

ANNO XXI 1998, supplemento al no 1:

## Comorbidità psichiatrica nell'alcolismo

Roberto Borghesi\*, Paolo Eduardo Dimauro\*\*

### Riassunto

Il presente articolo riporta uno studio clinico sulla comorbidità psichiatrica nell'alcolismo, confrontata con la letteratura internazionale. I dati raccolti permettono di confermare l'importanza, già sottolineata in letteratura, dei fattori spontanei di cambiamento per quanto riguarda i problemi alcol correlati. La presenza di un D. psichiatrico comorbile non modifica la capacità di ritenzione nel programma rispetto all'assenza di psicopatologia almeno nei primi due anni di trattamento: forse nel gruppo in cui è assente il D. comorbile i fattori di cambiamento possono avere una maggiore incidenza a lungo termine rispetto all'altro gruppo.

Parole chiave: Psicopatologia, Alcolismo, Disturbo comorbile

### Abstract

#### *Psychiatric comorbidity and alcoholism*

*The present article is a clinical study of psychiatric comorbidity in alcoholism as compared with other studies in the field. In line with the latter, current results confirm the importance of spontaneous factors of change in alcohol-related problems. The presence of a psychiatric comorbid disorder in a subject does not alter his/her capacity to remain in a treatment programme, at least in the first two years, and compared to subjects without psychiatric morbidity, the above mentioned factors of change could have a stronger influence for long-term treatment.*

*Keywords: Psychopathology, Alcoholism, Comorbid disorder*

### Introduzione

Lo studio della psicopatologia nei soggetti alcolisti presenta numerose difficoltà sia teoriche sia pratiche. L'introduzione dei moderni sistemi di classificazione diagnostica in psichiatria (gli ultimi in ordine di tempo sono l'ICD 10 e il DSM IV) ha consentito di rendere più razionale il problema psicopatologico attraverso la formulazione di diagnosi multiple, utili per descrivere la diversificazione delle caratteristiche individuali. Questo approccio metodologico, che mutua dalla medicina classica, apre così nuovi orizzonti per ciò che concerne l'influenza prognostica dei quadri psicopatologici.

Tale inquadramento delinea la copresenza di due o più sindromi categorizzate dal punto di vista psicopatologico: il disturbo per il quale l'individuo richiede un intervento si chiama *episodio-indice*, mentre l'altro disturbo è chiamato *comorbile*: per *comorbile* si intende quindi qualsiasi entità clinica che sia precedente o che compaia durante il decorso clinico in un paziente che presenta già un disturbo-indice sotto studio. D'altronde per *comorbidità psichiatrica* possiamo intendere:

1. *il tipo intrafamiliare;*

2. *in un periodo di vita di un singolo individuo*
3. *quello in atto in quell'individuo.*

Infine abbiamo una *comorbilità spuria* che è quella morbilità che si evidenzia con la sospensione di una sostanza e che si estingue quindi da sola.

### **Breve review sulla comorbilità psichiatrica**

Sul piano teorico l'associazione causale tra Uso di Sostanze e Disturbi Mentali si presenta complessa; si possono infatti avere: D. Mentali che causano l'assunzione di sostanze, D. Mentali che conseguono l'uso di sostanze (es. Alcolismo Primario e Secondario) e associazioni casuali.

La difficoltà sta comunque nel fatto che i rapporti di causazione sono spesso indiretti e circolari (non è sufficiente il nesso temporale). D'altra parte conosciamo ormai da decenni, se non già secoli, le *complicanze psichiatriche* dell'alcolismo; per tale termine si intende un disturbo psichiatrico secondario giunto a rendere complessa una condizione morbosa semplice. Pertanto alcuni sintomi psichiatrici rilevabili sono di natura biologica difettuale, legati cioè ad un danno cerebrale indotto dall'uso della sostanza, nel nostro caso l'alcol. E' necessario quindi distinguere fra sintomi e comportamenti dei soggetti assuntori di sostanze psicoattive parlando di sintomaticità psichiatrica e diagnosi psichiatriche propriamente dette che costituiscono una "comorbilità psichiatrica" specifica.

La comorbilità fra disturbi da sostanze psicoattive ed altri disturbi mentali può essere riferita a vari momenti:

- 1) al momento della valutazione;
- 2) a periodi più lunghi (es. 6-12 mesi);
- 3) life-time.

