

L'abuso di droga non è una malattia, è una decisione, come quella di sbucare davanti a un'auto in corsa. Questa non la si definirebbe una malattia, ma un errore di valutazione. Quando un certo errore comincia a essere commesso da un bel po' di persone, allora diviene un errore sociale, uno stile di vita. E in questo particolare stile di vita il motto è: "Sii felice oggi perché domani morirai"; ma si incomincia a morire ben presto e la felicità è solo un ricordo. In definitiva, allora, l'abuso di droga è soltanto un'accelerazione, un'intensificazione dell'ordinaria esistenza di ciascun uomo.

Non è differente dal tuo stile di vita, è semplicemente più veloce.

Philip K. Dick "Un oscuro scrutare"



INDICE .....	2
RINGRAZIAMENTI.....	4
INTRODUZIONE.....	7
-PRIMO CAPITOLO: PSICOSI, NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE E RELATIVO RAPPORTO	
1.1 LA PSICOSI .....	9
1.2 LE DROGHE E LE NPS.....	10
1.3 RAPPORTO TRA EPISODIO PSICOTICO E ABUSO DI SOSTANZE.....	12
-SECONDO CAPITOLO: PSICOSI SINTETICA E RELATIVO TRATTAMENTO COMPORTAMENTALE E FARMACOLOGICO	
2.1 LA PSICOSI SINTETICA .....	16
2.2 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO E NON.....	20
2.3 NELLA REGIONE MARCHE.....	34
-TERZO CAPITOLO :DOPPIA DIAGNOSI, EZIOLOGIA DELLA STESSA E PRESA IN CARICO DI UN SOGGETTO AFFETTO DA DOPPIA DIAGNOSI	
3.1 DOPPIA DIAGNOSI.....	37
3.2 EZIOLOGIA DOPPIA DIAGNOSI.....	38
3.3PRESA IN CARICO SOGGETTO CON DOPPIA DIAGNOSI.....	45

3.4 ARTICOLAZIONE FASI DELLA PRESA IN CARICO DI UN SOGGETTO CON DOPPIA DIAGNOSI.....	47
3.5 POSSIBILI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ASSISTENZIALI SECONDO LA TASSONOMIA NANDA-I.....	51
CONCLUSIONI.....	55
SITOGRAFIA.....	57

## RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare in primis i miei genitori che hanno fatto mille sacrifici per offrirmi la possibilità di intraprendere questo percorso di studi e mi sono stati accanto fin dall'inizio, incoraggiandomi a non mollare mai, anche se la vita mi metteva davanti degli ostacoli apparentemente insormontabili. Grazie a loro sono diventata la donna testarda, caparbia e ambiziosa che sono oggi.

In particolare voglio ringraziare la mia Mamma, la donna che ammiro di più al mondo, una donna che mi ha sempre amata nonostante tutto. Ho sempre avuto un sogno nella vita, diventare come lei. E' grazie a te mamma se oggi sono arrivata qui, se ogni volta che sono caduta mi sono rialzata, se ho sempre trovato il sorriso in fondo alle lacrime e se ho avuto il coraggio di affrontare tante sfide durante questi 22 anni. Non trovo parole per descriverti, ma le uniche con cui riesco a raffigurarti sono: SEI FANTASTICA MAMMA!

Vorrei ringraziare mio fratello Jonathan, la persona più importante della mia vita, l'uomo che ho sempre avuto al mio fianco nonostante tutto, l'unica persona che c'è sempre stata per me malgrado le difficoltà che si presentavano, una dopo l'altra, nella nostra famiglia. Su di lui ho sempre potuto contare e con il passare degli anni il nostro rapporto si è rafforzato sempre più fino a diventare inseparabili.

Vorrei ringraziare Nicolas, il mio ragazzo, che mi ha aiutato a capire il vero

valore delle piccole cose, supportandomi, sopportandomi e facendomi sentire per la prima volta importante per qualcuno. Ad ogni mio passo verso un traguardo, che agli inizi sembrava sempre irraggiungibile, lui mi ha dato quella spinta in più per affrontare lo scoglio che mi si presentava davanti. Con lui ho passato questo mio ultimo anno e in così poco tempo è riuscito a farmi provare emozioni e sensazioni che nessuno era mai riuscito a farmi provare.

