



emcdda.europa.eu

Co-morbidity

EMCDDA 2004 selected issue

In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Questione specifica 3

Comorbidità

Introduzione

La coesistenza di malattie psichiatriche e disturbi dovuti al consumo di sostanze stupefacenti, definita comunemente comorbidità o doppia diagnosi, non è un fenomeno nuovo. Tuttavia, in questi ultimi anni il problema ha acquisito una maggiore rilevanza nell'ambito del dibattito politico e professionale, in quanto è ormai chiaro che le persone interessate al fenomeno sono numerose ed il loro numero è probabilmente in crescita. Questo capitolo è dedicato alla coesistenza di disturbi psichiatrici e della personalità, da un lato, e di prassi di consumo di droghe illecite, dall'altro. In effetti, è spesso più appropriato parlare di plurimultimorbilità, in quanto gli individui interessati soffrono spesso di malattie somatiche, ad esempio, infezioni da virus dell'immunodeficienza (HIV) o dell'epatite C, nonché di disturbi sociali, quali problemi familiari, disoccupazione, detenzione, mancanza di una fissa dimora. I servizi assistenziali e terapeutici sono di solito inadeguati ad affrontare le necessità diagnostiche e terapeutiche di questo gruppo di pazienti, trascurando e/o non riuscendo a fronteggiare le problematiche dei pazienti nella loro totalità. Questo porta spesso al fenomeno chiamato «revolving door» (porta girevole): pazienti che hanno un gran bisogno di trattamento che vengono rispediti da un servizio all'altro, mentre la loro situazione peggiora continuamente.

Si fa notare che il rapporto specifico tra consumo di cannabis e disturbi psichiatrici è affrontato più approfonditamente nella questione specifica sulla cannabis (pag. 82).

Definizione

La comorbidità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (OMS, 1995). Secondo l'ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (UNODC), una persona con doppia diagnosi è una «persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia» [United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2000]. In altre parole, per comorbidità in questo contesto s'intende la

coesistenza temporale di due o più disturbi psichiatrici o della personalità, uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.

Eziologia

Determinare l'eziologia della comorbidità può portare al tipico dibattito se sia nato prima l'uovo o la gallina. Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano ad alcuna conclusione. I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente.

Dalle ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità di solito si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, vale a dire accentuano la suscettibilità individuale a tali problemi; (Kessler e al., 2001; Bakken e al., 2003); tuttavia, i disturbi psichiatrici possono essere anche aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti (ad esempio, per la depressione: McIntosh e Ritson, 2001) oppure possono manifestarsi in parallelo.

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato anche come una componente o il sintomo di un disturbo psichiatrico o della personalità, oltre che come un tentativo di automedicazione (ad esempio, Williams e al., 1990; Murray e al., 2003). Il fatto che il consumo di sostanze stupefacenti vada ad alleviare le manifestazioni dello stress incoraggia lo sviluppo della dipendenza. Una volta che il consumo di sostanze stupefacenti sia interrotto, ad esempio con un trattamento di disassuefazione o con una terapia sostitutiva, i sintomi possono ricomparire. Le psicosi acute indotte da sostanze stupefacenti caratterizzano in particolare i consumatori di cocaina, anfetamine ed allucinogeni, le quali, di solito, si attenuano relativamente in fretta. Può essere però molto difficile operare una distinzione tra i sintomi che sono dovuti all'intossicazione da sostanze stupefacenti ed episodi psicotici privi di correlazione.

Krausz (1996) suggerisce quattro categorie di doppia diagnosi:

- una diagnosi primaria di malattia mentale, con una diagnosi successiva (doppia) di abuso di sostanze stupefacenti, che incide negativamente sulla salute mentale;

- una diagnosi primaria di tossicodipendenza con complicanze psichiatriche che conducono alla malattia mentale;
- diagnosi concomitanti di abuso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici;
- una doppia diagnosi di abuso di sostanze stupefacenti e disturbi depressivi, ascrivibili entrambi ad una preesistente esperienza traumatica (ad es. disturbo da stress post-traumatico).

Analogamente, la relazione nazionale svedese opera una distinzione tra i pazienti psichiatrici affetti da comorbidità ed i pazienti tossicodipendenti affetti da disturbi della personalità, i quali risultano aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti e non sempre sono adeguatamente diagnosticati.

Morel (1999) distingue tra disturbi psichiatrici aspecifici riscontrati nei tossicodipendenti e complicanze specificamente connesse al consumo di sostanze stupefacenti. Tra i tossicodipendenti si riscontrano spesso, fra l'altro, i seguenti disturbi:

- ansia, disturbi depressivi;
- disturbi del sonno derivanti dalla depressione, forme di ansia o psicosi;
- comportamenti aggressivi e violenti, che indicano disturbi della personalità, di carattere antisociale, psicopatico, schizofrenico o paranoide.

I problemi collegati specificamente al consumo di sostanze stupefacenti comprendono:

- le farmaco-psicosi indotte da allucinogeni o anfetamine;
- le sindromi confusionali.

Studi recenti di neuropsicologia e neurobiologia, nonché l'avvento di tecniche che consentono la visualizzazione dei processi cerebrali, hanno reso possibile ipotizzare interazioni tra i traumi mentali e fisici, l'evoluzione cerebrale, gli effetti di sostanze stupefacenti, lo stress e lo sviluppo mentale. Il sistema della ricompensa è essenziale nello sviluppo della dipendenza; la dipendenza a sua volta è collegata a variazioni strutturali e all'adeguamento del cervello, ai livelli micro e macro (Nestler, 2001).