La più importante rilevazione effettuata è lo studio ECA effettuato dal NIMH, negli USA, su 20.000 persone, con valutazione life-time sulla popolazione generale (Regier e coll.1990).

Da tale studio si evince che il 22.5% della popolazione USA presenta D. Mentali di cui:

- 1) solo D. Mentali: 12,6%
- 2) D. Mentali + D. Uso di sost. psicoattive: 1,5%
- 3) D. Mentali + D. Uso di alcol: 3,1%
- 4) D. Mentali + D. Uso alcol + D. Uso Psicoat.: 1,7%

Sempre da tale studio tra i soggetti con D. da Uso di Alcol la probabilità di essere portatori di altro D. Mentale è incrementato di 2,3 volte rispetto ai soggetti senza questa anamnesi alcologica, mentre la probabilità di essere portatori di un D. da Uso di altre sostanze è 7,1 volte maggiore. Lo studio ha poi valutato la comorbilità *life-time* dei D. da Uso di Sostanze nella popolazione generale rispetto a specifici D. Mentali.

Il D. da Uso di alcol e/o D. da Uso di Sostanze Psicoattive è associato:

- 1) alla Schizofrenia nel 33,7%,
- 2) al Disturbo Antisociale nell'83,6%,
- 3) al D. d'Ansia nel 23,7%,
- 4) al D. Umore nel 32%.

Se invece prendiamo come indice, sempre nella stessa popolazione, i Disturbi da Uso di Alcol si rilevano i seguenti Disturbi comorbili:

- 1) D. d'Ansia (19,4%),
- 2) D. Antisociale (14,3%),
- 3) D. Umore (13,4%),
- 4) D. Psicotico (3,8%).

Altri studi relazionano la gravità psichiatrica all'ammissione con la prognosi.

Mc Lellan nel '83 ha evidenziato che la gravità psichiatrica stessa è responsabile del 48% della varianza di *outcome*, mentre le gravità intermedia o bassa risentono positivamente dei trattamenti più prolungati: Schuckit nel '85 su 577 alcolisti, seguiti per un anno in follow-up, evidenzia che il D. da Uso di alcol e il D. Umore (primario) + D. Uso di alcol sono sovrapponibili per gravità comportamentale etilica e per PAAC, mentre il D. da Uso di altre sostanze + D. Uso di alcol e il D. Antisociale + D. Uso di alcol hanno una maggiore compromissione per quanto riguarda sia il comportamento di *addiction* sia le PAAC. Inoltre il D. Umore + Uso di alcol ha una percentuale di astemi maggiore dopo l'anno: il 44% contro gli altri tre gruppi che si attestano tra il 30 e il 35%. Rousanville ('87), su 321 alcolisti in follow-up ad un anno, ha evidenziato che, in una Depressione comorbile, la prognosi è più negativa nei maschi e più positiva nelle femmine, mentre è presente una prognosi sfavorevole nel D. Antisociale e nel D. da Uso di sostanze psicoattive (comorbili). O'Sullivan (1988), su 300 alcolisti con D. comorbili di tipo psichiatrico, sostiene che solo nei Bipolari la prognosi è più favorevole, mentre negli Unipolari abbiamo una ritenzione alta ma la prognosi non migliora. Nello studio di Hesselbrock (1992), su 230 alcolisti maschi in regime residenziale, si evidenzia un 30% di astinenza per alcolisti senza D. Antisociale, contro un 20% di alcolisti con D. Antisociale "primario". Janiri (1992) rileva che su 100 alcolisti di cui 72 con D. mentale comorbile, di cui 44 in asse I e 28 in asse II, si ha una prognosi più positiva per D. Personalità, intermedia per i D. Umore e negativa per D. Psicotici.

Ulteriori studi mostrano vari tipi di comorbilità con percentuali variabili da studio a studio: comunque da tutti questi dati si evince una comorbilità per fobia sociale, agorafobia, ansia anticipatoria nel rapporto interpersonale, per ridurre l'angoscia dei rituali nel DOC e nell'ansia generalizzata; una comorbilità non si rileva invece nelle fobie specifiche. Per Quitkin (1972) solo una minoranza di Disturbi dell'Umore sono comorbili con il D. da Uso di alcol. Il D. Antisociale e il D. da sostanze psicoattive sono più comuni nei soggetti di sesso maschile, mentre i D. dell'Umore e i D. fobici nel sesso femminile. Inoltre, per certi autori, tra gli uomini, con l'eccezione del D. Antisociale e del DAP, l'esordio della psicopatologia sarebbe successivo al D. da Uso di Alcol, mentre fra le donne la psicopatologia precederebbe l'abuso. Le donne infine sarebbero affette dalla psicopatologia di più rispetto agli uomini. Negli individui con Abuso alcolico in età adolescenziale avremo poi una maggiore incidenza di Depressione Maggiore, Disturbi Bipolari, DAP, Disturbo Antisociale, Poliabuso e familiarità per alcolismo paterno (Cloninger).

