

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Confronto clinico e psicodiagnostico tra pazienti affetti da disturbo da uso di oppiacei, affetti da disturbo bipolare e pazienti affetti da entrambe le patologie, in trattamento

Maria Rosaria Villani*, Marco Pascucci**, Giovanni Barone[^], Matteo Giordano^o, Angelo De Giorgi[§]

SUMMARY

■ Introduction

The World Health Organization (WHO) defines Comorbidity or Double Diagnosis as the coexistence in the same individual of a disorder due to the consumption of psychoactive substances and another psychiatric disorder (WHO, 1995). Although somewhat criticized, this definition allows us to identify a population of patients whose psychopathological characteristics appear peculiar and very often difficult and not univocal diagnostic interpretation; these difficulties frequently lead to cultural ideological diatribes and real difficulties of therapeutic intervention which keep these people in a precarious equilibrium condition with high costs in terms of health and lack of work productivity. In the literature there are numerous works that try to combine etiopathogenetic hypotheses of the psychiatric area with neurotransmitter pathways more typically associated with the world of pathological addictions, outlining a specific psychopathological culture that tries to give answers to difficult diagnostic questions.

Among the various models that try to clarify the etiopathogenetic associations common to addictions and other mental disorders, the one that seems most complete is the hypothesis of “hedonic homeostatic dysregulation” (dyshedonia), a phenomenological correlation of addictions and mental illness which moment would explain the greater frequency of dependence in subjects with bipolar spectrum (also intended as a temperamental trait) as well as the lack of control of impulses or the inability to predict the consequences of their actions. Our study fits into this groove with the aim of providing a contribution to the creation of a neurobehavioral language specific to the world of addictions.

Purpose and Methods

The primary end point of our study is to identify specific symptom dimensions attributable to specific patient populations by frequency in the SCL-90R. Secondly, we investigated the possible existence of common psychopathological characteristics among patients with bipolar spectrum pathology and addiction; finally we evaluated the impact of the double diagnosis on the individual's overall functioning. We enrolled three cohorts of patients: heroin addicts without other psychopathology, heroin addicts with bipolar disorder, patients with bipolar disorder without addiction, all from the Ser.D. and DSM of the province of Foggia.

The diagnosis was formulated through the criterion of clinical observation, supported by psychodiagnostic tools (MMPI-1, SCID 2) and laboratory tests (urinary toxicological tests).

The prevalent symptom dimensions were investigated with the SCL 90R.

Results

No significant data emerged relating to a specific psychopathological dimension for subjects suffering from substance use disorder. Among the subscales of SCL-90, ANX is the common dimension found among bipolar (dual diagnosis) and bipolar heroin addicts. In the comparison between the three groups (heroin addicts without comorbidities, bipolar heroin addicts, bipolar) evaluated globally, the least dysfunctional group was that of heroin addicts. The small size of the samples examined does not allow us to reach definitive results requiring further studies in this sense. ■

Keywords: Dual diagnosis, Opioid use disorder, Bipolar disorder, SCL-90-R.

Parole chiave: Doppia diagnosi, Disturbo da uso di oppiacei, Disturbo bipolare, SCL-90-R.

First submission: 18/12/2020, accepted 9/03/2021

Available online: 08/07/2021

* Gastroenterologa e Psichiatra, Ser.D. San Giovanni Rotondo, ASL di Foggia.

** Dirigente medico psichiatra, SPDC Ospedale "Masselli-Mescia", San Severo (FG).

[^] Dirigente medico, Direttore dell'U.O. S. a valenza dipartimentale del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

^o Medico Psichiatra, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

[§] Dirigente Medico psichiatra, Ser.D. Manfredonia (FG) del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL/FG.

Introduzione

L'ultimo decennio ha visto il realizzarsi di una rapida e profonda mutazione degli stili di consumo di sostanze d'abuso come anche degli stili di vita delle persone afferenti ai Ser.D.