Un ringraziamento speciale va anche ai miei nonni, che mi hanno insegnato ad essere caparbia e ad avere sempre davanti agli occhi l'obiettivo a cui puntavo. Vi chiedo scusa se sono stata poco presente per voi, ma vi ho sempre portati nel mio cuore e nella mia mente in qualsiasi momento. Siete stati voi a salvarmi quando durante la mia adolescenza avevo bisogno di una "via di fuga" e per questo vi ringrazio perché mi avete fatto sentire protetta ed amata nei momenti più difficili.

Grazie anche ai miei amici che mi sono sempre stati accanto nei periodi più brutti e stressanti, cercando sempre di tirarmi su di morale anche se spesso mi rivolgevo loro in modo sbagliato finendo poi per litigare. So che mi volete bene così come sono e lo apprezzo, perché anche io non cambierei mai niente in nessuno di voi.

Grazie a tutti gli infermieri che mi sono stati accanto in questi tre anni di tirocinio, formandomi a livello professionale e insegnandomi cosa vuol dire

davvero essere un'infermiera. Ho imparato ad apprezzare cosa significa indossare una divisa e il valore di quest'ultima; In tre anni ho imparato ad essere una donna migliore, una persona di supporto per chi si trovava in difficoltà ed essere una spalla su cui appoggiarsi, specialmente in determinati momenti delicati. Sono cresciuta facendo mille sacrifici e apprezzando le correzioni e i rimproveri che mi venivano fatti per poter diventare quella persona che sono ora, sicuramente non perfetta, ma senza dubbio migliore. Ho capito che non si smette mai di imparare e che in questa professione bisogna sempre pensare per prima cosa agli altri e poi a se stessi.

Grazie anche a tutte le persone che mi sono state vicine durante questo percorso di studi ed in generale nella vita, so che senza ognuno di voi non sarei mai diventata la persona che sono oggi.

## INTRODUZIONE

Il presente studio ha come obiettivo l'osservazione del rapporto tra l'uso di sostanze psicoattive e il ruolo di causa delle stesse nell'esordio della psicosi.

La tesi è suddivisa in tre capitoli: nel primo capitolo si introduce al significato della psicosi e alla differenza tra psicosi esogena e psicosi endogena. Vengono trattate le differenze tra le varie droghe e nuove sostanze psicoattive (NPS).

Inoltre viene trattato il rapporto tra episodio psicotico e abuso di sostanze.

Il secondo capitolo illustra come la psicosi sintetica si manifesta e da quali sostanze viene scatenata. Questa parte rappresenta, quindi, le principali conoscenze teoriche e applicative relative alle manifestazioni cliniche di ogni sostanza a contatto con l'organismo. Sono stati studiati i trattamenti sia farmacologici e non farmacologici che sono stati messi in atto in soggetti che presentano questo tipo di disturbo. E' stato studiato un modello in cui si vuole evidenziare la necessità di concentrarsi sulle condizioni e le azioni necessarie per un efficace trattamento dell'abuso di sostanze o della dipendenza in un soggetto.

In questo capitolo è stata illustrata la presenza nella regione Marche di un Centro Diurno nella provincia di Ancona, dedicato in particolar modo agli utenti che presentano una diagnosi di psicosi indotta da sostanze, classificati nel DSM-5 all'interno disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici .

Il terzo capitolo, invece, spiega la doppia diagnosi, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico». E' stata spiegata, inoltre, l'eziologia della doppia diagnosi. Per concludere viene articolato in fasi, il meccanismo della presa in carico di un soggetto con sospetta doppia diagnosi.

Sempre in questo capitolo sono stati illustrati degli esempi di possibili diagnosi infermieristiche assistenziali secondo la tassonomia NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International) poste in relazione con i risultati che si possono ottenere dagli interventi noc (nursing outcomes classification).