### Utilità pratica di questi studi

Tra gli aspetti più interessanti che emergono da questi lavori di ricerca uno riguarda la Prevenzione Primaria, un altro riguarda il tipo di setting per questi utenti e quindi il tipo di terapia, un altro ancora la prognosi dell'alcolismo.

Per ciò che riguarda la Prevenzione Primaria, se venisse dimostrato lo specifico rischio per lo sviluppo di un D. da Uso di sostanze Psicoattive in una data condizione premorbile, l'intervento precoce su di essa acquisterebbe uno specifico significato di profilassi; per es. si parla di vulnerabilità all'alcolismo in soggetti con D. fobico-ansiosi e con DAP.

Il secondo problema di non secondaria importanza riguarda il setting dei soggetti con doppia diagnosi (sono di competenza del SIM, del Sert, della Medicina, dei medici di base?), mentre il terzo concerne la prognosi dei soggetti con D. da Uso di Alcol.

In uno studio di Vaillant (1983) su 110 soggetti non trattati, in un follow-up durato ben 22 anni, il 50% era in astensione dall'alcol; per Vaillant i fattori prognostici positivi sono i fattori spontanei di cambiamento. In un altro studio sempre di Vaillant (1992) su 400 alcolisti all'ottavo anno di follow-up abbiamo:

a) 1/3 astensione potus

b) 1/4 dipendenza alcolica

c) 1/4 exitus

d) resto non valutabile

Anche Nathan (1966) in una meta-analisi (follow-up ad un anno) di soggetti in trattamenti diversificati precisa che il 50% aveva un esito favorevole, mentre solo nel 25% era sfavorevole.

Harrison et al. (1991), su 1918 pazienti in trattamento residenziale, mostrano che il 72% era sobrio al follow-up a sei mesi dall'episodio indice, mentre a 12 mesi la percentuale scendeva al 63%.

Di coloro che rimanevano sobri al 6° mese ben l'88% era poi sobrio all'anno.

Hoffman (1993), su 914 dimessi da un trattamento ambulatoriale, evidenzia che l'83 % era sobrio al 6° mese e il 75 % rimaneva sobrio al 12° mese.

### **Comorbilità psichiatrica presso l'ambulatorio alcolico di Cortona**

A Cortona è operativo dal 04/05/94 un Ambulatorio Alcolico a cui afferiscono varie professionalità a partenza dal Sert e dalla Medicina di Cortona; all'Ambulatorio si affiancano poi il SIM, il SAS, la Medicina del Distretto, i Servizi Sociali dei Comuni, i medici di famiglia, i gruppi di autoaiuto (Anonima Alcolisti o AA, e Alcolisti in Trattamento o CAT).

Al maggio '97 abbiamo avuto 156 utenti, di cui 25 sono poliassuntori (e, pertanto, con programmi non specifici per i problemi alcolici), e 131 clienti dell'Ambulatorio. Di questi 131, si occupa lo studio clinico attuale. Dei 131 utenti, 49 vengono esclusi per una serie di motivi: età sopra i 70 anni, follow-up inferiore ai tre mesi, presenza di demenza, cerebropatie, assenza di alcolismo. Pertanto sono 82 le persone che effettivamente sono entrate nel presente studio. Dai dati ricavati abbiamo che 50 utenti, cioè il 61%, sono anche affetti da disturbo comorbile, mentre i restanti 32, cioè il 39%, non ne sono affetti. La presenza del D. comorbile è stata ricavata da colloqui clinici psichiatrici.

