

LA DOPPIA DIAGNOSI IN UNA PROSPETTIVA ISTITUZIONALE

Francesco Biondi *, Paolo E. Dimauro **

Riassunto

Uno dei problemi che si evidenziano nel trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi è rappresentato dalla difficile collaborazione tra Servizi di Psichiatria e Servizi per le Tossicodipendenze.

Allo scopo di comprendere le ragioni di tali difficoltà abbiamo analizzato, con specifica attenzione agli aspetti istituzionali: i problemi collegati alla diagnosi, i percorsi storici che, in Italia, hanno portato alla nascita dei Ser.T. ed infine le difficoltà connesse alla separazione esistente tra Servizi Tossicodipendenze e Servizi di Salute Mentale. Infine viene proposto uno schema per l'attribuzione della responsabilità del trattamento un contributo al miglioramento del livello d'integrazione tra i Servizi.

Parole chiave: Dipendenza da sostanze, psicopatologia, servizi pubblici, trattamento, responsabilità.

Abstract

Psychiatric comorbidity in substance abusers: treatment, integration and role attribution

When Substance Abuse is associated with Psychiatric Disorder, combination of treatments, is often necessary. Nevertheless, cooperation between Psychiatric and Addicts Outpatient Centres, is impaired because of conflicts and incomprehension. To explain these difficulties we explore: a) Problems related to diagnosis. b) Addicts Outpatient Centres (Ser.T.) storyline in Italy. c) Difficulties connected with separation, well established in Italy, between Psychiatric Services and Ser.T. In conclusion, we suggest a role attribution model, helpful to improve integration between Psychiatric Services and Addicts Outpatient Centres.

Keywords: Substance abuse, psychopathology, public centres, treatment, role attribution.

Premessa

La comorbilità psichiatrica nei pazienti con disturbo da uso di sostanze è un tema ampiamente affrontato e studiato, tuttavia recentemente è il termine Doppia Diagnosi che sembra aver acquisito i caratteri di una “*parola chiave*”, una sorta di paradigma che, oltre a segnalare un'evoluzione scientifica e culturale avvenuta nel settore, richiama alcune problematiche di grande interesse per gli operatori.

Il termine Doppia Diagnosi rimanda, infatti, all'ampio capitolo della correlazione tra effetti delle sostanze d'abuso e sintomi psichiatrici, ma anche al dibattito sull'eziologia dei disturbi da uso di sostanze. Inoltre il concetto di Doppia Diagnosi segnala l'esistenza di un problema a livello *istituzionale*, connesso al fatto che, nella specifica realtà italiana, il trattamento della malattia mentale è nettamente separato da quello della dipendenza da sostanze perciò, la comorbilità psichiatrica, pone il problema della corretta integrazione tra i Servizi per le Tossicodipendenze e Servizi di Salute Mentale. Su tale piano istituzionale tuttavia, la “*collaborazione*” rimane uno dei nodi irrisolti ed è spesso complicata da conflittualità, sfiducia ed accuse reciproche, la cui conseguenza principale è quella di peggiorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e alle loro famiglie.

Quindi il chiarimento dei problemi collegati al concetto di Doppia Diagnosi appare utile sia per accrescere la qualità dell'assistenza che per migliorare l'utilizzazione delle risorse. A tale scopo abbiamo considerato i problemi connessi alla diagnosi, i percorsi istituzionali che hanno portato alla

nascita dei Ser.T. e le difficoltà connesse all'esistenza di servizi separati preposti alla cura della patologia psichiatrica e delle dipendenze, infine abbiamo formulato un'ipotesi di lavoro che rappresenta un contributo al chiarimento dei problemi istituzionali connessi alla Doppia Diagnosi.

COMORBILITÀ E DIAGNOSI PSICHIATRICA

Effettuare correttamente la diagnosi psichiatrica nei soggetti che utilizzano sostanze è un'operazione di una certa complessità che deve essere effettuata tenendo conto di una *dimensione diacronica*. È quindi più opportuno parlare di "percorso diagnostico", in quanto il quadro clinico non può essere compreso adeguatamente con un'osservazione puntiforme ma deve necessariamente utilizzare una dimensione temporale ampia.