## **Cos'è la psicosi?**

La psicosi, dal punto di vista psichiatrico, è intesa come una condizione patologica che colpisce l'uomo in modo globale, creando una deviazione nella continuità della vita relazionale. Essa insorge durante una condizione di benessere psichico e la sua sintomatologia non è considerata stabile, ma evolve nel tempo.

La psicosi è un insieme di condizioni psicopatologiche gravi che si contraddistinguono per: perdita di contatto della realtà, perdita di capacità critica e giudizio, presenza di disturbi del pensiero, delle percezioni e delle affettività e compromissione delle abilità e delle relazioni sociali. <sup>(1)</sup>

Il termine psicosi, introdotto da Ernst von Feuchtersleben nel 1845, aveva il significato di: “malattia mentale”.

Le manifestazioni sintomatologiche che risultano di maggiore rilevanza nelle psicosi sono rappresentate da deliri, allucinazioni, linguaggio e comportamento disorganizzato. Questi sintomi psicotici possono comparire in differenti forme morbose, ma nelle psicosi propriamente dette vengono espressi come un'alterazione della coscienza di sé e del proprio corpo, dove vengono meno i confini tra interno ed esterno del corpo causando l'estraneità dei propri pensieri e la trasformazione degli usuali significati che vengono attribuiti a oggetti e avvenimenti.

## **Droghe e Nuove Sostanze Psicoattive (NPS)**

L'uso di droghe risale all'inizio della civiltà, ma l'uso di massa è un fenomeno sorto nel 20° secolo.<sup>(2)</sup> Col passare degli anni si è abbassata, in modo preoccupante, la soglia di età in cui si fa inizio con l'uso di stupefacenti.

Le droghe vengono classificate in base all'effetto sull'organismo:

- depressione del sistema nervoso centrale ( alcool, benzodiazepine e barbiturici)
- narcotici (morfina ed eroina)
- stimolanti (cocaina, anfetamine, derivati della cannabis e nicotina)
- allucinogeni (LSD, MDMA).

La diffusione mondiale delle nuove sostanze psicoattive o NPS nella popolazione soprattutto giovanile si sta traducendo in un aumento di sintomatologia di carattere psicotico che spesso necessitano un ricovero in SPDC(Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura).<sup>(3)</sup> Le NPS di origine sintetica sono create con stimolanti, dissociativi e allucinogeni. I Servizi per le tossicodipendenze o SerT non riescono a fronteggiare l'aumento incontrollato di questo fenomeno nelle sue diverse fasi; quindi questi soggetti vengono sovente inviati alle strutture del dipartimento di salute mentale; proprio per questo nel SPDC in acuzie, nelle comunità residenziali e in strutture intermedie in fase di mantenimento e riabilitazione. Spesso, molte di queste persone che hanno abusato di NPS commettono reati, perciò il luogo in cui molto frequentemente

vengono assistiti è il carcere.

## **Rapporto tra episodio psicotico e abuso di sostanze<sup>(4)</sup>**

Considerando il problema della comorbidità a partire dalla prospettiva della condotta tossicomana, osserviamo che soggetti con una storia di precedente abuso di droghe sintetiche hanno un rischio di sviluppare una schizofrenia maggiore con prognosi peggiore rispetto a quelli senza tale storia di abuso; L'uso di sostanze, come ad esempio gli allucinogeni, potrebbe avere un ruolo facilitante nei processi biochimici coinvolti nella sintomatologia positiva della psicosi. L'uso di sostanze psicoattive contribuisce quindi all'insorgenza di nuovi casi di psicosi, in modo particolare se i soggetti si avvicinano precocemente a fare uso di tali sostanze.

Gli autori Hambrecht e Hafner nel 1996 hanno analizzato la relazione che esiste tra uso di sostanze ed esordio dei sintomi psicotici, valutando il momento d'insorgenza del disturbo a seconda della tipologia di condotta di abuso. Per quanto riguarda l'abuso di sostanze, la popolazione di soggetti psicotici sembrava distribuirsi in tre sottogruppi diversi. Il primo gruppo di persone presentava un problema di abuso di sostanze precedente all'insorgenza della schizofrenia da almeno un anno (spesso più di 5 anni); Il secondo gruppo di casi manifestava i primi segni di schizofrenia nello stesso mese in cui le persone iniziavano l'abuso di sostanze; Infine l'ultimo gruppo di soggetti cominciava ad

abusare di sostanze dopo il primo segno della schizofrenia, ma in questo caso l'uso di sostanze non può essere considerato come fattore eziologico.

