

# È possibile la salute in carcere? Il disturbo da uso di sostanze e la comorbidità psichiatrica, la complessità della cura

Giovanni Luca Galimberti\*

## SUMMARY

■ *The definition “Dual Diagnosis” leads to the dangerous pitfall of understanding two distinct pathological elements and suggests to addiction and psychiatry specialists a non-interconnected approach.*

*Therefore, we prefer to use the term comorbidity DUS and psychiatric disorder.*

*This condition is increasingly common in clinical settings, especially within the prison setting.*

*In this environment, clinical pictures are more complex because of the difficulties inherent in the inmate’s life, the complications related to the proper use of psychotropic drugs, and the different instances that gravitate around the diagnostic and certification processes.*

*A diagnostic pathway that determines the temporality of the two disorders, clarifying the mutual influences, is essential; the use of objective diagnostic tools such as toxicological examinations and psychic tests is useful.*

*Treatment must involve bringing to bear the knowledge and opportunities available to the field of Addiction and Psychiatry, with the cultural and operational rigidities of the two fields being overcome.*

*In the treatment processes on comorbid inmates, a continuous relationship with external specialist services is necessary to create the conditions for the continuum of care. ■*

**Keywords:** *Comorbidity, Prison, Certification, Diagnosis, Psychiatric drugs.*

**Parole chiave:** *Comorbidità, Carcere, Certificazione, Diagnosi, Psicofarmaci.*

## I limiti delle definizioni

L’Organizzazione mondiale della sanità definisce Doppia Diagnosi la condizione clinica in cui coesistono un Disturbo da uso di sostanze ed un disturbo psichiatrico (OMS, 1995).

Questa definizione nosologica è proposta anche da altre importanti Agenzie internazionali quali l’Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (1).

Il termine Doppia Diagnosi è ampiamente utilizzato nella clinica e, ormai, anche nel linguaggio giornalistico e divulgativo.

La definizione Doppia Diagnosi, sebbene efficace per la sua sintesi, porta con sé alcune insidie e pericolose derive operative.

L’aggettivo “doppia” suggerisce un quadro clinico composto da due elementi patologici ben distinti e differenziati in contrasto con l’idea di una visione unitaria e di insieme dell’individuo.

Si può incorrere nell’errore di approcciare situazioni cliniche in modo slegato e non interconnesso, quasi ci fosse una sommatoria di problematiche.

Si rischia di occuparsi, ognuno per la propria parte, della dimensione dell’utilizzo di sostanze o della patologia psichiatrica senza procedere ad un approfondimento sulla profonda relazione tra i due disturbi in termini di rapporto di temporalità di insorgenza, causalità e soprattutto di intererenza reciproca.

Emerge la tentazione di approfondire e studiare ognuna delle due aree in modo indipendente senza curarsi dell’altra patologia.

Il paradosso di Lichtenberg, filosofo e fisico tedesco del diciottesimo se-

colo, descrive la figura del “coltello senza manico e senza lama”, a significare un qualcosa al cui nome sono sottratti i costituenti, un qualcosa di congetturale immaginario cui mancano i presupposti di concretezza; sintetizza con una immagine il rischio insito in una parziale ed errata interpretazione del termine Doppia Diagnosi nella pratica clinica.

Altro elemento che evidenzia il limite del termine Doppia Diagnosi è l’osservazione della presenza di comorbidità psichiatrica anche nelle situazioni di dipendenza patologica non da sostanza, come per il Gioco d’azzardo patologico, condizione classificata nel DSM-5 tra i Disturbi da Addiction (2). In analogia con quanto avviene in altri ambiti della medicina sembra più appropriato parlare di pazienti complessi affetti da plurimultimorbidità, considerando che spesso questi soggetti soffrono anche di altre patologie somatiche e/o pessime condizioni di vita quali infezioni da virus dell’immunodeficienza (HIV) o dell’epatite C, nonché di disturbi sociali, quali problemi familiari, disoccupazione, detenzione (3).

## La diffusione del problema

La coesistenza di malattie psichiatriche e disturbi dovuti al consumo di sostanze stupefacenti non è certamente un fenomeno nuovo.

In questi ultimi anni il problema ha acquisito una sempre maggiore rilevanza nell’ambito del dibattito professionale e politico.

È ormai chiaro che le persone affette da comorbidità sono molto numerose ed il loro numero è destinato ad aumentare.

La maggiore competenza professionale presente nei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze implementa certamente l’accuratezza diagnostica e quindi il numero delle diagnosi.

Non si può comunque evitare di volgere uno sguardo alle caratteristiche della nostra Società.

\* Direttore f.f. UOC Dipendenze, DSMD, ASST Monza. Vicepresidente FeDerSerD Lombardia e componente del direttivo nazionale.

Senza addentrarci in tematiche socio antropologiche dobbiamo almeno considerare come si evidenziano forme nuove di sofferenza psichica ed un diffuso atteggiamento "tossicomano", tipico delle Società consumistiche.

Una Società, la nostra, incentrata sul consumo, sul successo e sulla velocità, poco propensa alla riflessione, all'attesa e all'accettazione dei limiti insiti nell'essere umano e nelle situazioni di vita. L'apparenza e l'appagamento edonistico del piacere sostituiscono ideali e spiritualità, l'individualismo e la povertà di ideali sociali e di comunità conducono a sentimenti di solitudine e di isolamento, favoriti dalle modalità di comunicazione sempre più tecnologiche e distanzianti. Tutto questo non può non avere contraccolpi sulla sfera psichica e causare importanti sofferenze nelle persone più fragili (4).

Non a caso in ambito psichiatrico, da alcuni anni, si assiste ad una modificazione dei quadri clinici tipica dei Paesi più ricchi (5); pur permanendo una certa stabilità nei dati di prevalenza delle patologie psichiatriche "classiche" appartenenti all'ASSE 1 del DSM, sono sempre più frequenti quadri riconducibili ai periodicamente discussi Disturbi della Personalità ed ai Disturbi Comportamentali, spesso patognomicamente poco inquadrabili ed orfani di diagnosi.

Anche nel campo delle dipendenze patologiche si assiste da tempo ad un continuo mutamento dei quadri clinici.