Se poi valutiamo l'incidenza di tali disturbi comorbili nello specifico vediamo:

- 1) Disturbo di personalità: n° 13 (16%)
- 2) Disturbo da pregresso uso di sostanze psicoattive: n° 13 (16%)
- 3) Disturbo psicotico: n° 8 (10%)
- 4) Disturbo dell'umore: n° 12 (14%)
- 5) Disturbo d'ansia: n° 4 (5%)
- 6) D. comorbile assente: n° 32 (39%)

Per quanto riguarda il follow-up abbiamo cercato di vedere se avevamo una relazione tra presenza di disturbo comorbile ed esito a distanza, pur non proponendoci uno studio meramente statistico. Abbiamo valutato questi utenti in vari momenti del follow-up e più precisamente al terzo, sesto, dodicesimo, ventiquattresimo e trentaseiesimo mese, inserendoli in due gruppi di valutazione: il primo gruppo è costituito dai pazienti con sobrietà o, perlomeno, con meno di due drink/mese, il secondo è costituito da utenti che hanno consumato oltre i due drink/mese o i drop-out. Al 3° mese di follow-up tutti i gruppi mantengono i propri utenti in trattamento (con risultati buoni, e cioè di piena astinenza, o intermedi, cioè con meno di due drink/mese), eccetto il gruppo dei D. di Personalità dove il 15% di essi ha bevuto oltre i due drink/mese o non è valutabile.

Al 6° mese abbiamo un calo del primo gruppo nei Disturbi d'Ansia e di Personalità, mentre gli altri gruppi mantengono una ritenzione sopra il 90%; al 12° mese la ritenzione è sopra il 75% eccetto che nei gruppi dei D. di Personalità e Psicotici; al 24° mese i gruppi sono al 50% di ritenzione positiva eccetto il D. Psicotico e quello d'Ansia, che hanno percentuali più alte. Al 36° mese solo l'assenza del D. comorbile presenta una ritenzione alta fino al 50%, mentre i D. d'Ansia non sono più rappresentati.

Questi dati non possono essere omogenei anche perchè l'arruolamento nei gruppi è avvenuto in tempi diversi (per cui l'ultimo arruolamento è del febbraio '97); pertanto il follow-up è da considerarsi affidabile soltanto fino al 24° mese.

## Conclusioni

Dai dati che emergono dal presente studio si può rilevare che, nel follow-up triennale, abbiamo un calo di utenti, calo sovrapponibile ai dati riscontrati in letteratura. Nel nostro studio la ritenzione nel programma rimane elevata con percentuali di abbandono del 10% al 6° mese e del 25% (1/4 dell'utenza) al 12° mese. La riduzione apparentemente più vistosa è quella del 24° mese con un 25% di calo, con ritenzione complessiva del 50% (in realtà il calo al 2° anno è percentualmente sovrapponibile al 1° anno: ogni anno infatti registra una perdita complessiva che si aggira sul 25%).

Il calo invece è sostanzialmente nullo alla rilevazione del 3° anno avendo sempre una ritenzione intorno al 50%: questi dati sembrano in linea rispetto alla letteratura che sottolinea anche che qualsiasi intervento venga fatto, nel follow-up a distanza, la percentuale di astemi è sempre intorno ad un 50%; pertanto ci sentiamo di condividere l'asserzione di Vaillant quando afferma " quanto siano importanti i fattori spontanei di cambiamento " (tra essi, a nostro modo di vedere, un ruolo preminente viene svolto dai gruppi di autoaiuto e dal supporto della famiglia). Entrando nel merito della nostra ricerca, cioè i D. comorbili, vediamo che la presenza di un D. psichiatrico comorbile non modifica la capacità di ritenzione nel programma rispetto all'assenza di psicopatologia almeno nei primi due anni di trattamento: forse nel gruppo in cui è assente il D. comorbile i fattori di cambiamento possono avere una maggiore incidenza a lungo termine rispetto all'altro gruppo. Non abbiamo dati sufficientemente chiari ed esaurienti per ciò che riguarda le differenze fra i due sessi o per ciò che concerne le differenti fasce di età. Invece la percentuale di disturbi comorbili, nella popolazione studiata, è alta essendo il 61% del campione; riteniamo che tale dato, peraltro in linea con alcuni dei lavori esaminati, sia da attribuirsi alla stretta collaborazione con il SIM che è uno degli "invianti" principali.

Rispetto ai D. comorbili, i Disturbi in asse II e i D. d'Ansia sono meno rappresentati rispetto ad alcuni studi mentre abbiamo una maggiore rilevanza di D. da Uso pregresso di altre Sostanze Psicoattive, forse dovuto al fatto che il nostro Ambulatorio è una appendice di un SERT. Per quanto concerne i Disturbi dell'Umore siamo sostanzialmente in linea con la review internazionale.

