boll. Farmacol. Alcohol*, IX: 4-6, 39, 1986.
- Tempesta E, Pozzi G. Psychiatric comorbidity of drug addiction in Italy. *It. J. Psychiatry Behav. Sci.*, 2: 89-94, 1994.
- Verheul R Co-morbidity of personal disorders in individuals with substance use disorders. *Eur. Psychiatry*, 16: 274-282, 2001.
- Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse *Brit. J. Psych.* 183: 304-313, 2003.
- Weaver T, Rutter D, Madden P, Ward J, Stimson G, Renton A. Results of a screening survey for co-morbid substance misuse amongst patients in treatment for psychotic disorders: prevalence and service needs in a inner London borough. *A. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 36: 399-406, 2001.
- Weiss RD, Najavits LM, Greenfield SF, Validity of substance use

self-reports in dually diagnosed outpatients. *Am. J. Psych.*, 155: 127-128, 1998.

- Wilkins JN, Shaner AI, Gorelick DA. Substance abuse in schizophrenics at admission. *American Psych. Assoc. New Research*, 1988.
- Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 35: 297-304, 2000.

La formazione del gruppo di operatori per interventi su “Doppia Diagnosi”

Giuseppe Russillo, Franco Lorusso, Massimo Costantino,
Maddalena De Matteo

Premessa

Un ambito di intervento di così alta complessità quale quello che si configura nella “Doppia Diagnosi”, richiede l’enucleazione di una serie di strumenti scientifici e metodologici indispensabili per affrontare il vasto ventaglio di criticità connessi con la natura stessa di tale problematica.

- Un aspetto cruciale si colloca all’interno del bagaglio di competenze a disposizione o esprimibili dalle professionalità impegnate nella rilevazione, diagnosi e trattamento dell’ampia casistica in questione.
- Un secondo non meno importante rilievo va posto sulle motivazioni, sull’orientamento al servizio, sulla stessa cultura organizzativa degli operatori. Questi ultimi troppo spesso sono relegati dalle dinamiche che contraddistinguono le modalità di erogazione degli interventi, in ruoli al tempo stesso rigidi e paradossalmente indefiniti, la cui conformazione non favorisce di certo prospettive di rapida evoluzione professionale.
- Particolare funzione assume, proprio in base ai due punti appena tracciati, il modello formativo, la cui valenza va vista oltre che

all'interno un'ottica di acquisizione di conoscenze e competenze specialistiche, sotto una luce di attivazione di quelle energie, di quegli entusiasmi, di quei contributi "ad alto coefficiente di personalità", che ogni risorsa professionale, posta in condizioni ottimali è in grado di esprimere.

- In un'ottica complessiva, va poi osservata l'essenziale impostazione integrata che un modello di intervento sulla doppia diagnosi non può che far propria. La sua struttura necessariamente multiforme, costituita da una pluralità di soggetti che interagiscono poco ed in maniera frammentata, richiede una organizzazione sistemica, che gradualmente vada ad assumere principi e prassi strategiche ed operative condivise.

Queste diverse connotazioni specifiche evocano strumenti di intervento mirati e, al tempo stesso, facenti parte di un itinerario coerente di azioni, in cui ciascuna supporti e favorisca il realizzarsi delle altre.

Il Bilancio di Competenze

Il gruppo di operatori partecipanti al progetto "Double Spiral", di ricerca, formazione e sperimentazione di linee di intervento sulla doppia diagnosi, realizzato nel periodo 2003 – 2005 è costituito da: coordinatori di comunità terapeutica, medici, psichiatri, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri, personale O.T.A.. Suddivisi in due sottogruppi, nella fase formativa, ma con estese sessioni didattiche "di raccordo", in plenaria, volte in maniera specifica a favorire l'integrazione, hanno affrontato, in fase propedeutica a quella formativa vera e propria, il Bilancio di Competenze. Si tratta di una metodologia di analisi, confronto e di sviluppo della consapevolezza rispetto alle competenze di cui ciascuno è portatore, sia a livello estrinseco che intrinseco.

L'impostazione metodologica del Bilancio di Competenze è mirata all'esplicitazione e condivisione della mappa delle competenze detenute dagli operatori impegnati nel sistema di intervento, appartenenti alle due aree applicative, ovvero: l'ambito delle tossicodipendenze e quello dei disturbi psichici.

Il Bilancio di Competenze si estrinseca nell'analisi congiunta e

multifattoriale e nella definizione delle competenze possedute dai singoli operatori. La finalità di base per lo sviluppo professionale individuale è il consolidamento e l'arricchimento del profilo individuale di ciascun operatore, il quale, attraverso un articolato assessment, si rende consapevole dello specifico know how in suo possesso e dell'approccio professionale alle problematiche sia diagnostiche che di prognosi, che in parte già costituiscono il suo bagaglio di conoscenza e di esperienza. In sostanza il Bilancio di Competenze punta a classificare i fattori di professionalità già detenuti dagli operatori e quelli assenti o da potenziare attraverso il programma formativo nelle sue diverse fasi. Le competenze su cui l'intervento di mappatura e bilancio si focalizza possono essere ricondotte a tre classificazioni di base:

1. Competenze intrinseche, ovvero quelle attitudini ad agire, decidere, risolvere, recepire, confrontare, analizzare, rappresentare, che ciascun operatore ha maturato attraverso l'esperienza, sperimentandone l'efficacia nell'attività pratica. Queste particolari attitudini, maturate nel tempo ed anche a prescindere dal contesto professionale, sono classificate attraverso il riferimento ai "Metaprogrammi" della "Programmazione Neuro Linguistica" (Bandler, Grinder e altri).

I metaprogrammi utilizzati nell'analisi prevista dal progetto "Double Spiral" sono disposti secondo lo schema seguente:

- Attivo/passivo;
- Verso/via da;
- Sistema di Gruppo/sistema individuo;
- Facilitazione/opposizione;
- Sequenze/opzioni;
- Obiettivo/processo;
- Devo/posso;
- Centratura interna/esterna;
- Riferimento esterno/interno;
- Concreto/ideale (Chunk).

La corrispondenza ai Metaprogrammi delle capacità intrinseche del soggetto sarà classificata attraverso l'osservazione nei vari frangenti del

Bilancio di Competenze (interviste individuali, dinamiche di gruppo, condivisione del profilo) e correlata ai risultati del test “Big Five”. Questo inventario di personalità, in particolare, evidenzia i seguenti 10 sottodimensioni attitudinali, che, in parallelo, ricalcano la struttura dei 10 metaprogrammi sopra tracciati:

- Dinamismo
- Dominanza
- Cooperatività
- Cordialità
- Scrupolosità
- Perseveranza
- Controllo delle emozioni
- Controllo degli impulsi
- Apertura culturale
- Apertura all'esperienza

2. Competenze specifiche, da ricondurre alle particolari capacità applicative di metodi, strumenti, riferimenti per la diagnosi e la prognosi, come:

- inventari di personalità (MMPI), test proiettivi e rilevatori di patologie psichiche;
- ricostruzioni del vissuto soggettivo, delle relazioni oggettuali, degli episodi traumatici, secondo il “Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” DSM-IV;
- indirizzi terapeutici riconducibili ad una particolare metodologia scientifica di intervento, considerati nella coerenza di fondo che essi assumono nelle attività cliniche e di supporto;
- scale e parametrizzazioni per la classificazione del grado di disturbo come la “Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento” VGF o le varie classi per la parametrizzazione dei reattivi psicologici;
- rimedi terapeutici, farmacologici e strutturali, come repertorio professionale riferito a livello applicativo esclusivamente agli psichiatri, a livello conoscitivo agli psicologi psicoterapeuti;
- collegamenti e relazioni infrastrutturali con erogatori di intervento essenziali per costruire il contesto terapeutico (struttura delle ASL, SERT, Istituzioni di assistenza, centri di riabilitazione, co-

munità terapeutiche, imprese sociali, organizzazioni di pronto intervento, istituzioni universitarie, ospedaliere e di ricerca).

Il quadro interpretativo del sistema delle competenze specifiche relative ai singoli operatori è comparato nel corso degli incontri formativi personalizzati con i risultati dell'indagine epidemiologica e con la casistica connessa all'analisi comparativa dei pazienti con "doppia diagnosi". In questo modo si punta a far risaltare determinati fabbisogni formativi correlati alla particolare conformazione dell'assetto epidemiologico territoriale, documentato dall'indagine realizzata precedentemente.

3. Competenze sistemiche, ovvero capacità di impostare e consolidare ruoli e relazioni organizzative, di comprendere ed interpretare l'itinerario di un progetto o di un intervento insieme alle sue fasi critiche, di integrare il proprio agire con quello del gruppo, di comprendere la complessità di un fenomeno sociale, di immedesimarsi nelle situazioni e nei problemi.

L'itinerario ricostruttivo del Bilancio di Competenze si estrinseca attraverso specifici momenti d'osservazione, quali:

- Ricostruzione autodescrittiva delle competenze intrinseche attraverso i Metaprogrammi, ovvero delle strategie individuali consolidate di azione ed interazione, osservate secondo la P.N.L.;
- Analisi delle motivazioni e delle attitudini specifiche e del percorso evolutivo di maturazione delle stesse;
- Osservazione delle competenze sistemiche e relazionali in gruppo attraverso un panel di problem solving;
- Quadro descrittivo per ciascun operatore osservato in sede di Bilancio di Competenze, da cui formulare un profilo individuale in cui siano posti in rilievo:
 - le particolari competenze intrinseche utilizzabili in modo ottimale all'interno del contesto clinico,
 - le aree di competenza non presenti oppure assimilate ed applicate

in maniera metodologicamente impropria o estemporanea, e pertanto da sviluppare e potenziare con il percorso formativo.

Poiché i ruoli professionali degli operatori coinvolti nel progetto comprendono, oltre alle differenti funzioni sociosanitarie normalmente espletate all'interno del servizio di appartenenza, funzioni istituzionali che si risolvono nell'organizzazione delle attività professionali espletate dai vari gruppi di lavoro, e comprende aspetti cruciali come la gestione del tempo e dei conflitti interpersonali, questa descrizione è realizzata tenendo conto del ventaglio eterogeneo, per ruolo professionale e background culturale, dei singoli destinatari.

Strumento chiave di osservazione e approfondimento, a questo proposito, è la “Scheda Autodescrittiva”, redatta da ciascun partecipante e commentata, in apposito setting individuale con i conduttori del Bilancio. Essa tende ad evidenziare peculiari correlazioni tra le competenze e le attività ed il tipo di intervento a cui ogni operatore è chiamato.