Altre teorie collegano determinate sostanze stupefacenti a determinati disturbi mentali: è stato cioè possibile postulare che l'eroina è in grado di ridurre lo stress, alleviare il dolore e far sparire le voci minacciose che affliggono i pazienti schizofrenici e schizofrenici borderline; tuttavia, i pazienti affetti da gravi malattie mentali non fanno uso di eroina. Si suggerisce che la cocaina possa alleviare gli stati depressivi, permettere comportamenti più disinibiti e far sì che le personalità narcisistiche possano manifestarsi appieno. La cannabis potrebbe alleviare la tensione, mentre l'ecstasy potrebbe allentare le inibizioni sociali (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Basandosi sui risultati di vari studi, la relazione nazionale irlandese 2002 ha esaminato nello specifico il fenomeno della depressione tra i consumatori di stupefacenti ed è giunta alla conclusione che esiste una forte associazione tra il consumo problematico di sostanze stupefacenti, in particolare oppiacei e benzodiazepine, e livelli elevati di depressione. Da una ricerca tedesca sulla relazione tra disturbi legati all'uso di sostanze, depressione e suicidio risulta che il rischio di suicidio aumenta notevolmente nei soggetti affetti da disturbi depressivi (Bronisch e Wittchen, 1998). È possibile che alcuni soggetti affetti da depressione possano automedicarsi con oppiacei e benzodiazepine: i pazienti che seguono programmi terapeutici registrano livelli di depressione inferiori rispetto ai pazienti che frequentano servizi a bassa soglia (Rooney e al., 1999) oppure sono all'inizio del trattamento (McIntosh e Ritson, 2001).

Da un'indagine svolta in Norvegia ($n = 2\ 359$) è emerso che un'elevata percentuale di consumatori di sostanze stupefacenti aveva avuto esperienze familiari gravi durante l'infanzia e la giovinezza. Il 70 % aveva manifestato problemi comportamentali e di apprendimento a scuola, il 38 % era stato vittima di prevaricazioni o intimidazioni e il 21 % aveva ricevuto cure psichiatriche durante l'infanzia e l'adolescenza (Lauritzen e al., 1997). I consumatori di sostanze stupefacenti di sesso femminile, con comorbidità psichiatrica, sono state spesso vittime di abusi sessuali traumatici (ad es. Beutel, 1999).

Diagnosi

La valutazione regolare dei disturbi psichiatrici e della personalità non sempre rientra nelle procedure diagnostiche standard applicate all'inizio del trattamento nei servizi per le tossicodipendenze. Fatta eccezione per alcuni servizi particolarmente attenti e/o specializzati, i sintomi ed i disturbi mentali sono raramente esplorati nei servizi terapeutici per tossicodipendenze.

In ogni caso, la comorbidità è notoriamente difficile da diagnosticare. La tossicodipendenza, con gli effetti imponenti che essa provoca, domina spesso il quadro clinico e nasconde i sintomi psichiatrici. L'abuso di sostanze può provocare altresì sintomi di natura psichiatrica difficilmente distinguibili da quelli dei veri e propri disturbi psichiatrici (Berthel, 2003); la disassuefazione o l'intossicazione acuta, dal canto loro, possono anche provocare quasi tutti questi disturbi (Liappas, 2001). Inoltre, mentre la depressione e l'ansia possono rientrare nella sintomatologia del ciclo intossicazione-disassuefazione, i sintomi che tendono ad essere attenuati dalle sostanze stupefacenti possono manifestarsi in situazione di astinenza o nel corso delle terapie sostitutive.

I progressi metodologici hanno migliorato la diagnosi di entrambi i disturbi, di natura psichiatrica e derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti. Sono oggi disponibili numerosi strumenti standardizzati e convalidati, che

misurano sintomi psichiatrici e disturbi della personalità, nonché alcuni strumenti che valutano il livello dei modelli di consumo degli stupefacenti e della dipendenza. L'*Addiction Severity Index* (ASI, un'intervista costruita allo scopo di raccogliere informazioni sulla gravità della dipendenza) è uno strumento plurifunzionale che può essere utilizzato per la diagnosi, la programmazione della terapia, il follow-up e la ricerca. L'ASI ha il vantaggio di essere pluridimensionale, di misurare i problemi passati e presenti in sette aree: stato di salute, occupazione ed autosufficienza, consumo di alcool, consumo di sostanze stupefacenti, stato civile, relazioni familiari e sociali, sintomi psichiatrici (Krausz, 1999a; Öjehagen e Schaar, 2003). Si tratta di uno strumento standardizzato, che è stato tradotto dall'inglese nella maggior parte delle altre lingue europee (EuroASI) ⁽¹⁷²⁾. L'Istituto Trimbos ha sviluppato e testato alcuni protocolli per la diagnosi ed il trattamento della dipendenza, in pazienti con deficit di attenzione/iperattività (Eland e Van de Glint, 2001).

Prevalenza

Sono stati realizzati numerosi studi per misurare la prevalenza dei disturbi psichiatrici e della personalità, nonché i modelli di consumo di sostanze stupefacenti, nella popolazione generale, tra i pazienti psichiatrici e tra i consumatori di sostanze stupefacenti dentro e fuori i servizi terapeutici. I risultati, in termini di numeri e diagnosi, variano notevolmente in rapporto alla disponibilità ed alla selezione della popolazione, ai metodi di campionamento, alle capacità e competenze diagnostiche, alla validità ed affidabilità degli strumenti diagnostici utilizzati, nonché al periodo dello studio.

Una rassegna di studi di svariata natura, Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000), è giunta alla conclusione che le diagnosi psichiatriche più comuni tra i consumatori di sostanze stupefacenti sono: disturbi della personalità (50-90 %), seguiti da disturbi affettivi (20-60 %) e psicotici (20 %). Una percentuale compresa tra il 10 ed il 50 % dei pazienti manifesta più di un disturbo di comorbidità, psichiatrico o della personalità.

In una rassegna di studi internazionali sulla psicopatologia di soggetti tossicodipendenti, Fridell (1991, 1996) delinea un quadro clinico della comorbidità nella tossicodipendenza, che è stato confermato dagli studi dello stesso Fridell condotti a Lund, Svezia. Si possono identificare tre gruppi principali di disturbi: disordini della personalità (65-85 %), stati di depressione ed ansia (30-50 %) e psicosi (15 %). Verheul (2001), nella sua panoramica di sei studi su tossicodipendenti in trattamento, ha riscontrato una particolare prevalenza di sociopatie (23 %), tratti borderline (18 %) e paranoidei (10 %).