Per quanto riguarda la relazione che lega dipendenza da sostanze e disturbo psichiatrico vediamo che può essere di vario tipo (First et al, 1993), l'abuso di sostanze può essere conseguenza di una problematica psichiatrica (autoterapia), oppure le sostanze possono precedere, causare o slatentizzare un disturbo psichiatrico, infine il decorso dell'abuso di sostanze e del quadro psichiatrico possono essere paralleli e la causalità del tutto indipendente.

Le differenti concezioni della dipendenza da sostanze si distinguono anche per il ruolo che è attribuito alla sofferenza mentale nell'instaurarsi la dipendenza:

a) Secondo alcuni clinici la dipendenza da sostanze stabilizzata è sempre dovuta ad una *sofferenza* dell'individuo o del nucleo familiare, di cui rappresenta un tentativo regolatorio o di autocura (Cancrini, 1982), in quest'ottica parlare di Doppia Diagnosi appare "un'espressione discutibile" (Lo Russo, 2000).

b) Secondo i sostenitori dell'ipotesi "*neurochimica*", l'uso prolungato delle sostanze provoca un danno ai sistemi endorfinici da cui derivano il craving e le varie alterazioni comportamentali tipiche dei quadri di addiction (Dole et al, 1968, Dole et al, 1978, Maremmani et al, 1990, Maremmani et al, 2002), tale approccio considera la presenza di tratti psicopatologici non necessari per l'instaurarsi della dipendenza.

c) Alcuni ricercatori hanno concentrato l'attenzione sullo studio delle correlazioni tra abuso di sostanze e psicopatologia, utilizzando la definizione di comorbilità derivante dai manuali statistici (DSM IV) che con un *atteggiamento ateoretico* postula "l'indipendenza eziologica e fisiopatologica delle due condizioni morbose" (Clerici et al, 2000). Ciò ha fornito utili conoscenze sull'incidenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione tossicodipendente e sulle ripercussioni che questi hanno sulla prognosi (Clerici 1993; Gerra et al., 2000).

Comunque, il concetto di Doppia Diagnosi, ci interroga sull'esistenza di una sorta di "*specializzazione*" dei servizi rispetto al tipo di psicopatologia trattata. In effetti alcuni elementi inducono a pensare che tale specializzazione esista nel senso di un rilevante e specifico impegno dei Ser.T. nel trattamento di soggetti con disturbi di personalità (Madeddu, 1999; Degli Stefani, 2001; Margaron, 2000) in particolare è interessante osservare che:

- l'esperienza clinica e la bassa incidenza di diagnosi dello spettro schizofrenico negli studi effettuati tra i tossicodipendenti, permettono di sostenere una "generale incompatibilità dei livelli di funzionamento più propriamente psicotico con i comportamenti propri di un tossicodipendente" (Cancrini et al., 2000).
- esiste un'elevata incidenza, tra i soggetti in carico ai Ser.T., di diagnosi di Disturbo di Personalità e in particolare Borderline (Cancrini et al., 2000) e Antisociale (Sperandeo et al., 1987), entrambi i quadri clinici appartengono al cluster "impulsivo" dell'asse II del DSM IV (APA, 1994) che, a grandi linee, corrisponde all'organizzazione Borderline di personalità secondo Kernberg (1987).
- i comportamenti impulsivi e tra questi l'uso problematico di sostanze, sono una caratteristica dei soggetti con Disturbo Borderline di Personalità. Anche se, solo alcuni individui con organizzazione borderline, andranno incontro ad una vera e propria dipendenza

da sostanze, si può ragionevolmente supporre che tali “strutture di personalità” siano frequentemente presenti nei soggetti con disturbo da uso di sostanze.