SCHEDA AUTODESCRITTIVA
DATI ANAGRAFICI: NOME: COGNOME: RESIDENZA: TEL.: DATA
ENTE DI APPARTENENZA: ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DELL'ENTE:
ESPERIENZE DI FORMAZIONE
ESPERIENZE PROFESSIONALI E DI RICERCA

ATTIVITA' PROFESSIONALI GESTITE PERSONALMENTE

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI CHE COMPONGONO IL CENTRO IN CUI OPERA

FIGURE PROFESSIONALI DI RIFERIMENTO IN SITUAZIONI AD ALTA CRITICITA'
(CASI CHE FUORIESCONO DALL'ORDINARIO)

METODOLOGIE, INDIRIZZI E PRASSI DI INTERVENTO, STRUMENTI DIAGNOSTICI
E DI TRATTAMENTO ADOTTATI NELL'ESERCIZIO DEL PROPRIO RUOLO

TAPPE E FASI PIU' IMPORTANTI NEL PROPRIO ITINERARIO PROFESSIONALE

SITUAZIONI DI PARTICOLARE CRITICITA' INCONTRATE E MODALITA' ADOT-
TATE NELL'AFFRONTARLE

COMPETENZE E STRUMENTI PROFESSIONALI DA ACQUISIRE PER PERFEZIO-
NARE LE PROPRIE CAPACITA' DI INTERVENTO

ATTUALI PUNTI DI FORZA O DA MIGLIORARE NEL SERVIZIO DEL PROPRIO
CENTRO O ENTE

FIGURA PROFESSIONALE CHE TUTELA ED ISPIRA LA QUALITA' DEL SERVI-
ZIO NEL PROPRIO ENTE

DESCRIZIONE DEI SISTEMI DI RELAZIONE TRA I DIVERSI SOGGETTI CHE
COMPONGONO IL CONTESTO D'INTERVENTO

OBIETTIVI CHE SI DESIDERANO RAGGIUNGERE NEI FUTURI 12 MESI

OVVIAMENTE GLI SPAZI A DISPOSIZIONE DEI PARTECIPANTI, NELLA SCHEDA REALE, SONO MOLTO PIÙ ESTESI PER PERMETTERE UNA APERTA RIFLESSIONE.

Come si può notare, la Scheda Autodescrittiva costituisce un esplicito invito a guardarsi nell'organizzazione del centro di appartenenza, a evincere i diversi aspetti del proprio agire e comunicare nelle attività di ogni giorno. La sua maggiore efficacia consiste proprio nel far prendere atto, a chi la redige e poi la commenta, di prassi, atteggiamenti, modalità espressive, spesso al di fuori di una reale consapevolezza professionale.

Un articolato report susseguente al commento congiunto della scheda si sofferma sulle condizioni di base, presenti in ciascun soggetto analizzato, utili ad integrare le proprie competenze con il gruppo di lavoro e con le altre professionalità del contesto clinico di intervento.

La ricostruzione del “vissuto esperienziale” attraverso la scheda autodescrittiva permette di evidenziare risorse motivazionali, creative, analitiche, schemi mentali e operativi che, magari bloccati e fissati da episodi di “stallo” nell'esercizio del ruolo, possono rappresentare un valido spazio di manovra per l'empowerment individuale e di gruppo. Tutto ciò in linea con il criterio ispiratore del progetto, orientato a interconnettere e rendere sinergici ambiti conoscitivi ed operativi che spesso, di fatto, in determinate situazioni, tendono a divergere.

Ulteriore strumento di osservazione per il Bilancio di Competenze è rappresentato dalla rilevazione in itinere, nel corso dell'esperienza d'aula, dei metaprogrammi e del confronto con i riscontri del test “Big Five Questionnaire”, un inventario messo a punto da G.V. Caprara, C. Barbaranelli e L. Borgogni.

La prima rilevazione è effettuata utilizzando la scheda di seguito descritta.

METAPROGRAMMI OSSERVATI

PARTECIPANTE _____

Attivo	1	2	3	4	5	6	7	Passivo
Verso	1	2	3	4	5	6	7	Via da
Sist. Gruppo	1	2	3	4	5	6	7	Sist. Individuo
Facilitatore	1	2	3	4	5	6	7	Oppositore
Sequenze	1	2	3	4	5	6	7	Opzioni
Obiettivo	1	2	3	4	5	6	7	Processo
Devo	1	2	3	4	5	6	7	Posso
Centratura int.	1	2	3	4	5	6	7	Centratura est.
Rifer. Interno	1	2	3	4	5	6	7	Rifer. Esterno
Concreto	1	2	3	4	5	6	7	Ideale (chunk)

OSSERVATORI

DATA

SUPERVISORI

Il punteggio è assegnato da 1 a 7, secondo la collocazione osservabile nell'operatore e nel suo modo di agire/comunicare tra la diade dei due poli opposti di ciascun metaprogramma.

La comparazione dei dieci metaprogrammi osservati con i risultati del test BIG 5, consegna una attendibile quadro della mappa di attitudini e competenze potenziali nell'operatore, che è poi invitato a confrontarsi con gli atteggiamenti, gli stati d'animo, gli spunti decisionali, le motivazioni concrete che determinano il trend delle sue performances professionali e relazionali.

PUNTEGGI PONDERATI BIG FIVE (scala da 25 a 75, con 50 come punteggio medio)

- Dinamismo _____
- Dominanza _____
- Cooperatività _____
- Cordialità _____
- Scrupolosità _____
- Perseveranza _____
- Controllo delle emozioni _____
- Controllo degli impulsi _____
- Apertura culturale _____
- Apertura all'esperienza _____

Completano il bilancio di competenze sessioni di role playing in cui ciascun operatore è chiamato a proporre soluzioni in piccolo gruppo, su una problematica relazionale, diagnostica, terapeutica.

In questa situazione ciascuno manifesta, in relazione con gli altri partecipanti, spunti, comportamenti, disposizioni d'animo che possono essere registrate con una versione eterodiretta (ad opera di un conduttore e di due altri partecipanti) del test Big 5, l'Observer, che può ulteriormente supportare la definizione del quadro descrittivo personale, secondo le stesse sottodimensioni sopra enunciate, che compongono il riferimento costante di tutta la serie di questo reattivo.

Nell'ambito dei role playings ciascun membro del gruppo "recita" un ruolo precipuo della situazione/problema, scegliendo spontaneamente la parte o vedendosela assegnata dai conduttori. In ogni caso la dinamica mette in gioco notevoli energie interpretative e rappresentative.

Fabbisogni di Formazione emergenti dal Bilancio di Competenze

In questo frangente il team di conduzione del Bilancio di Competenze sintetizza i profili attitudinali individuali con i dati emergenti dall'indagine epidemiologica rilevando quegli aspetti che possano tradursi in capacità operative di intervento da costruire e sviluppare attraverso il programma formativo. Questa connessione sarà evidenziata enucleando le aree critiche e gli assets di competenze idonee a far fronte alle problematiche emerse.

L'elaborazione di un piano formativo coerente con i diversi fabbisogni rilevati procede attraverso una distribuzione modulare del percorso didattico. In tale distribuzione saranno poste in appropriato rilievo le differenti tipologie di professionalità degli operatori partecipanti.

A seguito dell'elaborazione delle schede autodescrittive, dei colloqui di commento congiunto delle schede stesse, dei test e dell'osservazione dei role playings, è possibile evincere una mappa dei fabbisogni di competenze attingibili attraverso il percorso formativo.

In particolare, le esigenze preminenti manifestate sia singolarmente che nei feedback d'aula da parte dei due gruppi di partecipanti al Bilancio di Competenze per il progetto "Double Spiral" è sintetizzabile nelle indicazioni di seguito riportate.

Nel gruppo 1 (medici, psichiatri, psicologi, responsabili di struttura) sono avvertiti come fabbisogni formativi prioritari:

- l'approfondimento delle connotazioni psichiatriche delle tossicodipendenze (è il disturbo di altra tipologia ad assurgere a fattore di rischio a causa della stessa tossicodipendenza o il contrario?).
- la ricostruzione di una metodoloria di intervento farmacologico più efficace in presenza di abuso di un mix di sostanze.
- la focalizzazione delle tecniche di somministrazione del Metadone e di altri rimedi farmacologici e di altre forme di trattamento in presenza di abuso di cocaina, quando, soprattutto, insorgono crisi di astinenza.
- l'acquisizione di un chiaro modello di gestione delle relazioni sistemiche all'interno del contesto di intervento organizzato (chi fa che cosa?).
- una informazione dettagliata sui trend della doppia diagnosi, di cui si constata un notevole incremento in questi anni, con problematiche che complicano notevolmente l'approccio di intervento.
- lo sviluppo conoscenze concernenti aspetti legali e disposizioni dell'autorità giudiziaria e riguardo alla possibile interazione con quest'ultima nei casi di affidamento coattivo ad una comunità, in presenza di controindicazioni.
- la conoscenza comparata di modelli per la prevenzione e su progetti farmacologici sperimentali.
- l'esplicitazione organizzativa dei ruoli professionali all'interno di strutture riconoscibili e coinvolgibili all'interno di un contesto globale di intervento integrato sulla doppia diagnosi.

Nel gruppo 2, costituito da assistenti sociali, formatori professionali, infermieri, operatori O.T.A., si sono manifestati espliciti interessi per l'acquisizione di competenze funzionali ad aspetti quali:

- la classificazione sintomatologica ed eziologica dei disturbi psichiatrici ai fini di condividere un comune linguaggio ed una organica suddivisione dei ruoli con le figure preposte alla diagnosi e terapia (Psichiatri, Psicologi, Medici).
- l'acquisizione di metodologie di analisi dei casi di tossicodipendenza attraverso modelli chiaramente interpretabili ed applicabili.
- lo sviluppo di tecniche di supporto e riabilitazione psicomotoria per contribuire attivamente al recupero.
- lo stimolo delle capacità di utilizzare metodologie di gestione delle relazioni sistemiche all'interno del contesto di intervento organizzato.
- un approccio alla conduzione del problem solving e del lavoro in team.
- l'adozione di strumenti di valorizzazione e di integrazione del proprio ruolo professionale (Empowerment), nella logica di costruzione di un contesto organizzato di intervento.

Quali indicazioni specifiche di indirizzi per il percorso formativo emergono da parte di entrambi i gruppi esplicite esigenze di approfondimento concernenti:

- modelli terapeutici e farmacologici innovativi e configurati secondo l'evoluzione delle diverse modalità di abuso,
- modelli interpretativi e di trattamento della doppia diagnosi, se non consolidati, ad un apprezzabile stadio evolutivo,
- aspetti legali connessi con le problematiche connesse all'affidamento da parte dell'autorità giudiziaria,

- l'acquisizione di tecniche di supporto e di animazione quali: musica/danza/arte/terapia, tecniche di visualizzazione creativa, strumenti di sincronizzazione psico-motoria,
- la classificazione sistematizzata delle tecniche e degli strumenti di diagnosi e di trattamento in modo da costruire le premesse per una efficace collaborazione con il team di intervento.

E' evidente, a questo proposito, un primo risultato dell'azione di Bilancio di Competenze: la caratterizzazione delle aspettative d'aula in senso costruttivo e favorevolmente disposto ad uno sviluppo interattivo dell'itinerario di formazione.

In particolare emerge una chiara e fiduciosa intesa sia all'interno di ciascun gruppo che con il team docente: attraverso approcci di didattica attiva e di ricerca/azione, decisamente orientati al Problem Solving, si afferma un clima propositivo, in cui ciascuno tende a proporre al gruppo le sue esperienze, i suoi bisogni e le criticità ricorrenti, confrontandosi con gli altri operatori e contribuendo attivamente, soprattutto attraverso lo studio e la discussione congiunta dei casi clinici, alla elaborazione di soluzioni.

