

Materiale: Intervento sessione di lavoro: "Comorbidità" psichiatrica esperienze e prospettive

Relatore: Massimo Clerici, Dipartimento di medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A. Ospedale San Paolo, Università degli studi di Milano.

Titolo intervento: "Doppia diagnosi": Realtà clinica o artefatto nosografico – Modelli e tecniche di trattamento della tossicodipendenza in comorbidità psichiatrica.

File: n_88_clerici.pdf

N.B. Quanto riportato nel presente documento è di responsabilità dell'autore. Esso è destinato esclusivamente a stimolare il dibattito e non rappresenta in alcuna maniera prese di posizione del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

“DOPPIA DIAGNOSI”: REALTA’ CLINICA O ARTEFATTO NOSOGRAFICO - MODELLI E TECNICHE DI TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA IN COMORBIDITA’ PSICHIATRICA

Il consolidamento normativo ed organizzativo del sistema dei Servizi per le Tossicodipendenze nel corso dell'ultimo decennio ha offerto un panorama di esperienze, sull'intero territorio nazionale, sostanzialmente unitario, ma caratterizzato soprattutto da:

- tendenza alla massima estensione possibile degli accessi al Ser.T. mediante l'impiego di trattamenti farmacologici sostitutivi e sostanziale omologazione dei "tempi" della cura;
- prevalenza della dimensione assistenziale sul lungo periodo a discapito, però, di quella terapeutica fondata su elementi di forte contrattazione trattamentale e, nel contempo, di verifica costante dell'andamento del programma e dei suoi obiettivi;
- difficoltà nell'impiego di tecniche di trattamento differenziate o di modalità organizzative finalizzate ad una reale integrazione dei diversi livelli di intervento possibili;
- sostanziale carenza della dimensione diagnostica e delle sue implicazioni sulle prestazioni offerte;
- limitazioni oggettive in relazione ad una cultura/identità del Servizio clinicamente fondata, soprattutto in relazione ad aspetti problematici quali il tema della comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze o della presa in carico psicosociale, psicoterapeutica e psicoeducazionale degli utenti e delle loro famiglie.

Per anni tali limiti teorico-operativi sono rimasti spesso irrisolti nonostante un impegno diffuso e volenteroso sul piano delle politiche di riduzione del rischio che però non hanno avuto riscontri sufficientemente validi nella riformulazione di modelli di lavoro clinicamente fondati.

E' grazie alla riscoperta del paziente "complesso", con le sue manifestazioni associate (psicopatologiche, comportamentali e psicosociali), con il riconoscimento della sua predisposizione alla ricaduta e, più in generale, del prevedibile “fallimento” di molti programmi terapeutici, che una gestione clinica come l'attuale - necessaria in una certa fase storica del fenomeno e della riorganizzazione dei Servizi - finisce per rivelarsi oggi limitata, spesso inefficace e generatrice di frustrazione e di burn-out in non pochi operatori dei SerT.

D'altro canto il concetto di comorbidità/doppia diagnosi discusso in questa fase nei Servizi rischia, a sua volta, di essere assorbito in chiave esclusivamente ideologica, mancando i presupposti clinici in grado di filtrarlo e di renderlo utilizzabile nella progettazione e nel lavoro terapeutico.

Il presente contributo, derivato da una serie di esperienze di osservazione del funzionamento dei Servizi effettuate nel corso degli anni sia in ambiti di ricerca che di supervisione, ci ha permesso di evidenziare alcune aree di interesse cruciale che potrebbero favorire un approfondimento sia teorico che operativo nel lavoro propriamente clinico:

- le connessioni tra aree problematiche diagnostiche specifiche e trattamenti mirati, anche attingendo a tecniche derivanti da modelli epistemologicamente diversi;
- la gerarchizzazione degli obiettivi e delle priorità di intervento;
- la sperimentazione degli strumenti e delle tecniche sulla base delle esigenze riscontrate e non solo delle competenze già acquisite;
- l'affinamento del livello qualitativo del Servizio verso un grado di maggiore specializzazione e di integrazione tra le competenze.
- la reale compatibilità con il lavoro di rete di altri servizi (in primis il Dipartimento di Salute Mentale per gli utenti in “doppia diagnosi”).

Anche i tradizionali modelli di intervento residenziale (CT) che per circa un ventennio hanno garantito, almeno nel nostro paese, una risposta pressoché onnicomprensiva - dal punto di vista della residenzialità terapeutica - al fenomeno della dipendenza da oppioidi «cronica» attraversano una crisi radicale, sia in termini di utenza (riduzione della afferenze ai Servizi) che di capacità di adattamento alla maggiore flessibilità oggi necessaria per erogare prestazioni compatibili con le nuove richieste terapeutiche degli utenti o dei Ser.T. invianti.

Nell'attualità sembra particolarmente carente la disponibilità di programmi residenziali «ad alta caratterizzazione terapeutica» fruibili da quegli utenti che maggiormente impegnano – in genere in trattamento «cronico» – i servizi pubblici: si tratta della «nicchia» degli utenti ad elevata recidività, sia in relazione al disturbo da uso di sostanze (nella stragrande maggioranza dei casi «disturbi correlati a più sostanze o a sostanze diverse», secondo la definizione del DSM IV), sia in relazione alle più gravi forme di comorbidità psichiatrica di cui costoro sono portatori (disturbi dell'umore, disturbi psicotici e schizofrenia, gravi disturbi di personalità del cluster B).

Il profilo diagnostico-terapeutico dei nuovi modelli di lavoro nei Ser.T. o nelle C.T. cui si farà riferimento nell'intervento implica, in primo luogo, un incremento delle risorse rivolte alla tradizionale fase valutativa che non può essere soltanto centrata sui tradizionali strumenti della valutazione motivazionale del paziente, né sul rinforzo alla compliance mediante il solo ancoraggio a trattamenti sostituitivi.

Per quanto riguarda invece la specificità terapeutica dei programmi per «doppia diagnosi» questi dovrebbero essere impostati su una base modulare strettamente misurata sulle caratteristiche psicopatologiche di base, o sulla gravosità assistenziale, degli utenti superando, anche in questo caso, la tradizionale assegnazione a programmi scarsamente sensibili rispetto alla qualità ed al livello di gravità della comorbidità associata e più attenti, invece, ad operare in massima parte sulla adesione dell'utente a quanto il programma è in grado di erogare.

Indicazioni specifiche vengono dunque fornite sia in relazione agli strumenti da applicare nella fase di osservazione diagnostica, che alla compatibilità tra «trattamento ambientale» ed impiego di terapie psicofarmacologiche e psicoterapie

Riferimenti bibliografici

Clerici M.: Tossicodipendenza e Psicopatologia. Franco Angeli Milano 1993.

Clerici M.: "Working on 'drug abuse' in Italy: the multidimensional nature of addiction Services".
It J Psychiatry and Behavioral Sciences 2, 99-102, 1994.

Clerici M., Carta I.: "Personality disorders among psychoactive substance users. Diagnostic and psychodynamic issues". Eur Addict Res 2/3, 147-155, 1996.

Clerici M., Carrà G.: «Implicazioni cliniche della comorbilità per depressione nei disturbi da uso di sostanze». Salute Mentale e Neuroscienze 4, 3, 17-20, 1997.

Clerici M., et al: "Trastornos por uso de drogas y comorbilidad psiquiátrica en un servicio para la toxicoddependencia (SERT) durante un periodo de seis años". Adicciones 9, 3, 467-481, 1997.

Doppia Diagnosi. Numero monografico a cura di M. Clerici; Noos, 20. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000.