Infine riteniamo utile mettere in evidenza come, l'elevata incidenza di comorbidità psichiatrica nei soggetti con disturbo da uso di sostanze (Clerici, 1993; Maremmani et al., 2000) e la notevole frequenza dell'abuso di sostanze, in letteratura si rileva fino al 47% degli schizofrenici (Regier et al., 1990), tra i pazienti con diagnosi psichiatrica grave, renda difficoltoso l'utilizzo del termine Doppia Diagnosi (Zanda et al., 2000). Per questo suggeriamo che il termine Doppia Diagnosi sia utilizzato come definizione operativa applicata a quei pazienti che, per tipo di patologia e per gravità del quadro, *abbiano, o si prevede possano avere necessità dell'intervento del Servizio per le Tossicodipendenze e del Servizio di Salute Mentale.*

STORIA ISTITUZIONALE

Il concetto di Doppia Diagnosi rimanda alla netta separazione esistente tra Servizi Psichiatrici e Servizi per le Dipendenze, scissione che si è creata con la nascita dei servizi per le tossicodipendenze avvenuta in circostanze storico-politiche particolari.

Se andiamo ad analizzare i percorsi istituzionali che hanno condotto alla nascita dei servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti e nell'ultimo decennio alla nascita dei Ser.T (Lg. 685/75 e 162/90), vediamo come questi siano stati fortemente influenzati sia dal timore di patologie emergenti come l'HIV, sia dalla spinta al controllo del “fenomeno sociale” della tossicodipendenza, di per se stesso fenomeno allarmante e all'epoca della sua iniziale diffusione, poco conosciuto nei suoi risvolti psicopatologici.

Ciò può spiegare perché i servizi per le tossicodipendenze si sono non di rado orientati, nonostante una dimensione organizzativa di équipe medico - psico - sociali, su un approccio centrato in modo prevalente sull'utilizzo del trattamento sostitutivo o su un invio in comunità terapeutica ed una conseguente ridotta attenzione alla dimensione psicopatologica (tra l'altro il D.M. 444/90, non garantisce la presenza nell'organico la figura dello psichiatra). Nello stesso periodo i servizi per la salute mentale si trovavano nel pieno di un percorso di presa di distanza da un mandato di controllo (movimento di deistituzionalizzazione, Lg. 180 del 1978) e stavano sviluppando la loro pratica terapeutica prevalentemente orientata al trattamento della psicosi.

La creazione di servizi che si occupano di dipendenze patologiche separati dai servizi psichiatrici, appare il prodotto di una modalità scissa di affrontare il problema della salute mentale: da una parte i Ser.T., investiti di un mandato di controllo forte, nati con debole attitudine terapeutico-diagnostica e dall'altra i Servizi di Salute Mentale con un'attenta dialettica interna sulle problematiche del mandato di controllo e della deistituzionalizzazione.

Infine possiamo notare come, i pazienti che afferiscono ai Servizi per le Tossicodipendenze, appaiano portatori di problematiche connesse all'impulsività (Degli Stefani, 2000). Si può facilmente osservare che l'impulsività tende ad indurre risposte istituzionali di *controllo* e ciò può, secondo noi, spiegare il fenomeno della “espulsione” operata dalla psichiatria istituzionale nei confronti di quel segmento di psicopatologia che è correlato ai disturbi da uso di sostanze.

ORIGINE DEI PROBLEMI ISTITUZIONALI

La presenza di due soggetti istituzionali che si trovano frequentemente a far convergere la loro operatività comporta una serie di difficoltà, alcune delle quali sono connesse all'oggetto dell'intervento, altre più generali sono collegate ai differenti percorsi storici e alle differenze di formazione e di linguaggio.

Questi ultimi aspetti in particolare, rappresentano parte di ciò che viene definito nella concezione operativa di gruppo (Pichon-Riviere, 1971) *Schema di Riferimento*, cioè “l'insieme di

conoscenze e atteggiamenti che ognuno di noi ha nella sua mente e con il quale lavora in relazione con il mondo e con se stesso”. Si tratta di una serie di elementi cognitivo-affettivi di cui siamo consapevoli solo parzialmente.

