

**LA DOPPIA DIAGNOSI NELLA CLINICA DI "BREVE DEGENZA":
L'IMPORTANZA DELL'ASSESSMENT PSICOLOGICO E L'EFFICACIA DELLA FARMACOTERAPIA
PER UN CORRETTO INVIO***

**Progetto di ricerca presso la Casa di cura "Carmide" Villa L'Ulivo*

Unità Funzionale di Neuropsichiatria-Resp. di Raggruppamento Dott. Daniele Amato

Il termine doppia diagnosi è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico.

La semplice coesistenza dei due disturbi, però, non necessariamente è rappresentativa di un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico da parte dei due servizi.

Nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze, infatti, non tutti i pazienti che presentano oltre alla patologia da dipendenza anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti a doppia diagnosi, altrimenti vista la frequenza in questa popolazione di sintomi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e rallentamento psicomotorio, tutti, o quasi, i pazienti tossicodipendenti e alcolisti sarebbero "casi con doppia diagnosi".

Le stesse considerazioni valgono nel campo dei servizi di salute mentale, dove è altissima la percentuale tra i pazienti che sono utenti del Centro di Salute Mentale l'utilizzo saltuario o pregresso di sostanze d'abuso.

E', quindi, chiaro che il ricorso improprio ed eccessivo al termine "doppia diagnosi" rischia di essere a livello operativo confondente ed inutile, se non in alcuni casi addirittura dannoso.

Ricordiamo che il termine doppia diagnosi è stato coniato anni fa dalla psichiatria statunitense (De Leon 1989, Solomon 1996) per indicare la coesistenza di un grave disturbo mentale (soprattutto di tipo psicotico) e di un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze, mentre in Italia, solo molto più di recente, è stata posta una certa attenzione a tale evenienza clinica.

Vogliamo qui solo accennare ai numerosi studi di carattere epidemiologico che sono stati fatti, soprattutto nei paesi anglosassoni, per dare una dimensione e cercare di conoscere questa tipologia di pazienti.

Uno studio di Vukov (1995) ha evidenziato che il 41-43% dei tossicodipendenti soffre di Disturbi della personalità. Fra i consumatori di eroina il 32% presenta Distimia mentre il 59% soffre di Disturbi Antisociali.

In un altro studio (Brooner R. K.), condotto su un campione di 716 soggetti, si è rilevata comorbidità psichiatrica nel 47% dei pazienti (per la precisione nel 47% delle femmine e nel 48% dei maschi): le diagnosi più frequenti sono state il disturbo di personalità antisociale nel 25,1% dei casi, e la depressione maggiore nel 15,8%. Le sostanze più frequentemente utilizzate erano la cocaina e l'eroina. I risultati degli studi del gruppo di Rounsaville e Kosten (1982) mostrano come l'87 % dei consumatori d'eroina soddisfi i criteri per diversi disturbi mentali.

Hambrecht e Hafner (1996) hanno approfondito le relazioni tra abuso di sostanze e schizofrenia. Secondo questi autori fino al 60 % dei pazienti schizofrenici cronici sono segnalati per abusi di alcool o di droghe.

Le indagini epidemiologiche sui problemi dell'abuso/dipendenza da sostanze nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici in generale - e da disturbi psicotici in particolare - segnalano la rilevanza del fenomeno soprattutto per quanto riguarda la frequenza dell'impiego: vi è una certa discordanza tra gli autori nel descrivere come fascia tra il 15 e il 60 % del totale dei pazienti psichiatrici che giungono in contatto con i servizi – più specificatamente tra il 20 e il 25% dei pazienti schizofrenici – dichiarati l'avvenuto impiego, o l'utilizzo recente, di sostanze psicoattive.

In particolare, uno studio epidemiologico condotto negli USA dal National Institute of Mental Health (NIMH) (1990) ha rilevato – concentrando la propria attenzione su soggetti con diagnosi lifetime di schizofrenia o di disturbo schizofreniforme – che tra costoro la prevalenza di comorbidità con una diagnosi di dipendenza da sostanze si segnala 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%), (ricordiamo che nella popolazione generale la prevalenza per abuso/dipendenza da sostanze è compresa tra il 15 e il 18%).

La sempre più crescente assunzione di sostanze psicoattive negli adolescenti e nei giovani, può essere concomitante, causa o conseguenza di sintomi psicopatologici più o meno gravi, associati alla compromissione del funzionamento sociale, familiare, scolastico o lavorativo della persona. Questi pazienti hanno esigenze particolari di trattamento e rappresentano una sfida per le risorse terapeutiche dei clinici, perché presentano una più bassa compliance ai trattamenti e percentuali elevate di ospedalizzazione, rappresentando dunque un costo elevato nella spesa ad opera del Servizio Sanitario Nazionale. Nasce dunque l'urgenza di approfondire un campo di ricerca che implichi una diagnosi affidabile all'interno di un ricovero a "breve degenza".