Il DSM 5 del 2013 dedica un capitolo ai “disturbi correlati all'uso di sostanze”, all'interno del quale possiamo trovare disturbi indotti dall'uso di sostanze o conseguenti a un quadro d'intossicazione/astinenza; il manuale suggerisce che quando un quadro psicotico si sviluppa nel corso di un uso/abuso deve persistere per sei o più mesi in assenza di assunzione di droghe per indicare un disturbo psicotico indipendente. Il DSM 5 propone una chiara distinzione tra disturbo psicotico indipendente come il disturbo bipolare e la schizofrenia e sindromi causate da sostanze, dove i sintomi psicotici indotti sono di durata più breve e sono risolvibili con l'astinenza prolungata.

A partire dalla complessità delle relazioni esistenti tra abuso di sostanze e sintomatologia psichiatrica, sono state identificate tre differenti associazioni tra i due disturbi:

**1– Disturbo psichiatrico primario con tossicodipendenza secondaria:**

In questo caso l'uso di sostanze sembra essere secondario a un quadro di disagio psicologico preesistente. La sostanza è utilizzata come “lenitivo” del disagio psichico che può accompagnare diverse situazioni; nel caso di patologie gravi, alcuni soggetti tendono a ricorrere a droghe come “self medication” nel tentativo di alleviare i sintomi psicopatologici.

## **2– Disturbo da uso di sostanza primario con disturbo psichiatrico secondario:**

L'uso di sostanze può provocare l'insorgenza di sintomi psichiatrici temporanei o persistenti. Diverse sostanze, in modo particolare LSD, cannabis, cocaina e amfetamine, producono sintomi che "mimano" quelli della schizofrenia; questi caratterizzano un quadro d'intossicazione, ma a volte si mantengono anche in fase di astinenza. L'uso cronico e continuativo di sostanze può determinare conseguenze psichiatriche significative in quanto può determinare danni cerebrali irreversibili. In particolare, l'uso di metamfetamine e la sua associazione con i sintomi psicotici nei consumatori abituali ha destato notevole preoccupazione negli ultimi anni poiché il suo uso è aumentato e l'età del suo primo utilizzo è scesa drasticamente. Ciò è davvero preoccupante vista la relazione esistente tra l'uso di sostanze in adolescenza e lo sviluppo di un quadro psicotico stabile in età adulta, ma se l'inizio dell'uso di sostanza è precoce si nota ovviamente l'anticipazione dei tempi d'insorgenza dei sintomi psicotici.

## **3– Disturbo psichiatrico primario con tossicomania primaria:**

In questo caso si nota una combinazione casuale di due disturbi psichiatrici, non legati da nessuna causa comune.

Quando ci si trova davanti ad un giovane che presenta per la prima volta sintomi

psicotici, quasi sempre ci si interroga sulla possibile presenza di un uso di sostanze. Nella pratica clinica, però, è difficile distinguere un disturbo psicotico indotto da sostanze da un disturbo psicotico primario; proprio per questo alcuni indicatori possono essere utili per definire una diagnosi differenziale: si inizia con alcuni dati anamnestici: personali, come notizie di una precedente storia di abuso di sostanze o che aiutano a ricostruire la personalità premorbosa dell'individuo; oppure familiari, come ad esempio l'assunzione della stessa sostanza tra le figure presenti in famiglia più significative; poi si continua con alcuni criteri clinici, come la presenza di sintomi positivi, in particolare allucinazioni visive, resistenti ai neurolettici, che sembrano associarsi a quadri secondari ad abuso di sostanze; si analizzano gli esami di laboratorio, come test tossicologici e di funzionalità epatica, sono utili sia per rilevare la presenza di un abuso di sostanze sia una possibile storia pregressa di dipendenza del soggetto.