Molti operatori del settore delle tossicodipendenze ritengono che la prevalenza della dipendenza unita a disturbi mentali sia in aumento, anche se secondo alcuni ciò è dovuto ad una maggiore consapevolezza della

questione e/o a variazioni nella diagnosi e nella classificazione delle malattie psichiatriche e/o alla riorganizzazione dei sistemi dell'assistenza sanitaria. In Finlandia, sulla base dei registri dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere, il numero dei periodi di trattamento per problemi di salute mentale e contemporaneamente per problemi correlati alla droga, è salito da 441 nel 1987 a 2 130 nel 2001. Dal 1996 sono triplicati i periodi di trattamento per consumo di oppiacei unito a disturbi psichiatrici: ciò è in linea con l'aumentato consumo di sostanze stupefacenti, anche se non si vuol dire con questo che vi sia una causalità diretta. In Irlanda, il tasso relativo ai primi ingressi di consumatori di sostanze stupefacenti nei servizi psichiatrici ospedalieri è quasi quadruplicato tra il 1990 ed il 2001.

La relazione nazionale spagnola rileva che l'aumento registrato nella comorbidità potrebbe essere dovuto in parte ad un aumento della dipendenza da psicostimolanti.

Prevalenza della comorbidità negli ambienti terapeutici

La tabella 7 riporta i dati di alcuni studi sulla comorbidità in vari ambienti psichiatrici e per tossicodipendenti negli Stati membri, così come essi figurano nelle relazioni nazionali. Negli ambienti psichiatrici i dati riguardanti disturbi ascrivibili a sostanze stupefacenti non sono facilmente disponibili, come lo sono invece i dati sui disturbi psichiatrici reperibili negli ambienti terapeutici per tossicodipendenti. Anche se gli studi presentati in questa rassegna non sono comparabili, essi danno un'indicazione della situazione nei paesi dell'UE. Ci sono considerevoli divergenze per quanto riguarda le popolazioni studiate, i criteri diagnostici selezionati, gli strumenti utilizzati ed il periodo della diagnosi. Per le ragioni precedentemente esposte in molti casi è probabile che le diagnosi siano sottostimate.

Da uno studio comparato Grecia-Francia è emerso che, per quanto i tassi complessivi di psicopatologia tra i consumatori di oppiacei in trattamento fossero abbastanza simili nei due paesi, variavano invece i modelli psicopatologici: la prevalenza dei disturbi affettivi era superiore tra i consumatori di sostanze stupefacenti francesi, piuttosto che fra quelli greci (19 % contro il 7 %), mentre i modelli sociopatici della personalità erano prevalenti nel campione greco (20 % contro il 7 %). Gli autori attribuiscono queste differenze al fatto che in Grecia la prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti è più bassa: «tanto più è ristretto il campo dei comportamenti socialmente non accettabili, quanto più è probabile che i soggetti socialmente devianti vi siano coinvolti» (Kokkevi e Facy, 1995).

Uno studio norvegese ha esaminato le differenze esistenti tra i poliassuntori di sesso maschile e femminile (dei quali l'85 % era consumatore di eroina) e gli alcolisti puri. Il campione comprendeva un'altissima percentuale di soggetti

⁽¹⁷²⁾ Cfr. OEDT Evaluation Instrument Bank (<http://eib.emcdda.eu.int>).

Tabella 7: Prevalenza della comorbidità negli ambienti terapeutici in vari paesi dell'UE

Paese	Ambiente	Popolazione	n	Prevalenza della comorbidità (%)	Diagnosi	Fonte
Belgio	Ospedali psichiatrici e reparti psichiatrici in ospedali generali	Accettazioni per problemi di droga (1996-99)	18 920	86	Comportamenti schizoidi, paranoidei, schizofrenici: 86 % Depressione: 50 % Disturbi della personalità: 43 %	Banca dati contenente dati psichiatrici minimi (1)
Repubblica ceca	Comunità terapeutiche	Pazienti interni (2001-2002)	200	35	Disturbi della personalità: 14 % Depressione: 7 % Disturbi neurotici: 6 % Disturbi alimentari: 5 %	Relazione nazionale ceca (1)
Germania	Centri terapeutici	Dipendenti da oppiacei	272	55	Stress e somatizzazione dei disturbi: 43 % Disturbi affettivi: 32 % Fobie: 32 % Episodi depressivi: 16 %	Krausz (1999b) (1)
Grecia	Servizi carcerari e terapeutici	Uomini dipendenti da oppioidi	176	86	Ansia: 32 % Disturbi affettivi: 25 % Schizofrenia: 6 %	Kokkevi e Stefanis (1995) (1)
Spagna	Servizi che praticano la terapia sostitutiva con metadone	Soggetti dipendenti da oppiacei	150	n.d.	Borderline: 7 % Sociopatie: 6 % Fobie sociali: 6 % Depressione: 5 %	Relazione nazionale spagnola (1)
Francia	Servizi che praticano la terapia sostitutiva con metadone	Soggetti dipendenti da oppiacei	3 936	n.d.	Ansia: 4 % Depressione: 3 % Disturbi comportamentali: 3 % Disturbi alimentari: 2 %	Facy (1999) (1)
Irlanda	Servizi psichiatrici ospedalieri	Prime accettazioni con diagnosi di tossicodipendenza (1996-2001)	1 874	26	Depressione: 21 % Schizofrenia e altre psicosi: 11 % Disturbi della personalità: 19 %	Sistema nazionale di reporting dei servizi psichiatrici ospedalieri (1)
Italia	Centri di salute mentale	Consumatori di droghe per tutta la vita	58	> 22	Disturbi dell'umore: 22 % Ansia: 21 % Schizofrenia: 16 %	Siliquini e al. (2002) (1)
Lussemburgo	Servizi terapeutici specializzati	Pazienti precedentemente in contatto con servizi psichiatrici, detossificazione esclusa (1996-2002)	380	32	n.d.	AST/RELIS (2002) (1)
Paesi Bassi	Popolazione olandese	Soggetti tossicodipendenti d'età compresa tra 18 e 64 anni (1996)	n.d.	n.d.	Depressione: 29 % Fobie sociali: 29 % Disturbi bipolari: 24 % Distimia: 22 %	Ravelli e al. (1998) (1)
Austria	Vari servizi terapeutici (rassegna)	Tossicodipendenti	n.d.	41-96	Disturbi della personalità, sociopatie, borderline, narcisismo	Relazione nazionale austriaca (1)
Portogallo	Centro terapeutico Xabregas CAT	Tossicodipendenti	596	> 73	Disturbi ossessivo-compulsivi: 73 % Depressione: 72 % Somatizzazione: 60 % Idee paranoidei: 58 %	Relazione nazionale portoghese (1)
Finlandia	Ospedali	Periodi di trattamento in ospedali connessi con la droga (2002)	2 180	29	Idee paranoidei: 58 % Disturbi psicotici: 32 % Disturbi dell'umore: 28 % Disturbi neurotici: 10 % Disturbi della personalità: 29 %	Registro del congedo dei pazienti dagli ospedali
Svezia	Ospedale universitario, Lund	Pazienti del reparto di detossificazione (1977-95)	1 052	83	Sociopatie: 30 % Psicosi: 14 % Disturbi depressivi: 11 %	Fridell (1996) (1)
Regno Unito	Servizi terapeutici per le dipendenze, in comunità e residenti	Pazienti dipendenti da droghe, per il 90 % da oppiacei	1 075	> 33	Forme psicotiche Ansia Depressione Paranoia	Marsden e al. (2000) (1)