Dalla relazione annuale al Parlamento del 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga/ Fonte: SIND – Anni 2012-2018) è emerso che, nel tempo, la percentuale degli utenti trattati per uso di oppiacei è risultata in costante diminuzione bilanciata dal trend in crescita registrato per il consumo di cannabinoidi e più marginalmente di cocaina/crack. Da una analisi condotta sui dati resi disponibili dal Sistema Informativo per le Dipendenze (SIND) si è potuto rilevare che il fenomeno della poliassunzione di sostanze è in costante crescita: sulla base della sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 62% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 14% ricorre anche a un'altra sostanza e il 24% ad almeno altre due sostanze.

Gli assistiti che usano primariamente cocaina dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 49% dei casi; il 19% vi associa un'altra sostanza e il 32% più sostanze, quote che raggiungono rispettivamente il 44%, 19% e 37% tra gli utenti in trattamento per uso di oppiacei (1).

Nei Ser.D. gli utenti che nel 2018 presentano almeno una patologia psichiatrica sono 7.860, pari al 6,2% degli assistiti in trattamento: di questi il 63,6% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 16,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 12,0% da schizofrenia e altre psicosi, il 3,1% da depressione e l'1,9% da mania e disturbi affettivi bipolari (2). Tale distribuzione ricalca quanto già emerso dai dati raccolti nel 2017 (1).

Per quanto sopra è possibile stimare che il 6,2% degli utenti afferenti nei nostri Ser.D. presentino una doppia diagnosi conclamata: tale rilievo pone una serie di problemi sia di ordine diagnostico (verosimilmente il dato sottostima la reale prevalenza di doppie diagnosi), terapeutico (ruolo psicopatologico dell'impatto delle sostanze sull'equilibrio psichico, necessità di presa in carico multidisciplinare), riabilitativo (scelta del percorso più appropriato).

I sistemi nosografici di riferimento, il ICD (3) e il DSM-5 (4) non restituiscono una dignità diagnostica alla "doppia diagnosi" intesa quale entità nosografica dotata di caratteristiche psicopatologiche specifiche.

L'evoluzione del sistema categoriale introdotta dal DSM-5 ha rimodulato i confini delle categorie diagnostiche collocando il disturbo bipolare e disturbi correlati tra i capitoli dello spettro della schizofrenia ed altri disturbi psicotici ponendoli "a ponte" tra questi ultimi ed i disturbi depressivi⁴. Nello stesso capitolo nel DSM-5 sono inclusi: disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare e disturbi indotto da sostanze/farmaci, disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione, disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione.

Per ciò che riguarda i disturbi da *addiction* le diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze vengono superate coniugandole in un unico disturbo da uso di sostanze la cui gravità viene rapportata ad un continuum da lieve a grave; i criteri diagnostici permangono organizzati sostanzialmente in quattro dimensioni che sono il discontrollo degli impulsi, la compromissione del funzionamento sociale, la scarsa capacità di prevedere le conseguenze dannose dei propri atti, e i criteri di tolleranza ed astinenza.

La revisione dell'impatto esercitato dalle sostanze sul funzionamento complessivo dell'individuo che ha portato a riclassificare le "dipendenze" come *addiction* collocandole, di fatto, nella sfera dei disturbi del comportamento ha, tuttavia, finito per escludere dal *core* sintomatologico l'espressione fenomenologica addebitabile direttamente all'uso della sostanza (4).

Ciononostante è da rimarcare l'interesse dimostrato nell'ultimo decennio dalla ricerca rispetto all'eziopatogenesi delle dipendenze patologiche.

Storicamente sono state invocate teorie di tipo sociologico, psicologico ma solo negli ultimi anni la ricerca si è focalizzata sui correlati neurobiologici individuando nella "disregolazione omeostatica edonica" (la disedonia) un possibile elemento di vulnerabilità come anche la frequente associazione tra disturbo bipolare e dipendenza (6), considerando il primo come fattore di rischio per sviluppo di Disturbo da uso di sostanza, alla stessa stregua di altri fattori come il comportamento antisociale, i comportamenti sessuali a rischio ed il discontrollo degli impulsi (7), e non ultimo la possibilità di delineare una specifica psicopatologia della dipendenza caratterizzata da specifiche dimensioni psicopatologiche.