## Bibliografia

- 1) A.P.A. DSM-III R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association; Masson Italia, 1988
- 2) Babor T. e al.: The Syndrome concept of alcohol and drug dependence: results of the secondary analysis project. NIDA Research Monograph 81:33-9, 1988
- 3) Bernadt M.W.e al.: Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: what are the links?; Brit. J. of Psychiatry 148:393-400, 1986
- 4) Blume S.: Dual diagnosis psychoactive substance dependence and the personality disorders; J. Psychoactive Drugs 21 (2):139-44, 1989
- 5) Bordwine Beeder A. e al.: Treatment of patients with psychopathology and substance abuse. In: Lowinson e al. Substance abuse. A comprehensive textbook; Williams e Wilkins, Baltimore 675-90, 1992
- 6) Brady K.T.: Depression in alcoholic schizophrenic patients; Am. J. Psychiatry 150:1255-6, 1993
- 7) Brown S.A. e al.: Changes in depression among abstinent alcoholics; J. Stud. Alcohol; 49:412-7, 1988
- 8) Cadorer R. e Winokur G.: Depression in alcoholism; Annals of The New York Academy of Science; 233: 34-39, 1974
- 9) Cappell H. e al.: Alcohol and tension reduction: an update on research and theory. In Psychological Theories of Drinking and Alcoholism; Blane H.T.ed. Guilford Press; New York; 1987

- 10) Caron C. e al.: Comorbidity in child psychopathology concepts, issues and research strategies; *J.Child. Psychol. Psychiat.* 32 (7):1063-80, 1991
- 11) Chappel J. N.: Long term recovery from alcoholism; *Psychiat. Clin. N Am.* 16 (1): 177-88, 1993
- 12) Clayton P.L. e al.: The significance of secondary depression; *Journal of Affective Disorder*, 3:25-35, 1981
- 13) Cloninger C.R. e al.: Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men; *Arch.Gen.Psychiat.* 38 (8):861-8, 1981
- 14) Collins G.B.: Contemporary issues in the treatment of alcohol dependence; *Psychiat. Cl.N.Am.* 16 (1):33-48, 1993
- 15) Cook B.L. e al.: Classification of alcoholism with reference to comorbidity; *Compr.Psychiatry*; 35:165-70, 1994
- 16) Cowley D.S.: Alcohol abuse; substance abuse and panic disorder; *Am J. Medic.* 92 (1A):41-8, 1992
- 17) Dackis C.A. e al.: Evaluating depression in alcoholics; *Psychiatry Research* 17:105-9, 1986
- 18) Edwards G. e al.: Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems; *Bull World H. Organization* 39 (2):225-42, 1981
- 19) Feighner J.B.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arh. Gen Psyc.* 26 (1):57-63, 1972
- 20) Feinstein A.: The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease; *J.Chron Dis.* 23:455-68, 1970
- 21) Freed E.X.: Alcohol and mood: an updated review; *Int. J.of the Addiction* 13:173-200, 1976
- 22) Halikas J.A. e al.: Psychiatric diagnosis among female alcoholics; in *Current in Alcoholism*; vol.8; Glunter G.: Grune and Stratton; New York; pgg.283-90,1981
- 23) Helzer J.E. e al.: The co-occurrence of alcoholism with other psychiatryc disorders in the general population and its impact on treatment; *J.Stud.Alcohol.* 49:219-24,1988
- 24) Herz I.R. e al.: Additional psychiatric illness by diagnostic interview schedule in male alcoholics; *Comprehensive Psychiatry* 30:72-9, 1990
- 25) Hesselbrock V. e al.: Psychopathology and addictive disorders:the specific case of antisocial personality disorder: In: O' Brien C.; Addictive states; *Research Publication Ass Res Nerv . Mental Dis.*70:179-91, Raven Press New York, 1992
- 26) Hoffman N.G. e al.: Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders, *Psychiat. Clin.N.Am.* 16 (1):127-40, 1993
- 27) Janiri L. e al.: Valutazione dei trattamenti per l'alcolismo e indici prognostici; *Arch.Psich. Gen.:* 2 (1):11-19, 1992
- 28) Kendall P.C. e al.: Comorbidity and treatment implications; *J.Consult Clin.Psychology*, 60 (6):833-4, 1992
- 29) Kosten T.A. e al.: Criteria for Diagnosis: in:N.Miller; *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*, Dekker Editions, New York., 263-6,1991
- 30) McLellan A.T.e al.: Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity; *Arch. Gen. Psych.* 40 (6):620-5, 1983
- 31) Miller N.S.: A review of the interaction in psychiatric syndromes and drug and alcohol addiction; in: N. Miller, *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol addiction*; Dekker Editions, New York :641-61, 1991
- 32) Mirin S.M. e al.: Psychopathology in substance abusers; diagnosis and treatment; *Am.J Drug Alcohol Abuse* 14 (2):139-57, 1988
- 33) Mirin S.M. e al.: Psychiatric comorbidity in drug and alcohol addiction; in: N.Miller in *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*; Dekker Edit. NewYork 641-61, 1991
- 34) Morrison J.R.: Bipolar affective disorder and alcoholism; *Am.J.of Psychiatry* 131:1130-9,1972
- 35) Nace E.P.: The natural history of alcoholism versus treatment effectiveness: methodological problems; *Am.J Drug Alcohol Abuse* 15 (1):55-60, 1989
- 36) Nunes I.V. e al.: Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression; *Am. J. Psychiatry* 150:963-65, 1993
- 37) O' Sullivan R. e al.: A follow-up study on alcoholics with and without co-existing affective disorder; *Brit. J. of Psychiatry* 152:813-19, 1988
- 38) Powell B.J. e al.: Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics; *J.Clin. Psyc.* 43:404-7, 1982