## **La psicosi sintetica**

Diversi autori definiscono la psicosi indotta da sostanze come “psicosi sintetica” per distinguerla dalle classiche psicosi o psicosi endogene. Essa consiste in una prospettiva fenomenologica, cioè nell’avere sintomi psicotici e non nell’essere psicotici. Questo incrementa la loro sofferenza e i soggetti si trovano di fronte a situazioni che ricordano molto da vicino le psicosi esogene o organiche, dense di automatismi come spiega De Clerambault nel 1920.

Le nuove sostanze sintetiche, che hanno azione dissociativa, allucinogena e attivante producono l’incremento di sindromi paranoidi che spesso non rispondono alla terapia antipsicotica e non hanno remissione dopo la cessazione dell’utilizzo di queste sostanze. Questi soggetti, in termini fenomenologici, hanno sintomi psicotici, ma non sono psicotici. <sup>(5)</sup>

Nonostante la grave dimensione allucinatoria che causa interpretazioni deliranti, non ci sono prove che mostrano che le nuove sostanze psicoattive (NPS) causano in modo diretto i disturbi del pensiero, ma compromettono gravemente l’esame della realtà e la conoscenza umana sensoriale.

Le modifiche del ciclo percezione-movimento descritte da V.Weizsaecker nel 1968, causate dalle NPS, possono influire (anche se solo in modo secondario) sia sulla critica che sul giudizio della persona. Perciò i deliri chimici non sono primari, ma secondari a forti modifiche del rapporto con la realtà, sulla base di

una distorsione della percezione-movimento dovuta all'assunzione dalle NPS.

Le NPS non sono realmente in grado di indurre disturbi del pensiero, ma il delirio chimico è caratterizzato da conferma e interpretazione di un determinato fatto o evento, non per la sua rivelazione. Grazie a questi segni differenziali è possibile impostare una distinzione precisa tra deliri chimici secondari a modificazioni sensoriali causate dalle NPS e deliri primari della classica psicosi endogena.

La psicosi sintetica, schematicamente:

1. E' causata dall'uso di droghe sintetiche;
2. E' una sintesi di sostanze esogene chimiche e reazioni individuali endogene;
3. E' una sintesi di disturbi cognitivi e disturbi dell'umore;
4. E' una sintesi di una parte fondamentale residua dell'ego e una parte danneggiata dalle droghe.

Ora andremo a vedere nello specifico come le singole sostanze si correlano a un quadro psicotico:

**-Cannabis:** Alcuni autori hanno provato a descrivere una forma di psicosi indotta da cannabinoidi che risulta essere caratterizzata da un esordio acuto della sintomatologia e con risoluzione entro pochi giorni; altri studi, invece, hanno evidenziato la comparsa di sintomi psicotici dopo mesi o addirittura anni di uso di cannabis, spesso a distanza dall'interruzione dell'assunzione. La psicosi, negli

utilizzatori di cannabis, può generare paranoie e in questo caso, rispetto alla schizofrenia paranoidea, i soggetti che ne abusano presentano un comportamento bizzarro e violento, ma anche una maggiore consapevolezza della malattia. In altri casi si è visto che mesi di uso quotidiano di marijuana possono favorire l'insorgenza di un quadro clinico caratterizzato da amnesia, agitazione psicomotoria, delirio megalomane, elevazione del tono dell'umore, ridotto bisogno di sonno, assenza di allucinazioni e mancanza di consapevolezza di malattia. Le psicosi da cannabis sembrano avere una risposta a breve termine al trattamento e un completo recupero dello stato iniziale, ma sono possibili le ricadute se il soggetto torna ad abusare della sostanza.

**-Amfetamine:** L'assunzione cronica di amfetamine da parte di un individuo può indurre una duratura sintomatologia psicotica che si ripresenta anche dopo un lungo periodo di astinenza dalla sostanza. I sintomi psicotici si ripresentano sia se il soggetto cede all'assunzione anche di dosi minime, ma in alcuni casi può ripresentarsi anche senza il riutilizzo della sostanza stessa.