La non convergenza dello schema di riferimento tra gruppi istituzionali diversi, porta un certo livello di *malinteso* che, insieme alle difficoltà e alle ansie sollevate dal contatto con la patologia, ostacolano la corretta comunicazione e causano “*dissidi apparentemente insanabili*”. Tale problema può essere affrontato o ridotto mediante l’elaborazione di uno schema di riferimento condiviso (Fischetti et al., 1992), il che si ottiene, oltre che con la fatica del confronto quotidiano, mediante percorsi di formazione comune (Gerra, 2002).

Possiamo anche notare che, i servizi di salute mentale e quelli per le tossicodipendenze, configurano sul territorio *due offerte terapeutiche* apparentemente ben distinte tuttavia, solo una parte degli utenti che afferiscono ai servizi è chiaramente definibile in base al tipo di problematica presentata. Esiste cioè una parte importante di pazienti che, per il tipo di manifestazione sintomatologica e per il decorso, possono presentare alternativamente le caratteristiche di utilizzatori del servizio di salute mentale o di quello per le tossicodipendenze, inoltre alcuni pazienti presentano problematiche di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati da un solo servizio (Doppia Diagnosi secondo la nostra definizione).

La principale conseguenza è che esiste una zona di sovrapposizione tra l’utenza delle due istituzioni, una interfaccia non ben definita, portatrice di problemi di appartenenza e di competenza, da cui nasce una non chiarezza dei limiti di responsabilità e degli obblighi istituzionali che diventa terreno generatore di conflitto. Infatti è possibile che di fronte ad utenti particolarmente difficili si inneschi il meccanismo dello scarico della responsabilità, con tentativi di attribuire la competenza del trattamento non tanto sulla base delle necessità del paziente, quanto piuttosto nel tentativo, più o meno consapevole, di evitare la presa in carico.

Per comprendere tali fenomeni è utile considerare che il paziente con la sua sofferenza, è portatore di un nucleo emozionale e che l’operatore e l’istituzione di cui fa parte, hanno la funzione di un contenitore per tale sofferenza. Quando l’intensità dell’emozione (rabbia, dolore, impotenza ecc.) portata dal paziente è alta “l’operatore tende ad attivare altri operatori per una sorta di insostenibilità del caso che però non confessa a se stesso e tende a considerare inesistente” (Correale, 1991). Quindi nel caso di pazienti gravi, si attiva la tendenza a cercare di “distribuire” l’emozione tramite il coinvolgimento di più operatori in una sorta di “acting di gruppo”. Maggiore è la gravità del caso, maggiore sarà questa tendenza e la presenza di una “terra di nessuno” facilita questi meccanismi di “scarico”.

Inoltre quando ci si occupa di Doppia Diagnosi dobbiamo considerare il problema della *tipologia dei pazienti*, cioè dobbiamo considerare che si tratta in genere di pazienti con gravi disturbi di personalità (Margaron, 2000; Cancrini et al, 2000). Pazienti di questo tipo, per il loro funzionamento mentale, sono portatori di alta potenzialità conflittuale, si tratta di pazienti con bassa percezione delle proprie difficoltà, con tendenza alla scissione, per cui mostrano aspetti contraddittori di sé inducendo divisioni tra i curanti (alleato – nemico; buono – cattivo).

Infine va ricordato che è caratteristico di questo tipo di pazienti porsi in rapporto effettuando richieste di aiuto in modo contraddittorio o perverso, per esempio mancando agli appuntamenti dopo aver caricato l’operatore di preoccupazione o svalutandolo nel chiedere cose impossibili. Tali modalità di relazione, ben conosciute agli operatori dei servizi per le tossicodipendenze, oltre ad essere molto faticose inducono reazioni di rifiuto.