Il Programma Formativo

Il percorso previsto per i 2 gruppi si struttura in tre moduli formativi susseguenti al Bilancio di Competenze, dei quali il primo si rivolge allo sviluppo delle competenze sistemiche ed organizzative, il secondo si focalizza più specificatamente sul contesto terapeutico di intervento e il terzo, infine, fornisce delle linee guida per gli interventi educativi di prevenzione sul disagio giovanile e familiare.

Modulo 1 “Sviluppo delle competenze sistemiche ed organizzative”

In questo modulo sono erogati i contenuti sistemici e metodologici previsti nel programma formativo, tenendo conto della necessità di una unità didattica preliminare comune a tutte le professionalità, il cui obiettivo risiede, oltre che nel trasmettere contenuti di base per l'organizzazione

sistemica del servizio, anche nel permettere di assimilare meccanismi e prassi operative che facilitino l'integrazione dei singoli contributi professionali.

Il programma del modulo comprende aree tematiche quali:

- La missione e la gestione dell'impresa sociale ed i fattori interattivi del contesto terapeutico; i meccanismi organizzativi per la motivazione e lo sviluppo professionale del gruppo di lavoro,
- L'alleanza terapeutica, l'empatia e la comunicazione con l'utente;
- Il sistema di relazioni istituzionali tra i diversi interattori del contesto clinico;
- Progetto ed emozionalità nella riabilitazione.

Una particolare attenzione è posta sullo sviluppo e l'evoluzione dell'impresa e dell'istituzione sociale, per la sua precipua missione all'interno del tessuto sociale, sanitario, imprenditoriale, e di creazione del benessere.

Sessioni intermedie del modulo sono dedicate alla rivisitazione e al raccordo tra le tematiche affrontate, in modo che esse possano tradursi in modello operativo concreto ed integrato secondo un continuum di base

Modulo 2 “Sviluppo delle competenze diagnostiche e di intervento nella doppia diagnosi”

Questo modulo si estrinseca in unità didattiche specifiche per le singole aree professionali (medici e coordinatori di struttura, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali, operatori socio-sanitari).

Esso è mirato a trasmettere metodologie integrate di intervento tali da presentare un quadro diagnostico e di intervento condiviso tra i diversi operatori impegnati nella gestione di casi di doppia diagnosi.

Le unità didattiche che compongono il modulo sono:

- Caratteristiche epidemiologico-cliniche, decorso e carichi assistenziali dei disturbi psichiatrici: confronto con l'indagine epidemiologica.

- Management dei disturbi psichiatrici.
- Percorsi diagnostico-terapeutici.
- Trattamento psicofarmacologico della “doppia diagnosi”.
- Rilevazione, rappresentazione e analisi dei dati.
- Problematiche dei disturbi di personalità e correlazione con l’abuso di sostanze.
- Indirizzi di psicoterapia rivolti alla doppia diagnosi, attraverso l’integrazione del contesto terapeutico e gestione delle risorse emozionali degli operatori.

Le diverse unità didattiche di entrambi i moduli sono alternate a sessioni di raccordo, finalizzate a tradurre in modelli operativi concreti i vari contenuti metodologici, scientifici, progettuali, trasmessi attraverso le fasi d’aula. Nel corso di questi incontri contributi differenziati contribuiscono a costruire un vero e proprio sistema di competenze, utilizzabili direttamente nella successiva fase di sperimentazione e, in seguito, nell’iter di professionalizzazione.

Metodologie attive, Case Histories ed Empowerment

Il metodo della discussione, rappresentazione, interpretazione dei casi clinici ha permesso ad entrambi i gruppi di sperimentare un approccio propositivo, favorendo una percezione allargata del singolo ruolo professionale. Ciò induce processi di Empowerment, di accesso ad una visione allargata dei propri orizzonti professionali, soprattutto negli operatori che risentono di procedure di lavoro rigide e burocratizzate.

Gli esempi di casi clinici di seguito riportati, colgono essenzialmente l’esigenza di guardare alle correlazioni evincibili tra disturbi psichici ed abuso di sostanze, la cui funzione assume spesso una valenza eminentemente legata all’origine ed il decorso del quadro complessivo del paziente.

Si tratta di storie ricondotte a vicende reali, opportunamente mutate nei

riferimenti personali specifici e presentate in modo da lasciar trasmettere gli aspetti salienti nel vissuto di sofferenza dei protagonisti.

La storia di Fabio

Era venuto su gracile, Fabio, e nella sua classe si sentiva spesso quasi dominato dalla costituzione più robusta degli altri. Fin dai primi anni della sua infanzia aveva manifestato la sua “irrequietezza”, così come la definivano i suoi insegnanti: con la sua espressione da “bravo ragazzino”, in fondo, suscitava tenerezza, anche se mostrava una certa indifferenza ad ogni forma di disciplina.

Per lui rimanere seduto nel banco era una grossa fatica: si alzava e stuzzicava gli altri, con grande disinvoltura, fino a lasciar pensare che vi fosse una beffarda premeditazione nei comportamenti che teneva a scuola, soprattutto.

Figlio unico, aveva sofferto di solitudine per la scelta dei suoi genitori di andare a vivere in una grande villa alla periferia della città. Spesso suo padre, Gigi (si faceva chiamare così anche da Fabio), insisteva con i genitori degli altri bambini, perché li accompagnassero da loro per svolgere insieme i “compiti a casa” e poi giocare nel grande giardino della villa. Dopo qualche primo esperimento, però, gli altri genitori avevano constatato che i ragazzi studiavano molto poco e anche nei giochi all’aria aperta si sfrenavano per poi perdere di entusiasmo, infreddolirsi e, molte volte, litigare.

La madre aveva, allora, preso a controllare in modo molto stretto la sua assiduità nello studio, anche a seguito di ciò che in qualche modo, era stato fin dai primi anni di scuola piuttosto evidente e che gli insegnanti riferivano frequentemente: Fabio seguiva le lezioni, poi si “assentava” e con la mente entrava in un mondo tutto suo. Per questo la signora Maura mostrava l’apprensione di una mamma in costante preoccupazione per suo figlio.

Lo seguiva nei compiti, studiava e ripeteva insieme a lui, poi quando il ragazzino si stancava e non la ascoltava più prendeva a rimproverarlo, esigendo ed insieme implorandolo, di “sforzarsi per crescere”. Appena arrivava a casa da scuola gli chiedeva subito, prima ancora che lui potesse lo zainetto: “che compiti hai avuto?”.

Fabio, malvolentieri, assecondava sua madre, apparentemente, poi perde-

va ogni freno, correva in giardino oppure passava intere ore alla sua play station, fino a che gli fu “requisita”. Avrebbe potuto usarla solo quando avesse terminato i compiti, cosa che succedeva raramente. Maura continuava a chiamarlo “il mio bambino” anche quando, ormai tredicenne, egli si vergognava di ciò, soprattutto in presenza dei suoi amici.

In classe, le riferivano i professori, non riusciva a stare fermo, rispondeva alle domande rivolte agli altri e non mostrava apparente interesse per quelle rivolte a lui. Spesso era sorpreso a frugare tra gli oggetti degli altri e qualche volta rubacchiava penne o giochi. In cuor suo non si sentiva mai tranquillo e si aspettava prima o poi un rimprovero. In casa si era acuito un certo senso di frustrazione, svalutazione e tristezza, rispetto all’evoluzione del ragazzo.

Ma arrivò la disperazione, per tutta la famiglia, quando il padre vide fallire quella che una volta era stata una fiorente attività commerciale di oggetti d’arte, che lo portava spesso all’estero. Dovette rinunciare al lussuoso esercizio commerciale, si indebitò e ben presto andarono a vivere in un appartamento nella semiperiferia della città. Per Fabio ciò comportò un brusco cambiamento di abitudini di vita. Cominciò a frequentare un istituto commerciale e, per quanto avvertisse una certa riluttanza ad impegnarsi in ambiti come l’algebra o la geografia economica, prese ad incontrarsi con tre o quattro amici ed a studiare con loro.

Conservava comunque la sua gracilità e tendeva ad allearsi con quelli più forti che gli incutevano sicurezza. Impulsivo ed irrefrenabile com’era, nella sua continua agitazione motoria, però, spesso finiva con il litigare, avendo la peggio. Continuava a frequentare, però, gli stessi “bulli” socialmente isolati e con un comportamento aggressivo verso tutti, in particolare verso l’altro sesso. La madre gli aveva imposto di non uscire più, allertata da conoscenti sulle frequentazioni di Fabio ma, ormai svilita e depressa, era incapace di controllarlo. Un giorno, improvvisamente, fu chiamata dalla polizia: Fabio era stato sorpreso a bordo di un’auto rubata, in sosta nell’estrema periferia della città insieme ad altri due diciassettenni che frequentavano la sua stessa classe, in stato confusionale. Condotti in commissariato, i tre erano immobili, con lo sguardo nel vuoto, le pupille ridotte a puntini e le braccia con i chiari segni di ripetute iniezioni.

LINEE GUIDA PER IL LAVORO DI GRUPPO

- Quali forme di disagio conducono Fabio al suo triste epilogo?
- I sintomi descritti si riconducono a quale patologia?
- Quali ulteriori strumenti diagnostici utilizzereste per approfondire l'anamnesi?
- Impostate un piano di intervento e descrivete risorse e figure che possano permettere il suo recupero.
- Quali bisogni sembrano preminenti nella sua storia?
- Quali criticità vi aspettate che si incontrino nel suo recupero?
- Di quali risorse ritenete di aver bisogno per affrontare il suo caso?

La storia di Enrichetta

L'epopea del suo villaggio, della sua famiglia, era legata strettamente alla costruzione del nuovo traforo che avrebbe permesso l'accesso diretto alle valli rigogliose oltre le montagne, fornendo nuovo impulso ad una economia del territorio un tempo ricca, ma ormai confinata in una dimensione di scenario piuttosto ristretta.

Le nuove grandi opere avrebbero dato lavoro e ricchezza a tante piccole imprese, fino ad allora basate sullo sfruttamento delle cave disseminate nella zona.

Oltretutto la complessità strutturale del nuovo viadotto, tra le viscere della montagna, avrebbe permesso un salto di qualità sia in termini tecnologici che manageriali.

L'avvio dei cantieri, dopo l'iniziale entusiasmo, aveva preso a procedere a rilento e per ben dieci anni i lavori erano rimasti a livello preliminare per ragioni sia tecniche che finanziarie.

Una commissione di inchiesta, dopo tutto quel tempo, aveva chiuso i cantieri ed aperto le indagini, protrattesi per altri quattro anni, per risalire alle cause ed alle responsabilità di tanto immobilismo.

La famiglia di Enrichetta deteneva una delle piccole imprese confluite nel Consorzio per il Traforo e tutto il vissuto familiare era stato fortemente influenzato dalla situazione.