I dati sulla presenza di patologia psichiatrica in pazienti con abuso di sostanze danno tassi di comorbilità variabili da più del 50% al 93%, mentre approssimativamente il 50% dei soggetti con una malattia mentale grave sviluppa un abuso.

Il termine "Doppia Diagnosi" in ambito psichiatrico rappresenta una particolare condizione di comorbilità morbosa in cui c'è concomitanza fra una condizione tossicomane ed un altro disturbo psichiatrico.



La complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro di comorbidità è rappresentata da varie condizioni psicopatologiche che si influenzano reciprocamente.

Dal momento, dunque, che le cause determinanti l'esordio, l'andamento e l'esito dei disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive sono molteplici, data la complessa eterogeneità dei soggetti e i progressi compiuti in campo psichiatrico nella classificazione dei disturbi, non sorprende la necessità di valutare il paziente con un "diagnosi multidimensionale", che implica una mole relativamente ampia di misurazioni che forniscono la base informativa ed i dati necessari per costruire una o più "linee di base". Quest'ultime permettono di verificare i progressi che si avranno nel corso dell'intervento e del trattamento farmacologico personalizzato, punto cardine del progetto. La ricerca da noi iniziata ha previsto un campionamento su soggetti ad esordio psicotico poliabusatori, in un bacino che includa giovani in periodo adolescenziale sino ai 30 anni d'età. Fra i diversi strumenti di valutazione adoperati emerge l' "FBF Questionario dei Sintomi-Base" di Sullwold, nato dalle descrizioni dei sintomi denunciati da pazienti schizofrenici, che coglie – sotto il profilo quantitativo – l'importanza soggettiva dei disturbi, offrendo una possibilità di espressione e comunicazione altrimenti non facilmente accessibile al sanitario. Sono disturbi soggettivi subclinici che afferiscono a 10 insiemi fenomenici formati da domande "sostanza specifiche" e "non sostanza specifiche". In tal modo si possono identificare, con un alto grado di significatività, le aree deficitarie coinvolte negli stati alterati di coscienza durante l'uso di sostanze stupefacenti, messe a confronto con i deficit cagionati da uno stato di franca psicosi.

La nostra ricerca si propone quindi l'obiettivo fra gli altri di individuare, con un basso grado di approssimazione, l'evolversi del percorso psicotico dell'individuo che giunge alla nostra osservazione, nel tentativo di comprendere in quale "stadio della malattia" si trovi rispetto ad una condizione sintomatica subacuta o acuta che costituisce gli stati "premorbo", "prodromico" "acuto", di "remissione" o "ricaduta" nel quale il paziente sia giunto, e di avvicinarci alla comprensione della complessa interazione fra "malattia psichiatrica" ed "abuso di sostanze stupefacenti".

L'esame personologico relativo alle varie dimensioni del temperamento rappresenta per noi un fondamentale criterio di valutazione non solo della persona, ma soprattutto delle potenziali componenti individuali che spingono all'uso, all'abuso ed alla recidività nel campo delle tossicodipendenze nei malati psichiatrici, soprattutto a scopo preventivo nonché di cura negli adolescenti e nei giovani giunti alla nostra osservazione. A tale scopo il "TCI (Temperament and Character Inventory) di Cloninger, rappresenta uno strumento elettivo in campo diagnostico e di studio.

Il trattamento farmacologico mirato rappresenta l'approccio primario e più complesso al sintomo, che non ha lo scopo di eliminare gerarchicamente il disturbo più emergente, ma sintetizza alchemicamente

l'approccio alla "persona" tutta, nel riportarla alla sua interezza ed al suo precipuo equilibrio. Per ciò che riguarda la dipendenza da oppioidi l'uso primario del naltrexone si è mostrato di alta significatività anche in ambito sperimentale. Per il trattamento della cocainomania sono stati impiegati sia gli agonisti sia gli antagonisti della dopamina e gli inibitori del reuptake della serotonina.

Recenti studi, già in fase di sperimentazione umana, riguardanti l'abuso di alcol in pazienti psichiatrici, hanno dimostrato che il trattamento con il "Baclofen", ne riduce la "ricerca incoercibile" di una sostanza, ed attenua fortemente la sintomatologia ansioso depressiva indotta da tale abuso.