Accanto alle condizioni di dipendenza "classiche", quali: dipendenza da alcol, da eroina e cocaina, si verificano a situazioni in cui le stesse sostanze vengono assunte con modalità differenti, piuttosto che situazioni di abuso di sostanze di sintesi, per lo più acquistate su internet, o di sostanze provenienti da altre aree geografiche e importate con i flussi migratori.

Una Società oggettivamente illusoria e complicata determina in taluni soggetti quadri di disagio e sofferenza psichica, questo, in concomitanza con una disponibilità illimitata di sostanze stupefacenti a basso costo e di facile reperibilità, costituisce una miscela efficacissima per l'instaurarsi di situazioni di comorbidità soprattutto nella popolazione giovanile.

Senza entrare nel merito dei dati epidemiologici, affrontati in altro capitolo del volume, l'esperienza clinica e la letteratura confermano la frequenza della comorbidità DUS e malattia psichiatrica.

Il NIDA riporta che "6 persone su 10 che abusano di alcol e droghe hanno anche un disturbo mentale".

Tra il 25 ed il 60% delle persone che soffrono di un disturbo mentale presenta una dipendenza da sostanze" (6).

Tra i soggetti alcol o tossicodipendenti prevalenza del 45% di disturbo psichiatrico (7).

Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore.

Il 32% ed il 47% di soggetti che soffrono rispettivamente di un disturbo affettivo o un disturbo schizofrenico presentano abuso di sostanze (8,9,10)

Occorre sottolineare come spesso in letteratura vengono trascurate alcune sottopopolazioni decisamente a rischio per comorbidità.

Tra esse citiamo gli adolescenti, le minoranze etniche, le donne, ed in genere i soggetti con basso status socioeconomico, con severa patologia mentale, con disabilità intellettive e coinvolte nel circuito penale.

Discorso a sé merita l'ambiente del carcere.

La privazione della libertà personale e l'adattamento in un ambiente restrittivo con ferree regole interne sconosciute fino al primo arresto, l'incognita dei compagni di cella e delle dinamiche relazionali cui si va incontro, rappresentano un grave trauma ed un significativo elemento di malessere psichico che può evolvere in un grave quadro psicopatologico. È noto che il rischio suicidario sia presente soprattutto nelle prime settimane di detenzione.

Può sembrare un paradosso, ma anche a ridosso della scarcerazione, soprattutto nel caso di pene detentive lunghe, si assiste ad un momento di malessere psichico, caratterizzato nella gran parte dei casi dall'ansia di affrontare il rientro nella Società con tutto quello che comporta, come il recupero dei rapporti familiari, il reperimento di un lavoro e nei casi più disagiati il non sapere dove andare e cosa fare.

Detto questo, va annotato che tra gli autori di reato si rileva una maggior prevalenza di persone affette da disturbi psichiatrici rispetto la popolazione generale.

Tra i detenuti sono molto rappresentati i disturbi della personalità e tra essi prevalgono i disturbi del cluster B, anti sociale, narcisistico, borderline e istrionico.

Si sottolinea che questi disturbi sono anche quelli più rappresentati tra le persone affette da DUS. La popolazione carceraria evidenzia dati di prevalenza di disturbi psichiatrici decisamente superiori rispetto alla popolazione generale, come riportato da una ricerca del 2016 effettuata su un campione carcerario mondiale pari a 10milioni di soggetti (11).

Un dato presentato dall'Associazione Antigone nel 2019 rilevava come in un ampio campione di carceri esaminati in Italia vi fosse una media del 36,8% di detenuti con terapia psichiatrica, con una variabilità significativa tra i diversi Istituti.

Anche per quanto concerne il Disturbo da uso di sostanze il dato epidemiologico rilevato all'interno delle carceri è sin troppo eloquente: al 31 dicembre 2017 i detenuti tossicodipendenti erano 14.706 su una popolazione ristretta complessiva di 57.608, rappresentando il 25,53% del totale (12).

Dalle numerose review disponibili si evidenzia la stretta correlazione tra presenza di comorbidità e rischio di violenza (13, 14).

La letteratura indica la presenza di DUS e patologia psichiatrica nel 50-80% dei casi della Psichiatria Forense.

In questo particolare ambito della Psichiatria, tra i disturbi psichiatrici in comorbidità, si evidenzia la presenza di disturbi della personalità nel 50-90% dei casi, seguito dai disturbi dell'affettività (20-60%) ed infine della sfera psicotica nel 15-20% dei casi (15).

Parlare di comorbidità come copresenza di disturbo psichiatrico e DUS in carcere potrebbe sembrare paradossale, considerando che nella struttura non possono in alcun modo essere introdotte sostanze stupefacenti.

La parte inerente i DUS è pertanto oggettivamente impossibilitata.

A questo proposito solo un cenno circa il processo certificatorio di presenza di condizioni di Dipendenza da Sostanze o da Alcol in carcere, si fonda, infatti, non tanto sul classico assunto della certificazione medica del "qui ed ora", quanto sulla storia anamnestica del paziente e sul riscontro di dati oggettivi che indagano il periodo pre detenzione.

In carcere, comunque, è spesso presente l'alcol e soprattutto i farmaci, la cui gestione rappresenta una grave complessità per il medico che opera nella struttura.

L'alcol sostanza legale, diffusa, accettata, il cui uso non è quasi mai problematizzato tanto fuori quanto dentro le mura del carcere, rappresenta una buona soluzione sostitutiva delle sostanze d'abuso e comunque una facile possibilità di "stordimento" per chi vi si trova recluso.

All'interno del carcere, l'uso dell'alcol è consentito, sebbene in molti Istituti ne sia stata vietata la vendita per ragioni di "ordine e sicurezza".

Stesso discorso, forse ancora più delicato, riguarda i farmaci psicotropi, in primis le benzodiazepine ed in parte gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici di seconda generazione.

In questo caso gli effetti farmacologici, assolutamente utili e necessari per la cura della sofferenza psichiatrica, possono essere "sfruttati" per ottenere uno stato di ottundimento, in sostanza per "farsi" all'interno del carcere.