Il padre era un uomo apparentemente autoritario: in realtà lo era con le persone più deboli e si mostrava molto indeciso nelle sue scelte. La madre, una donna piuttosto remissiva, faceva valere le sue aspettative soprat-

tutto commiserandosi, e tessendo un velo di malinconia sulle relazioni con il marito ed i figli.

I due fratelli di Enrichetta si mostravano a volte spavaldi e sicuri, rivaleggiando anche tra loro, a volte letteralmente impauriti dall'esubero di responsabilità economiche e sociali piombate improvvisamente addosso alle loro aspirazioni, in fondo anguste.

Enrichetta e le sue due sorelle erano sempre state relegate in ruoli subalterni, e se la maggiore di loro si era ribellata, andando via di casa e adattandosi a vivere in città, lei e la più piccola avevano finito con l'accettare una sorte che appariva loro incontrovertibile. Quel Tunnel sembrava non finire mai, nella rassegnazione e nella rinuncia ad aspettative di vita più luminose.

Un giorno le due ragazze presero la corriera e raggiunsero la sorella maggiore, nel suo piccolo bivanì nella grande città. Sia Enrichetta che Annette erano molto insicure, avevano sempre bisogno di qualcuno che decidesse per loro e che conferisse sicurezza.

Spesso provavano uno sgomento insopportabile di fronte a situazioni che richiedessero un minimo di chiarezza di pensiero. Non riuscivano a credere e puntare sulle loro risorse. Preferivano attenersi agli usi e costumi altrui.

La scoperta che Luisella tirasse avanti in modo losco e squallido, consumando mix di sostanze e spacciando cocaina, fu traumatica.

Il timore di diventare oggetto della stessa vendetta familiare promessa più volte alla sorella maggiore, dopo che era andata via, le spingeva a non tornare a casa, anzi a provare un tremendo terrore riguardo a quella scelta. Cominciarono, così ad aderire allo stile di vita di Luisella e, fungendo da gregarie, avevano preso a fumare cannabis, insieme a massicce dosi di grappa, poi ad accostarsi a sostanze più pesanti. La loro disperazione ora è grande e l'unica loro speranza è riposta nell'avvento di qualcuno "che venga a salvarci portandoci via da tutto". Hanno conosciuto da poco una educatrice sociale che opera in un SERT che ha trasmesso loro un po' di fiducia.

Hanno, però bisogno di una dose enorme di coraggio per uscire dal tunnel.

SPUNTI DI DISCUSSIONE

- 1) Quale convinzione preminente di tipo limitante persiste nella storia di Enrichetta?

- 2) Quali sintomi presentano lei e sua sorella minore?
- 3) Associabili a quali ulteriori patologie sottostanti?
- 4) Come impostereste il Sistema di Intervento?
- 5) Su quali principi basereste l'intervento stesso?
- 6) Come considerate la situazione familiare descritta in questa storia?
- 7) Che ruolo vi sentireste personalmente di rivestire nel suo percorso riabilitativo?

Il caso di Willy

Guglielmo si faceva chiamare “sportivamente” Willy. Si diceva spesso affascinato dal personaggio di Guglielmo Tell che, scoccando la sua freccia trafisse una mela posta sulla testa di suo figlio, salvandolo, insieme a se stesso, da una crudele condanna. Quel mito simboleggiava per lui la sua capacità di penetrare con decisione nelle situazioni e risolverle.

Così preso dal suo lavoro nella organizzazione di pronto soccorso in cui operava, Willy pensava di dedicare tanto del suo tempo a questa attività proprio perché non avrebbe mai potuto fare a meno di aiutare gli altri e di salvare la vita a tanta gente che aveva bisogno.

Spesso nel raccontare le fasi di qualche intervento indulgeva nel rimarcare i tratti più insoliti ed eclatanti, come appartenenti ad una realtà del tutto particolare. Non guadagnava granché da quel lavoro che aveva cominciato come volontario, ma che in seguito era diventata una condizione stabile in cui farsi apprezzare per il suo coraggio e la sua generosità.

Per non dover rinunciare ad un certo agio economico aveva acquisito l'abilitazione all'esercizio della professione di promotore finanziario, attività che svolgeva nel tempo residuo ed in cui riversava tutto il suo ardore dialettico e la sua capacità di convincere. I suoi clienti si fidavano di lui perché gli riconoscevano un certo acume nell'intuire possibilità di investimento ad alto rendimento, anche se comportavano rischi notevoli.

Qualche collega gli sembrava invidioso di questa sua speciale immediatezza nel porsi in relazione di confidenza con persone che aveva appena conosciuto. Qualcuno dei suoi clienti, in effetti era incappato in inaspettate e sostanziose perdite negli investimenti, per cui aveva manifestato tutte le sue rimostranze. Willy aveva interpretato come assurda l'incapacità di

attendere tempi migliori ed in improvvisi scatti di rabbia paradossalmente tacciava di incompetenza proprio chi si fidava della sua esperienza.

A 34 anni pensava che il mondo non avrebbe mai potuto fare a meno del suo aiuto: si sentiva un individuo del tutto unico e sapeva di esercitare un certo fascino del tutto particolare e, per certi tratti perduto romanticamente, sulle ragazze.

Si portava con sé da tempo, però, un fastidioso inconveniente che ne contaminava proprio il comportamento sessuale: il più delle volte si eccitava a tal punto da bruciare immediatamente la sua carica erotica e da eiaculare troppo presto, tanto da lasciare delusa ed insoddisfatta la partner del momento. Con rabbia si lamentava dell'incapacità da parte dell'accompagnatrice di turno di comprendere la sua esuberanza virile, ma, in cuor suo avvertiva frustrazione e svilimento per quella effimera "prestazione".

Una volta una donna molto più grande di lui gli fece provare una prolungata fase di piacere che egli ricordava come una vera e propria estasi. Ben presto, però la "risanatrice" era sparita nel nulla e Willy aveva sofferto fino all'inverosimile di quel distacco.

Trovava, comunque, le occasioni per riemergere; spesso si "consolava" salendo sull'autoambulanza e guidandola a sirene spiegate e ad una velocità spericolata: aveva ricevuto due sonori richiami da parte dell'Ente ma ne era uscito indenne poiché gli si riconosceva dedizione e, per come la vedeva lui, per il suo "disprezzo del pericolo". Tanta dedizione era diventata per Willy una sorta di dipendenza: aveva bisogno che gli si riconoscessero doti altamente meritorie: egli inseguiva con frenesia queste forme di benemeranza anche ufficiale. Aveva ricevuto diversi premi anche sportivi in feste del suo paese ed ogni volta si sentiva pervaso da qualcosa di incomparabile che poi svaniva nel nulla.

Questa continua esaltazione che si avvicendava a scatti improvvisi di rabbia lo condusse un giorno, nel corso di un programma di aggiornamento professionale, a contestare apertamente e ad alta voce la lezione di un docente universitario di anatomia: "l'esperienza pratica, appresa sulla strada - urlava - vale più di cento anni di Università".

Fu sospeso dal servizio per 15 giorni dopo quella chiassata irriguardosa verso una persona mite e ricca di conoscenza.

Oggi in una giornata di pioggia, triste ed avvilito, si ritrova a riflettere e ad azzardare un bilancio della sua vita. Da tempo si sente sempre più fuori strada. Ormai da 7 anni consuma cocaina che gli offre occasione per sentirsi ancora carico di sfrenata vitalità, anche se poi è costretto a

prendere coscienza di quanto instabile sia quella condizione e di quali dolorosi danni questa dipendenza arrechi al suo fisico, alla sua mente. Ha sempre negato a tutti il suo abuso e ne minimizza anche a se stesso la pericolosità.

1. Quale sintomatologia di disturbo di personalità presenta Willy?
2. A quali altri disturbi è associato?
3. Quali meccanismi di difesa egli manifesta?
4. Quale è il suo bisogno insoddisfatto che egli compensa con la cocaina?
5. Come impostereste un piano di recupero?
6. Su quali valori lo fondereste?
7. Con quali forme di interazione lo affrontereste?

La storia di Gaia e Angiolina

Gaia è una donna ancora giovane. È sempre stata partecipe di tante preoccupazioni e dei motivi di gioia delle persone che la circondano e, come per un destino assegnatole nel nome, si mostra spesso allegra e fiduciosa. A volte soffre di momenti di ansia che cerca di celare dietro il suo bel sorriso, ma che appaiono ben evidenti a chi la conosce bene.

Il suo lavoro di impiegata amministrativa in una ASL la rende appagata sotto l'aspetto della sicurezza, ma non la gratifica nei contenuti: Gaia è sposata con un agente commerciale che, pur godendo di un buon reddito, non ha introiti costanti nel tempo e risente degli sbalzi di mercato che il settore dell'abbigliamento frequentemente subisce. Hanno tre figli, due bambine ed il piccolo "ultimo arrivato" che ha quasi tre anni. Proprio per garantire continuità di reddito alla sua famiglia non ha mai pensato di cambiar lavoro.

Si occupa anche di ragazzi in difficoltà, frequentando, quando può, un'associazione di volontari, che offrono sostegno sociale e scolastico a chi vive un'adolescenza difficile o non trova i mezzi per farsi spazio nel lavoro e sente il bisogno di qualificarsi attraverso brevi esperienze formative. Dedicava circa 4 ore alla settimana in questo impegno.

Ha seguito per tre anni Angiolina, una ragazza eccentrica e prodiga nell'accentuare la sua sensualità, a cui piace stare sempre al centro dell'attenzione e lasciarsi, in qualche modo "coccolare". Aveva interrotto gli

studi in un istituto commerciale e poi, grazie soprattutto al suo aiuto, era riuscita a completarli recuperando tre anni in uno.

Quando la ragazza si diplomò, la prima preoccupazione di Gaia fu quella di “trovarle” un lavoro: tramite suo marito, anche lui molto altruista e coscienzioso, la mise in contatto con un commercialista avviato, il quale, nonostante avesse già in studio tre collaboratori, acconsentì ad inserirla con un contratto annuale di collaborazione. Inizialmente Angiolina era entusiasta, sebbene recriminasse, con sarcastiche frecciate, per la retribuzione non certo alta: si trattava, però, di un periodo di prova in cui avrebbe imparato tanti aspetti concreti del lavoro, al termine del quale il professionista le avrebbe migliorato il trattamento retributivo. Tutto ciò a patto che il suo impegno e la sua voglia di imparare fossero stati costanti.

Dopo due mesi Angiolina si dichiarava già stufa di ... “quel noioso lavoro, in cui nessuno ti rivolge uno sguardo...” e affermava di non vedere l’ora che le scadesse il contratto: “Ho voglia di fare altro, di mostrare a tutti la mia creatività. Sono una ragazza sensibile, comprendimi, non posso mica marcire in uno squallido ufficio. Ho deciso di dedicarmi allo spettacolo. Ho conosciuto un produttore di talento, prima o poi mi affiderà una parte importante in una commedia musicale d’avanguardia”. Nel sentirsi dire, un giorno, queste parole Gaia si sentì trasalire, rimanend in silenzio mentre la ragazza andava via senza salutarla.

