

L'IMPATTO DELLA DOPPIA DIAGNOSI IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE PER TOSSICODIPENDENTI: CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E PSICOPATOLOGICHE DELL'UTENZA 2001-2002

Annibale Cois, Salvatore Morittu, Stefano Murgia, Massimo Portas

Associazione Mondo X – Sardegna, Cagliari

1. Introduzione

La crescente incidenza, nei servizi per le tossicodipendenze, di richieste di presa in carico di soggetti con diagnosi psichiatriche multiple, sta ponendo interrogativi importanti che coinvolgono non solo aspetti organizzativi/strutturali, ma anche l'impostazione stessa dei servizi e la loro cultura di riferimento. Ciò è particolarmente, ma non esclusivamente, vero per le strutture residenziali che si rifanno a modelli di intervento basati sugli strumenti cardine della responsabilizzazione individuale e del confronto diretto per far breccia sulle difese che impediscono la presa di coscienza della necessità del cambiamento e la sua successiva realizzazione: approccio, questo, che può risultare intollerabile se non francamente dannoso in un paziente con particolari disturbi, o, addirittura, del tutto impraticabile per una inadeguata comprensione del processo terapeutico.

Da qui la necessità di inquadrare con sempre maggior attenzione le caratteristiche dell'utenza, con un duplice obiettivo: da una parte una migliore personalizzazione del progetto terapeutico individuale con l'evidenziazione precoce dei tratti di personalità e delle caratteristiche psicopatologiche che richiedono l'integrazione dell'intervento comunitario con altri strumenti (psicoterapia individuale, compensazione farmacologia, ad esempio); dall'altra una rimodulazione generale dell'organizzazione comunitaria, con l'individuazione di mezzi nuovi che consentano una gestione più efficace del gruppo e un adeguato sostegno motivazionale degli utenti con patologie meno gravi, ad evitare pericolosi fenomeni di "livellamento verso il basso".

La presente comunicazione riporta i dati preliminari di uno studio a sviluppo triennale (parte di un progetto cofinanziato dalla Regione Sardegna sui fondi della legge 309/90) sulle correlazioni tra le caratteristiche psicopatologiche degli utenti che afferiscono alle Comunità Terapeutiche dell'Associazione Mondo X - Sardegna e alcune variabili del percorso terapeutico.

I dati forniscono, accanto ad alcune variabili della storia d'abuso, un quadro generale dei tratti patologici di personalità e delle sindromi cliniche significative che accompagnano il disturbo da dipendenza da sostanze, e si riferiscono ai 128 utenti rivoltisi ai Centri di Accoglienza dell'Associazione nel periodo 01.09.2001 – 31.07.2002 e, parallelamente, a quelli inseriti nella fase residenziale del programma terapeutico presso la Comunità di Campu 'e Luas, in agro di Uta.

2. Campione e Strumenti

Il campione preso in esame dalla presente comunicazione è costituito da tre gruppi distinti di utenti:

- Il gruppo **A**, costituito dai 128 utenti presi in carico nel periodo di riferimento dai Centri di Accoglienza dell'Associazione Mondo X – Sardegna;
- Il gruppo **B** dei 28 utenti già presenti alla data iniziale presso la Comunità Terapeutica Campu 'e Luas;
- Il gruppo **C** dei 20 utenti inseriti nello stesso periodo presso la Comunità Campu 'e Luas.

Per i tre gruppi è stata realizzata una valutazione generale del quadro psicopatologico, con modalità diverse.

Per gli utenti del gruppo A, i cui contatti con le strutture dell'Associazione Mondo X – Sardegna si sono limitati in diversi casi a 1-2 colloqui, non è stato possibile realizzare in generale una

valutazione diagnostica adeguata: si riportano allora i dati, certamente conservativi dal punto di vista della compresenza di disturbi psichiatrici, delle sole diagnosi pregresse (certificate all'atto dell'invio da altro ente, o comprovate da dichiarazione medico/psichiatrica in possesso dell'utente stesso) sia di ASSE I che di ASSE II del DSM-IV [American Psychiatric Association,1996], oltre che alcune variabili della storia d'abuso.

Per i 48 utenti complessivi dei gruppi B e C, che hanno instaurato rapporti più duraturi con l'Associazione, è stato invece possibile effettuare una dettagliata raccolta di informazioni anamnestiche, la somministrazione di una batteria di test psicodiagnostici e uno o più colloqui clinici che hanno consentito, in definitiva, una valutazione diagnostica secondo i criteri del DSM-IV. La batteria di test utilizzata comprende il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) [Choca et Al, 1996], il Beck Depression Inventory (BDI), lo State Trait Anxiety Inventory (STAI X1/X2).

Le valutazioni si riferiscono, per gli utenti del gruppi A e C, al momento della presa in carico, per gli utenti del gruppo B all'inizio del periodo di riferimento.

3. Il Campione A: utenza dei centri di accoglienza

Gli utenti presi in carico dai Centri di accoglienza nel periodo di riferimento sono distribuiti, per ciò che riguarda la sostanza d'abuso principale¹ come mostrato in fig. 3.1: si tratta, come si evince dal grafico, in massima parte di eroinomani, seguiti a distanza dagli alcolisti, mentre solo 4 utenti in totale riportano dipendenza da sostanze differenti (cocaina, cannabinoidi, anfetaminosimili).