DEFINIZIONE DELLA RESPONSABILITÀ

Trattare casi con Doppia Diagnosi, significa misurarsi con situazioni che si collocano sulla “linea di confine” istituzionale, per questo deve essere effettuato un lavoro di *definizione dei ruoli* e delle funzioni dei soggetti istituzionali coinvolti. La responsabilità della cura, quando sono

coinvolte più istituzioni, non può rimanere indefinita, come succede nel caso di una generica “collaborazione”. Un servizio e all’interno di esso un operatore, deve assumersi la responsabilità prevalente del caso e quindi il ruolo di garante dello svolgimento del progetto terapeutico mentre l’altro servizio viene attivato su richiesta, in qualità di consulente.

Il servizio *responsabile* è titolare del progetto terapeutico e del suo sviluppo, all’interno di esso un operatore può assumere la funzione di *case manager* mentre, il servizio *consulente*, è *responsabile* nel proprio ambito di consulenza (diagnosi e trattamento) ed ha un ruolo più circoscritto, orientato alla soluzione di un problema. Tali ruoli e funzioni sono complementari e possono essere ridefiniti tenendo conto anche della specifica situazione locale e delle risorse disponibili, come per esempio la presenza o meno di uno psichiatra all’interno del Ser.T.

Per esempio possiamo fare l’ipotesi che, un paziente in carico al Ser.T., possa avere necessità della *consulenza* del Servizio di Salute Mentale, finalizzata ad una definizione dell’intervento quando si ritenga necessario:

- Contenere situazioni di urgenza.
- Ricoverare il paziente in ambiente psichiatrico (rischio suicidiario, gravi quadri psicotici, eccitamento maniaco).
- Inserire il paziente in strutture intermedie psichiatriche con finalità riabilitative.

Dall’altro lato un paziente in carico al Servizio di Salute Mentale può avere necessità della *consulenza* del Ser.T. quando:

- La dipendenza richiede una valutazione approfondita (controlli tossicologici, valutazione dei rischi correlati all’uso di sostanze) o un trattamento (con agonisti, antagonisti, anticraving).
- È necessario ricorrere a strutture intermedie per il trattamento della dipendenza (centri diurni, comunità terapeutiche).

Per una ottimale collaborazione è necessario il reciproco rispetto e il riconoscimento del ruolo. La richiesta di intervento non dovrebbe essere effettuata predefinendo il tipo di intervento da effettuare, in quanto questo partirà dalla valutazione del consulente che lo effettuerà secondo le sue modalità (schema di riferimento). Quando si richiede la consulenza è utile esplicitare cosa viene richiesto (diagnosi, trattamento ecc.) ma si deve rispettare il modo in cui tale intervento sarà effettuato e questo riesce più facile ai servizi con una lunga pratica di collaborazione e con una grande conoscenza reciproca.

Inoltre quando il primo contatto con il paziente è già avvenuto, per richiesta spontanea o per l’invio da parte di un Medico di Base, ma non appare opportuna una prosecuzione della presa in carico da parte di quel servizio, è necessario fare in modo che si possa giungere alla presa in carico definitiva. A tale fine è necessario evitare atteggiamenti espulsivi tipo “non è di nostra competenza” mentre appare di estrema utilità per il paziente, facilitare la presa in carico successiva effettuando una funzione di mediazione fino a passaggio avvenuto (*funzione di accompagnamento*).

Per raggiungere tali obiettivi crediamo che i servizi debbano confrontarsi, nelle realtà locali, per definire strategie che regolino le modalità di presa in carico e l’assunzione di responsabilità del trattamento. Tale operazione può essere svolta da riunioni di gruppi delegati a questa funzione, mediante l’incontro tra i responsabili di unità funzionale o tramite protocolli, ma anche e soprattutto attraverso una prassi consolidata e quotidiana di comunicazione sui casi.