N.B.: I dati di questa tabella si riferiscono a periodi diversi (ad es. a diagnosi sull'arco della vita oppure nell'ultimo anno).

n.d.: dati non disponibili.

(1) Maggiori informazioni su questo studio si trovano nella versione online della relazione annuale nella tabella 12 OL: Comorbidità — Tabelle per paese.

con disturbi psichiatrici e della personalità (93 %). Complessivamente, le donne presentavano, rispetto agli uomini, livelli sensibilmente più elevati di grande depressione, fobie semplici e personalità borderline. La concomitanza di tratti sociopatici della personalità era massima tra i poliassuntori di sesso maschile (Landheim e al., 2003).

Prevalenza — Carceri e trattamento obbligatorio

La popolazione carceraria merita particolare attenzione. La prevalenza di disturbi psichiatrici, al pari della prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti, è molto più elevata tra la popolazione carceraria che non tra la popolazione complessiva. I dati irlandesi suggeriscono che il 48 % dei detenuti ed il 75 % delle detenute sono mentalmente disturbati, mentre il 72 % dei detenuti e l'83 % delle detenute segnala un'esperienza una tantum di consumo di sostanze stupefacenti (Hannon e al., 2000). Nel 1999, il 23 % dei consumatori problematici di stupefacenti ospitati nel centro di detenzione della polizia di Vienna presentava problemi psichiatrici (Dialog, 2000). Il tasso di ricaduta tra i consumatori di sostanze stupefacenti cui sia stata comminata una pena detentiva è elevato; aumenta la consapevolezza che la detenzione può contribuire al peggioramento dei problemi di salute mentale. La situazione è ancor più drammatica nei penitenziari a lunga detenzione e di massima sicurezza.

In Svezia, si è riscontrato che una percentuale compresa tra il 72 e l'84 % degli adulti in trattamento obbligatorio, oltre a far abuso di sostanze stupefacenti, soffre di problemi psichiatrici (Gerdner, 2004). Di 46 tossicodipendenti di sesso femminile in assistenza obbligatoria specializzata per ragazzi e giovani, due terzi soffrivano di diagnosi psichiatriche o disturbi della personalità (Jansson e Fridell, 2003).

Ostacoli al trattamento della comorbidità

Uno dei principali ostacoli alla diagnosi ed al trattamento della comorbidità è il fatto che in genere il personale psichiatrico ha scarsa conoscenza delle terapie per tossicodipendenti e il personale dei servizi terapeutici per tossicodipendenti conosce poco la psichiatria. I paradigmi delle due specialità sono abbastanza diversi: uno si basa sulle discipline della medicina e della scienza, l'altra sui metodi e sulle teorie psicosociali. Inoltre, l'approccio filosofico dei servizi di salute mentale è solitamente quello di tutelare la sicurezza degli individui e della collettività; per gli operatori delle tossicodipendenze, invece, è importante che i pazienti riescano a trovare la motivazione e frequentino il centro terapeutico. Questi diversi punti di partenza impediscono spesso una percezione globale, integrata.

Come indicato precedentemente, sia le équipes psichiatriche, sia i servizi terapeutici per tossicodipendenti, non riescono ad identificare adeguatamente i pazienti affetti da comorbidità. Quando pazienti con doppia diagnosi chiedono di entrare in terapia, le loro sindromi

psichiatriche acute sono spesso scambiate per sintomi indotti dalle sostanze stupefacenti oppure, all'inverso, fenomeni legati alla disassuefazione o all'intossicazione sono scambiati per malattie psichiatriche. Troppo spesso, gli operatori dei centri di salute mentale tendono a dirottare le persone affette da comorbidità ai centri di assistenza per tossicodipendenze, dove i relativi operatori rapidamente li rispediscono indietro — o viceversa. Date le circostanze, la continuità dell'assistenza diventa impossibile. Anche quando la comorbidità è diagnosticata, spesso non viene ulteriormente presa in considerazione negli interventi terapeutici successivi (Krausz e al., 1999). Ciò vale anche per i pazienti in cura psichiatrica cui siano stati diagnosticati problemi relativi al consumo di sostanze stupefacenti (Weaver e al., 2003). Queste generalizzazioni, naturalmente, non escludono il fatto che alcuni servizi psichiatrici e per tossicodipendenti conseguano ottimi risultati su pazienti con comorbidità.