L'uso della Oxcarbazepina nelle psicosi sembra essere meglio tollerata ed ottenere migliori risultati per riportare una certa stabilità nel tono dell'umore e sembra presentare una minore compromissione delle funzioni cognitive. I neurolettici classici sono stati largamente utilizzati nella pratica clinica come trattamento di prima scelta dei disturbi psicotici acuti e cronici. Tali composti, tuttavia hanno mostrato un'efficacia limitata sui sintomi negativi e di chiusura relazionale della schizofrenia ed il loro uso è frequentemente associato all'insorgenza di effetti collaterali invalidanti, quali gli effetti di tipo extrapiramidale. Sono usati nelle psicosi schizofreniche e nelle sindromi deliranti croniche, ma con minori risultati; avendo una potente azione sedativa, sono usati anche negli stati maniacali ed in generale nella grave agitazione psicomotoria. L'introduzione degli antipsicotici "atipici" ha determinato una profonda innovazione nelle strategie d'intervento, tra i cui compiti vi è la presa in carico dei pazienti affetti da disturbi mentali gravi, che rappresenta certamente una priorità, in quanto tali pazienti costituiscono la parte più importante dell'utenza trattata ed al contempo utilizzano la maggior quota di risorse umane e tecnologiche. Questi farmaci si sono dimostrati maggiormente efficaci nel trattamento dei pazienti farmacoresistenti al trattamento tradizionale, così come sui sintomi negativi e di chiusura relazionale della schizofrenia e sono associati a minori effetti collaterali di tipo extrapiramidale. Quelli da noi ampiamente utilizzati, come la Quetiapina, il Risperidone e l'Arimiprazolo hanno progressivamente modificato l'approccio terapeutico dei disturbi psicotici con conseguente riduzione dell'impiego dei neurolettici classici consentendo, per le caratteristiche che li differenziano dagli antipsicotici tradizionali, la messa in atto di trattamenti integrati e personalizzati di tipo quindi farmacologico e psicologico. Per quanto riguarda la sintomatologia ossessivo compulsiva, infine, abbiamo ottenuto miglioramenti realmente significativi con l'uso della Fluoxetina, un antidepressivo serotoninergico, unito ad un antipsicotico come lo Zuclopentixolo.

Abbiamo motivo di credere dunque che il nostro intervento riduca le ricadute ed il tasso di drop out e possa evidenziare una maggiore predisposizione alla riabilitazione, spostando l'intervento specialistico psichiatrico dal contenimento dell'emergenza al recupero riabilitativo e sociale della persona

BIBLIOGRAFIA

- AAVV. *DSM IV*. Masson, Milano, 1998.
- M. Clerici. *Tossicodipendenze e Psicopatologia*. Franco Angeli, Milano, 1993.
- M. Clerici, et al. "La comorbidità per uso di sostanze nei disturbi psicotici e nella schizofrenia". *Noos*, 2, pp. 133-156, 2000.
- M. Clerici. "Doppia diagnosi": realtà o artefatto nosografico – Modelli e tecniche di trattamento della tossicodipendenza in comorbidità psichiatrica. Atti della "Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope". Genova 28-30 Novembre 2000.
- G. De Leon. *Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, pp. 177-188, 1989.
- G. Gerra, F. Frati. *La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti*. *Personalità/Dipendenze*. Vol. 6, Fascicolo I, pp. 73-87, 2000.
- M. Hambrecht, et al. *Substance abuse and onset of schizophrenia*. *Biol Psychiatry*. 40 (10), pp. 1104-7, 1996 Dec. 1.
- T. Kosten, et al. *DSM-III personality disorders in opiate addicts*. *Compr. Psychiatry*. 23, pp. 572-576, 1982.
- H. Marangon. *Doppia diagnosi: nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?* Atti della "Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope". Genova 28-30 Novembre 2000.
- I. Maremmani et al. *Tossicodipendenza e comorbidità per i disturbi dell'umore*. *Noos*, aggiornamenti in psichiatria, 2, pp. 111-132, 2000.
- K. Minkoff. *An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction*. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1031-1036, 1989.

D.A. Regier., et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study*. JAMA; 264: 2511-18, 1990.

B.J. Rounsaville, et al. *Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts*. Arch. Gen. Psychiatry. 39, pp.161-166, 1982.

J. Solomon. *Doppia diagnosi*. Personalità/Dipendenze, 2, pp. 279-289, 1996.

J. Vukov, et al. *Personality dimensions of opiate addicts*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, pp. 103-107, 1995.

G. Zanda, H. Maragon. *Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza della Regione Toscana*. Atti della "Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope". Genova 28-30 Novembre 2000.