

## **L'ASSESSMENT DIAGNOSTICO NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E NELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA ASSOCIATA. ASPETTI OPERATIVI NELLA GESTIONE CLINICA**

Ezio Manzato

Psichiatra Psicoterapeuta, Docente di Psicoterapia dei Comportamenti di Abuso e dell Dipendenze della Scuola Superiore di Psicoterapia di Cremona

SER.T1-Servizio Alcolologia, Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale di Zevio (Verona)

L'esigenza di gestire il processo di trattamento ("cura") e quello di cambiamento del paziente dipendente da sostanze psicoattive nei Servizi per le Dipendenze vede nella valutazione la modalità principale mediante la quale le diverse figure professionali dell'équipe curante, riflettono sugli obiettivi di lavoro terapeutico e sul trattamento di ciascun paziente. Il monitoraggio del percorso terapeutico-riabilitativo e del cambiamento del paziente consente all'équipe curante multiprofessionale di avere il feedback necessario per orientare il trattamento riabilitativo. La valutazione del paziente e del suo trattamento riabilitativo, deve essere organizzata per fasi, con obiettivi terapeutici intermedi e finali e valutazioni ad ogni fase; la valutazione, inoltre, è basata su osservazioni multiple e inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione diagnostica d'ingresso che permette di descrivere la classificazione e la stadiazione, cioè la gravità clinica (dipendenza, comorbidità psichiatrica e medica e danno bio-psico-sociale) e quella familiare e sociale; questa valutazione diagnostica di classificazione e di stadiazione è fondamentale per la definizione della diagnosi, del decorso clinico e della prognosi del disturbo, per la scelta, per l'accoppiamento ottimale paziente-trattamento e per la pianificazione del percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato ed, infine, per il governo (management clinico) del trattamento e per la sua valutazione di andamento e di esito. La valutazione deve essere globale, multidimensionale (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, sociale, ambientale e legale), relativa all'impegno del "cliente" al cambiamento (fondamentale per la relazione terapeutica) ed al grado di coinvolgimento nel trattamento riabilitativo, diacronica (dinamica) e ricavata da varie fonti e con vari strumenti.

La diagnosi, come valutazione multiprofessionale e multidimensionale, è la base della pratica clinica nel Sistema delle Dipendenze ed è inoltre un requisito funzionale per l'accreditamento dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (SER.T) e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale. Nell'Accordo Stato-Regioni "Riforma dei Servizi di Assistenza per le Tossicodipendenze" (21.1.1999), tra le diverse indicazioni esplicitate per la riorganizzazione del Sistema delle Dipendenze, il momento della valutazione diagnostica è ritenuto di importanza fondamentale e deve costituire, insieme alla definizione della prognosi, il punto di partenza di qualsiasi intervento. Inoltre, facendo salva la centralità della persona, i SER.T devono garantire dei livelli minimi di prestazioni, tra cui, oltre all'accoglienza, alla cura ed alla riabilitazione, è inserita la diagnosi, fondamentale anche ai fini dell'accreditamento. Nell'Accordo Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei Servizi Privati di Assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" (5.8.1999) l'accesso ai Servizi avviene previa valutazione diagnostica multidisciplinare (medica, psicologica e sociale) da parte del Servizio Pubblico o del Servizio Privato accreditato a tal fine, e, pertanto, la valutazione diagnostica è prevista come condizione fondamentale ed ineliminabile per poter effettuare il trattamento riabilitativo.

Relativamente alla diagnosi, la ricerca scientifica internazionale e nazionale nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze psicoattive ha sviluppato numerosi strumenti diagnostici standardizzati che permettono di valutare le diverse aree (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, familiare, sociale, lavorativa e legale), in cui si presentano i problemi correlati alla dipendenza da sostanze psicoattive, descrivendone anche la gravità (abuso o dipendenza), e discriminando diverse tipologie di pazienti all'interno della grande eterogeneità dei dipendenti da sostanze psicoattive. È stata così evidenziata la necessità di utilizzare misurazioni diverse e continue e varie fonti di informazione e di sviluppare una valutazione globale e multidimensionale con l'utilizzo di diversi strumenti diagnostici standardizzati e di self-report.

In particolare, per quanto riguarda i pazienti con comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, nella valutazione diagnostica per differenziare il disturbo psichiatrico indipendente (primario) da quello indotto (secondario) dall'assunzione delle sostanze psicoattive, con l'obiettivo di formulare una corretta ipotesi prognostica e scegliere il trattamento riabilitativo più adeguato, è utile