Inoltre, quando vengono individuati, i consumatori di sostanze stupefacenti vengono spesso guardati con sospetto nei servizi psichiatrici, dove può essere loro anche rifiutata l'ammissione; ciò può accadere anche ai consumatori di sostanze stupefacenti che stiano seguendo terapie sostitutive e siano abbastanza stabili. Analogamente, i pazienti possono essere esclusi dalla terapia per tossicodipendenza a causa dei loro problemi mentali. In Spagna, per esempio, la maggior parte dei servizi psichiatrici esclude i pazienti affetti da disturbi legati a sostanze stupefacenti; lo stesso personale non è adeguatamente formato. Un'indagine condotta tra psicoterapeuti austriaci ha rivelato che soltanto alcuni sono disposti ad ammettere come propri pazienti dei tossicodipendenti (Springer, 2003). Dall'Italia, si segnala che non ci sono norme precise per il rinvio dei pazienti dai servizi per tossicodipendenze ai centri di salute mentale e che vi è una certa resistenza nei centri di salute mentale, per la mancanza di competenza specifica. In Norvegia, si segnala che il rinvio dai servizi per tossicodipendenti a bassa soglia al trattamento psichiatrico è difficile.

In Grecia, nel 54 % dei casi, i programmi terapeutici per tossicodipendenti non ammettono i consumatori di sostanze stupefacenti affetti da disturbi psichiatrici. In Slovenia, nei centri terapeutici residenziali che praticano l'astinenza, i programmi terapeutici prevedono che i pazienti, per poter essere ammessi, siano in situazione di astinenza: ciò accade anche in altri paesi. Nel caso dei pazienti con doppia diagnosi, ciò presenta un serio ostacolo, in quanto l'astinenza completa esigerebbe la cessazione di altri trattamenti, cosa che non sempre è possibile.

Strutture terapeutiche

La letteratura internazionale descrive tre modalità di prestazione per il trattamento della comorbidità:

- 1) il trattamento sequenziale o seriale. I disturbi psichiatrici e quelli derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sono trattati consecutivamente e vi è scarsa comunicazione

tra i servizi interessati. Di solito i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggiore gravità; una volta completato il trattamento, essi sono curati per gli altri problemi. Questo modello può portare però al passaggio dei pazienti da un servizio all'altro senza che nessuno di essi sia in grado di dare una risposta alle loro esigenze;

- 2) il trattamento parallelo. Il trattamento dei due diversi disturbi avviene nel medesimo tempo; i servizi per tossicodipendenti e di salute mentale sono in collegamento tra di loro, per fornire i servizi in maniera concomitante. Le due esigenze terapeutiche vengono però spesso affrontate con approcci terapeutici diversi ed il modello medico della psichiatria può entrare in conflitto con l'orientamento psicosociale dei servizi per tossicodipendenze;
- 3) il trattamento integrato. Il trattamento è fornito all'interno di un servizio psichiatrico o per tossicodipendenze, oppure all'interno di un programma o di un servizio speciale per la comorbidità. Viene evitato il rinvio incrociato ad altri enti. Le terapie comprendono interventi di carattere motivazionale e comportamentale, la prevenzione delle ricadute, la farmacoterapia e gli approcci sociali (Abdulrahim, 2001).

Nei fatti, i trattamenti della comorbidità nell'UE, così come sono descritti nelle relazioni nazionali, non rientrano facilmente in questi tre gruppi. Il trattamento integrato è considerato come il modello di eccellenza, ma si tratta di uno standard di difficile conseguimento. Le ricerche in materia provengono di solito da fuori Europa. Il progetto nazionale australiano sulla comorbidità (Australian National Co-morbidity Project, Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) è giunto alla conclusione, dopo aver passato in rassegna la letteratura sull'argomento, che gli approcci alla gestione ed all'assistenza dei pazienti con comorbidità non siano stati studiati sistematicamente, né siano stati valutati rigorosamente, in parte per la difficoltà di studiare persone in cui coesistono malattie mentali e disturbi dovuti all'abuso di sostanze stupefacenti, fra l'altro a causa di uno stile di vita irregolare. Un altro studio è giunto alla conclusione che i vantaggi del trattamento integrato sui soggetti con doppia diagnosi sono dimostrabili, sia per la salute mentale sia per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti (Drake e al., 1998). Soltanto uno studio ha confrontato l'approccio integrato con l'approccio parallelo, non ravvisando nessuna significativa differenza; nessuno studio ha comparato l'approccio integrato e quello sequenziale.

Il trattamento sequenziale

Alcuni esperti, per esempio in Danimarca (Andreason, 2002), Regno Unito (Department of Health, 2002a) e Norvegia (Sosial- og helsedepartementet 1999), ritengono che i servizi terapeutici, almeno per chi è affetto da gravi malattie mentali ed accusa problemi dovuti al consumo di

sostanze stupefacenti, dovrebbero far perno sulla psichiatria, magari coinvolgendo terapeuti esterni competenti in tossicodipendenze. In Danimarca sono stati istituiti collegamenti formali tra gli ospedali psichiatrici ed i servizi locali per tossicodipendenze. In Lussemburgo e in Norvegia, i servizi psichiatrici hanno da poco adottato misure specifiche per raggiungere gli individui che si trovano ai primi stadi della schizofrenia, molti dei quali presentano seri problemi derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti, in quanto le ricerche indicano che il trattamento precoce migliora la prognosi.

La relazione nazionale ceca suggerisce che i problemi della dipendenza dovrebbero essere normalmente considerati più urgenti dei problemi mentali, in quanto è più difficile affrontare i disturbi psichiatrici quando la dipendenza distorce il quadro clinico. Tuttavia, attualmente, una percentuale di pazienti cechi in trattamento per droga compresa tra il 10-20 % assume medicinali prescritti da uno psichiatra: un fatto che, alcuni anni fa, sarebbe stato inimmaginabile. Anche in Grecia, i medicinali per i sintomi psichiatrici sono estremamente rari tra i pazienti in trattamento per tossicodipendenze. Tuttavia, nel sistema penale greco i disturbi mentali sono considerati prevalere sulla dipendenza e gli autori di reati con comorbidità sono ammessi negli ospedali psichiatrici, o in carcere o in comunità (K. Matsa, comunicazione personale, 2004). In Spagna, i consumatori di sostanze stupefacenti sono normalmente assistiti all'interno del sistema terapeutico per le tossicodipendenze; il rinvio ai servizi psichiatrici avviene soltanto quando i disturbi sono così gravi da rendere necessaria l'ospedalizzazione.