Nelle settimane successive non la vide più, come spesso succedeva, quando al mattino passava da lei e si parlavano per qualche minuto. Alcune colleghe notando lo stato di preoccupazione di Gaia, la rimproveravano benevolmente; una, la sua amica più fidata, la chiamò da parte e le disse: “Ma chi te lo fa fare, non ti accorgi di quanto lei abusi della tua generosità? Lasciala stare, è una scriteriata! Hai tre splendidi figli e tuo marito che lavora sodo, sei un’ottima collega e amica, dai, sappi volerti bene!” Questo scuotimento le giovò e quel giorno tornò a casa più tranquilla. La sua famiglia la riempiva di affetto e di allegria. Passarono due anni, di Angiolina non c’era più traccia. Gaia ormai si era messo l’animo in pace quando una sera la intravide in lontananza, incredibilmente stesa sul marciapiede. Accorse subito in suo aiuto: la ragazza a stento la riconobbe, poi scoppiò in un pianto drammatico con toccanti singhiozzi. Si risollevo, salì in macchina e cominciò un lungo racconto, in stato di coscienza evidentemente alterato. “Mi ha abbandonato, come uno straccio vecchio e polveroso”.

Il soggetto di questo abbandono era il presunto “regista”, che dopo aver apparentemente ceduto a quello che ella stessa definiva “il mio fascino tormentato”, si era rivelato un abile manipolatore, frequentatore di ambienti “alternativi”, incallito truffatore e consumatore di cocaina. Anche lei, che fino ad allora aveva fumato solo qualche sigaro di cannabis, (raccontandolo con apparente senso di colpa, ma anche con tronfia civetteria a Gaia) aveva preso a “sniffare”. Ben presto il “regista” l’aveva indotta al consumo delle cosiddette “droghe del viaggio”, fino a spingerla apertamente allo spaccio sistematico, attraverso i “suoi canali”. Poi, stufo di lei, era sparito, non appena Angiolina aveva minacciato di denunciarlo, nel corso di un sonoro litigio. “Solo tu puoi aiutarmi” era il grido di dolore che Gaia subito raccolse, mettendosi alla ricerca di una comunità che potesse accoglierla.

- Quali comportamenti caratterizzano la vicenda di Angiolina?
- Quali sono le cause del suo disagio?
- Manifesta sintomi di un disturbo mentale? Come lo classifichereste?
- A quali funzioni assolve nel suo panorama emozionale l’abuso di sostanze ed in particolare di allucinogeni?
- Come considerate il modo di aiutare la ragazza da parte di Gaia?
- Come potrebbe articolarsi un suo percorso di recupero?
- Quali metodologie di riabilitazione considerate appropriate?

La storia di Giovannino

Nella penombra della sua stanza Giovannino rifletteva a lungo sul senso del tempo che sentiva trascorrere. Le immagini del passato assumevano un aspetto sfuocato e lontano che tingeva di grigio la sua malinconia. Tutti i suoi libri e quei ricordi ristagnavano immobili nella sua mente e sembrava quasi che non potesse mai smuoversi da quel suo stato di tristezza intriso di sottile fatalismo.

Era un ragazzo quando sua madre si ammalò e, quando lei, in silenzio, dignitosamente, smorzando in gola tutta la sua sofferenza, se ne andò, scoprì l’affetto del padre, dei fratelli, fino ad allora passato quasi come un fatto scontato, nei suoi slanci di bambino. Giovannino si accorgeva di quanto influisse su di lui il passato e la sensibilità alle cose della vita che si fissavano nella sua mente come impronte indelebili. Si sentiva

spesso bloccato da quel suo percepire e introiettare le situazioni, che a volte assumevano i tratti di una vera e propria debolezza e di una supina suscettibilità. Avvertiva attaccamento al suo “piccolo mondo antico” fatto di modi, di oggetti che non avrebbe potuto mai abbandonare.

Provava una sorta di inamovibile senso di inadeguatezza, avrebbe voluto uscire, emergere da quell’orizzonte statico, povero di stimoli “di lungo respiro”. Per un certo periodo aveva preso a farsi chiamare Gianni, rimuovendo quel tremulo diminutivo dai suoi rapporti sociali. Quel nome così foneticamente riverso su se stesso, sulla sua infanzia, era poi tornato prorompente ad affacciarsi come segno particolare della sua Identità. Si era fatto di nuovo avanti a contrassegnare una personalità in cui si erano affinati certi meccanismi interpretativi, certe risposte espressive, non comuni, alle sfide quotidiane. Molte volte, comunque si scopriva a riprendere temi esistenziali, a livello introspettivo, di tale spessore emotivo da fargli evincere una visione della vita inscindibilmente ancorata ad un disperato senso di solitudine.

Ricordava spesso struggenti episodi tra i tanti rimastigli impressi. Per esempio, a 12 anni aveva assistito ad uno scippo di cui era stata vittima una donna, la quale nella sua borsa portava non oggetti di valore ma un contenitore in plastica, con della minestrina per i suoi anziani genitori: esso era scivolato via nello strappo rivelando, con il suo contenuto, tutti i risvolti di uno sconsolato atto di tenerezza.

Qualche tempo dopo si era ritrovato testimone di una vicenda davvero tragica: una bambina, sua vicina di casa, che aveva perso da un mese la sua mamma, veniva portata via dai suoi zii mentre, piangendo disperata, domandava nel vuoto: “di nuovo? di nuovo?”. La piccola aveva appena saputo che il padre, agente di polizia, era stato ucciso in un conflitto a fuoco. Con rabbia, dal suo cuore di bimba, urlava l’assurdo accanirsi del destino.

Dopo pochi mesi da questa straziante vicenda, Giovannino, in ospedale per assistere sua madre, già grave, si soffermava con la sua attenzione sull’attesa fremente di un anziano degente che, nel giorno del suo compleanno, aspettava che i familiari andassero a fargli gli auguri. Aveva messo da parte anche dei cioccolatini, a lui proibiti, per accennare ad un festeggiamento. Ma i suoi parenti non vennero. La delusione ed il pianto, come di un bambino, che quel pur distinto signore anziano e ammalato non riusciva più a fermare, Giovannino li introiettò nella sua viva carne. E come dargli torto?

Anche le sue prime piccole storie d'amore le ricordava come intrise di incomprendione e malinconia.

Giovannino frequenta, adesso, il quarto anno del Corso di Laurea in Scienze della Comunicazione. Ha scelto questi studi proprio perché desideroso di ricondurre il suo panorama interno, fatto di impressioni profonde, di riflessioni ricche di gusto creativo, verso uno sbocco aperto, in cui finalmente lasciar sfociare il fiume di emozioni che lo attraversa. Questa aspettativa, ancora per lunghi tratti vaga, richiede però, un inestimabile atto di coraggio: quel passaggio da una condizione adolescenziale, in cui egli indugia a riproporre un tormentato dibattito tra passato e futuro, ad una dimensione presente, in cui emerga il suo Adulto.

Oggi finalmente, dopo mesi di studio, si presenta ad un esame molto duro.

È contratto, nell'attesa. Quando lo chiamano e presenta il libretto, il professore gli chiede del nome che è lo stesso anche all'anagrafe: "Giovannino?... Giovanni, ormai !..." . Giovannino vede un raggio di sole dalla finestra, in quell'istante si sente pervaso di tutta la naturalezza del suo nome, del suo vissuto familiare, sociale. Sente l'orgoglio di essere se stesso. Con un sorriso discreto e deciso risponde: "No! Giovannino". La compostezza di quella risposta stupisce il docente e infonde nel ragazzo un insolito senso di benessere e fiducia, quello che interviene in frangenti in cui si è messi a dura prova e che alcuni studiosi hanno definito "processo antagonista" (*). Ascolta con calma le domande e risponde così brillantemente come mai gli era accaduto.

Al termine dell'esame prova una sensazione molto intensa di espansione della consapevolezza. In un attimo si spiega come naturale e prezioso sia stato il suo passato, pur con il suo carico di dolori. Ricorda la sua infanzia, prima dell'adolescenza, vi si rivede felice e riaffiorano ricordi gioiosi. Si accorge soprattutto che quella angoscia che credeva una condizione perdurante e ineludibile, è, in realtà, uno stato d'animo stabilizzato nel tempo ma che può essere superato. "Certamente - si dice - ogni giorno avrò da affrontare il nuovo giorno."

Dopo un anno da quell'esame, Giovannino è andato molto avanti con gli studi e con la vita, alcuni suoi problemi permangono, ma si sente molto più sicuro di sé. Sta per laurearsi con una tesi del tutto originale. Ha rivisto colei che da bambina, tanti anni prima, piangeva i genitori persi: ormai ventenne, abita sempre nei pressi di casa sua e si è iscritta alla sua

stessa facoltà. Si è fermato a lungo a parlare con lei, degli studi, dei problemi da affrontare. È rimasto ammirato per la chiarezza e la decisione con cui Lisa gli ha esposto il suo modo di guardare al presente e al futuro.

SPUNTI DI RIFLESSIONE

- Quali fattori avevano acuito il disagio adolescenziale di Giovannino?
- Quali processi mentali conducono al suo cambiamento?

(*) cfr. SOLOMON e CORBIT, 1973, 1974, 1980

“La storia di Giovannino” è riportata dal testo “Le relazioni Ottimali” di M.G. Costantino – Edizioni Lupetti, 2004.

Modalità interattive osservate nella discussione dei casi

Quest’ultima storia, al contrario delle altre 4 (imperniata su vicende caratteristiche della “doppia diagnosi”, che rispettivamente propongono casi di Disturbo da Deficit dell’Attenzione e Iperattività, di Disturbo Depressivo associato a Disturbo Dipendente, di Ansia Generalizzata (Gaia) e di un soggetto Istrionico (Angiolina), di Narcisismo con dipendenza da sostanze), è una storia di svincolo spontaneo, anche se protratto nel tempo, dalle dipendenze psicologiche del protagonista. Un accesso del cosiddetto “processo antagonista”, come definito dai due studiosi citati, permette a Giovannino, in un vissuto intensamente depressivo, di ritrovare almeno le tracce della gioia di vivere. Il caso costituisce uno stimolo allo sviluppo delle energie “proattive” nel soggetto.

Pregnante e risolutivo, nel costruito emozionale, è l’insight ed il riferimento costante, imperturbabile, al Benessere, come criterio ispiratore dell’intervento terapeutico, ed alla prevenzione come barriera al disagio relazionale.

I casi descritti, storie di patologie diverse con l’aspetto comune della funzione cruciale dell’abuso nell’assetto generale del disturbo, si prestano non tanto ad una interpretazione classificatoria, quanto, piuttosto, quanto alla rappresentazione corale nel gruppo in formazione, secondo

un modello che gradualmente si avvicina alle “Costellazioni Sistemiche e Familiari” di Bert Hellinger.

In tale ricomposizione della vicenda, delle sue origini, dei suoi disagi, delle opportunità di farvi fronte con un piano terapeutico e riabilitativo integrato, i partecipanti diventano attori, spesso spontanei, di stati d'animo, habitat familiari, proposte di intervento. L'impatto formativo prova a sfuggire ad un rassegnato “d'jà vu” di accettazione di una condizione di insormontabilità di fronte al disturbo.