L'ipotesi della "disregolazione omeostatica edonica" (la disedonia), come correlato neurobiologico su cui si impianterebbe la dipendenza e/o la malattia mentale è stata inizialmente proposta da Koob e Le Moal (5). Questi hanno ipotizzato una "disregolazione omeostatica edonica", attribuendola ad un preesistente *impairment* del funzionamento del sistema meso-cortico-limbico; questa ipotesi spiegherebbe più di altre l'associazione tra dipendenza ed altri disturbi psicopatologici.

Più semplicemente la disregolazione omeostatica edonica (disedonia) potrebbe precedere o al più associarsi, oltre che conseguire, agli effetti indotti dall'assunzione di sostanze psicotrope, fornendo il substrato funzionale sia per le dipendenze che per diversi quadri psicopatologici.

In una review del 2016, Koob *et al.* (7) hanno riformulato l'ipotesi della tossicodipendenza come risultante della disregolazione dei circuiti motivazionali. Gli effetti gratificanti delle droghe d'abuso, lo sviluppo del *craving*, lo sviluppo dell'intossicazione comporterebbero profonde modificazioni funzionali e strutturali nei circuiti dopaminergici oltre che in quelli oppioidergici a livello dei gangli della base; inoltre, secondo questi Autori interverrebbero modificazioni geniche che regolano l'espressione di fattori di trasduzione e trascrizione a livello di diversi neurocircuiti che contribuirebbero a determinare la vulnerabilità di fondo ma anche il mantenimento e la ricaduta associati alla dipendenza.

Numerosi studi sottolineano la possibilità di una stretta correlazione esistente tra dipendenza e bipolarità (intesa come disturbi bipolari tipo I e II, profili temperamentali, ciclotimia), ritenendo quest'ultima un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo da uso di sostanze.

La bipolarità ciclotimica, l'impulsività borderline, le condotte sociopatiche primarie, probabilmente affonderebbero le radici nello stesso substrato genetico-biologico, secondo quanto già sottolineato da Akiskal (8).

La ricerca di un link tra dipendenza e l'espressione fenotipica della bipolarità è stata indagata anche nell'esperienza clinica del PISA-SIA Group: ne è emerso che i disturbi bipolari tipo I rappresentano i disturbi mentali più comuni tra gli eroinomani in trattamento sostitutivo con metadone, mentre la depressione risulta meno frequente (9); il disturbo bipolare di tipo II sarebbe, invece, più frequente tra gli eroinomani in trattamento con naltrexone (10).

Il temperamento ciclotimico ha una maggiore prevalenza nel gruppo di eroinomani in mantenimento metadonico rispetto al gruppo di controllo di non abusatori appartenente allo stesso contesto ambientale (10-11). Inoltre, l'associazione tra tossicomania e ciclotimia è risultata indipendente dalla presenza di doppia diagnosi, suggerendo così un modello caratterizzato da distinte traiettorie di sviluppo psicopatologico.

Per quanto concerne il profilo temperamentale globale, gli eroinomani risulterebbero caratterizzati da una maggiore instabilità affettiva (ciclotimia) e una meno prominente componente di tipo distimico (9).

Allo stato attuale l'ipotesi più suffragata da evidenze è quella per cui l'*addiction* costituirebbe una sindrome clinica a sé stante, caratterizzata da psicopatologia specifica. Somministrando il SCL-90R a pazienti con disturbo da uso di eroina e successivamente anche a pazienti con disturbi da uso di altre sostanze il gruppo di ricerca di Maremmani A.G.I. (12), ha identificato una specifica psicopatologia della dipendenza, caratterizzata da 5 variabili dimensionali dei sintomi psicologici/psichiatrici: tale suddivisione comprende le dimensioni "inutilità e intrappolamento", "sintomi somatici", "sensibilità-psicotismo", "panico-ansia", "violenza-suicidio". Questi gruppi di sintomi si presentano indipendentemente dalle caratteristiche demografiche e cliniche, dall'uso attivo di eroina, dalla cronicità psichiatrica, dai trattamenti ricevuti e, in particolare, da altre sostanze d'abuso utilizzate dal paziente. La dimensione psicopatologica della dipendenza da uso di sostanze permetterebbe, pertanto, di discriminare i pazienti affetti da dipendenza da quelli affetti da altre malattie psichiatriche.