Il problema della prescrizione e della gestione dei farmaci pertanto assume maggior rilevanza se consideriamo la potenziale induzione di dipendenza dagli stessi, in soggetti che, di fatto, non erano "dipendenti patologici" prima della detenzione.

Si evidenzia il pericolo di un utilizzo di psicofarmaci come forma di mantenimento e controllo della "tranquillità" dell'ambiente e che, come tale, perde lo scopo ed il significato di cura di una malattia psichiatrica ma diviene strumento utile ad altre finalità.

## Le forme della comorbidità psichiatrica

Qualsiasi condizione che prevede la copresenza di malattia mentale e dipendenza rientra nella comorbidità psichiatrica.

Le combinazioni a questo punto sono pressoché infinite sia per le associazioni dei diversi disturbi che per il rapporto tra gli stessi.

Spesso nella pratica clinica si discute sul primato di insorgenza di una condizione rispetto l'altra: è insorta prima la dipendenza o il disturbo mentale, con il rischio di cadere nel più classico dei paradossi del "è nato prima l'uovo o la gallina".

Di fatto, ogni situazione ha una storia ed una evoluzione particolare; generalizzando è possibile riconoscere tre condizioni:

- insorgenza di un disturbo mentale in una condizione di DUS, spesso determinato proprio dalle sostanze. Tale disturbo può essere acuto e risolversi in un determinato tempo o permanere nel tempo;

- b) insorgenza di un disturbo da uso di sostanze in una condizione di malattia psichiatrica, spesso con un significato di tentativo di auto cura della sofferenza psichica. Può instaurarsi nel tempo un quadro di vera e propria dipendenza dalla sostanza;
- c) presenza contemporanea ed indipendente delle due patologie. Si può ipotizzare la sovrapposizione di fattori legati a caratteristiche neurobiologiche, a vulnerabilità genetiche o a precoce esposizione a grave trauma emotivo.

Evidentemente non è sempre facile comprendere il rapporto temporale e causale tra le due condizioni.

Di fatto, occuparsi di comorbidità implica necessariamente sia possedere nozioni sulle caratteristiche farmacologiche delle maggiori sostanze d'abuso e conoscerne gli effetti, che conoscere le caratteristiche delle patologie psichiatriche.

Tutte le sostanze d'abuso presentano specifiche caratteristiche farmacologiche; in linea di massima possiamo dividerle in tre grandi categorie: sostanze che deprimono il Sistema Nervoso Centrale, sostanze che lo eccitano ed, infine, sostanze definibili allucinogene.

Tale considerazione riguarda anche un'ampia gamma di farmaci normalmente utilizzati in Medicina come immunomodulatori, farmaci cardiologici, corticosteroidi, ecc.

Pertanto tutte le sostanze stupefacenti e molti farmaci possono potenzialmente determinare una sintomatologia psichiatrica.

Tale sintomatologia può manifestarsi nelle diverse fasi dell'utilizzo di sostanze: fase acuta, cronica e astinenza.

Partendo da questa prima grossolana distinzione possiamo intuire le possibili conseguenze psichiche del loro utilizzo.

Generalmente le sostanze sedative possono indurre una sintomatologia depressiva in stato di intossicazione, mentre in fase di astinenza possono determinare condizioni di ansia ed agitazione psicomotoria fino al delirio, come nel caso dell'alcol.

Ci possiamo, viceversa, aspettare un disturbo d'ansia e di agitazione fino ad un disturbo psicotico in un soggetto nella fase di intossicazione da sostanza stimolante ed un disturbo depressivo nella fase della crisi astinzionale.

Le sostanze deprimenti/sedative presentano alcune curiosità nel campo della comorbidità psichiatrica.

Per esempio, gli oppiacei, a causa della loro azione farmacologica, riescono a fornire una risposta significativa alla sofferenza psichica, tanto che una terapia sostitutiva, come il metadone, possiede oltre ad una attività sedativa anche un effetto antipsicotico (16).

Di ciò si ha chiaro riscontro nella clinica, quando questa terapia contribuisce nel mantenere in compenso clinico i pazienti affetti da dipendenza da oppiacei e psicosi.

Altra particolarità riguarda l'alcol, sostanza molto diffusa, che rientra a pieno diritto nella categoria dei deprimenti il SNC; a differenza degli oppiacei, non possiede alcuna proprietà antipsicotica, anzi provoca effetti mentali sedativi o eccitatori e disinibitori in base al dosaggio assunto.

Questa apparente duplicità dell'alcol lo rende protagonista di un ampio ventaglio di quadri sintomatologici; tra questi risultano particolarmente interessanti, all'interno della nostra trattazione, il discontrollo degli impulsi e l'incremento dell'aggressività.

Inoltre, in una condizione di dipendenza che perdura nel tempo l'alcol riveste un ruolo importante nelle genesi di condizioni neurologiche e psicopatologiche come l'encefalite di Wernicke e la Sindrome di Korsakoff.

La cocaina è la "regina" delle sostanze eccitanti e deve parte del suo successo al fatto che permette all'assuntore di illudersi di mantenere il controllo della propria condizione, con maggiore sicurezza di sé, maggior coraggio e resistenza alla fatica.

Purtroppo l'eccitazione e l'"accelerazione" del pensiero portano con sé sintomi di ansia e, in taluni soggetti predisposti, possono determinare disturbi dell'ideazione soprattutto sul versante paranoideo.

Questi ultimi sono i sintomi psichici più frequentemente causati da questa famiglia di sostanze.

Non è un caso che i cocainomani, nella grande maggioranza dei casi, assumano anche alcol e/o benzodiazepine nelle occasioni di utilizzo della cocaina, nel tentativo di godere degli effetti ricercati ed evitare il più possibile quelli indesiderati.

Discorso a sé, in un certo senso più chiaro, riguarda il rapporto di causalità tra assunzione di sostanze classificate tra gli allucinogeni e lo sviluppo di problematiche psichiatriche.

La letteratura è molto ricca di pubblicazioni che evidenziano il rapporto tra assunzione di cannabis e sviluppo di psicosi (17, 18).

Questo punto è assai delicato in considerazione della grande diffusione dell'utilizzo di cannabinoidi tra i giovani (19) e del processo culturale che da tempo spinge verso la "normalizzazione" e la "banalizzazione" dell'uso di questa sostanza.