Modulo 3 “Linee guida per interventi educativi di prevenzione sul disagio giovanile e familiare”

ALBATROS

*Per dilettersi, sovente, le ciurme
catturano degli àlbatri, marini
grandi uccelli, che seguono, indolenti
compagni di viaggio, il bastimento
che scivolando va su amari abissi.
E li hanno appena sulla tolda posti
che questi re dell'azzurro abbandonano,
inetti e vergognosi, ai loro fianchi
miseramente, come remi, inerti
le candide e grandi ali. Com'è goffo
e imbelle questo alato viaggiatore!
Lui, poco fa sì bello, com'è brutto
e comico! Qualcuno con la pipa
il becco qui gli stuzzica; là un altro
l'infermo che volava, zoppicando
scimmieggia.*

*Come il principe dei nubi
è il Poeta che, avvezzo alla tempesta,
si ride dell'arciere: ma esiliato
sulla terra, fra scherni, camminare
non può per le sue ali di gigante.*

(Charles Baudelaire)

Strategie di intervento scolastico e interistituzionale

Gli interventi di prevenzione primaria possono essere considerati a tre diversi livelli, in relazione alle finalità, al target e agli obiettivi specifici:

- 1) un primo ambito è orientato alla popolazione generale, al fine di ridurre la propensione ad impiegare sostanze psicoattive e alcool tra gli adolescenti e i giovani: ridurre il numero degli experimenters e di coloro che fanno un uso “voluttuario” delle sostanze, senza sviluppare dipendenza o abuso, significa limitare la diffusione delle sostanze tutelando coloro che appartengono ad aree a rischio.

In questa dimensione sono stati individuati elementi dirimenti significativi tra adolescenti disponibili a provare le sostanze e adolescenti indisponibili all'uso occasionale, fattori indipendenti dalle interferenze del gruppo o dalle pressioni dell'offerta: la condizione caratterizzata da una scarsa considerazione di sé, la difficoltà dell'adattamento sociale, del controllo degli impulsi, la carenza del supporto parentale, la interferenza degli stress ambientali gravano in modo significativo sul gruppo di adolescenti che sono disponibili a sperimentare le droghe.

Cambiare le condizioni che conducono una parte sempre più ampia degli adolescenti a voler barattare la propria identità con una identità ignota indotta dalle sostanze, a voler modulare le proprie percezioni e le proprie emozioni richiede una vera e propria rivoluzione culturale: le bambine e i bambini, gli adolescenti, acquisiscono considerazione di sé “specchiandosi” negli adulti, apprendono strategie di “modellamento” se accompagnati con un forte coinvolgimento e nello stesso tempo gratificati per la loro autonomia e il loro protagonismo, guadagnano capacità di tollerare la frustrazione e di controllare gli impulsi attraverso intense esperienze relazionali e progettuali, attraverso impegni e verifiche proposte in modo avventuroso e su uno sfondo socio-morale sicuro. Dunque una rivoluzione culturale che porti gli adulti, genitori, insegnanti, educatori della rete sociale a non abdicare al loro ruolo di adulti, a non sottrarsi alla sfida che i giovani propongono a ogni generazione nuova. Il senso di appartenenza alla famiglia, alla scuola e a organizzazioni dell' associazionismo del volontariato e dei vari movimenti presenti nel territorio, assumono un vero e proprio ruolo protettivo nei confronti di esperienze a rischio e dell'uso di sostanze: è il poter dire “mio padre”,

la “mia famiglia”, il riconoscersi in “noi della nostra scuola”, con i “nostri prof, il “mio quartiere”, il “nostro gruppo di volontari” che fa sentire di avere radici, percepire di essere parte di una storia, scoprire la propria identità.

Soltanto la formazione dei genitori, capillare ed estensiva, con movimenti a “macchia d’olio” che raggiungano i genitori più isolati e in difficoltà, e altrettanto la formazione degli insegnanti e degli educatori, possono giungere a far riguadagnare alla famiglia e alla scuola, agli ambienti dello sport e dell’aggregazione giovanile il ruolo di ambienti significativi di crescita. Una applicazione stretta della 285 va in questa direzione: garantire alle bambine e ai bambini ambiti ove la considerazione di sé non sia diminuita, relazioni stabili e propositive, sottrazione a stress psichici soverchianti, opportunità formative per i genitori e gli educatori: e in questo molto debbono fare le comunità locali con l’attenzione a creare un tessuto umano vivibile e ricco.

Gli insegnanti si devono riappropriare della “fierezza” della propria materia, della consapevolezza delle immense ricchezze formative e valoriali contenute nelle discipline e nelle proposte curricolari; far nascere attorno al sapere un laboratorio che unisce adulti e giovani nella ricerca di senso e di futuro, condotta con senso critico ed entusiasmo. La solida passione per la propria disciplina può consentire relazioni educative profonde, non mediate da psicologismi risibili, ma da una ispirazione dei giovani al protagonismo e alla cultura. Allo stesso tempo le nuove opportunità delle attività extra-curricolari permettono oggi di aprire la scuola alle iniziative dei giovani e di connettere la formazione con le risorse del territorio: anche in questo caso una forte dimensione di appartenenza e straordinarie opportunità di autonomia e di assunzione di identità sono a portata di mano se le strutture istituzionali ricevono vitalità dal coinvolgimento personale e dalla speranza del cambiamento.

Il National Institute on Drug Abuse (USA) ha identificato nel 1997 fattori protettivi e fattori di rischio per l’abuso di sostanze grazie ad approfonditi studi: tali elementi si accordano in pieno con le osservazioni precedenti:

Fattori protettivi:

- o forti legami familiari
- o chiare regole di condotta all’interno della famiglia con coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli

- o supporto al successo scolastico
- o forte senso di appartenenza alle istituzioni sociali quali: la famiglia, la scuola, le organizzazioni di volontariato
- o accettazione delle norme convenzionali relative all'uso della droga

Fattori di rischio:

- o ambiente familiare caotico, in particolare dove i genitori abusano di sostanze psicoattive o soffrono di malattie mentali
- o genitorialità inefficace, specialmente con bambini con difficoltà temperamentali e disturbi della condotta
- o difficoltà nelle cure di base e nell'attaccamento madre / bambino
- o timidezza eccessiva o comportamento aggressivo in classe fallimenti scolastici back-ground sociale/familiare povero (difficoltà di adattamento sociale)
- o affiliazione con pari con comportamento deviante percezione dell'approvazione delle droghe negli ambienti della scuola, dei pari e della comunità

La riduzione del numero di adolescenti che provano le droghe può essere perseguita anche attraverso programmi che si fondano su elementi cognitivo-critici:

- A) La acquisizione di informazioni corrette sulle sostanze da abuso e sui rischi per la salute
- B) Le conoscenze riguardo ai meccanismi della dipendenza e alla natura dei disturbi addittivi
- C) La comprensione della inadeguatezza delle sostanze psicoattive nell'indurre un vero miglioramento della socievolezza, della comunicazione interpersonale, un controllo dell'ansia e un innalzamento del tono dell'umore.

Questi elementi cognitivi possono essere acquisiti dagli studenti e dalle studentesse non in modo passivo e attraverso un approccio moralistico, ma attraverso una vera e propria "mobilitazione" dei giovani che vede strutturarsi gruppi di studio, iniziative "peer to peer", attività autonome dei CIC e di altre forme di aggregazione spontanee. Che, partendo dalle singole realtà scolastiche e/o territoriali, tentino di cambiare la mentalità sulle droghe dei propri coetanei: una attività di volontariato per la

propria scuola e/o per il proprio quartiere che affermi la possibilità di aggregarsi, divertirsi, essere creativi senza dover accettare in modo succube gli standard inerenti l'uso di droghe.

Appare in ogni caso essenziale che la scuola fornisca elementi conoscitivi essenziali sulla pericolosità dell'alcool, del tabacco e delle droghe illegali.

- 2) Un secondo ambito della prevenzione è orientato a contrastare una condizione psicocomportamentale sempre più diffusa nel nostro tempo, una “difficoltà della percezione delle gratificazioni una alterazione funzionale della fruizione del piacere, che sta alla base dello sviluppo dei disturbi addittivi: tale condizione include una incapacità a fruire delle gratificazioni ordinarie e quotidiane, una estraneità alle gratificazioni affettive e relazionali, una intolleranza alla noia, la ricerca inesausta di novità, sensazioni forti e “staordinarie”, la facile esposizione al rischio e a condizioni autodistruttive, infine una incapacità a dilazionare in modo progettuale la fruizione delle gratificazioni, con una propensione impulsiva al “tutto e subito”.

In questo ambito la famiglia e la scuola dovranno porre particolare attenzione a condizioni che, nel bambino e dell'adolescente, pur non inquadrare in patologie conclamate, meritano un ascolto particolare e strategie educative mirate:

- o Difficoltà della comunicazione in particolare riguardo agli aspetti emozionali
- o Problematiche nella gestione degli stimoli emotigeni e degli impulsi
- o Difficoltà nella dilazione della fruizione delle gratificazioni
- o Comportamenti autodistruttivi anche non connotati da gravi conseguenze
- o Narcisismo e onnipotenza: atteggiamenti fortemente condizionati dal denaro
- o Comportamento aggressivo-trasgressivo
- o Gang-ismo e bullismo
- o Preoccupazioni ingiustificate per il peso e l'immagine corporea

- o Difficoltà nelle relazioni con i pari all'interno delle dinamiche interpersonali
- o Difficoltà nelle relazioni con l'autorità
- o Atteggiamento Novelty/Sensation Seeking, o risk taking
- o Bambino sempre ammalato (spesso assente da scuola)
- o Disturbi dell'alimentazione non conclamati
- o Bambino amotivazionale e sempre annoiato
- o Dipendenza eccessiva dal leader
- o Estrema vivacità con discontrollo degli impulsi

Queste condizioni possono rispondere non solo a strategie educative mirate ed individualizzate, senza il ricorso ad interventi specialistici, ma anche a un clima scolastico positivo che comprenda esperienze di approccio alla quotidianità e alle sue risorse, un alfabetizzazione alla percezione e alla comunicazione delle emozioni, la polarizzazione di progetti su obiettivi entusiasmanti, la gradualità e la costanza degli impegni.

La gratificazione dell'autonomia, le chiare aspettative degli adulti, una intensa supervisione e un forte coinvolgimento possono cambiare anche le situazioni più consolidate, e caratterizzate da una completa "perdita di contatto" tra adolescente e mondo degli adulti.