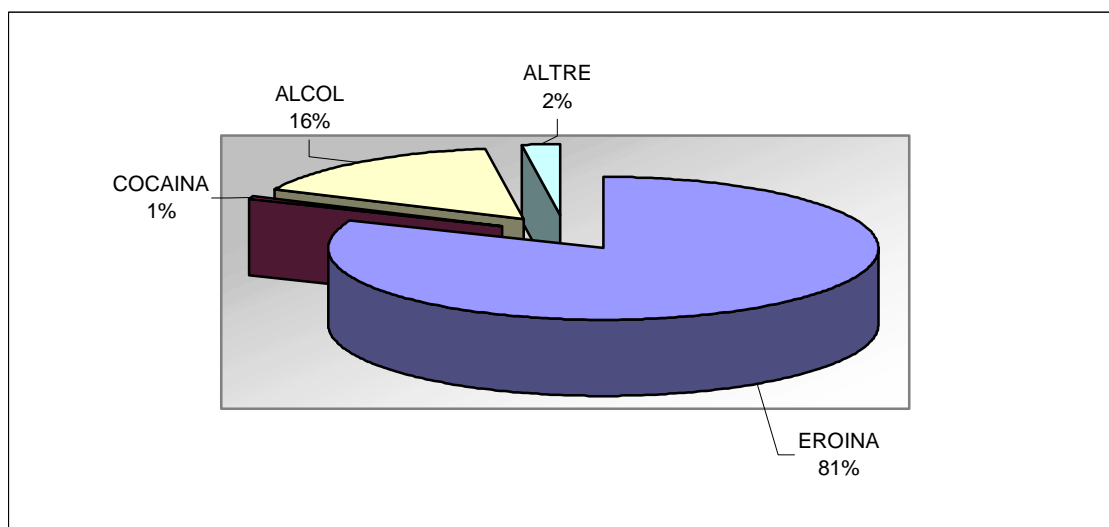


Fig. 3.1 Distribuzione percentuale degli utenti per droga primaria

Di questi 128 utenti, 78 (61%) hanno abbandonato il percorso di accoglienza, 20 (16%) sono stati inviati ad altre strutture e 30 (23%) sono stati inseriti in un percorso residenziale presso una delle nostre sedi.

Per quanto riguarda la comorbilità psichiatrica accertata in precedenza, il 17% presentava una o più diagnosi di Asse I secondo il DSM-IV, e il 4% una (o più) di asse II. In totale il 21% degli utenti presentatisi all'accoglienza aveva una diagnosi psichiatrica pregressa oltre al problema di dipendenza da sostanze.

La fig. 3.2 riporta la distribuzione complessiva delle varie diagnosi per classi.

¹ nella percezione individuale: non sempre questo corrisponde ad una effettiva maggiore compromissione con quella sostanza, essendo anche frequentissime le politossicodipendenze.

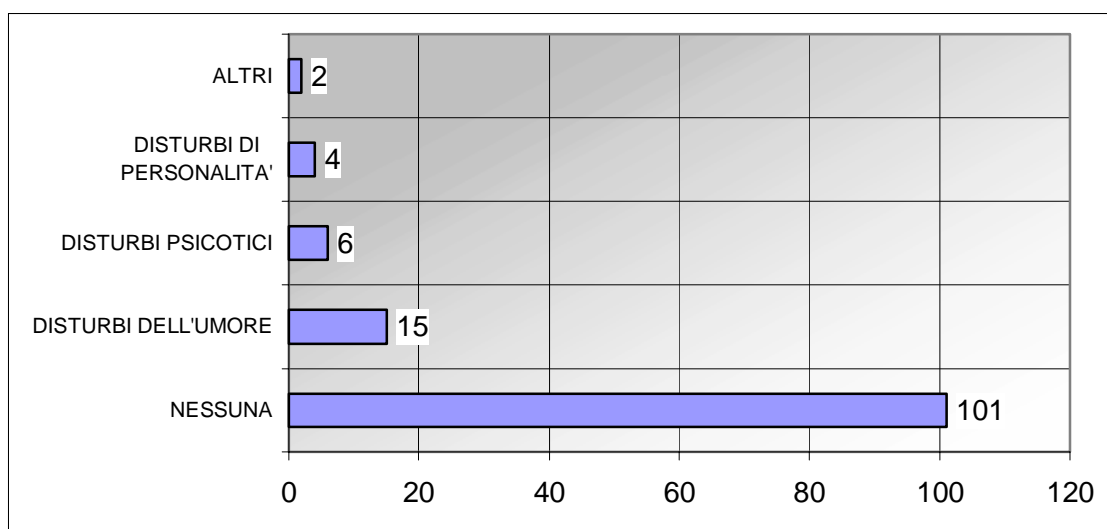


Fig. 3.1 Classificazione secondo DSM-IV delle diagnosi pregresse

4. Il campione B: i “vecchi utenti” della Comunità

Le figure 4.1 e 4.2 forniscono una rappresentazione riassuntiva del tipo di sostanze utilizzate dal campione in esame: si tratta, anche in questo caso, in prevalenza di soggetti che hanno come sostanza d'abuso primaria l'eroina, seguita dall'alcol, e dalla cocaina in misura sensibilmente superiore rispetto al campione dia accoglienza (7% rispetto a 1%). Il 36% dei soggetti presentava poi una storia di dipendenza da altre sostanze oltre alla primaria, come riportato in grafico.