Ci sono poi sostanze in questa categoria, cito tra tutte LSD e Ketamina, che sono molto potenti e causano una vera e propria crisi psicotica.

L'assunzione consapevole di queste sostanze prevede proprio la ricerca di una alterazione della coscienza e la perdita di contatto con la realtà.

Chi ha esperienza in ambito psichiatrico conosce quanto sia drammaticamente difficile districarsi nella diagnosi differenziale tra scompenso psicotico indotto da sostanza ed esordio psicotico, quanto, nell'urgenza, sia arduo ristabilire una condizione di compenso psichico in queste situazioni ed infine quanto sia difficile definire una prognosi.

Paradigmatico è il caso della Ketamina, molecola farmacologicamente interessante tanto da essere stata utilizzata in campo anestesiológico.

Ha proprietà anti dolorifiche, dissociative, allucinatorie, che vengono ricercate per l'uso stupefacente; gli utilizzatori di questa sostanza riferiscono una vera e propria condizione di dissociazione dalla propria corporeità, come se potessero staccarsi dal corpo e vedersi da fuori.

L'osservazione che le sostanze allucinogene vengono utilizzate soprattutto dai giovani, esige che i terapeuti prestino molta attenzione, considerato la delicatezza dei processi di maturazione cerebrale ed il rischio che le sostanze interferiscano con essi.

I quadri sintomatologici dei disturbi mentali indotti dalle sostanze sono molto simili a quelli dei disturbi mentali indipendenti.

I sintomi indotti dalle sostanze in genere sono di breve durata e migliorano con l'astensione dall'uso delle stesse, raramente persistono dopo un mese dalla cessazione dell'assunzione.

Senza dubbi i disturbi mentali indotti da sostanze rivestono una parte molto importante nella diagnosi differenziale psichiatrica.

Come le sostanze possono determinare un disturbo psichiatrico così le stesse possono essere utilizzate, con modalità farmacologiche, per contrastare la sofferenza psichiatrica.

Il "ventaglio di possibilità illusoriamente curative" offerto dalle sostanze d'abuso è molto ampio e può rispondere a diverse tipologie di sofferenza psichiatrica.

L'etimologia stessa del termine droga si confonde con quello di farmaco e, ad oggi, al di là delle classificazioni giuridiche, la distinzione droga-farmaco è spesso legata alla preparazione ed alla modalità d'uso del principio attivo.

Esemplificativo è il caso dell'acido gamma idrossi-butyrico (GHB), molecola utilizzata nel trattamento dell'alcolismo che, se preparata in diversa forma farmaceutica, può essere utilizzata come sostanza d'abuso con la nomea di "droga dello stupro".

Chi soffre di un disturbo psichiatrico ed impatta con una sostanza o farmaco che gli provoca sollievo, spesso lo utilizza come terapia auto prescritta, fuori dal controllo medico, aggravando la propria condizione pur di avere momenti di "benessere".

Considerati gli effetti psicoattivi delle sostanze, l'importanza che assumono nel tempo per il paziente e le loro proprietà di indurre modificazioni neuro-trasmittoriali, si viene a creare nel tempo quell'intreccio di reciproca influenza tra il disturbo psichiatrico e le conseguenze dell'uso di sostanze.

In ambito carcerario, un altro elemento deve essere considerato nella trattazione della comorbidità: la relazione di questa condizione patologica con la violenza, sia nella forma attiva che subita.

I dati epidemiologici citati in precedenza, indicano come nella popolazione carceraria si trovi una prevalenza significativa di disturbo mentale e DUS; la copresenza delle due condizioni determina situazioni di maggior gravità clinica e difficoltà di gestione. Un rapporto OMS del 2009 (20) evidenzia che la presenza di comorbidità incrementa il rischio di essere vittima di violenza e/o di essere autore di violenza.

Altri studi affermano che la presenza di comorbidità abbia un significato predittivo di probabilità per qualsiasi comportamento violento (13).

Il rapporto comorbidità-violenza è ben descritto e noto agli specialisti psichiatri e delle dipendenze mentre non sono così chiari i meccanismi neurobiologici che sottendono a questi quadri clinici. Uno studio del NIDA suggerisce che alcune aree del cervello, interessate dall'azione delle sostanze d'abuso, possono essere anche sede di malattia mentale.

Un esempio su tutti è rappresentato dal circuito della Dopamina, coinvolto nei processi implicati nella genesi della dipendenza patologica, che può essere anche pesantemente implicato in patologie psichiatriche come depressione e disturbi della sfera psicotica.

Altra considerazione sulla sovrapposizione neurobiologica è data dal fatto che soprattutto i farmaci antipsicotici nella loro azione modificano il sistema dopaminergico, presentando come effetto collaterale l'anedonia, che spesso porta questi pazienti ad utilizzare sostanze per provare "piacere". Quale paziente in terapia con antipsicotici, specialmente di prima generazione, non assume nicotina o alcol?

Tornando al rapporto comorbidità e violenza si può ipotizzare l'interferenza delle sostanze anche su altri sistemi centrali, quali quelli deputati al controllo degli impulsi con conseguente difficoltà nel mantenere un asse di equilibrio armonico tra parte corticale, cui sono assegnate le operazioni di decision making e di valutazione razionale, e parte sottocorticale, bersaglio diretto delle sostanze, area preposta alla gestione dell'emotività e dell'impulsività.

Questi brevi e semplici cenni di neurobiologia fanno intuire che la presenza di una vulnerabilità personale possa essere alla base di un maggior rischio per lo sviluppo di patologia, evidenziando anche che un utilizzo precoce delle sostanze di abuso possa interferire pesantemente nella corretta maturazione cerebrale e rappresentare, quindi, un rischio importante per lo sviluppo di patologia psichiatrica in futuro.

È pur vero, d'altro canto, che condizioni di sofferenza psichiatrica in età infantile, quale il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), possono predisporre all'utilizzo di sostanze (6).

Durante la detenzione la diagnosi di comorbidità pone i clinici di fronte ad un quadro di grande complessità.