La programmazione delle offerte in campo educativo dovrà porsi obiettivi generali in relazione a tematiche che alimentano questi disturbi e queste difficoltà nei giovani:

- o Clima di onnipotenza e mancanza di confronto con i limiti individuali
- o Esposizione della identità ai modelli più mutevoli: frammentazione dei riferimenti
- o Esposizione alla violenza e alla aggressività senza polarizzazioni positive
- o Confusione tra il virtuale e il reale sostenuta dai media e dagli strumenti informatici
- o Impoverimento culturale e venir meno della considerazione per il sapere e la scuola
- o Impatto emozionale eccessivamente intenso e scarso spazio per l'elaborazione
- o Strumentalizzazione e banalizzazione del sesso

- o Crisi dei riferimenti ideologici e delle certezze rispetto al futuro
 - o Eccessiva polarizzazione sul corpo di tutte le aspettative
 - o Cultura dell'immediato e del "preconfezionato".
- 3) il terzo ambito della prevenzione è rivolto a vere e proprie condizioni psicopatologiche, o a difficoltà comportamentali gravi nel bambino e nell'adolescente che, il più delle volte ignorate, o non affrontate per tempo in modo adeguato, sono state individuate come vere e proprie condizioni "predittive" dell'abuso di sostanze. Questi disturbi trovano nelle droghe e nell'alcool facili quanto illusorie opportunità di auto-medicazione, fino allo stabilirsi di un legame difficilmente scindibile tra individuo e sostanza.

Appare evidente come la prevenzione specifica ed individualizzata in questo caso si rivolga ad evitare una vera e propria vulnerabilità psicobiologica per le droghe, o comunque ad indirizzare maggiori risorse socio-educative a questi bambini e alle loro famiglie. Un primo passo delle istituzioni e della rete sociale è togliere questi nuclei famigliari dall'isolamento in cui sono chiusi, dalla marginalità e dalla disperazione. Il coinvolgimento degli psicologi e dei neuropsichiatri infantili è necessario in questi casi, spesso non attraverso un intervento diretto sul setting, ma a supporto di strategie relazionali nella famiglia, nella scuola, nel gruppo di pari.

In seguito gli interventi specifici della psicoterapia, della terapia di famiglia, i cambiamenti del clima del gruppo classe, le opportunità individualizzate dovranno essere realizzati in una dimensione che liberi dai sensi di colpa i genitori, che faccia nascere esperienze di solidarietà all'interno della scuola, nel quartiere, nella società sportiva, al circolo, all'oratorio.

I disturbi che con maggiore frequenza possono evolvere nell'abuso di sostanze e nelle dipendenze sono:

- A) il disturbo della condotta, diagnosticabile già alla scuola materna
- B) il disturbo con iperattività e deficit di attenzione
- C) il disturbo d'ansia con tratto depressivo
- D) la bulimia e l'obesità psicogena
- E) i disturbi di personalità del cluster drammatico (borderline)

- F) il grave impairment della comunicazione
- G) il disordine post-traumatico da stress (violenza, abuso, incesto)

La condizione di vulnerabilità dunque associa un deficit della percezione delle gratificazioni, a sostegno del disturbo addittivo in sé, al possibile doppio legame con le droghe, attuato attraverso varie forme di automedicazione: occorre che le istituzioni arrivino a farsi carico di queste bambine e di questi bambini prima che ad essi pensino i “drug designer” con i loro “prodotti” di sintesi.

Occorre sviluppare un clima di ascolto, che favorisca la diagnosi precoce, e una collaborazione inter-istituzionale che interrompa sequenze apparentemente ineluttabili verso le dipendenze e l’abuso di sostanze.

Il pericolo di interventi a pioggia per chi già “sta bene”, del tutto inefficaci per chi parte da svantaggi eclatanti, si è già verificato negli interventi di prevenzione del passato e dovrà servire da indicazione per il futuro. Una prevenzione a misura degli adolescenti più fragili, e forse più difficili da raggiungere, necessita di una profonda trasformazione della mentalità, delle competenze e delle capacità di sinergismo.

Strategie di prevenzione e di intervento sulle famiglie

Poichè è dimostrato che i fattori di rischio negli individui, nella famiglia, nella scuola, nei rapporti con i coetanei e nell’ambiente della comunità sono interdipendenti, le strategie di prevenzione sono migliori se prevedono componenti multiple di intervento, ciascuna delle quali orienta fattori a rischio in campi differenti; conseguentemente una prevenzione efficace richiede un’azione coordinata in ciascun campo del funzionamento implicato nel modello di rischio che viene saggiato. Fare prevenzione, nei diversi campi, significa perciò tenere conto anche delle strategie formative, delle opportunità di inserimento professionale, e considerare come i fattori di disagio sociale e psicologico incidano sui problemi di alloggio, l’alfabetizzazione, la carenza di cure sanitarie e così via. Fare prevenzione significa progettare e realizzare azioni multidimensionali, verificandone in primo luogo i successi sul piano della lotta all’emarginazione sociale.

Poiché gli interventi preventivi devono essere mirati a prevenire il disagio, nelle sue manifestazioni più precoci invece che sulla tossicomania

già dichiarata, dovrebbero caratterizzarsi per l'appoggio e il sostegno terapeutico offerto alle famiglie, alle scuole e alle altre istituzioni e agli altri soggetti in grado di aiutare i bambini, gli adolescenti e i giovani adulti ritenuti a rischio, prima che l'incontro con la droga produca quella fissione nucleare che caratterizza il tossicomane.

Dal punto di vista demografico è in atto una rivoluzione nel nostro paese: anche se resta un'aspirazione comune ai due partner, nelle famiglie italiane il modello dei due figli prevale solo tra le donne nate negli anni '50. Assistiamo all'innalzamento dell'età delle primipare, al sistematico rinvio della nascita del primogenito, alla caduta verticale delle nascite superiori a due figli.

Il modello contemporaneo è quello del figlio unico, che comporta, per il figlio, la mancata esperienza della crescita con i fratelli e, per i genitori, la mancata esperienza della genitorialità con più figli.

Per quanto riguarda più da vicino la coppia, vanno rilevati:

1. La tradizionale esistenza, in Italia, di un rapporto diretto tra nuzialità e nascite.
2. Il diffondersi delle convivenze anche nel nostro paese (unioni libere, famiglie di fatto): una quota crescente di coppie sceglie di non istituzionalizzare l'unione.
3. Il diffondersi delle famiglie monogenitoriali (un genitore vive con un figlio), in parte originate anche dalle vedovanze.
4. La crescente instabilità coniugale (separazioni e divorzi), la fragilità del legame coniugale.

Molte coppie, sempre più provenienti da precedenti esperienze matrimoniali, tendono a non mettere su famiglia e sviluppano una forma di intimità a distanza. Si organizzano sistemi famigliari dove la madre è l'elemento fisso ed il padre quello variabile; per i figli aumentano le figure femminili al loro fianco.

Le coppie vanno al matrimonio un po' più tardi (per le donne mediamente a 28 anni) ma, in prevalenza, restano senza figli per poco tempo e concentrano la nascita dei figli nei primi anni. Mentre negli anni '50 la donna concludeva la fase procreativa intorno ai 40 anni, attualmente questa fase si chiude sui 30 anni; ne consegue che dopo non più di 10 anni la fase di allevamento dei bambini può ritenersi conclusa. Segue una fase centrale prolungata con gli stessi figli, di durata non inferiore ai 20 anni: c'è, prima, un allungamento del periodo educativo che va oltre l'età scolare dei figli, senza nuovi ingressi e una compresenza, poi, di

due generazioni di adulti (famiglia con adolescenti e famiglia con giovani adulti).

Sul versante dei figli si può osservare che la transizione all'età adulta è stata posticipata ma la pubertà è anticipata: l'età infantile si caratterizza per una crescita accelerata, l'età adulta per una crescita bloccata. Nel passato l'adolescenza non c'era, consisteva in un passaggio rapido dalla pubertà ad adulto, ora acquisisce un proprio status.

Quello dell'adolescenza si configura attualmente come un passaggio rallentato, nel quale la scuola e il gruppo dei pari rappresentano gli ambiti di sperimentazione fuori dalla famiglia, la prima, assolvendo ad una funzione progettuale, il secondo, ad una funzione espressiva. La famiglia è una autentica base di appoggio e si fa carico delle funzioni di protezione, di supporto economico e solidarietà. E' un passaggio critico per la famiglia, che deve dosarsi tra i bisogni di accudimento e di esplorazione del figlio e la messa a punto di un sistema (flessibile) di protezione e controllo. Conflitto e coesione, controllo e supporto, comunicazione (non giudicare, non essere complici, ...), interagire, differenze di genere (fra papà e mamma) sono i temi ricorrenti del processo di separazione reciproca: si passa attraverso l'individuazione e la differenziazione, lo svincolo.

Si accede per questa via alla fase di organizzazione del giovane adulto. Non è più minorenne e gli si dà il riconoscimento giuridico della maggiore età, deve assumersi le proprie responsabilità. La famiglia non è più un trampolino di lancio, non c'è il passaggio rapido ed il lancio è fortemente rallentato. La transizione allo stato adulto, il passaggio all'età adulta, ha subito una importante decelerazione e comporta una prolungata permanenza in famiglia. Si può riconoscere in questa fase il reciproco vantaggio generazionale a ritardare l'uscita, al fine di raggiungere l'ideale della relazione tra genitori e figli: il mito del dialogo per la generazione dei genitori e quello del godimento reciproco per la generazione dei figli. Viene perciò meno la spinta alla mancanza: un paradosso dei nostri giorni è che a volte i figli desiderano dei genitori meno tolleranti. I temi sono: attaccamento e separazione, conflitto e coesione, le game e autonomia, dentro e fuori, la trasmissione generazionale.

Una ulteriore novità è quella delle famiglie immigrate: l'Italia, che dall'inizio degli anni '80 ha modificato il proprio ruolo all'interno delle correnti migratorie internazionali, passando da area di migrazione ad area di immigrazione, nel corso degli anni '90 ha consolidato ed intensi-

ficato la propria posizione di paese di accoglimento. Basti pensare che gli stranieri legalmente presenti in Italia nel '98 risultano, in base ai permessi di soggiorno, oltre un milione (poco meno del 2% della popolazione italiana), mentre all'inizio degli anni '90 erano meno della metà. All'interno di quasi tutte le collettività vi è una forte prevalenza maschile, di giovani di età tra i 25 e i 35 anni, con un reddito mensile fortemente differenziato tra le diverse aree.

La decisione individuale di inviare rimesse alla famiglia d'origine, contrasta con la tendenza sempre più diffusa a mettere su famiglia in Italia, sia con donne del proprio gruppo che con donne italiane. Famiglie nuove sono anche quelle costruite su coppie con partner maschile italiano anziano o in età avanzata e giovane donna immigrata. Queste famiglie pongono a più livelli questioni legate alle differenze culturali ed etniche, a cominciare dalle implicazioni sul piano legale.

Le famiglie in difficoltà sono in prevalenza famiglie multiproblematiche, che si caratterizzano per alcuni tratti tipici:

- Lo sviluppo dei comportamenti problematici (sintomatici) si verifica regolarmente intorno ai primi passaggi di fase del ciclo vitale della famiglia (formazione della coppia, nascita e sviluppo dei bambini).
- I comportamenti problematici (sintomatici) sono efficaci nel bloccare il passaggio alla fase successiva ma non riescono a mantenere l'equilibrio precedente, dando, invece, un contributo importante alla disorganizzazione e alla disgregazione del nucleo familiare.