Lo stesso Gruppo aveva già correlato il modello psicopatologico di dipendenza a 5 variabili dimensionali col tasso di ritenzione di pazienti con disturbo da uso di sostanze che effettuano un trattamento residenziale. Dei 2016 soggetti con dipendenza da alcol, eroina o cocaina assegnati a uno dei cinque cluster sulla base del punteggio SCL-90, i pazienti con disturbo da uso di cocaina hanno conseguito risultati peggiori rispetto a quelli con dipendenza da eroina.

Sintomi afferenti alla dimensione "inutilità e intrappolamento" sono correlati ad una ritenzione più lunga in trattamento rispetto agli altri gruppi psicopatologici. I "sintomi somatici" e i sintomi "suicidio-violenza" si sono rivelati come predittivi di un più frequente tasso di abbandono del trattamento residenziale (13). Sempre a sostegno della possibile esistenza di una psicopatologia specifica della dipendenza, lo stesso gruppo di studio più recentemente ha testato la possibilità di discriminare i pazienti con disturbo da uso di eroina da quelli affetti da dipendenza comportamentale (ad esempio il Gambling). Ne è risultata una minore gravità di tutte le dimensioni psicopatologiche nei GD.

L'applicazione della SCL 90, al pari di quanto fatto per valutare il funzionamento psichico dei dipendenti da oppiacei, può essere validamente riproposto anche per indagare il funzionamento dei soggetti affetti da dipendenze comportamentali (14).

Il problema della "eziopatogenesi" della dipendenza e della doppia diagnosi si intreccia, poi, con l'ambiguità di attribuzione "per competenze" e per trattamento di tali disturbi che affonda le proprie radici nella netta separazione esistente tra Servizi Psichiatrici e Servizi per le Dipendenze. La nascita dei Ser.T (Lg. 685/75 e 162/90) (15), peraltro, fortemente condizionata da patologie emergenti come l'HIV oltre che dalla richiesta di controllo del "fenomeno sociale" tossicodipendenza, ha influenzato nei decenni la ricerca in senso psicosociale piuttosto che neuro-

biologico e condizionato la scelta delle modalità di trattamento a favore della residenzialità.

Nello stesso periodo storico i Servizi per la Salute Mentale erano impegnati a costruire la distanza da un mandato di controllo sociale (movimento di deistituzionalizzazione, Lg. 180 del 1978) (16) sviluppando modelli di trattamento sempre più ispirati dalle evidenze scientifiche.

A tutt'oggi i Ser.D. ed i DSM spesso propongono offerte terapeutiche distinte che rischiano di creare aree di "non intervento" per utenti che necessitano di risposte complesse. È proprio di fronte a questi pazienti, come sottolinea Di Petta (17), che le dinamiche forti di cui siamo investiti ci inducono a cercare di "distribuire" l'emozione tramite il coinvolgimento di più operatori in una sorta di "acting di gruppo" che, a volte, amplia i confini di questa "terra di nessuno" (17).

Materiali e metodi

I pazienti sono stati arruolati nei Servizi del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL di Foggia, in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone o con buprenorfina/naloxone e nei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale della provincia di Foggia. Il criterio di arruolamento è stato casuale, per ordine di accesso ai Servizi, in base alla loro diagnosi: tossicodipendenti da eroina in trattamento sostitutivo senza doppia diagnosi, tossicodipendenti da eroina in trattamento sostitutivo in doppia diagnosi, utenti non ospedalizzati con disturbo bipolare. Tutti i pazienti erano in carico nei rispettivi centri da almeno 12 mesi.

Nel presente studio osservazionale trasversale sono stati inclusi solo i casi che presentavano già una diagnosi formulata col criterio clinico supportato dalla valutazione psicodiagnostica effettuata con MMPI-1 e SCID II, nonché esami laboratoristici come quelli tossicologici urinari.

Lo strumento utilizzato nello studio è stato il questionario auto-somministrato del test SCL-90R. L'osservazione dei casi è durata complessivamente 3 mesi.