Nel carcere non possono entrare le sostanze illegali, ma sono presenti l'alcol e gli psicofarmaci.

È presente la terapia sostitutiva degli oppiacei che viene garantita, opportunamente, in ambito carcerario ai dipendenti da oppiacei.

È evidente che il soggetto con comorbidità volgerà le proprie richieste a sostanze che gli permettono di stare meglio e di soddisfare i bisogni legati alla tossicomania.

In questi casi, per garantire una corretta prescrizione e gestione delle terapie farmacologiche, è necessario un accurato assessment diagnostico, anche per evitare un utilizzo incongruo di farmaci e/o indurre una dipendenza laddove non è presente.

## La complessità delle diagnosi

L'approccio clinico alla comorbidità è certamente uno dei processi operativi più complessi in medicina.

L'attuale organizzazione dei Servizi con la netta distinzione tra Servizio Psichiatrico e Servizio per le Dipendenze non facilita lo svolgimento del processo diagnostico e di presa in carico del paziente con comorbidità, anzi richiama e ripropone con forza una idea di doppio e di separatezza. Da un lato i Servizi Psichiatrici, che per mandato si occupano di disturbi psichiatrici, dall'altro i Servizi per le Dipendenze, che altrettanto correttamente si occupano di DUS.

Questa separazione organizzativa netta pone il tema di "chi fa cosa e come" nel caso di copresenza delle condizioni patologiche.

Il processo di collaborazione tra i due settori sembra facilitato in quelle realtà regionali in cui Psichiatria e Dipendenze appartengono allo stesso Dipartimento.

Questa condizione organizzativa dovrebbe facilitare la redazione di protocolli di collaborazione e, soprattutto, favorire un processo culturale di reciproca "contaminazione".

La separazione e la distanza tra Psichiatria e Servizio Dipendenze infatti, oltre che organizzativa, sembra essere caratterizzata, in modo ancora più preoccupante, da approcci culturali e clinici molto differenti.

Si ha l'impressione che la concezione clinica e culturale della Psichiatria si concentri sugli aspetti organicisti e farmacologici con approccio molto medico centrico; viceversa nella clinica delle Dipendenze è spesso presente una concezione molto legata alle problematiche sociali, alla tematica delle devianze, con un approccio di stampo sociale e pedagogico, frequentemente poco supportato da evidenze scientifiche.

Anche per quanto concerne le filosofie di intervento e gli obiettivi da perseguire esiste una differenza: la Psichiatria è molto centrata sul tutelare la salute dell'individuo, spesso coincidente con la condizione di compenso psichico, e della comunità, le Dipendenze sono molto orientate a sviluppare la motivazione al cambiamento del paziente ed a condurlo ad una reale emancipazione dalla condizione di dipendenza patologica.

Questa dicotomia appare molto evidente se si osservano le differenze operative e di filosofie di intervento tra Comunità terapeutiche residen-

ziali per la cura delle Dipendenze e le Comunità residenziali di ambito psichiatrico.

Le Comunità per la "Doppia Diagnosi" esemplificano la difficoltà della sintesi tra le due impostazioni.

Negli ultimi anni sono stati messi in atto enormi sforzi da parte delle Società Scientifiche dei due settori per correggere o, meglio, integrare queste differenze, che di fatto rappresentano, anche se separatamente, gli aspetti salienti della comorbidità e richiedono tutti una grande attenzione nella clinica.

La comorbidità mette in crisi questo sistema organizzativo e questa distanza, che a volte diventa contrapposizione, tra approcci clinico-culturali, manifestando la sua inadeguatezza ed inattuabilità.

Conoscere per riconoscere, l'approccio alla comorbidità DUS- malattia mentale implica necessariamente la conoscenza delle patologie presenti nei due ambiti quale requisito fondamentale.

Non è sufficiente riconoscere, è necessario approfondire e definire il rapporto tra le due condizioni comorbili.

Come già sottolineato, la comorbidità è difficile da diagnosticare.

Spesso la sintomatologia determinata dall'uso di sostanze risulta dominante nella clinica. L'assunzione di sostanze causa sintomatologie difficilmente distinguibili da quelle legate ad una condizione di malattia psichiatrica; inoltre i disturbi psichiatrici possono manifestarsi nelle diverse fasi dell'assunzione di sostanze, sia in fase acuta che durante la disassuefazione, così come sintomi psichiatrici possono essere attenuati dall'uso di sostanze e si evidenziano dopo la sospensione delle stesse.

"La verità sta nel fondo di un pozzo: lei guarda in un pozzo e vede il sole o la luna; ma se si butta giù non c'è più né sole né luna, c'è la verità" (Sciascia).

Appare inevitabile per i terapeuti dover provare la curiosità ed a volte il coraggio di ricercare anche in territori clinici poco noti, uscendo da schemi precostituiti, che fanno parte della formazione di ognuna delle branche specialistiche.

Certo la costruzione di competenze attraverso la formazione e l'esperienza coniugata alla risorsa di equipe multi professionali rimane un aspetto fondamentale e imprescindibile.

Le tecniche di visita e di colloquio, le batterie testistiche psicodiagnostiche e gli strumenti di laboratorio sono elementi estremamente utili al clinico, attrezzi del mestiere che tutte le equipe dovrebbero possedere e saper utilizzare.

Premesso che nei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze sia presente una sufficiente conoscenza delle patologie di entrambi gli ambiti, il paziente affetto da comorbidità deve essere accolto e non dirottato, magari con fastidio, al Servizio dell'altra branca!

Ancora nel 2004 in Spagna la maggior parte dei Servizi Psichiatrici escludeva i pazienti affetti da Disturbi da uso di sostanze.

Così come in Grecia la metà dei programmi terapeutici per consumatori di sostanze non ammetteva pazienti con disturbo psichiatrico (3).

È fondamentale riconoscere la presenza di una comorbidità, pur nelle differenze e nei limiti organizzativi già accennati.

Sia i Servizi di Psichiatria che i Servizi per la Dipendenza posseggono strumenti e competenze per indagare e porre ipotesi diagnostiche.