La storia della dipendenza principale è mediamente pluriennale: solo il 14% dei soggetti presentava un vissuto di tossicodipendenza inferiore all'anno, in contrapposizione al 39% che superava il decennio: le classi intermedie raccoglievano significativi valori del 21% (1-5 anni) e 25% (5-10 anni).

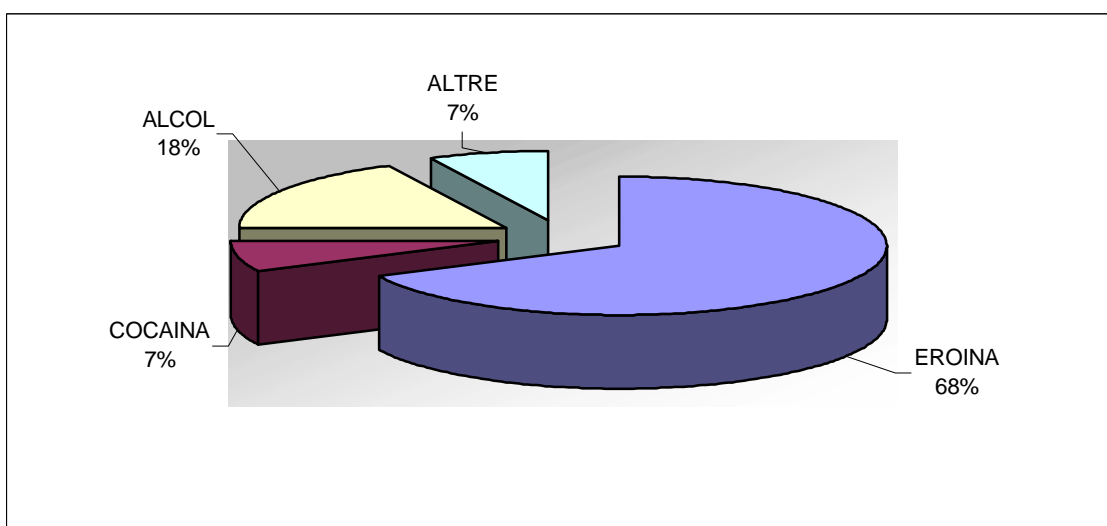


Fig. 4.1 Distribuzione percentuale degli utenti per droga primaria

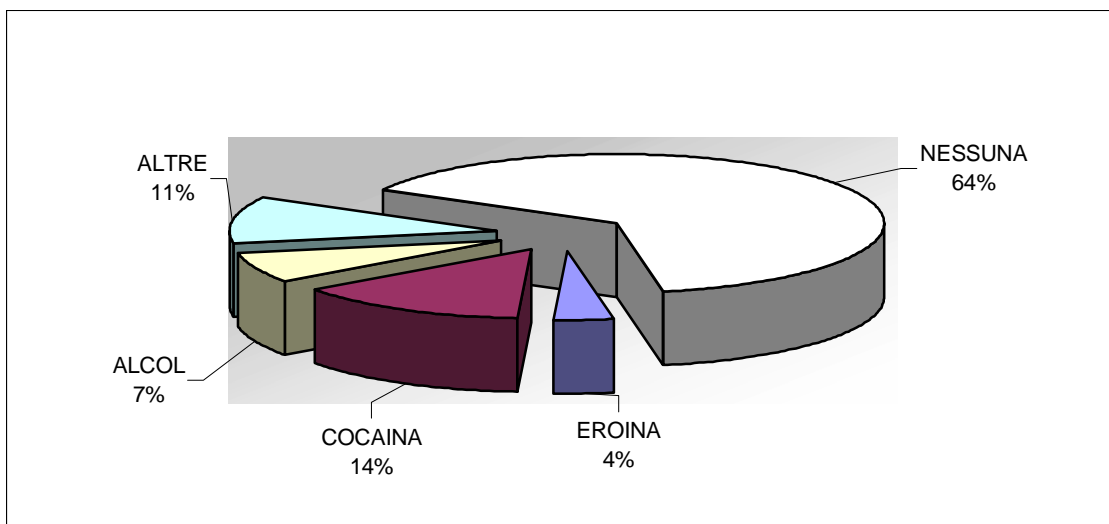


Fig. 4.2 Distribuzione percentuale degli utenti per droga secondaria

I dati sulle problematiche psichiatriche concomitanti al disturbo da sostanze sono riassunti nei grafici seguenti. La fig. 4.3 riporta la distribuzione delle diagnosi per asse DSM-IV di appartenenza: il 71% dei soggetti ha potuto essere diagnosticato per un disturbo di Asse I, di Asse II o per entrambi.