Per molto tempo alcuni addetti ai lavori hanno sostenuto che tutta la farmacoterapia dovrebbe essere evitata sui soggetti tossicodipendenti, a causa del rischio di doppia dipendenza (ad esempio, eroina e benzodiazepine), ma si sta cominciando a rivedere questa posizione (Popov, 2003). In alcuni casi, vi è la tendenza a prescrivere indiscriminatamente medicinali psicofarmacologici ai consumatori di sostanze stupefacenti, in parte per la mancanza del tempo occorrente per condurre le necessarie indagini. La relazione nazionale austriaca sottolinea che la scarsa osservanza delle prescrizioni terapeutiche tra i consumatori di sostanze stupefacenti rende difficile il trattamento farmacologico delle condizioni psichiatriche; inoltre, l'uso congiunto di narcotici e medicinali può, se la sorveglianza non è adeguata, portare ad interazioni tra le medicine illecite e quelle prescritte, oppure alla neutralizzazione dei farmaci prescritti.

Il trattamento parallelo

Nel quadro del modello di trattamento parallelo, la responsabilità condivisa, rispetto al singolo paziente, tra il centro di salute mentale ed il servizio per tossicodipendenze sembra in pratica piuttosto rara. Tuttavia, i gruppi di lavoro locali in cui sono coinvolti rappresentanti dei servizi per tossicodipendenze e di quelli

Tabella 8: Servizi terapeutici integrati in vari paesi europei

Paese	Servizi terapeutici integrati
Belgio	Sviluppo di servizi integrati nella fase di fattibilità.
Germania	Prime iniziative 20 anni fa. La disponibilità di servizi terapeutici integrati è tuttora inadeguata.
Grecia	Un programma integrato è stato avviato nel 1995 e prevede due diverse opzioni terapeutiche, a seconda della gravità del disturbo psichiatrico. I risultati sono stati positivi.
Spagna	Nel 2002 185 centri hanno trattato 4 803 pazienti per comorbidità. Un'unità specializzata integrata in Catalogna ed una comunità terapeutica in Cantabria per pazienti con comorbidità che necessitano di interventi terapeutici residenziali.
Paesi Bassi	Due reparti specializzati per interventi terapeutici ospedalieri. È in corso la valutazione del processo per sviluppare la prassi migliore.
Austria	Cooperazione tra un servizio per tossicodipendenze ed un vicino ospedale psichiatrico, nel senso che alcuni degli psicologi ospedalieri lavorano nella struttura terapeutica. I pazienti seguono la terapia di contrasto alla droga e vengono rinviiati all'ospedale soltanto se i sintomi psichiatrici si aggravano.
Regno Unito	Numerosi servizi integrati in varie comunità. Sono stati nominati medici in grado di stabilire una doppia diagnosi, articolata su servizi per tossicodipendenze e su gruppi di salute mentale.
Norvegia	Un progetto integrato collegato ad un centro psichiatrico di Oslo, con follow-up e valutazione per due anni, incentrato su esigenze primarie quali l'abitazione, il lavoro, le prestazioni sociali e le relazioni interpersonali.

per la salute mentale, sono spesso un importante strumento di scambio, cooperazione e collegamento in rete. In Francia, in Italia e nei Paesi Bassi, norme ufficiali o protocolli obbligano i servizi per tossicodipendenze a mantenere stretti legami e preferibilmente ad istituire convenzioni regionali con i servizi psichiatrici per quanto riguarda le procedure di rinvio e lo scambio di informazioni cliniche (Olin e Plaisait, 2003). Tuttavia, più della metà dei pazienti olandesi con doppia diagnosi ritiene che tali convenzioni non abbiano migliorato l'assistenza (Van Rooijen, 2001).

In Lussemburgo e Austria, il personale dei servizi terapeutici per tossicodipendenze può seguire l'andamento dei propri pazienti che sono stati indirizzati ad ospedali psichiatrici. Nel Regno Unito, le linee guida in materia sottolineano che gli addetti ai lavori di entrambi i servizi (tossicodipendenze e salute mentale) dovrebbero partecipare alla pianificazione dell'assistenza dei pazienti con doppia diagnosi, per attribuire il giusto ordine di priorità al percorso assistenziale (Department of Health, 2002a).

Il trattamento integrato

Secondo questo modello, una sola équipe gestisce il trattamento di entrambi i disturbi. Ciò presenta il vantaggio per il paziente di non trovarsi di fronte a due messaggi contraddittori. In alcuni paesi, la separazione dei sistemi amministrativi (in Spagna, ad esempio) o la diversità dei sistemi di finanziamento (in Germania, ad esempio) complicano tale integrazione.

Nella maggioranza dei paesi ci sono soltanto alcuni programmi integrati specializzati, o unità, per i pazienti con comorbidità; la disponibilità è ben lungi dall'essere adeguata alla domanda, come dimostrato dalla tabella 8, che mostra le informazioni disponibili.

L'attuazione più comune del modello di trattamento integrato consiste nella presenza di psichiatri nei servizi terapeutici per tossicodipendenze e/o di operatori dedicati alle tossicodipendenze nei servizi di salute mentale. Questa potrebbe essere la soluzione più pratica nelle regioni più piccole, dove cliniche specializzate ed integrate non sono una soluzione percorribile. In Spagna, dal 2002, i medici generici che operano nei centri terapeutici per tossicodipendenze possono conseguire la qualifica di «specialista in psichiatria» se superano un esame e possono documentare un'esperienza di lavoro con pazienti affetti da disturbi mentali. In Portogallo, i centri terapeutici che vogliono essere accreditati e certificati devono tassativamente avere tra il personale almeno uno psichiatra. Tuttavia, non tutti gli psichiatri che operano nei servizi terapeutici per tossicodipendenze hanno la conoscenza specialistica e la formazione necessarie per il trattamento dei consumatori di sostanze stupefacenti: possono essere necessari corsi di formazione specifici.

