

INTRODUZIONE SULLA COMORBILITÀ

La "doppia diagnosi" è la coesistenza nello stesso individuo di un comportamento tossicomane e di un disordine psichiatrico.

La psichiatria ha bisogno del concetto di doppia diagnosi sia da un punto di vista nosografico, per un migliore trattamento, sia per far fronte ad un disagio della clinica psichiatrica contemporanea, in quanto per affrontare questi soggetti, sarebbe necessario un cambiamento dell'approccio clinico. Attualmente, tra le strutture che si occupano dei disturbi psichiatrici (ospedaliere, paraospedaliere e territoriali) e quelle che prendono in carico i tossicodipendenti, vi è una forte disparità in quanto queste ultime non sono ben integrate con gli ospedali e le comunità.

Questi soggetti necessitano di una presa in carico unitaria come persone nella loro complessità quindi per non incappare in errori è preferibile sostituire al termine "doppia diagnosi", quello di "comorbilità".

I servizi si trovano di fronte al cambiamento di interesse dalla clinica dell'Asse I ai disturbi di personalità dell'Asse II e la psichiatria non è ben attrezzata per la gestione ed il trattamento dei disturbi di personalità nel senso della comorbilità.

Questi pazienti necessitano di un progetto di trattamento unitario ed integrato, da parte di un'unità operativa multiprofessionale o di un ambiente comunitario idoneo; per attuare questi cambiamenti è necessario un ridimensionamento nell'impostazione dell'approccio e nel rapporto tra i vari servizi (Pascal, 1999).

Per salvare la psichiatria dalla sterilità è necessaria una dissezione dimensionale delle condizioni psichiatriche; dobbiamo capire perché i disturbi psichiatrici concomitano così frequentemente.

La diagnosi e la classificazione dei disturbi mentali, deve essere sia categoriale che dimensionale. Il termine comorbilità deve essere analizzato nei suoi significati in quanto viene abusato e rallenta la concettualizzazione di nuove strategie di ricerca nella psichiatria sperimentale (Van Prag, 1997).

La concettualizzazione categoriale è entrata in crisi; si è passati da un approccio nosografico, rigidamente sindromico, ad un approccio dimensionalistico che tende a non considerare come entità reali le categorie, considerando i diversi sintomi autonomamente, in un continuum trans-nosografico.

In questi ultimi anni si assiste ad una rivoluzione che vede la ricerca, impegnata a trovare un legame patogenetico tra neuro-mediatore ed alcuni componenti sintomatologici fondamentali del disturbo mentale quali ansia, aggressività, cognitivà, etc.

La questione del continuum psicopatologico tra dipendenze patologiche ed altri disturbi psichiatrici, risulta essere gravida di conseguenze, non solo sul piano clinico- diagnostico ma anche su quello terapeutico-riabilitativo (Manna, Ruggiero, 2001).

Con gli ultimi strumenti di classificazione (ICD 10 e DSM IV), si possono formulare diagnosi multiple che sono utili per descrivere le diverse caratteristiche individuali. Con il termine "episodio indice", si indica l'episodio per il quale il soggetto richiede l'intervento mentre per comorbile, si intende quell'entità clinica che precede o si presenta insieme, al disturbo indice sotto studio (Borghesi, DiMauro, 1998).

L'associazione causale tra uso di sostanze e disturbi mentali è complessa, si può avere:

.Tipo 1: Disordine mentale primario che provoca una tossicodipendenza secondaria. Si ritiene che molti pazienti in questo gruppo, tentino di curare il loro disturbo mentale da soli. In questo gruppo l'uso della sostanza è subentrato in un secondo momento;

.Tipo 2: Tossicodipendenza primaria che provoca una sintomatologia psichiatrica secondaria. In questo caso il secondo problema deriva da intossicazione acuta, da una grave crisi d'astinenza, o dagli effetti persistenti del consumo prolungato da sostanza. La successione cronologica dei due fenomeni conferma tale diagnosi. L'intensità e la durata delle reazioni psicotiche sono determinate dal tipo di sostanza usata, dalla sua

quantità e dalla durata del consumo. Il trattamento delle conseguenze della tossicodipendenza può ridurre o eliminare i sintomi psichiatrici;

.Tipo 3: Disordine mentale combinato a tossicodipendenza con origini distinte e separate. In questo caso i due problemi sono inizialmente indipendenti ma spesso interagiscono aggravandosi a vicenda. Gli elementi che permettono di individuare questo genere di patologia, sono periodi di tempo durante i quali si manifestano disturbi psichiatrici senza assunzione di droghe e viceversa periodi durante i quali il paziente fa uso di sostanze, senza per questo manifestare disturbi psichiatrici.

In letteratura, è ampiamente documentato che il tasso di psicopatologia tra i tossicodipendenti che affluiscono ai servizi, varia tra il 50% e il 90% (Clerici et al., 1991).

Numerosi studi sulla comorbidità psichiatrica, tra i disturbi di personalità e tossicodipendenza, hanno confermato un'associazione variabile dal 26.5% al 100%. Il disturbo antisociale è quello più frequente, insieme agli altri disturbi del cluster B del DSM IV.

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

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

Secondo uno studio sulla comorbidità psichiatrica con i disturbi da uso di alcol (Borghesi, DiMauro, 1998), quest'ultimo è associato con i seguenti Disturbi Comorbili:

- .Disturbo da ansia (19,4%)
- .Disturbo Antisociale (14,3%)
- .Disturbo dell'Umore (13,4%)
- .Disturbo Psicotico (3,8%)

Uno studio epidemiologico (Epidemiological Catchment Area), condotto nella prima metà degli anni '80 su 20291 soggetti della popolazione generale, ha fornito termini quantitativi di riferimento. In particolare tra tutti i soggetti che avevano avuto una diagnosi di disturbo mentale, ben il 14,7% aveva in anamnesi un disturbo da abuso-dipendenza da sostanze mentre il 28,9% riferiva un disturbo da abuso-dipendenza da alcol. Coloro che hanno una storia di abuso da sostanze, hanno un rischio 4 volte superiore di presentare un disturbo mentale, rispetto alla popolazione generale. Nei sottogruppi diagnostici sono stati evidenziati tassi di comorbidità con disturbi da abuso di sostanze nel 27,5% per la schizofrenia, nel 19,4% per i disturbi affettivi e nel 42% per i disturbi di personalità, soprattutto antisociale (Manna, Ruggiero, 2001).