La Psichiatria, nella diagnosi differenziale, dovrà tenere sempre presente la possibilità che una sintomatologia psichiatrica possa essere stata determinata dall'uso di sostanze o essere concomitante con DUS, magari attraverso un utilizzo mirato degli esami tossicologici.

Le Dipendenze dovranno prestare attenzione al quadro psicopatologico, cercando di approfondire gli aspetti e non fermarsi a considerare unicamente il rapporto che il paziente ha con le sostanze.

È basilare considerare il paziente nella sua interezza, essere attenti a conoscerne la storia per comprenderne la struttura personologica.

Questo processo prevede il superamento di una mera concezione di somma dei problemi, esempio dipendenza da sostanza più disturbo psichiatrico, e l'integrazione dei disturbi in una visione unitaria della persona, nella cui biografia, caratterizzata spesso da enormi difficoltà e sofferenze, i due disturbi si sono nel tempo vicendevolmente influenzati, intrecciati, tanto da non poterli più considerare come due condizioni accoppiate, bensì come un nuovo complicato quadro clinico.

Una raccolta anamnestica accurata assume un ruolo chiave chiarendo i rapporti di causalità e temporalità dei due disturbi e, permettendo, inoltre, di intuire significati e significanti delle sostanze nella storia del paziente.

Attraverso l'ascolto partecipato della narrazione del paziente si potranno cogliere gli elementi della sua struttura personologica e della sua storia familiare.

In questa fase si pongono le basi dell'alleanza terapeutica, basata sul riconoscimento e l'accoglienza della sofferenza ed il profondo rispetto per la persona che ci si affida portandoci la sua storia.

Ecco, il tempo.

Elemento fondamentale da tenere sempre in considerazione è il tempo.

Chi opera nelle Dipendenze conosce bene questo concetto, tanto che, spesso, si parla di diagnosi longitudinale intendendo con essa la modificazione del quadro clinico e della definizione diagnostica con il passare del tempo, con tutto ciò che questo comporta nel mondo esterno ed interno del paziente.

Nelle condizioni di comorbidità, il tempo assume una importanza decisiva per una corretta diagnosi soprattutto per differenziare sintomi psichiatrici correlati all'uso di sostanze, che regrediscono dopo alcuni mesi dalla sospensione dell'assunzione di sostanza, da un disturbo psichiatrico che permane anche in seguito come sequela o da un disturbo preesistente.

Tutto ciò non significa, ovviamente, che un disturbo psichiatrico acuto causato dall'assunzione di sostanze non debba essere trattato in urgenza come qualsiasi altro disturbo, occorre però una attenta rivalutazione del quadro clinico nel tempo e la possibilità di revisione degli interventi messi in atto.

La diagnosi è un processo difficile pieno di complicazioni organizzative, culturali e cliniche.

Tali difficoltà sono amplificate in ambito carcerario.

È doverosa una piccola premessa inerente l'importanza del processo certificatorio nelle carceri. Ricevere una diagnosi ed una conseguente certificazione di dipendenza da sostanze o alcol offre al detenuto la possibilità di ottenere i cosiddetti benefici di Legge.

In tal caso, gli è possibile chiedere all'Autorità Giudiziaria di scontare la propria pena, se inferiore ai 6 anni, non con la reclusione in carcere ma in regime di affidamento al Servizio Dipendenze sul territorio o in Comunità Terapeutica.

Anche una diagnosi di disturbo psichiatrico ha grandi implicazioni sull'iter detentivo e sulla storia giudiziaria.

Queste semplici considerazioni rendono evidenti la difficoltà e la delicatezza del tema "diagnosi" in questa realtà.

Alle già descritte difficoltà cliniche, si sommano istanze legate al desiderio legittimo di scarcerazione, alla necessità di accedere alle cure per la propria condizione patologica, alle problematiche legate ai tempi propri della Giustizia e, infine, alle dinamiche interne agli Istituti, che non hanno come propria missione la cura delle persone pur avendo l'obbligo di garantirne il diritto ai detenuti.

Più che in altri contesti, in ambiente carcerario è necessario garantire ai clinici un supporto nei processi decisionali attraverso la collaborazione con i Servizi operanti nella struttura e un dialogo aperto e costruttivo con chi svolge attività peritali, con la Direzione dell'Istituto, con l'Autorità Giudiziaria e con i Servizi esterni.

Il corretto processo diagnostico/certificatorio è importante anche per le ricadute sui Servizi operanti sul territorio.

In termini clinici, gli interventi intra carcerari hanno efficacia solo se si traccia una linea di continuum dentro e fuori le mura, garantendo così al paziente la continuità della presa in carico e della cura una volta dimesso dal carcere.

## Il trattamento

Classicamente i modelli di intervento della comorbidità fanno riferimento alle tempistiche ed alle modalità di rapporto tra Psichiatria e Servizio Dipendenze.

Si riconoscono così tre modelli operativi:

- trattamento sequenziale: i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggior gravità e successivamente passati al trattamento degli altri disturbi;
- trattamento parallelo: il trattamento dei due disturbi avviene simultaneamente, i due Servizi specialistici possono essere o meno collegati tra loro, ma gli interventi sono indipendenti e perseguiti secondo i diversi approcci terapeutici e le diverse filosofie di Servizio;
- trattamento integrato: il trattamento viene fornito in un'unica Sede oppure nei due Servizi, ma all'interno di un programma condiviso tra i Servizi, in cui ognuno mette a disposizione competenze e risorse.

Certamente il trattamento integrato è preferibile agli altri modelli. Anche la letteratura richiama sulla correttezza di questo modello (21, 22, 23).

È coerente e risponde alla necessità di integrare le differenze di approccio clinico culturale dei due Servizi Specialistici.

Non è escluso che anche le altre forme possano funzionare a secondo del quadro clinico.

Non dovrebbe, però, verificarsi ciò a cui, di fatto, si assiste spesso nella realtà; sono frequenti, infatti, interventi sequenziali o paralleli in cui manca completamente una collaborazione tra Servizi e di conseguenza una presa in carico di insieme del paziente.

In questi casi, la frammentazione del sé, tipica dei quadri di dipendenza patologica e di molte patologie psichiatriche, viene replicata nel processo trattamentale.