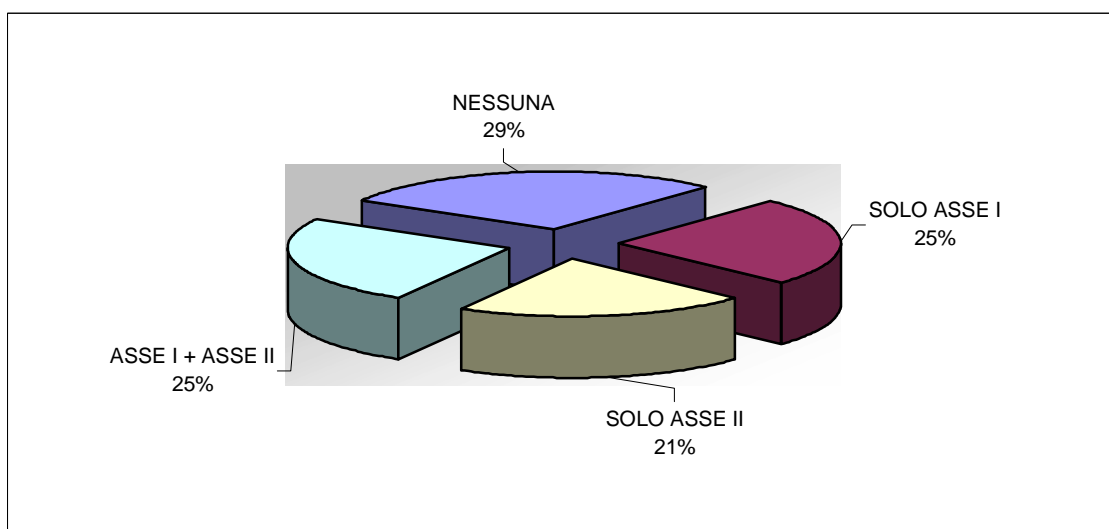


Fig. 4.3 Distribuzione percentuale per asse diagnostico (DSM-IV)

Da osservare come soltanto il 28,6% riportasse una diagnosi precedente all'inserimento comunitario e un relativo trattamento psicofarmacologico. L'anamnesi mostrava inoltre la presenza di altri membri della famiglia con diagnosi psichiatriche nel 32% dei casi, mentre la familiarità dichiarata per problemi di tossicodipendenza si attestava poco oltre il 7%.

Le figure 4.4 e 4.5 riportano, per i due assi, la distribuzione delle diagnosi riscontrate².

² I dati si riferiscono, in caso di diagnosi multiple su di un singolo asse, a quella principale.