* Psichiatra, Dirigente Medico Ser.T. Zona Valdichiana Aretina, Dipartimento Dipendenze AUSL 8 (Arezzo). Indirizzo per la corrispondenza: AUSL 8, Ser.T. Zona Valdichiana Aretina, Via Santucci 12, Cortona (AR). Tel: 0575.639272; E-mail: biondi_f@tin.it

** Responsabile Dipartimento Dipendenze; AUSL 8 Arezzo.

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association (1994): Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali - IV edizione, ed. Masson.
- 2) Cancrini L. (1982): Quei temerari sulle macchine volanti; ed. Nuova Italia Scientifica, 49-83.
- 3) Cancrini L., Nocerino S. (2000): Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro; I Quaderni di Itaca, n° 6, 23-37.
- 4) Clerici M. (1993): Tossicodipendenza e psicopatologia; ed. F Angeli.
- 5) Clerici M., Bertolotti Ricotti P., Malagoli M. (2000): Epidemiologia e diagnosi della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali. I Quaderni di Itaca; n° 6, 40-55.
- 6) Correale A. (1991): Il campo istituzionale; ed. Borla, 105-115.
- 7) Degli Stefani, M. (2001): Psichiatria e Dipendenze: Problemi e prospettive di una Relazione; In Press Su: Psichiatria generale e dell'età evolutiva.
- 8) Dole V.P., Nyswander M.E., Warner A.(1968): Successful treatment of 750 criminal addict, JAMA, 206, 2708-2712.
- 9) Dole V.P. e Nyswander M.E.(1976): Methadone maintenance treatment. A ten years prospective, JAMA, 235, 2117-2119.
- 10) First M., Gladis M.M. (1993): "Diagnosis and Differential Diagnosis of Psychiatric and Substance use Disorders" in: Solomon, J. Zimberg, S. e Shollar, E. (eds.), Dual Diagnosis: Evaluation and Treatment Training and Program Development, Plenum Medical, New York, P. 23-38.
- 11) Fischetti R., Picciulin R.(1992): Il problema dell'èquipe; in: Cellentani O., Il gruppo nella formazione degli operatori sociali, ed. F Angeli.
- 12) Gerra G., Frati F.(2000): La ricerca sui Disturbi Psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcoolisti, Personalità Dipendenze, Vol. 6, Fascicolo I, 73-87.
- 13) Gerra, (2002): Servizi di Salute Mentale e Ser.T: Prospettive future, Living with Schizophrenia, 5, 2, 6-8.
- 14) Lo Russo, A (2000): Il gioco dell'identificazione proiettiva; I Quaderni di Itaca, n° 11, 40-45.
- 15) Kerneberg O. (1987): Disturbi gravi della personalità; ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- 16) Madeddu F. (1999), Personalità, dipendenze e contesto sociale, Personalità Dipendenze, 5, 1, 43-48
- 17) Maremmani I., Castrogiovanni P. (1990): La farmacodipendenza e l'abuso di sostanze: eroina e oppioidi, in: Psichiatria Medica, ed. UTET, p. 599-632.
- 18) Maremmani I., Cannoniero S., Giuntoli G., Pacini M. (2000): Tossicodipendenza e comorbilità per disturbi dell'umore; Nòs Aggiornamenti in Psichiatria, vol. 6 n°2, 111-132.
- 19) Maremmani I., Pacini M. (2002): Doppia Diagnosi Semeiotica e gestione Terapeutica, Informa SER.T., anno 5°, n°1, 11-14.
- 20) Margaron H. (2000): Doppia Diagnosi: Nuova entità nosografia o esigenza organizzativa?; Terza Conferenza naz. sui problemi connessi con la diffusione delle Sostanze. Genova, 28-30 Nov. 2000.
- 21) Pichon-Riviere E. (1971): El proceso grupal. Tr.It. "Il processo Gruppale", ed. Laetana, p 117-125.

- 22) Sperandeo R., Starace F. (1997): Bollettino di Salute Mentale & Neuroscienze; Vol, 3, N° 7, 15 Nov.
- 23) Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse: results from Epidemiological catchment area (ECA) study; JAMA, 264, 2511-18.
- 24) Zanda G., Margaron H., Martorano G., Mauri G., Zazzo M. (2000): Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza dalla regione Toscana; Terza Conferenza naz. sui problemi connessi con la diffusione delle Sostanze. Genova 28-30 Nov, 2000.