La carenza di cure materne e parentali è un dato abituale: carenza che è quantitativa e qualitativa e che determina, con il contributo frequente di una carenza delle altre strutture di socializzazione (scuola materna ed elementare), disturbi caratterizzati prevalentemente dalla tendenza alla messa in atto e/o dalla insufficienza delle competenze e delle prestazioni cui l'individuo affida il suo sforzo di integrazione nei sistemi esterni e in quello di provenienza. Frequenti e gravi sono i disturbi dell'adattamento scolastico, i comportamenti delinquenti, le tossicodipendenze e l'alcolismo.

In ragione di queste trasformazioni del sistema familiare, per far fronte alle difficoltà prodotte da questi cambiamenti sia all'interno della famiglia che nell'ambiente esterno, si potrebbero istituire interventi stabili per le famiglie (attraverso il convenzionamento con strutture del privato sociale in grado di fornire queste prestazioni). Si potrebbe in tal modo offrire, sul territorio, una gamma di opportunità alle famiglie, in particolare alle:

- famiglie giovani di fronte alla nascita del primo figlio,
- famiglie con figli nelle varie età della crescita,
- famiglie con bambini che presentano situazioni di disagio,
- famiglie in crisi,
- famiglie separate,
- famiglie ricomposte,
- famiglie monoparentali,
- famiglie immigrate.

Tali interventi dovrebbero soprattutto caratterizzarsi per:

1. La valorizzazione dei soggetti e delle risorse, pubbliche e private, presenti sul territorio.
2. La conoscenza e l'importanza attribuita agli aspetti etnici, religiosi e culturali delle famiglie.
3. La progettazione di iniziative di mediazione culturale, rispettose delle varie etnie (non sempre efficacemente rappresentate).
4. Un approccio integrato alle diverse problematiche, focalizzando sugli aspetti relazionali e di sistema, evitando la parcellizzazione dei problemi e la frammentazione degli interventi.
5. Lo scambio continuo ed il coordinamento delle azioni tra gli operatori ed i servizi cointeressati.
6. La continuità tra i servizi (sanitari, psicologici, sociali, educativi e ricreativi) della *rete*, per mantenere la coerenza interna del sistema (dei servizi).
7. Lo sviluppo di servizi attenti alle difficoltà relazionali tra figli e adulti e tra adulti, centrati sulla prevenzione delle situazioni di disagio e sul sostegno alle famiglie in difficoltà contingenti.
8. L'offerta di occasioni di confronto e di aiuto reciproco e l'attivazione delle competenze genitoriali.
9. La costituzione di un luogo d'ascolto, di raccolta delle richieste e delle domande d'aiuto, dove si possano ottenere suggerimenti e consigli, forme semplici di aiuto e risposte più articolate, un aiuto a progettare; dove ci si possa appoggiare ma ricevere anche stimoli e sollecitazioni, spinte ad una maggiore responsabilizzazione.
10. La capacità di accogliere richieste esplicite formulate dalle famiglie, ma anche di riconoscere forme di disagio sommerso, non ancora organizzate e verbalizzate.

11. Essere *un servizio al servizio dei servizi*, che persegue l'obiettivo del coordinamento degli interventi attraverso l'offerta di un luogo (per gli operatori dei servizi) dove pensare insieme, progettandolo, l'intervento più indicato.
12. La flessibilità, la differenziazione e l'articolazione delle risposte che si devono e si possono offrire su più piani, in differenti contesti, ai diversi tipi di famiglie.
13. L'attenzione data alla qualità delle prestazioni da fornire, puntando sulla formazione degli operatori (prevedendo uno specifico spazio di supervisione) e definendo criteri ed indicatori di valutazione d'efficacia degli interventi.

L'istituzione di servizi di questo tipo favorisce lo sviluppo di una domanda di aiuto consulenziale e non più solo assistenziale, e può fornire risposte nuove ai problemi nuovi determinati dai grandi mutamenti avvenuti in questi anni nelle famiglie.

Si potrebbero, in tal modo, affrontare temi emergenti della famiglia contemporanea: la realtà psichica e le difficoltà relazionali della coppia, la separazione ed il divorzio, la mediazione familiare, l'educazione dei figli, l'affidamento dei figli, l'adozione, le difficoltà esistenziali delle nuove generazioni, l'individuazione dei figli, la fase adolescenziale e l'età dello svincolo, la famiglia multiproblematica, la famiglia in difficoltà in situazioni psicopatologiche più specifiche e per le condotte comportamentali di alcuni suoi membri.

Si prefigurerebbe un profilo di operatori orientato all'integrazione delle competenze e delle conoscenze, privilegiando la consabevolezza che le difficoltà del singolo si affrontano tenendo conto del contesto in cui esse hanno avuto origine.

L'intervento psicosociale andrebbe realizzato attraverso l'integrazione ed il coordinamento degli interventi: assistenziale, consulenziale, educativo e di sostegno terapeutico. Mirando sul disagio e sulle sue manifestazioni più precoci, gli interventi psicosociali sono volti ad intercettare le situazioni familiari in difficoltà il più precocemente possibile, per evitare il blocco evolutivo e la progressiva disorganizzazione e disgregazione, dei quali il sistema familiare in sofferenza è a rischio: offrendo appoggio e sostegno terapeutico alla famiglie, alle scuole, alle istituzioni ed ai soggetti sociali in grado di offrire risposte costruttive alle manifestazioni di disagio degli adulti, della coppia, dei bambini, dei ragazzi, degli adolescenti e dei giovani considerati a ri-

schio proprio per il difetto o la mancanza di risposte naturalmente fornite in altri casi.

L'avvio alla Fase di Sperimentazione

In occasione dell'avvio della Fase di Sperimentazione i partecipanti alle attività formative, valutati secondo le modalità di effettuazione del Bilancio di Competenze, sono selezionati per la costituzione del Team da impegnare nel progetto sperimentale e nell'osservazione del relativo campione di controllo secondo tre criteri base di seguito indicati.

▲ MOTIVAZIONE

Interesse attivo e propositivo manifestato durante l'itinerario didattico e rispetto al programma sperimentale da avviare. Nell'ambito della valutazione della motivazione sono considerati come elementi di osservazione: l'assiduità nella frequenza, la prontezza nel recepire gli stimoli e le indicazioni riguardo alla realizzazione delle attività in aula, la spontanea richiesta di ulteriori specificazioni riguardo ai temi trattati, la perseveranza ed il livello di attenzione con cui sono state seguite le attività didattiche, la postulazione di autocandidature e di interessi specifici per la sperimentazione.

▲ LIVELLO di APPRENDIMENTO

Grado di acquisizione dei contenuti, delle metodologie, delle prassi di intervento. Tale valutazione è stata effettuata non solo e non in misura preminente sulla scorta degli elaborati individuali di fine modulo, ma soprattutto sulla osservazione in itinere delle modalità con cui sono stati recepiti i contenuti, poi elaborati in forma di prassi di intervento. Aspetti come l'apertura all'esperienza e la tendenza alla risoluzione dei problemi, valutati con i test, le schede autodescrittive e le interviste, sono confluiti nel considerare le capacità di apprendimento continuo dalle situazioni reali. L'appropriatezza di linguaggio, la consapevolezza critica, e la personalizzazione degli strumenti operativi di diagnosi e di trattamento hanno costituito il focus di tale osservazione.

Con questo criterio sono state osservate le attitudini manifeste a partecipare, apportando il proprio contributo ed avvalendosi del contributo altrui, alle attività di gruppo, alle situazioni specifiche del contesto di intervento, al processo globale di trasmissione delle competenze.

La valutazione è stata, inoltre realizzata osservando:

1. il coinvolgimento nel percorso formativo, ovvero il fattore “motivazione” in base a:
 - richieste di approfondimenti sulle aree tematiche affrontate,
 - ascolto attivo ed attenzione costante, rispetto agli argomenti a trattati,
 - disponibilità a impiegare al meglio i tempi della formazione e le relazioni con il gruppo (frequenza, puntualità, disponibilità ad intrattenersi anche oltre il termine orario stabilito, allo scopo di trarre conclusioni pratiche),
 - propositività nella ricerca e nello sviluppo di soluzioni rispetto al lavoro di gruppo ed alle simulazione di casi.

2. Il livello di apprendimento e di assimilazione delle tematiche trattate, valutati nel corso delle giornate di raccordo, in cui è stato richiesto a tutti i partecipanti di proporre soluzioni a casi di studio e a problematiche affrontate, con l’apporto dei contenuti e delle metodologie apprese nei diversi moduli.

In particolare sono stati oggetto di valutazione:

- le soluzioni proposte riconducibili all’apprendimento sviluppato nei diversi moduli,
- il dominio e l’appropriatezza dei linguaggi scientifici relativi a patologie sintomatologie, diagnosi e trattamenti e i modelli di prassi operative di diagnosi e trattamento riportati nel corso delle sessioni didattiche,
- l’elaborazione delle risposte ai questionari con domande aperte e chiuse, effettuate al termine dei singoli moduli.

3. Infine, il livello di collaborazione è stato valutato osservando:

- il grado di concretezza risolutiva manifestato nei lavori di gruppo e nell'analisi dei casi di studio,
- l'equilibrio nel temperare contenuti e tempi dei propri interventi con quelli degli altri partecipanti,
- la disponibilità ad interpretare in chiave propositiva e in un'ottica operativa, le tematiche proposte dal team dei docenti.

L'intera osservazione è stata effettuata nel corso di 5 steps di rilevazione di cui:

- uno in conclusione del “Bilancio di Competenze”,
- quattro negli incontri di raccordo appositamente previsti all'interno del percorso formativo in alternanza alle diverse unità didattiche.

L'avvio della fase di Sperimentazione ha rappresentato l'occasione di vedere quasi immediatamente tradotte in pratica le competenze acquisite.

Indice

Prefazione	pag. 7
La doppia diagnosi tra psicopatologia e nosografia <i>di A. Bellomo, G.Mammana</i>	» 13
Addiction e Patologia Psichiatrica Principi generali di clinica e di psico-farmacoterapia della cosiddetta “doppia diagnosi” <i>di G. Deruvo, C. Elia, E. Vernole, R. Cataldini</i>	» 37
La psicoterapia nella doppia diagnosi e nelle comunità terapeutiche <i>di A. Taranto</i>	» 89
Farmacoterapia nella comorbidità psichiatrica con disturbi da uso di sostanze: una revisione della letteratura <i>di G. Di Sciascio, A. Papazacharias, S. Calò</i>	» 107
Il progetto Double Spiral <i>di S. Cotugno</i>	» 147
Comorbidità psichiatrica nelle tossicodipendenze: la ricerca epidemiologica <i>di D. Labriola, A. Pollice, A. Dipietro, P. Giaquinto, M. Proscia, G. Nappi</i>	» 165
La formazione del gruppo di operatori per interventi su “Doppia Diagnosi” <i>di G. Russillo, F. Lorusso, M. Costantino, M. De Matteo</i>	» 195

Finito di stampare nel mese di marzo 2005
presso il Centro Grafico Francescano
1^a trav. Via Manfredonia - 71100 Foggia
tel. 0881/777338 • fax 0881/722719
www.centrograficofrancescano.it