**-Cocaina:** L'abuso di cocaina, se cronico oppure se l'assunzione è ad alti dosaggi, può favorire lo sviluppo di una sintomatologia paranoica, caratterizzata da anedonia, allucinazioni, stereotipie, ideazione paranoide, insonnia, perdita del controllo degli impulsi e disorientamento. Quando si sospende l'assunzione della sostanza, i fenomeni allucinatori solitamente regrediscono, ma i deliri

possono persistere se il consumo è prolungato o se la persona presenta una vulnerabilità psicopatologica precedente. Nel caso di forti abusatori di cocaina, la transitoria esperienza di paranoia è un fattore di rischio per lo sviluppo di psicosi, che a volte si accompagna a disturbi del comportamento come l'aggressività, la violenza e i comportamenti bizzarri.

**-Allucinogeni:** L'uso di droghe allucinogene, come LSD e derivati sintetici, spesso si accompagna ad alterazioni percettive intense riguardanti il tempo, lo spazio e l'immagine corporea. In alcuni casi, i soggetti possono presentare sintomi paranoidei accompagnati da una forte ansia. L'uso prolungato di LSD rappresenta un fattore importante che contribuisce allo sviluppo di psicosi croniche o ricorrenti in soggetti senza una storia pregressa di malattia mentale, disturbi spesso caratterizzati da allucinazioni e ciclotimia e si può cadere in uno stato definito Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD), caratterizzato da flashback ricorrenti con alterazioni percettive e, raramente, vere e proprie allucinazioni.

## **Trattamento**

La presenza di un disturbo psicotico associato ad abuso di sostanze comporta un esito peggiore del trattamento, infatti si associa ad una bassa compliance al trattamento farmacologico.

Questa tipologia di assistiti evoca solitamente negli operatori dei sentimenti molto forti, tanto da sentirsi alcune volte inesperti, oppressi dalla moltitudine dei problemi che i soggetti presentano, incerti su quale problematica affrontare per prima.

Le difficoltà assistenziali sono poi amplificate dalla separazione dei servizi territoriali deputati al trattamento dei due disturbi; questo si accompagna a una separazione dei programmi terapeutici a cui viene sottoposto il soggetto, per la malattia mentale e per l'abuso di sostanze: la separazione di questi servizi è associata a risultati peggiori nel caso di assistiti che presentano una comorbilità psichiatrica. Per trattare tali problematiche sono stati utilizzati tre modelli di collaborazione tra servizi:

– **Sequenziale o periodico:** il soggetto è seguito da due équipes curanti distinte dei due diversi servizi; viene trattato prima il disturbo più acuto o più grave fino a una sua parziale stabilizzazione; poi il soggetto viene inviato all'altro servizio;

– **Parallelo:** anche in questo caso le équipes curanti sono distinte; i due servizi intervengono sul soggetto allo stesso tempo, ma ciascuno opera sul disturbo di competenza in maniera distinta e separata dall'altro.

– **Integrato:** questo modello prevede il trattamento dell'abuso di sostanze e della patologia psichiatrica secondo un programma unico per l'assistito. Un protocollo integrato sembra essere più efficace nel trattamento di soggetti psichiatrici con abuso di sostanze , permettendo di limitare i contrasti tra i curanti e facilitare l'accesso del soggetto ad un trattamento adeguato.

Risulta evidente che, quando possibile, il modello integrato è sicuramente quello più completo, poiché i trattamenti effettuati in tal ottica mirano a ridurre i conflitti tra i curanti, a eliminare le difficoltà dei soggetti di dover seguire due diversi programmi terapeutici sentendo spesso messaggi potenzialmente contrastanti e a rimuovere barriere di vario genere, anche in ambito finanziario, per poter così accedere al trattamento e continuarlo nel tempo.

È molto importante, nella fase iniziale, cercare di creare una buona alleanza terapeutica con l'assistito; questo può essere difficile con soggetti psicotici, sia a causa della scarsa capacità interpersonale sia per la difficoltà a mantenere un impegno prolungato. Anche l'elaborazione del progetto di trattamento non può essere rigidamente formalizzata, ma deve essere modellata sulle caratteristiche psicopatologiche di base dell'assistito, così come riferendosi alle richieste

assistenziali che il soggetto pone ai servizi stessi.