- 39) Quitkin F.M.e al.: Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction; a treatable form of drug abuse; Arch. Gen. Psychiatry 27:159-62, 1972
- 40) Regier D.A. e al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the ECA study; JAMA 264 (19): 2511-18, 1990
- 41) Ries R.: Clinical tratment matching models for dually diagnosed patients; Psych. Clin. N. Am., 16(1):167-76, 1993
- 42) Rousanville B.J. e al.: Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics; Arch. Gen. Psychiatry 44:505-13, 1987
- 43) Schuckit M.A.: The clinical implications of primary diagnostic group among alcoholics; Arch. Gen. Psychiatry 42:1043-9, 1985
- 44) Schuckit M.A.: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. Am. J. Psychiatry 43:140-47, 1986
- 45) Spitzer R.L. e al.: Research Diagnostic Criteria rationale and reliability; Arch. Gen. Psychiatry 35:773-82, 1978
- 46) Stefanis C.N.: The role of psychiatry in the treatment of the addictive behaviours ; in:Atti del I Congresso Nazionale della Società Italiana per lo studio dei Comportamenti di Abuso e delle Dipendenze, 7-10/ottobre/1992
- 47) Sutker P.B.: Issues in personality conceptualizations of addictive behaviors; J. Consulting Clin. Psychol. 56 (2):172-82, 1988
- 48) Tabakoff B. e al.: Substance abuse: A comprehensive textbook; Williams and Wilkins; 1992
- 49) Treece C. e al.: Psychodynamic factors in the development of drug dependence; Psych. Clin. N. Am. 9 (3):399-412, 1986
- 50) Vaillant G.E.: The natural history of alcoholism; Harvard Univ. Press, Cambridge; 1983
- 51) Vaillant G.E. e al.: Natural history of alcoholism. IV. Paths to recovery. Arch. Gen. Psychiatry; 39 (2):127-33, 1982
- 52) Vittadini M.: Ansia e Alcolismo; in: Smeraldi e Bellodi, I Disturbi d'Ansia: clinica e terapia; Ed. Ermes 135-45, 1991
- 53) Wallen M.C. e al.: Impediments to effective treatment of the dually diagnosed patient; J. Psychoactive Drugs 21 (2):161-8, 1989
- 54) Wallace J. e al.: Dual diagnosis: clinical and research perspectives; J. Psychoactive Drugs 21 (2):135-7, 1989
- 55) Weiss R.D. e al.: Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers; Br. J. Addiction 87:179-87, 1992
- 56) Wells E.A. e al.: Choosing drug use measures for treatment outcome studies.I; The influence of measurement approach on treatment results; Int. J. Addiction 23:51-73, 1988
- 57) Wells E.A. e al.: Choosing drug use for treatment outcome studies. II. Timing baseline and follow-up measurement; Int. J. Addiction 23:875-85, 1988
- 58) Wakefield J.C.: Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM III R's definition of Mental Disorder; Psychological Rewiev 99 (2):232-47, 1992
- 59) W.H.O.: The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders; clinical descriptions and diagnostic guidelines; Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 1990. Ed.Italiana Masson Milano, 1992