La gestione dei casi

La gestione dei casi, in quanto metodo per coordinare il trattamento dei pazienti, assicurando un'assistenza individualizzata — in sequenza o in contemporanea — nonché aiutando i pazienti a trovare la propria strada all'interno del sistema terapeutico, sembra essere poco frequente nell'UE. Dalla Francia si segnala che la cooperazione tra servizi psichiatrici e servizi per tossicodipendenze è in preparazione, nell'ottica di organizzare ammissioni congiunte e la gestione dei casi, per quei pazienti che presentano sia disturbi psichiatrici, sia dipendenze; tuttavia, tale collaborazione si limita spesso a casi particolari. In Lussemburgo, nonché nei Paesi Bassi, gli addetti ai lavori hanno riconosciuto che la gestione dei casi è il metodo più efficace per affrontare i

pazienti con doppia diagnosi: si tratta però di un metodo costoso e dispersivo, che richiede competenze professionali specifiche. Tuttavia, in alcuni paesi, è in via di attuazione un tipo di gestione dei casi noto come «trattamento assertivo in comunità» (cfr. oltre).

Metodi terapeutici e prassi migliori

Il trattamento dei pazienti con comorbidità è caratterizzato da numerosi problemi: è altresì estremamente impegnativo e spesso poco gratificante per il personale. Spesso è difficile gestire questi pazienti, a causa del loro comportamento sociale dirompente ed aggressivo, specialmente quelli che presentano i disturbi della personalità più accentuati, oltre che a causa della loro instabilità emotiva. La resistenza alle regole ed alle disposizioni del trattamento, o la mancata osservanza di queste ultime (ad esempio, rispettare gli appuntamenti o assumere i medicinali), è un fatto comune: la delusione che ciò provoca è acuita da relazioni interpersonali poco gratificanti. In generale, il successo è scarso e i tassi di abbandono sono elevati, il che rende il trattamento stesso dispersivo, costoso e frustrante per il personale che, e ciò non sorprenda, spesso accusa impazienza, aggressività latente e sintomi di esaurimento (*burn-out*). La mancanza di procedure di follow-up e di assistenza a posteriori conduce ad elevati tassi di ricaduta; i disturbi mentali e quelli dovuti all'uso di sostanze stupefacenti diventano frequentemente cronici. D'altro canto, i pazienti hanno spesso avuto molte esperienze negative con i servizi di sostegno e possono essere dunque riluttanti o poco disposti a sottoporsi al trattamento.

Nonostante questa difficile situazione, gli addetti ai lavori sono costantemente alla ricerca ed allo studio di approcci più efficaci. Per quanto riguarda la reciproca mancanza di comprensione tra il personale, dibattiti periodici e interdisciplinari sui singoli casi e forme intensive di cooperazione potrebbero rappresentare un rimedio. Questi momenti di incontro fornirebbero a tutte le persone coinvolte informazioni più dettagliate sui pazienti, agevolando lo sviluppo di prassi migliori o strategie di assistenza. Il fattore più importante, se si vogliono conseguire risultati positivi, è la qualità del trattamento.

Come avviene in molte aree attinenti alle sostanze stupefacenti, la documentazione, la valutazione e la ricerca nell'area dei trattamenti per comorbidità sono deplorabili. Per quanto riguarda la tipologia del trattamento più soddisfacente, la base documentale è tutt'altro che chiara. La Cochrane Collaboration ha passato in rassegna alcuni programmi terapeutici di carattere psicosociale (Ley e al., 2003), su un materiale piuttosto limitato: sei studi, quattro dei quali piccoli, tutti generalmente di bassa qualità in termini di concezione e resoconto. Il risultato principale è che «non vi è alcuna chiara dimostrazione a sostegno del valore aggiunto di un determinato tipo di programma per chi fa abuso di sostanze stupefacenti e soffre di gravi malattie mentali, rispetto al valore di un'assistenza

standard». La conclusione è che «l'attuazione di nuovi servizi specializzati per i tossicodipendenti che hanno gravi malattie mentali dovrebbe avvenire nel quadro di sperimentazioni cliniche semplici, ben concepite e controllate».

Da un'ampia panoramica sulle ricerche internazionali dedicate al trattamento di alcool e droghe, sono emersi soltanto otto studi randomizzati sul trattamento dei tossicodipendenti affetti da gravi disturbi psichiatrici (Jansson e Fridell, 2003). I tassi di abbandono risultano essere estremamente elevati, ancor prima dell'inizio del trattamento. Da un follow-up a breve termine è emerso che il trattamento residenziale, specificatamente in comunità terapeutiche, ha prodotto risultati migliori in termini di condizioni di vita ed uso di sostanze stupefacenti, ma non in termini di sintomi psichiatrici.

Alcuni aspetti riguardano tutte le situazioni terapeutiche. Le raccomandazioni riportate qui di seguito sono desunte da rassegne e meta-analisi di studi randomizzati controllati, pubblicati a livello internazionale, sul trattamento delle tossicodipendenze (Berglund e al., 2003):

- 1) il cambiamento delle abitudini di consumo delle sostanze stupefacenti dovrebbe rimanere costantemente al centro degli interventi;
- 2) gli interventi dovrebbero essere altamente strutturati;
- 3) gli interventi dovrebbero continuare un tempo sufficientemente lungo per poter avere un impatto;
- 4) gli interventi dovrebbero continuare per almeno tre mesi, ma preferibilmente più a lungo.

Nel Regno Unito, le linee guida del dipartimento della Salute (Department of Health, 2002b), nonché i progetti di ricerca e le rassegne della letteratura sull'argomento (Crawford, 2001) hanno alzato la priorità della doppia diagnosi nell'agenda dei lavori. Tuttavia, la base documentale proviene principalmente dal Nord America, mentre meno del 10 % degli estratti ripresi da Crawford proviene da studi svolti nel Regno Unito.