Nel caso di soggetti giovani all'esordio con sospetto di comportamento dovuto alla tossicodipendenza, il primo passo importante da affrontare consiste nell'analizzare l'abuso delle sostanze. Il monitoraggio della condotta d'abuso deve essere proseguito nel corso del trattamento, vista la tendenza dei soggetti a negare o minimizzare il fatto di fare uso di sostanze; questo può essere ottenuto attraverso l'analisi delle urine e/o del sangue. La gestione terapeutica ideale dovrebbe combinare il trattamento della patologia psicotica con interventi clinici e sociali volti alla riduzione dell'abuso di sostanza. È importante innanzitutto motivare i soggetti a modificare l'uso corrente della sostanza. L'astinenza, a volte, è vista come qualcosa di impossibile dall'assistito; è importante allora adottare un approccio empatico e soprattutto non giudicante, volto a cercare di illustrare al soggetto in che modo la psicosi e l'abuso di sostanze interagiscono tra loro. L'obiettivo, in questa prima fase, è quello di incrementare l'aderenza al trattamento della persona perché i soggetti disorganizzati, in acuzie psicopatologica o ancora dipendenti in modo evidente da sostanze, molto spesso mostrano scarsa adesione al trattamento, tanto da rendere necessario il ricovero in ospedale. I sintomi psicopatologici sono vissuti dalla persona in modo confuso, con una sensazione alcune volte d'inadeguatezza ed estraneità rispetto al contesto; questa sensazione può favorire la ricaduta e il mantenimento

dell'uso di sostanze ma, allo stesso tempo, la condotta d'abuso contribuisce alla concomitante riacutizzazione psicotica. I diversi servizi devono allora operare in modo integrato, per coordinare gli interventi proposti; interventi che inizialmente saranno intensivi, della durata anche di diverse ore al giorno, volti non solo a fornire un supporto clinico, ma anche formativo e informativo al soggetto: dall'acquisizione di abilità di per affrontare delle situazioni stressanti alla gestione del farmaco, in un contesto sia individuale che di gruppo. In tale progetto possono essere previsti interventi diversi anche di supporto alla persona nei propri bisogni, da quelli di prima necessità quotidiani alla residenzialità fino al coinvolgimento in attività per reintegrarsi nella società. Si è visto che un programma di trattamento intensivo integrato con colloqui motivazionali, terapia cognitivo comportamentale e interventi familiari, consente un miglioramento generale dello stato della persona, la riduzione dei sintomi psicotici e delle riacutizzazioni, così come un aumento in percentuale dei giorni di astinenza dalla droga e dall'alcol. In tale ottica, l'associazione di una terapia occupazionale mira allo sviluppo di una positiva immagine di sé attraverso lo sviluppo di competenze e capacità prestazionali dei soggetti; la conseguente percezione di efficacia personale porterebbe a un'identità più positiva di sé e a una conseguente riduzione del comportamento psicotico dovuto all'uso di sostanze. Molte regioni, hanno riunificato il Dipartimento delle Dipendenze con quello di