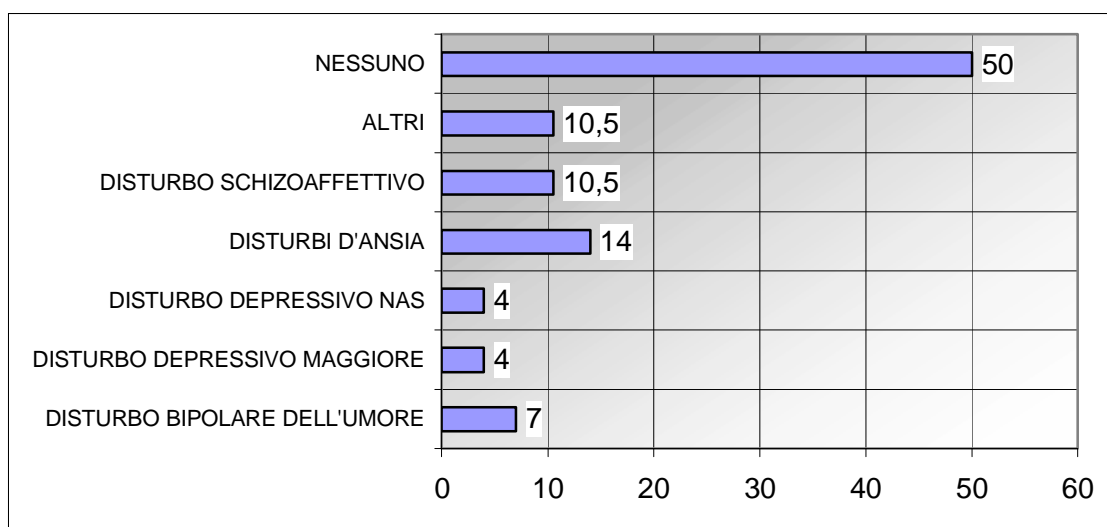


Fig. 4.4 Distribuzione percentuale delle diagnosi di Asse I

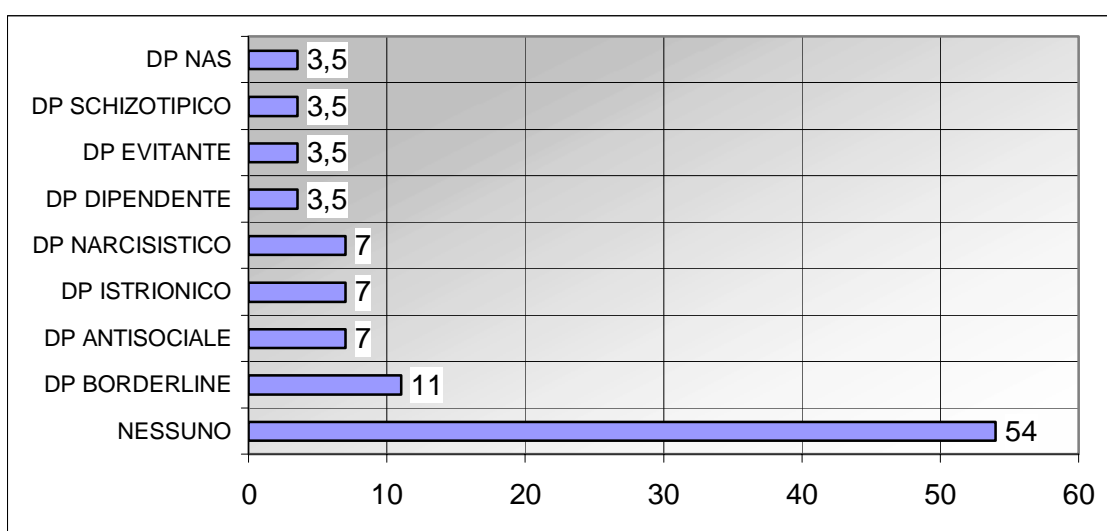


Fig. 4.5 Distribuzione percentuale delle diagnosi di Asse II

5. Il campione C: i “nuovi utenti” della Comunità

Le fig. 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 riportano, per il campione dei nuovi utenti, i dati corrispondenti a quelli del paragrafo precedente.

I dati sulla lunghezza del periodo di dipendenza dalla sostanza principale riportano una distribuzione traslata verso periodi sensibilmente più lunghi, con oltre il 45% dei soggetti che presentava periodi superiori al decennio, e nessun soggetto con periodi inferiori all'anno.

I dati sulle diagnosi pregresse mostrano una percentuale positiva del 40%, e quelli sulla presenza di familiari con patologia psichiatrica o con problemi di tossicodipendenza evidenziano, infine, positività del 15% e del 5% rispettivamente.