Il trattamento del paziente comorbile porta a doversi misurare con situazioni cliniche di confine tra Servizi; pertanto è fondamentale che vi sia una fattiva collaborazione con la definizione dei ruoli e delle funzioni dei soggetti istituzionali coinvolti nel percorso di presa in carico.

Il percorso di cura dei pazienti comorbili è caratterizzato da molte ricadute in uno o, più spesso, in entrambi i disturbi, da un numero importante di abbandoni del programma e da una gravosità di cura molto significativa, essendo spesso presenti patologie internistiche, infettivologiche e gravi problematiche in ambito socio familiare (24).

Inoltre, molto spesso i pazienti comorbili faticano a rispettare le regole interne dei Servizi e, a causa della loro frequente instabilità emotiva, possono presentare atteggiamenti dirompenti o addirittura aggressivi.

Infine, i pazienti comorbili sono più a rischio per i gesti autolesivi, fino al suicidio (25).

Risulta, pertanto, comprensibile come la gestione di questi pazienti sia problematica e possa generare negli operatori reazioni espulsive o esporsi a problematiche di burn out, con ricadute sul buon funzionamento dei Servizi Psichiatrici e delle Dipendenze, esemplificativo il motto: dual diagnosis = double trouble.

Appare evidente che la presenza di un gruppo di lavoro o di una équipe multi professionale assume una valenza decisiva sia nella costruzione del percorso terapeutico più idoneo per il paziente che per la tutela della salute dell'operatore.

La gestione di pazienti così complessi richiede uno sforzo importante sia al singolo operatore che all'équipe del Servizio volto all'accettazione dei sintomi connessi alla malattia mentale ed alla condizione di dipendenza patologica; richiede, inoltre, un grande impegno ai diversi Servizi specialistici per un confronto rispettoso e costruttivo mirato alla co-costruzione di un percorso trattamentale individualizzato sul bisogno della persona.

La stesura di protocolli rappresenta uno strumento valido a definire la titolarità della presa in carico, designando il case manager, i tempi e le modalità di intervento, la condivisione di un PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) unico, e la definizione dei criteri e metodologie per attivare eventuali percorsi di residenzialità.

Questo ultimo punto riveste grande importanza nell'attività clinica, considerato che i circuiti delle strutture residenziali dedicati alla cura delle dipendenze e dedicati al trattamento delle malattie psichiche risultano, entrambi, fortemente carenti nell'offerta per la cura dei pazienti comorbili più complessi.

Questo tema è spesso motivo di scontro tra Psichiatria e Dipendenza, aspettandosi gli uni dagli altri una possibilità di inserimento facilitato e più idoneo.

Gli operatori della Psichiatria al pari di quelli delle Dipendenze conoscono bene quanto i programmi di cura richiedano tempi lunghissimi, sconosciuti ad altre branche mediche.

La cura dei pazienti comorbili richiede tempi ancora più lunghi.

"Prendersi tempo e dare tempo", riassumerei così l'atteggiamento utile nell'affrontare un percorso di cura in caso di comorbidità.

Il tempo del percorso di cura, ma anche il tempo dedicato nel singolo incontro con il paziente comorbile, rivestono una importanza straordinaria nella costruzione di un rapporto di fiducia, rendendo possibile l'attivazione di meccanismi di affidamento e vicinanza, decisivi per la riduzione dei drop out ed il rapido recupero dopo momenti di crisi e/o ricaduta nell'uso di sostanze.

Nella gestione di un paziente con disturbo psichiatrico è fondamentale utilizzare un ritmo che gli permetta di sentirsi a suo agio.

L'esperienza, generalmente, ci insegna quando accelerare, per esempio sulla frequenza degli appuntamenti o sugli obiettivi di cura, oppure quando attendere e concedere tempo.

Certo è necessario cercare di comprendere il rapporto dei due disturbi tra loro, quanto e come si influenzano ed in che modo il trattamento può essere efficace.

Non esiste un trattamento valido per tutti. Dal momento che sono pressoché infinite le combinazioni delle comorbidità, i trattamenti devono necessariamente essere individuali e rispondere alle singole esigenze e bisogni.

Come recentemente discusso in ambito congressuale (26), a grandi linee possiamo definire alcuni punti comuni per il trattamento della comorbidità:

- la disintossicazione e la possibilità di ricovero;
- la psicoterapia;
- la terapia farmacologica;
- i percorsi di supporto sociale;
- le associazioni ed il volontariato.

In caso di dipendenza da sostanza la disintossicazione è il primo vero e grande ostacolo che si incontra. È un momento molto delicato per diversi aspetti. Bisogna considerare la difficoltà, comune per ogni dipendente nel sospendere l'assunzione di una sostanza. Per il comorbile, in aggiunta, la sostanza riveste spesso il significato di farmaco, abbandonarla significa esporsi al rischio di non avere più un sollievo ed esporsi al dolore provocato dal disturbo psichiatrico. L'alcol, per esempio, è un buon "farmaco" sedativo, ansiolitico che permette di anestetizzare temporaneamente i dolori dell'anima. In questa fase l'accompagnamento rassicurante del clinico ed una corretta farmacoterapia rassicura il paziente consentendogli di accettare con fiducia il rischio di interrompere una cura che, per tanto tempo, è stata più o meno efficace. In questa fase e nei momenti di crisi, il ricorso al ricovero può essere necessario; in questo caso la presenza continuativa di assistenza garantisce la cura delle sofferenze dovute all'astinenza, rassicura il paziente e gli permette di restare in una condizione protetta, distante dalle tensioni sociali e familiari spesso presenti.