Sono stati formati tre campioni così suddivisi:

1. n. 20 soggetti affetti da disturbo da uso di oppiacei in trattamento con metadone o buprenorfina/naloxone, in comorbilità con un disturbo bipolare tipo II;
2. n. 20 soggetti affetti da disturbo da uso di oppiacei, in assenza di diagnosi psicopatologica, in trattamento sostitutivo con metadone o buprenorfina;
3. n. 20 soggetti affetti da disturbo bipolare Tipo I e tipo II senza dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol.

L'età media degli eroinomani è 38,2. L'età media degli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) è 43,95. L'età media bipolari è 44,8.

La diagnosi tossicologica era già certificata dal Ser.D. di provenienza e convalidata dalla ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze d'abuso. La presenza contemporanea di un disturbo psichiatrico e una dipendenza da oppiacei ha determinato l'attribuzione del soggetto al campione di doppia diagnosi. Si è considerato "scompenso tossicologico" la persistenza di uso di eroina negli ultimi 6 mesi.

Tutti i soggetti sono stati edotti del fatto che i dati raccolti sarebbero stati oggetto di uno studio osservazionale trasversale (dati aggregati e completamente anonimi) attraverso un modulo di consenso informato. Tutti i soggetti arruolati sono stati testati la SCL-90R (Symptom Check List) (18-19-20-21).

La SCL-90R è un questionario autosomministrato composto da 90 item di valutazione di sintomi eventualmente accusati nel corso dell'ultima settimana, graduata sulla Scala Likert.

I risultati individuano 9 dimensioni sintomatologiche di diverso significato.

Delle sottoscale in generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1.

È inoltre calcolato un indice globale (GSI-Global Score Index) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test ed il cut-off è di 0,84.

La somministrazione è stata effettuata con supporto cartaceo.

Il tipo di elaborazioni statistiche applicate è stato subordinato al test in esame.

Dati i risultati del test di normalità, è stato possibile usare test parametrici unicamente per la variabile GSI e GSI rapporto, del test SCL-90R.

Per tutte le altre scale e sottoscale sono stati usati test non parametrici (Mann-Whitney).

Risultati

Test di normalità

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistica	df	Sig.	Statistic ^a	df	Sig.
SOM	.145	60	.003	.905	60	.000
OC	.129	60	.015	.945	60	.009
INT	.134	60	.009	.915	60	.000
DEP	.130	60	.014	.943	60	.007
ANX	.383	60	.000	.441	60	.000
HOS	.259	60	.000	.728	60	.000
PHOB	.233	60	.000	.817	60	.000
PAR	.273	60	.000	.775	60	.000
PSY	.258	60	.000	.527	60	.000
SLEEP	.296	60	.000	.689	60	.000
GSI	.061	60	.200*	.970	60	.147
GSI_rapp	.086	60	.200*	.967	60	.105

* Limite inferiore della significatività effettiva.

a) Correzione di significatività di Lilliefors.

Analisi di confronto tra bipolari (di cui 10 tipo I e 10 tipo II) ed eroinomani (di cui 10 compensati e 10 non compensati) (test di Mann-Whitney)

Test^a

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	196.500	194.500	187.000	122.500	100.000	167.500	101.500	168.500	139.500	188.000	150.000	126.000
W di Wilcoxon	406.500	404.500	397.000	332.500	310.000	377.500	311.500	378.500	349.500	398.000	360.000	336.000
Z	-.095	-.150	-.353	-2.099	-2.717	-.889	-2.718	-.860	-1.643	-.338	-1.353	-2.002
Sig. Asint. a 2 code	.924	.881	.724	.036	.007	.374	.007	.390	.100	.736	.176	.045

I bipolari risultano statisticamente più sintomatici rispetto a tutti gli eroinomani nelle sottoscale del SCL-90R ANX, PHOB e GSI rapporto.