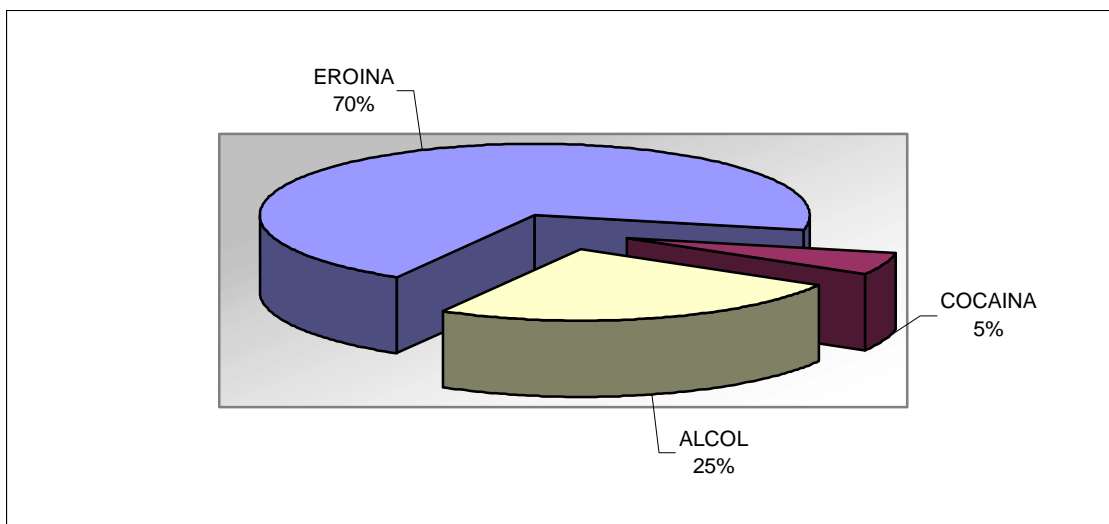


Fig. 5.1 Distribuzione percentuale degli utenti per droga primaria

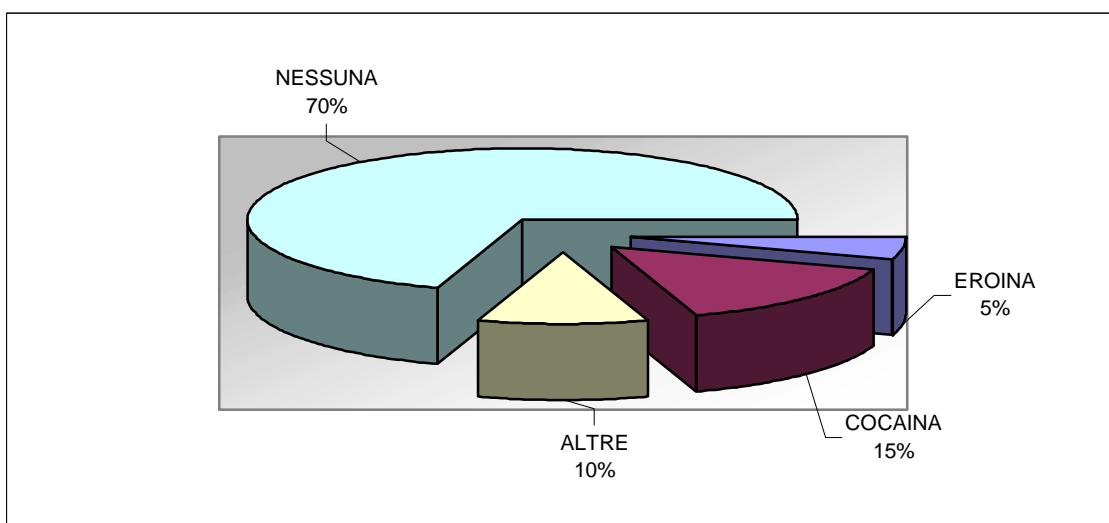


Fig. 5.2 Distribuzione percentuale degli utenti per droga secondaria

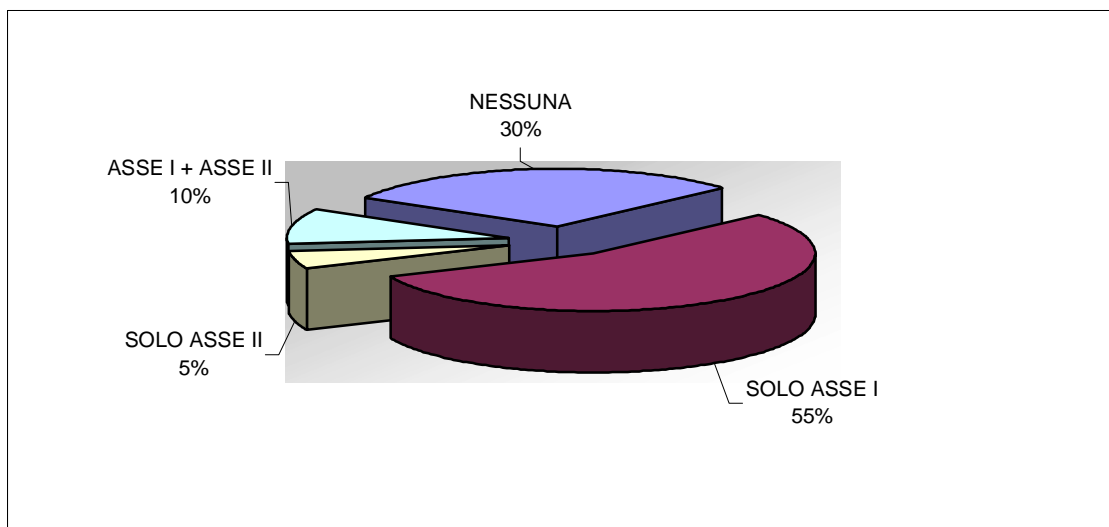


Fig. 5.3 Distribuzione percentuale per asse diagnostico (DSM-IV)