- Gli interventi psicoterapeutici, in tutte le loro forme, rappresentano una parte molto importante dei percorsi di trattamento della comorbidità. La taratura e l'opportunità dell'intervento deve tener conto delle condizioni psicopatologiche del paziente, del momento in cui il paziente si trova e della sua disponibilità. Può essere utile considerare l'utilizzo di altre strategie di intervento, sfruttando tecniche operative non verbali, quali ad esempio l'arte terapia, la musica terapia.
- Gli interventi di supporto sociale sono necessari nella quasi totalità dei casi, in considerazione del fatto che questi pazienti presentano spesso problematiche sociali e familiari e frequentemente necessitano di una gestione integrata con i Servizi Sociali del Comune. Assume grande valenza il concetto di rete di intervento, che travalica il rapporto tra Servizi Specialistici, e coinvolge i Servizi, le Istituzioni ed il mondo del Volontariato e Associazionismo presenti sul territorio. I gruppi di auto mutuo aiuto rispondono, per esempio, al bisogno di rompere la capsula di isolamento e di solitudine che spesso intrappola i pazienti psichiatrici, i pazienti con dipendenze patologici ed ancor di più i pazienti comorbili. Frequentare un gruppo o comunque attività proposte sul territorio favorisce la creazione di reti amicali e, come avviene per Alcolisti Anonimi, la possibilità di avere un riferimento sempre presente e disponibile, cosa che i Servizi non possono offrire.
- L'utilizzo dei farmaci è un tema complicato e spesso fonte di discussione tra i clinici, non tanto per la loro utilità, il più delle volte indiscutibile, quanto per la scelta delle molecole e per le modalità prescrittive. La difficoltà risiede nella natura stessa della patologia comorbile, in cui il bisogno di trattare la sofferenza psichica si scontra con la struttura tossicomanica tipica della dipendenza. Esiste una classica condizione in cui l'utilizzo di un farmaco utile e indicato per il trattamento della dipendenza serve anche per il controllo del disturbo psichico, soprattutto del disturbo psicotico. Parlo del metadone, pilastro del trattamento della dipendenza da oppiacei, che, grazie alle sue caratteristiche farmacologiche ha evidenziato accanto al noto effetto sedativo anche un buon effetto antipsicotico (16). Purtroppo non è così lineare il trattamento per altre combinazioni dipendenza/disturbo psichiatrico. Il clinico ha un ampio ventaglio di farmaci, soprattutto di ambito psichiatrico, spesso ne disconosce le caratteristiche ed utilizza quelli a cui fa abitualmente ricorso. Sarebbe invece auspicabile conoscere le peculiarità dei farmaci per ridurre al massimo il rischio di sostituire l'abuso di sostanze con quello di psicofarmaci. Esempio tipico è quello delle benzodiazepine, dove è importante porre attenzione ai diversi gradi di potenza e alla emivita della molecole (27). La gestione della terapia farmacologica richiede misure di attenzione, che molto si avvicinano a quanto avviene nell'ambito delle Dipendenze. La terapia viene preferibilmente somministrata e/o con-

segnata al paziente nei Servizi, la prescrizione su ricetta espone al rischio di misuso e abuso. In ambito carcerario la gestione della terapia farmacologica si aggrava di altre complicazioni determinando ulteriori difficoltà per i terapeuti. Esigenze di cura, richiastività dei pazienti, mantenimento di un buon clima interno all'Istituzione, collaborazione con altri Servizi Sanitari che operano nell'Istituzione carceraria. Far fronte a questi elementi richiede una forte collaborazione tra tutti gli attori che, a vario titolo, operano nel Carcere. Così come avviene sul territorio emerge con ancor più forza l'esigenza di poter usufruire di iniziative, che impegnino il detenuto all'interno della struttura. È necessario offrire una alternativa allo "stordimento" dato dai farmaci, che permetta al paziente detenuto di concentrarsi su una attività e di orientare il proprio pensiero su altro, distogliendolo, anche se solo per qualche ora, da quel circolo vizioso in cui si intrecciano sofferenza psichica e craving per sostanze e farmaci.

## Bibliografia

- (1) United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2000.
- (2) DSM-5 (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione*.
- (3) EMCDDA (2004). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*.
- (4) Benasayag M. (2007). *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli.
- (5) Cibn M. et al. (2014). L'alcol come elemento comune del poliabuso. *Medicina delle dipendenze MDD*.
- (6) Volkov N. (2008). *National Institute on drug abuse NIDA "Is there relationship between childhood ADHD and later drug abuse?"*.
- (7) Regier et al. (1999). *JAMA*, 264: 2511-8.
- (8) Clerici M., Carta et al. (1989). Substance abuse and psychopathology. *Psychiat Epemiol* 24
- (9) Pani et al. (1991). Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts. *Minerva Psichiatri*, lug.
- (10) Tempesta et al. (1995). Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews, *Minerva set Psych*.
- (11) Fazel, Clerici et al. (2016). *Lancet Psychiatry*, 3: 871-881.
- (12) *XV rapporto sulle condizioni di detenzione*, a cura di Associazione Antigone, 2019.
- (13) Elbogun et al. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, Feb, 66(2): 152-61.
- (14) Cavaleri C. et al. (2020). Substance use disorder and violent behavior in patients with severe mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*.
- (15) Carpiello, Vita, Mencacci (2019). *Violence and mental disorders*. Springer, e-book, Nov.
- (16) Marenmani I. (2014). Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *Eur. Rev. Med. Pharmacology Sci*.
- (17) Ortiz-Medina M. et al. (2018). Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia develop. *Int. J. Soc. Psychiatric*, novembre.
- (18) Marconi A. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bull.*, Sept.
- (19) *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, anno 2021.
- (20) OMS (2009). *World report on violence and health*.
- (21) Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1031-1036.
- (22) Mueser K.T., Drake R.E., Noordsy D.L. (1998a). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4: 129-139.
- (23) Tirado Munoz J. et al. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Addictions*. Jan.
- (24) Giampieri M. et al. (2013). Doppia Diagnosi e consumo di risorse. *Journal of Psychopathology*, 19: 199-207.
- (25) Ismail M. et al. (2016). *Journal of the college of Physicians Pakistan*, vol. 26: 130-133.
- (26) Serio G. (2019). *Specificità della doppia diagnosi: il tempo della cura e la difficoltà del trattamento*. VIII Cong. Naz. FeDerSerD, ott.
- (27) Lugoboni et al. (2013). *Benzodiazepine, uso abuso e dipendenza*, CLAD onlus.

L'articolo è tratto dal volume "È possibile la salute in carcere? Salute mentale e Dipendenze: la complessità della cura". A cura di Pietro Buffa, Roberto Ranieri, Marco Riglietta, Concettina Varango (CeRCo Edizioni, Milano, 2022)