Analisi di confronto tra bipolari (di cui 10 tipo I e 10 tipo II) e doppia diagnosi (di cui 10 compensati e 10 non compensati, tutti con diagnosi di bipolarità di tipoII) (test di Mann-Whitney)

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	Phob	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	149.000	139.000	125.500	196.000	162.500	164.000	107.500	176.500	152.500	75.000	173.000	189.000
W di Wilcoxon	359.000	349.000	335.500	406.000	372.500	374.000	317.500	386.500	362.500	285.000	383.000	399.000
Z	-1.385	-1.657	-2.024	-.108	-1.018	-.981	-2.523	-.638	-1.289	-3.418	-.730	-.298
Sig. Asint. a 2 code	.166	.098	.043	.914	.309	.327	.012	.523	.197	.001	.465	.766

I bipolari risultano statisticamente più sintomatici dei soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala PHOB, mentre i soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala INT e nella valutazione dei disturbi del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra doppia diagnosi (di cui 10 compensati e 10 non compensati, tutti con diagnosi di bipolarità di tipoII) ed eroinomani (di cui 10 compensati e 10 non compensati) (test di Mann-Whitney)

Test^a

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	Phob	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	176.000	123.500	102.000	129.500	121.000	136.500	168.500	158.000	181.500	80.000	113.000	115.000
W di Wilcoxon	386.000	333.500	312.000	339.500	331.000	346.500	378.500	368.000	391.500	290.000	323.000	325.000
Z	-.652	-2.079	-2.663	-1.910	-2.144	-1.727	-.889	-1.142	-.503	-3.278	-2.353	-2.300
Sig. Asint. a 2 code	.514	.038	.008	.056	.032	.084	.374	.253	.615	.001	.019	.021

I soggetti in doppia diagnosi risultano più significativamente sintomatici nel punteggio GSI sia come punteggio totale che come rapporto, nonché nelle sottoscale O-C, INT, ANX e, nella valutazione disturbo del sonno (SLEEP).

	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	Sleep	GSI	GSIrap
U di Mann-Whitney	92.500	121.500	166.500	146.000	194.500	151.000	146.500	141.000	124.000	175.500	127.000	128.000
W di Wilcoxon	302.500	331.500	376.500	356.000	404.500	361.000	356.500	351.000	334.000	385.500	337.000	338.000
Z	-2.922	-2.133	-.910	-1.463	-.149	-1.333	-1.509	-1.604	-2.065	-.669	-1.975	-1.948
Sig. Asint. a 2 code	.003	.033	.363	.143	.881	.183	.131	.109	.039	.503	.048	.051

I pazienti eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R SOM, OC, PSY. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

Dall'analisi sono emersi i seguenti dati:

Analisi di confronto tra bipolari ed eroinomani: i bipolari risultano statisticamente più sintomatologici rispetto agli eroinomani nelle sottoscale ANX, PHOB e GSI rapporto.

Analisi di confronto tra bipolari e doppia diagnosi: i bipolari risultato statisticamente più sintomatici dei soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala PHOB, mentre i soggetti in doppia diagnosi nella sottoscala INT e nella valutazione dei disturbi del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra doppia diagnosi ed eroinomani: i soggetti in doppia diagnosi risultano più significativamente sintomatologici nel punteggio totale GSI (sia come punteggio totale che come rapporto), nonché nelle sottoscale O-C, INT, ANX e, nella valutazione disturbo del sonno (SLEEP).

Analisi di confronto tra pazienti eroinomani (in doppia diagnosi e non) compensati Vs scompensati nell'abuso di oppiacei: gli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R, SOM, OC, PSY, rispetto agli eroinomani scompensati. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

Discussione

La principale criticità di tale studio consiste nell'utilizzo di test non parametrici unita alla scarsa consistenza numerica dei campioni osservati. Dati i risultati del test di normalità, è stato possibile usare test parametrici unicamente per la variabile GSI e GSI rapporto, del test SCL-90R.

Per tutte le altre scale e sottoscale sono stati usati test non parametrici come il Mann-Whitney. Questo test si applica infatti solo quando le assunzioni per effettuare il test parametrico non sono soddisfatte, quindi il test di Mann-Whitney è stato utilizzato perché la distribuzione della variabile oggetto di studio non è normale e perché le dimensioni campionarie sono ridotte.

Dai dati riportati nelle tabelle l'unica dimensione psicopatologica comune rilevata tra eroinomani bipolari (doppia diagnosi) e bipolari è stata la sottoscala dell'ANX. Tale dato, in qualche modo riflette quanto riportato in letteratura circa la dimensione Ansia come substrato presente sia nei soggetti affetti da Disturbo da uso di sostanze che da disturbi psicopatologici (22). Al contrario di quanto atteso tale sottoscala non è analogamente rappresentata nei soggetti con eroinopatia non affetti da concomitante diagnosi psichiatrica.