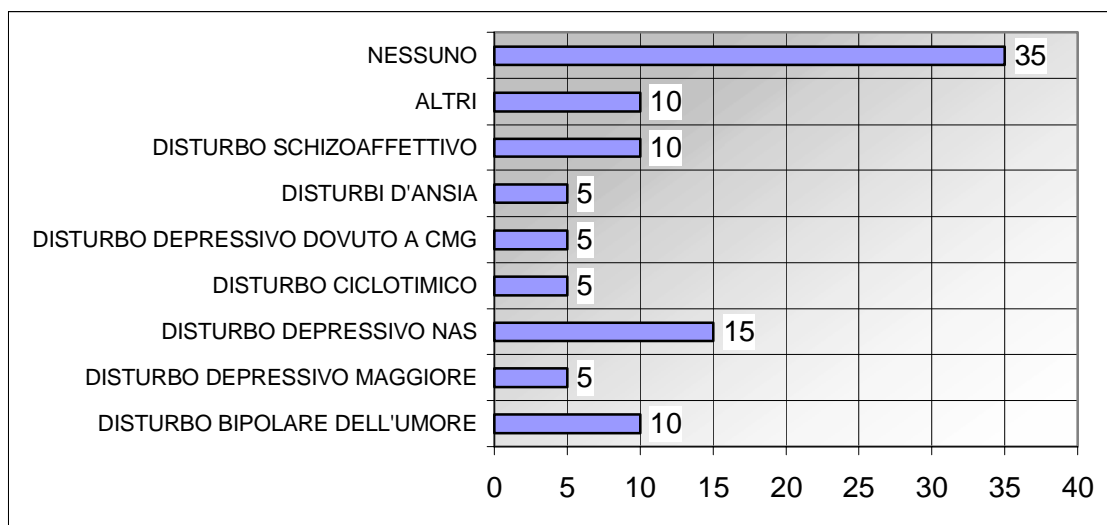


Fig. 5.4 Distribuzione percentuale delle diagnosi di Asse I

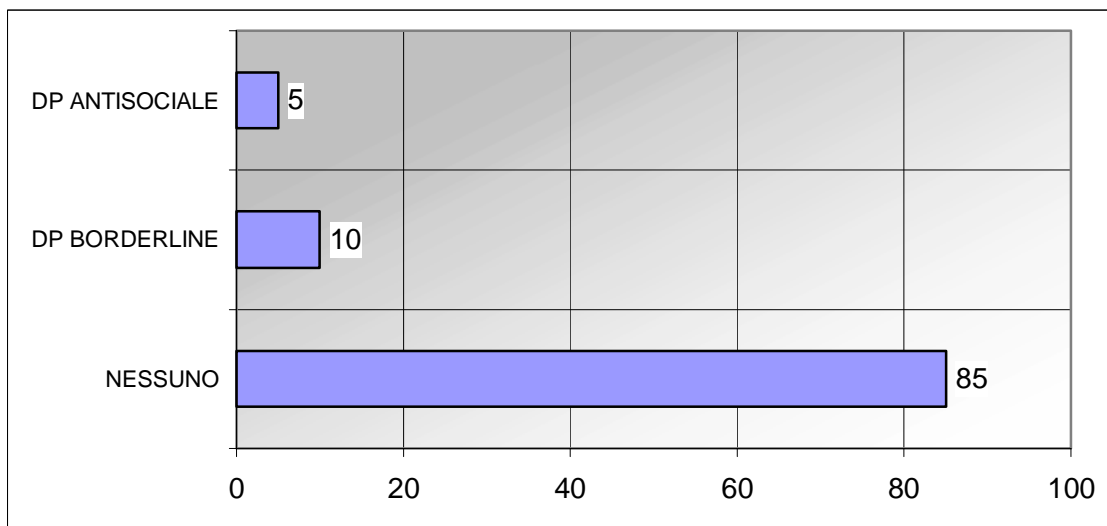


Fig. 5.5 Distribuzione percentuale delle diagnosi di Asse II

6. Discussione

Lo scopo descrittivo di questa comunicazione e la limitatezza del campione utilizzato che non consente deduzioni statisticamente “forti”, non ci esime dal proporre in conclusione alcune considerazioni che emergono dall’analisi di questi dati e che possono essere un utile spunto per ulteriori approfondimenti.

La prima considerazione riguarda le prevalenze di disturbi psichiatrici riscontrate nel complesso degli utenti in fase residenziale: 56% di disturbi su asse I e 34% su asse II. Sono percentuali elevate in assoluto, ma peraltro all’interno del vasto range riportato dagli studi clinici ed epidemiologici della letteratura scientifica nazionale e internazionale. Anche i pochi studi effettuati su campioni appartenenti al territorio della regione Sardegna sono in linea con i dati qui esposti: si va dal 53,8% di disturbi di asse I e 45,3% di asse II del DSM III-R di uno studio su 106 pazienti in mantenimento metadonico [Pani P.P. et Al., 1991], al 44% di MMPI patologico nello studio

realizzato su un modesto campione dal Servizio Tossicodipendenze di Carbonia [Testa P.G. et Al., 1996], al 42.6% di diagnosi complessive da DSM III-R dello studio di Pani del 1997 [Pani P.P. et Al., 1997]. I numeri, pur nella loro incompletezza mostrano con evidente chiarezza che il problema delle diagnosi psichiatriche negli utenti tossicodipendenti non può essere considerato un elemento isolabile dal contesto generale, una eccezione che si inserisce in una regola che viaggia su percorsi differenti: percentuali di utenti con doppia diagnosi che superano abbondantemente il 50-60% del totale costringono a riflessioni che non sono più sul registro dell'integrazione degli interventi esistenti quanto piuttosto su un ripensamento complessivo dei percorsi comunitari che valorizzi il patrimonio di esperienza maturato negli anni, senza snaturarlo, alla luce di nuove esigenze.

La seconda considerazione, strettamente correlata alla precedente, riguarda la conseguente forte richiesta di interventi terapeutici da parte del territorio: i criteri estremamente conservativi proposti per l'inclusione nella categoria "doppia diagnosi" nel campione degli utenti dell'Accoglienza (diagnosi pregressa accertata da documentazione medico-psichiatrica) fanno comunque emergere la sensibile percentuale del 21%. Il dato assume un significato particolare se si pensa che nella maggior parte dei casi non si tratta di richieste spontanee ma di invii da parte di strutture pubbliche per le tossicodipendenze o, in misura tangibile, da parte di servizi territoriali per la psichiatria, a conferma della diffusa opinione che esistano notevoli difficoltà nel trattamento residenziale di soggetti con doppia diagnosi. Quando, infatti, per svariati e non infrequenti motivi³, si rende necessario un trattamento in regime residenziale, il problema assistenziale dei pazienti tossicodipendenti con doppia diagnosi diventa molto complesso: le strutture comunitarie progettate per accogliere pazienti psichiatrici, oltre ad essere ancora poche ed estremamente costose, difficilmente accolgono pazienti con disturbi da uso di sostanze e non sono comunque attrezzate per far fronte alle specifiche necessità dei pazienti tossicodipendenti; d'altra parte le strutture comunitarie tradizionalmente orientate al trattamento psicosociale di utenti tossicodipendenti hanno notevoli difficoltà nella gestione di pazienti psichiatrici, sia per carenze personale specializzato (in grado di gestire le situazioni specifiche) sia per la generale difficoltà di adattamento del programma terapeutico generale al paziente non in grado di conformarsi [Cancrini L., Nocerino S., 1999]. È questa la condizione che, unita alla relativa scarsità di strutture specifiche per pazienti in doppia diagnosi, si riflette in numeri sempre più significativi di soggetti con patologie psichiatriche anche gravi che divengono oggetto di invii "anomali" verso strutture residenziali "tradizionali" per tossicodipendenti, non specificamente attrezzate per il controllo della patologia psichiatrica.