Secondo una rassegna olandese di studi internazionali, un modello potenzialmente efficace per la gestione dei casi consiste nel trattamento assertivo in comunità, che comprende aspetti strutturali (numero di casi, lavoro d'équipe, cooperazione con altri operatori sanitari), aspetti organizzativi (criteri espliciti di inclusione, accettazione limitata di nuovi pazienti, interventi 24 ore su 24 per gestire le crisi) e aspetti contenutistici (supporto ed assistenza nelle situazioni quotidiane, approccio attivo, contatti frequenti) (Wolf e al., 2002). A Birmingham, Regno Unito, le équipe che operano nel campo del trattamento assertivo in comunità seguono corsi di formazione utilizzando un trattamento integrato cognitivo comportamentale il cui approccio è basato su un manuale. Alle équipe viene offerto un supporto costante nell'esecuzione degli interventi; esse sono valutate sia in

rapporto ai processi, sia in rapporto ai risultati (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). In Norvegia, alcune équipe integrate che si occupano di trattamenti assertivi in comunità sono oggetto di verifica.

La panoramica seguente documenta gli esempi di prassi migliori segnalati dai punti focali nazionali Reitox:

- Uno studio di follow-up su 219 soggetti dipendenti da oppiacei in trattamento presso i servizi per tossicodipendenti di Amburgo ha registrato una diminuzione, nell'arco di due anni, del consumo di eroina e cocaina. Il 47 % ha rivelato positivi cambiamenti per quanto riguarda i disturbi psichiatrici (Krausz e al., 1999).
- Da uno studio italiano è emerso che i risultati delle terapie di mantenimento con metadone, in termini di tasso di ritenzione o consumo di eroina, non variano sostanzialmente rispetto alla gravità dei sintomi psichiatrici dei pazienti. Tuttavia, sembra che i pazienti affetti da disturbi psichiatrici più gravi avessero bisogno di dosaggi medi di metadone più elevati (Pani e al., 2003).
- La terapia comportamentale dialettica ⁽¹⁷³⁾ è un'opzione terapeutica che sembra adattarsi particolarmente alle consumatrici di sostanze stupefacenti affette da gravi disturbi di personalità borderline e/o con tendenze suicide. La documentazione si limita comunque a pochi studi. Nei Paesi Bassi, una sperimentazione controllata della terapia comportamentale dialettica ha riscontrato che, in termini di riduzione dei comportamenti autodistruttivi, sia il gruppo sperimentale sia il gruppo a «trattamento standard» avevano tratto benefici. Il gruppo sperimentale ha mostrato riduzioni considerevolmente maggiori per quanto riguarda il consumo di alcool; non sono state rilevate invece differenze particolari per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti (Van den Bosch e al., 2001).
- Uno studio svedese, che prevede la compilazione ripetuta del questionario ASI durante il periodo del trattamento, nell'ambito di un modello di gestione della qualità sostenibile, ha rilevato che a due anni dalle dimissioni il 46 % dei pazienti risultava in astinenza. Sui questionari ASI i pazienti con doppia diagnosi esprimevano un profilo problematico più grave rispetto ai pazienti senza psicosi. In generale, le variazioni dei profili della personalità e dei sintomi erano minime, ma nel follow-up la qualità della vita era, per molti pazienti, più elevata e la situazione più stabile (Jonsson, 2001).
- Nel Regno Unito, Barrowclough e al. (2001) hanno riscontrato che la combinazione di colloqui

motivazionali, terapia comportamentale cognitiva ed interventi familiari produce miglioramenti nei pazienti affetti da schizofrenia e disturbi derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti.

- Una panoramica di studi norvegesi riguardanti il trattamento di pazienti con comorbidità è giunta alla conclusione che il comportamento aggressivo ed impulsivo si affronta meglio nell'ambito di terapie strutturate di gruppo di tipo confrontazionale, combinate con terapie familiari. Per contro, i pazienti depressi o ansiosi hanno tratto maggiore beneficio dalla psicoterapia individuale e dalla terapia di sostegno di gruppo (Vaglum, 1996).

Ricerca

È iniziato da poco tempo un progetto di ricerca sulla doppia diagnosi nell'ambito del quinto programma quadro in materia di ricerca e sviluppo tecnologico della Commissione europea. Questo studio pluricentrico prospettico, esteso a Danimarca, Francia, Polonia, Scozia, Inghilterra e Finlandia, intende descrivere la prestazione di servizi per pazienti con doppia diagnosi in sette ambienti psichiatrici europei e comparare, nell'arco di 12 mesi, morbilità e utilizzo dei servizi tra i pazienti con doppia diagnosi e quelli con diagnosi unica. I risultati studiati comprenderanno il grado di gravità della dipendenza, i sintomi psichiatrici, l'osservanza della terapia, il funzionamento psicosociale, la rete sociale, le ricadute e la mortalità. I risultati sono attesi per il 2005 ⁽¹⁷⁴⁾.

Formazione

Nella maggior parte dei paesi i medici ed il personale infermieristico durante la formazione ricevono pochissime istruzioni sulla tossicodipendenza ed ancor meno sulla questione della comorbidità. In Italia, sono in aumento i corsi di formazione congiunti tra il personale dei centri di salute mentale e quello dei servizi per le tossicodipendenze. Nei Paesi Bassi, l'Istituto Trimbo organizza corsi di formazione cui partecipano gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento di pazienti con doppia diagnosi, sia dal lato delle tossicodipendenze, sia dal lato delle malattie mentali. Altri paesi segnalano esperienze di affiancamento e corsi di formazione, ma la loro attuazione è casuale e non uniforme.

Nel Regno Unito, il Royal College of Psychiatry ha svolto un'analisi delle esigenze formative (Mears e al., 2001) con una serie di gruppi professionali, provenienti sia dai centri di salute mentale, sia dai servizi per le tossicodipendenze. Il 55 % del campione ha segnalato di sentirsi inadeguatamente preparato ad operare con pazienti con comorbidità ed ha espresso l'esigenza di maggiore formazione.

⁽¹⁷³⁾ La terapia comportamentale dialettica consiste nell'applicazione di un'ampia gamma di strategie terapeutiche di tipo cognitivo e comportamentale ai problemi legati a disturbi di personalità borderline, fra cui le tendenze suicide.

⁽¹⁷⁴⁾ Cfr. <http://www.entertainmentmentalhealth.net/papers/kbm02.pdf>