strutturare la valutazione clinica secondo una serie di operazioni specificatamente sequenziate, mediante un'attenta valutazione, uno studio approfondito delle modalità evolutive individuali nel decorso temporale ed un'osservazione precisa. La prima operazione consiste nel valutare l'effettiva presenza di una diagnosi doppia, cioè se la sintomatologia soddisfa i criteri diagnostici per due disturbi psichiatrici, uno dei quali sia rappresentato dall'abuso o dalla dipendenza da sostanze psicoattive. La seconda operazione consiste nell'individuare con precisione l'età in cui si sono manifestati per la prima volta i sintomi dei due disturbi, nel senso che se è evidente la comparsa primaria della dipendenza da sostanze psicoattive l'evoluzione del disturbo psichiatrico è rappresentata da una risoluzione spontanea semplicemente con l'astinenza dalle sostanze psicoattive. La terza operazione consiste nella ricerca di precedenti periodi pregressi di astinenza, a partire dall'inizio del periodo della dipendenza, verificando se anche nel corso di quelle fasi si siano sviluppati sintomi psichiatrici. La quarta operazione consiste nel sottoporre il paziente per circa un mese ad un monitoraggio attento e scrupoloso della condizione clinica, per verificare l'effettiva tendenza alla risoluzione spontanea della sintomatologia psichiatrica con la progressione dell'astinenza dalle sostanze psicoattive. Generalmente un disturbo psichiatrico indotto va incontro ad una risoluzione spontanea semplicemente con l'astinenza dalle sostanze psicoattive, a meno che vi sia un disturbo persistente indotto da sostanze come danno strutturale indotto (amnesia, decadimento demenziale, delirio,...).

La procedura diagnostica, per quanto riguarda i pazienti con comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive, si svolge a tre livelli. Il primo livello è quello della diagnosi categoriale, nel senso che i criteri diagnostici standardizzati del sistema di riferimento DSM-IV-TR costituiscono la guida per un inquadramento sia dell'abuso o della dipendenza da sostanze psicoattive che del disturbo psichiatrico (criterio gerarchico); la diagnosi categoriale può avere un notevole ausilio dall'accertamento di marker biologici mediante gli esami di laboratorio (metaboliti urinari delle sostanze psicoattive, alcolemia,...). Il secondo livello è quello dell'inquadramento dimensionale, nel senso che è opportuno prendere in considerazione accanto alle dimensioni psicopatologiche del disturbo psichiatrico (schizofrenia: impoverimento, trasformazione della realtà, disorganizzazione e depressione) anche la dimensione appetitività-dipendenza, che rappresenta la tendenza all'assunzione di sostanze psicoattive; inoltre, è opportuno valutare le modalità ed i tempi di assunzione sia della fase premorboza che di quella attuale, l'entità dei fenomeni del craving e le modalità di ricerca e di assunzione di sostanze psicoattive (comportamento passivo da situazioni ambientali, comportamento stereotipato e pseudo-ossessivo,...). Il terzo livello è quello interpretativo e si riferisce all'ipotesi di un rapporto di causalità tra abuso o dipendenza da sostanze psicoattive e sintomatologia psichiatrica; questo rapporto in alcuni casi può essere stabilito solo in termini probabilistici o non essere identificabile, tuttavia, quando può essere stabilito con ragionevole probabilità rappresenta una linea guida utile per la priorità e per la sequenza degli interventi terapeutici del trattamento riabilitativo. Gli elementi clinici che possono essere di aiuto in questo terzo livello diagnostico sono sostanzialmente tre criteri di massima sul rapporto causale nei casi in cui non sia chiaramente dimostrato: la familiarità (per disturbi psichiatrici e/o per disturbi da uso di sostanze psicoattive), la sequenza temporale di insorgenza (periodo prodromico o attuale del disturbo psichiatrico, meccanismo compensatorio di effetti indesiderati farmacologici,...) e la reversibilità da sospensione delle sostanze psicoattive.

La doppia diagnosi si riferisce alla particolare condizione clinica di comorbidità in cui il disturbo da uso di sostanze psicoattive è associato ad un disturbo psichiatrico, e questa associazione può avere dei rapporti di causalità diversi tra i due disturbi. La prima possibilità è che l'associazione sia casuale (eziopatogenesi indipendente), la seconda possibilità è che esista un disturbo sindromico primario con un cluster di sintomi psichiatrici che determina l'assunzione delle sostanze psicoattive (modello dell'automedicazione), la terza possibilità è che esista un rapporto di causalità accertato tra assunzione di sostanze psicoattive e comparsa di un quadro sindromico psichiatrico (disturbo indotto temporaneo o persistente), la quarta possibilità è che un disturbo da uso di sostanze psicoattive può avere una serie di determinanti e di concause comuni (meccanismo patofisiologico comune). Il rapporto di causalità può essere chiarito tenendo presente i tre criteri di massima, rappresentati dalla familiarità, dalla sequenza temporale di insorgenza e dalle caratteristiche del disturbo indotto e dal tipo di sostanza psicoattiva.

In sintesi, la diagnosi di comorbidità psichiatrica si basa, oltre che su di una raccolta anamnestica accurata ed una valutazione di segni e di sintomi, sull'applicazione di sei regole decisionali (tre maggiori e tre minori):

- momento d'esordio del disturbo psichiatrico (precedente o successivo all'abuso di sostanze psicoattive),
- caratteristiche sintomatologiche del quadro clinico (sintomi qualitativamente differenti da quelli riscontrati nei soli disturbi da uso di sostanze psicoattive),

- persistenza del disturbo psichiatrico per circa quattro settimane dopo la disintossicazione,
- familiarità positiva per disturbi psichiatrici,
- precedenti tentativi terapeutici falliti per dipendenza da sostanze psicoattive e/o per disturbi psichiatrici,
- eventuale risposta terapeutica a pregressi trattamenti psicofarmacologici.