La terza considerazione nasce dal raffronto tra i campioni dei nuovi e dei vecchi utenti della comunità residenziale: le percentuali complessive di seconda diagnosi psichiatrica sono paragonabili nei due campioni, a differenza del dato sulle diagnosi pregresse, percentualmente molto inferiori nel gruppo dei vecchi rispetto a quello dei nuovi. Se ne può ragionevolmente dedurre come il problema emergente della doppia diagnosi non sia affatto nuovo nella sua sostanza: la presenza di utenti con seconda diagnosi psichiatrica è già una costante da diversi anni nelle strutture residenziali, e il rapido incremento dell'incidenza verificatisi negli ultimi anni deve certamente (anche se non solo) essere visto alla luce della maggiore attenzione che i servizi stanno prestando nei confronti di una classificazione diagnostica accurata e di una presa in carico anche psichiatrica.

La quarta considerazione deriva dalle già citate percentuali sensibilmente inferiori di diagnosi pregresse rispetto a quelle successive all'ingresso in comunità, che porta l'attenzione sul problema dello screening in ingresso. Una grande percentuale di patologie psichiatriche risultano di difficile individuazione in fase di accoglienza e tendono ad emergere soltanto a percorso residenziale avviato. Ciò sia per le oggettive difficoltà nella realizzazione di colloqui clinici significativi in situazioni di

³incapacità da parte del paziente ad interrompere l'uso della sostanza pur con l'ausilio di trattamenti specialistici di tipo ambulatoriale; assenza di un supporto psicosociale adeguato da parte della famiglia o del contesto sociale più allargato; necessità di allontanarsi da contesti di vita che rafforzano la prosecuzione dell'uso della sostanza; complicazioni di natura psichiatrica che richiedano osservazione e sorveglianza attenta e continuativa come nel caso dell'insorgenza di severi sintomi depressivi accompagnati da ideazione suicidaria e altri.

evidente alterazione da uso di sostanze, sia per la tendenza alla negazione di aspetti problematici da parte degli utenti, dei loro familiari e, non raramente, degli stessi servizi invianti, per il timore di un rifiuto di accoglienza residenziale. La somministrazione di un adeguata batteria di test può diventare uno strumento importante di integrazione alle altre procedure di accoglienza e alla raccolta di dati anamnestici non sempre accurati.

L'ultima considerazione riguarda l'attenzione da prestare alle diagnosi di asse II, spesso trascurate nelle valutazioni diagnostiche a favore delle sindromi cliniche di Asse I che, nella loro evidenza immediata rischiano di mascherare gli altri elementi (si veda la bassissima percentuale di diagnosi pregresse di asse II in raffronto alla incidenza nelle diagnosi successive). La nostra esperienza clinica e di gestione di strutture residenziali fa emergere con chiarezza che la presenza di disturbi di asse II (fondamentalmente disturbi di personalità) sia un elemento fortemente correlato alla ritenzione in trattamento e ad un eventuale successo dello stesso, come indicano anche i dati preliminari di uno studio sui predittori di ritenzione presentato in questo stesso congresso [Cois et Al, 2002].

7. Bibliografia

American Psychiatric Association (1996), DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano - Parigi - Barcellona.

Cancrini L., Nocerino S. (1999), Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro, *Attualità in Psicologia*, Vol. 14, n. 3.

Choca J. P., Shanley L. A., Van Denburg E. (1996), Guida Interpretativa del Millon Clinical Multiaxial Inventory, IFREP, Roma.

Cois A., Congia P., Portas M. (2002), Doppia diagnosi e trattamento in comunità terapeutica: considerazioni sui predittori di ritenzione, 1° Congresso Nazionale su Disturbi Mentali e tossicodipendenza, Domus De Maria (CA), 15-19 Ottobre 2002

Pani P.P., Carta M., Rudas N. (1991), Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei, *Minerva Psichiatrica* 32, 145-50.

Pani P.P., Trogu E., Contu P., Agus A., Gessa GL. (1997), Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program, *Drug and alcohol dependence*, 48.

Testa P.G., Pittau R., Seu R., Carta B., Casula F., Melis C., Viveri M.A. (1996), Comorbidità per disturbi mentali verificata con MMPI in tossicodipendenti in terapia e nei loro familiari, in Lai Guaita M.P. (a cura di), *Famiglia e tossicodipendenze*, Laterza, Bari.