Nel confronto tra i tre gruppi (eroinomani senza comorbidità, eroinomani bipolari, bipolari) valutati globalmente, il gruppo

meno disfunzionale è risultato quello degli eroinomani. Nessuna differenza significativa è stata osservata nel funzionamento globale, per quanto i gruppi bipolare e eroinomani bipolari (doppia diagnosi) mostrino un funzionamento globalmente ridotto: tale dato appare in contrasto con quanto riportato in letteratura da cui emerge una maggiore compromissione funzionale a carico dei pazienti in doppia diagnosi addebitabile a numerosi fattori quali i ripetuti ricoveri ospedalieri (23), minore adesione ai trattamenti (24-25), peggiore risposta ai neurolettici (26), comportamenti violenti (27), suicidio e gravità dei sintomi depressivi (28-29) e importanti problematiche di ordine psicosociale (30-31).

Gli eroinomani bipolari (doppia diagnosi) scompensati hanno mostrato punteggi sintomatologici significativamente più alti nelle sottoscale SCL-90R, SOM, OC, PSY, rispetto agli eroinomani scompensati. Nel punteggio totale GSI mostrano una debole significatività statistica.

I pazienti affetti da doppia diagnosi, quando in fase di scompenso, presentano molte dimensioni psicopatologiche ben oltre il cut-off di 1, il che si traduce, da un punto di vista fenomenologico, in una elevata disfunzionalità comportamentale, spesso a dispetto dei trattamenti in atto.

Conclusione

I risultati del presente studio replicano quelli già presenti in letteratura e confermano la validità e la sensibilità della SCL-90 unita alla semplicità di utilizzo ed al grado di gradimento mostrato dai soggetti arruolati rispetto all'uso di questo strumento.

Analogo utilizzo della SCL 90 ha consentito al gruppo del prof. Maremmanni AGI (12-13-14) di proporre una specifica psicopatologia della dipendenza articolata su cinque dimensioni, in cui i gruppi di sintomi si presentano indipendentemente dalle caratteristiche demografiche e cliniche, dall'uso attivo di eroina, dai problemi psichiatrici a vita, dal tipo di trattamento ricevuto e, in particolare, da altre sostanze utilizzate dal paziente come l'alcool o la cocaina. La conoscenza dei sintomi ed il loro corretto inquadramento consente una migliore comprensione psicopatologica del paziente e di conseguenza un miglior trattamento. I risultati ottenuti dal nostro studio, seppur gravati da alcuni limiti metodologici riconoscibili nell'esiguità del campione e conseguente scelta del metodo statistico, oltre che nella impossibilità di effettuare analoga valutazione al T0 (inteso come momento antecedente l'uso di sostanze), consentono di attribuire al campione "doppia diagnosi" un peggior funzionamento psichico soprattutto per ciò che attiene alla dimensione Ansia; inoltre la presenza di un Disturbo di spettro Bipolare correla con un funzionamento psichico peggiore. Tali risultati consentono di ipotizzare un miglior *outcome* per i pazienti in doppia diagnosi in cui il trattamento per la dipendenza si accompagni e si integri con un appropriato trattamento del disturbo psichiatrico concomitante.