La diagnosi categoriale secondo il DSM-IV-TR, che definisce una valutazione psichiatrica descrittiva, viene fatta utilizzando degli algoritmi (alberi decisionali), che valutano la realtà a partire da una logica binaria “o è sì o è no” che permette di entrare nelle diverse aree diagnostiche psicopatologiche del DSM-IV. Le operazioni diagnostiche fatte secondo le indicazioni algoritmiche del DSM-IV-TR sono fondate su quattro criteri metodologici: descrittivo, funzionale, cronologico e di esclusione. Oltre alla valutazione psichiatrica descrittiva (orientata al sintomo) esiste anche il punto di vista strutturale, psicodinamico (orientato all'insight), importante sia per gli aspetti concettuali che clinici, che permette di evidenziare le strutture di personalità nevrotica, borderline e psicotica, che soggiacciono e che sostengono i sintomi psichiatrici e che nella pratica clinica permette di riservare spazi di libertà nella relazione terapeutica (relazione interpersonale). La relazione terapeutica non può essere guidata solamente dal quadro diagnostico descrittivo secondo il DSM-IV-TR, ma abbisogna di una “guida” diversa che è centrata sui meccanismi di difesa con cui il sistema psichico funziona e che rappresentano una valenza adattiva ed una di controllo dell'angoscia. Durante la relazione terapeutica è molto importante avere in mente la gerarchia dei meccanismi di difesa e valutare come il paziente li utilizzi in modo stabile, transitorio o episodico. La diagnosi psicodinamica guidata dalla visione della personalità come struttura (articolazione della struttura, piani e difese) è sicuramente in grado di dare maggior respiro, di permettere di uscire fuori dal piano nosografico asettico e di consentire che la relazione terapeutica non sia guidata solamente da etichette diagnostiche, ma sia fondata sulle prospettive della storia personale del paziente.

La valutazione psicodinamica (orientata all'insight) non è separabile dalla valutazione psichiatrica descrittiva (orientata al sintomo), in quanto le informazioni descrittive (anamnestiche, sui segni e sui sintomi) sono componenti essenziali dell'inquadramento diagnostico, cosicché la valutazione diagnostica psicodinamica può essere considerata come un ampliamento significativo della valutazione psichiatrica descrittiva. Inoltre, i due tipi di colloquio (descrittivo-orientato al sintomo e psicodinamico-orientato all'insight) possono essere integrati per sviluppare uno stile d'intervento in grado di ricavare informazioni di vario livello dal paziente. I diversi elementi della diagnosi psicodinamica costituiscono la base della formulazione esplicativa, che è un'ipotesi che illustra come tutti questi elementi interagiscono nel creare la condizione clinica presentata dal paziente. Questa ipotesi riassuntiva indicata anche come “formulazione psicodinamica”, può includere considerazioni sugli aspetti biologici del disturbo psichiatrico, la predisposizione genetica, le influenze socioambientali, i fattori intrapsichici e le conseguenti implicazioni terapeutiche. La formulazione dovrebbe in sintesi mettere in luce gli aspetti principali e la loro rilevanza rispetto al progetto terapeutico-riabilitativo. Anche la valutazione psicodinamica ha come obiettivo quello di scegliere e di guidare la pianificazione globale del trattamento, anche quando una psicoterapia psicodinamica è sconsigliata.

Specificatamente per quanto riguarda l'assessment diagnostico per la comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive è consigliata l'inclusione di strumenti adeguati per migliorare l'affidabilità della diagnosi complessa (multidimensionale). Inoltre, sempre riguardo all'assessment diagnostico per la comorbidità psichiatrica vengono distinti tre gruppi di strumenti: gli strumenti di screening, quelli di diagnosi e quelli di valutazione del trattamento. Tra gli strumenti di screening, di approfondimento diagnostico e di valutazione del trattamento possono essere segnalati: DAST (Drug Abuse Screening Test), CAGE, MALT (Munich Alcoholism Test), ADS (Alcohol Dependence Scale), ASI, scale per la valutazione di disturbi e sintomi psichiatrici come ansia, aggressività, depressione,...(SCL-90, STAI, STAXI, HDRS, BDI,...), interviste strutturate (SCID I), test di valutazione della personalità (MMPI 2, MCMI, SCID II), reattivi proiettivi (Rorschach, TAT,...), test sulle relazioni familiari (FRT), test cognitivi (WAIS-R, Matrici progressive di Raven, test di memoria, del linguaggio e per il controllo dell'information processing), strumenti di valutazione (SATS-Substance Abuse Treatment Scale, SOCRATES-Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Client Satisfaction Questionnaire).