Bibliografia

- (1) Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga. SIND - Anni 2012-2018 Relazione annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- (2) Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga SIND - Anno 2018 Relazione annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- (3) World Health Organization. ICD-10 (1992). *Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati*. Decima revisione. Ginevra: WHO.
- (4) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Edizione italiana a cura di M. Biondi (2014). American Psychiatric Association. Milano: Cortina.
- (5) Koob G.F., Le Moal M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, Oct., 3, 278(5335): 52-8.
- (6) Maremmani I., Pacini M., Perugi G., Akiskal H.S. (2005). Addiction and the bipolar spectrum. Dual diagnosis with a common substrate? *Giornal Ital Psicopat*, 11: 207-214.
- (7) De George F., Koob Ph.D., Nora D., Wolkow M.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Review. *The Lancet Psychiatry*, August, 3(8): 760-773.
- (8) Akiskal H.S. (1981). Subaffective disorders dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Ann*, 4: 25-46.
- (9) Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Lazzeri A., Placidi G.F. (2000). Opioids and cannabinoids abuse among bipolar patients. *Heroin Add Rel Clin Probl*, 2: 35-42.
- (10) Maremmani I., Capone M.R., Aglietti M., Castrogiovanni P. (1994). Heroin dependence and bipolar disorders. *New Trends Exp Clin Psychiatry*, X: 179-82.
- (11) Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M., Perugi G. (2003). Dual diagnosis heroin addicts. The clinical and therapeutic aspects. *Heroin Add Rel Clin Probl*, 5: 7-98.
- (12) Maremmani A.G.I., Pani P.P., Rovai I., Bacciardi S., Maremmani I. (2017). Toward the Identification of a Specific Psychopathology of Substance Use Disorders. *Front Psychiatry*, Apr 27(8): 68.
- (13) Maremmani A.G.I., Pani P.P., Trogu E., Vigna-Taglianti F., Mathis F., Diecidue R., Kirchmayer U., Amato L., Ghibaudi J., Camposeragna A., Saponaro. A, Davoli M., Faggiano F., Maremmani I. (2016). The impact of psychopathological subtypes on retention rate of patients with substance use disorder entering residential therapeutic community treatment. *Ann Gen Psychiatry*, Nov, 8(15): 29.
- (14) Maremmani A.G.I., Gazzarrini D., Fiorin A., Cingano V., Bellio G., Perugi G., Maremmani I. (2018). Psychopathology of addiction: Can the SCL90-based five-dimensional structure differentiate Heroin Use Disorder from a non-substance-related addictive disorder such as Gambling Disorder? *Ann Gen Psychiatry*, Jan, 16(17): 3.
- (15) Lg. 685/75 e 162/90.
- (16) Lg. 180 del 1978.
- (17) Di Petta G. (2009). *"Nella terra di nessuno" Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- (18) Balestrieri M., Baldacci S., Bellomo A., Bellantuono C., Conti L., Perugi G., Nardini M., Borbotti M., Viegi G. et al. (2007). Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. understanding diagnostic discordance. *Epidemiol Psichiatr Soc.*, Apr-Jun, 16(2): 144-51.
- (19) Derogatis L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research.
- (20) Cernovsky Z., Sadek G., Chiu S. (2015). Self-reports of illegal activity, SCL-90-R personality scales, and urine tests in methadone patients. *Psychol Rep.*, Dec. 117(3): 643-8.
- (21) D'Egidio P., Da Fermo G., Vena G. (2003). SCL (Symptom Check List)-90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei. *Mission*, 7.
- (22) Pani P.P., Maremmani I., Trogu E., Gessa G.L., Ruiz P., Akiskal H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorders*, May, 185-197.
- (23) Department of Health (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide*. London.
- (24) Baker K.D., Lubman D.I., Cosgrave E.M., Killackey E.J., Yuen H.P., Hides L., Baksheev G.N., Buckby G.A. (2007). Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust N Z J Psychiatry*, 41: 896-902.
- (25) Lang K., Meyers J.L., Korn J.R., Lee S., Sikirica M., Crivera C., Dirani R., Menzin J. (2010). Medication Adherence and Hospitalization Among Patients With Schizophrenia Treated With Antipsychotics. *Psychiatr Serv*, 61: 1239-47.
- (26) Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav*, 37: 11-24.
- (27) Cuffel B.J., Shumway M., Chouljian T.L. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*, 44: 247-251.
- (28) Afuwape S.A. (2003). *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): a review of literature*. London: Rethink.
- (29) Schmit L.M., Hesse M., Lykke J. (2011). The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia-a 15 years follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res*, 130: 228-33.
- (30) Drake R.E., Osher F.C., Wallach M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *Am Psychol*, 46: 1149-58.
- (31) Compton M.T., Weiss P.S., West J.C., Kaslow N.J. (2005). The associations between substance use disorders, schizophrenia spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 40: 939-46.