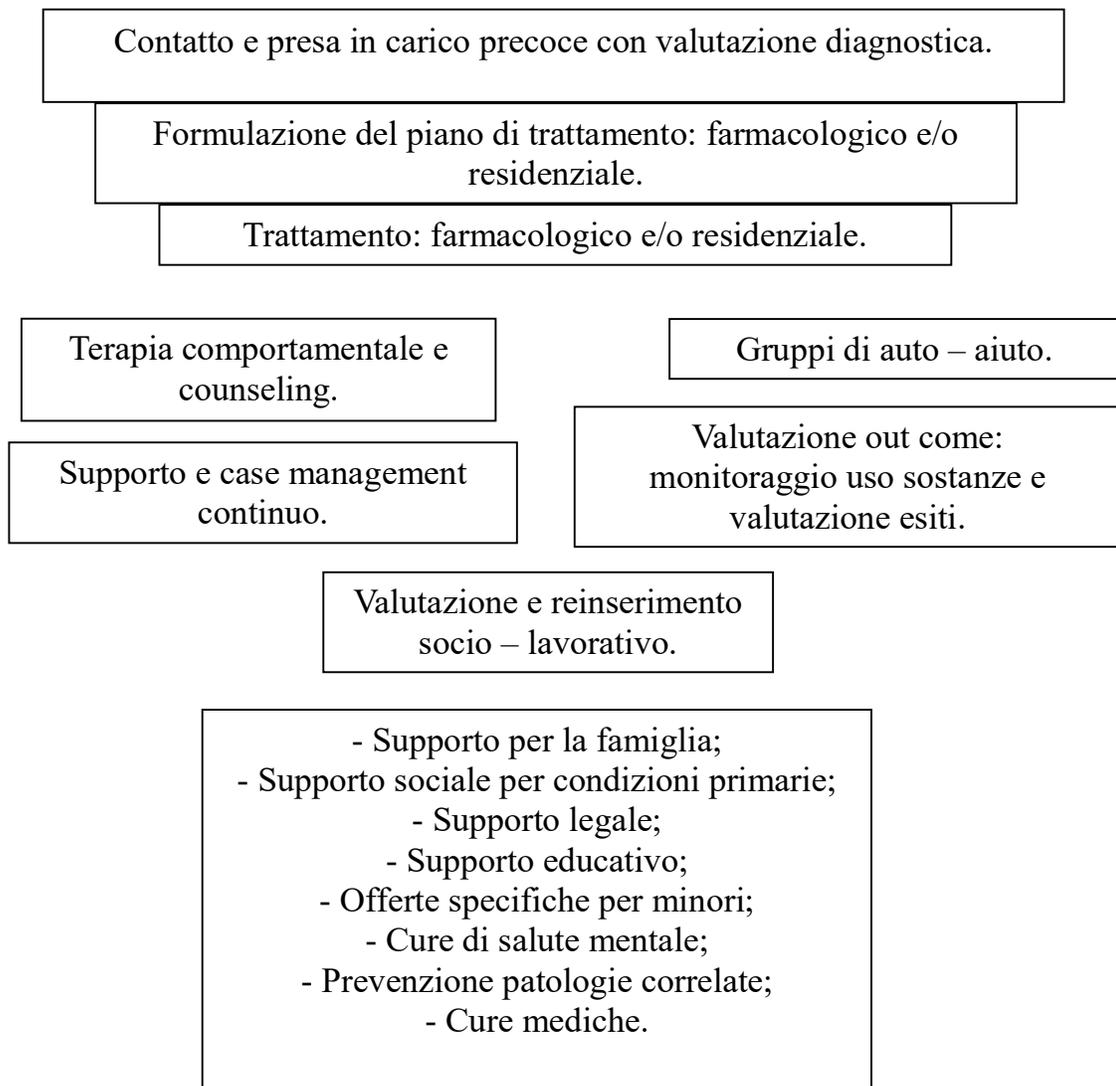
Salute Mentale. Il SerT inizialmente era un servizio posto all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, poi è stato creato quello delle dipendenze ed ora molte regioni per favorire e migliorare la gestione integrata di un soggetto con doppia diagnosi hanno rifatto il Dipartimento di Salute Mentale con all'interno un Dipartimento delle Dipendenze, perciò è diventato un unico dipartimento.

Il trattamento farmacologico, integrato con i colloqui motivazionali, rappresenta la strategia "di primo intervento" nel caso di abuso di sostanze che si manifesta con disturbi psicotici.

I farmaci più indicati per questo tipo di popolazione sono gli antipsicotici atipici proprio per la loro efficacia e tollerabilità. Le terapie con potenziale rischio di abuso come ad esempio le benzodiazepine e gli anticolinergici, dovrebbero essere prescritti solo per brevi periodi. Nei soggetti in trattamento con metadone, l'eventuale diminuzione del dosaggio dovrebbe essere graduale poiché una rapida riduzione del farmaco potrebbe causare una ricaduta psicotica. In parallelo al trattamento farmacologico, il trattamento psicosociale aiuta ad aumentare la motivazione del soggetto a mantenere uno stato di astinenza dalle sostanze. L'integrazione di una terapia a orientamento cognitivo comportamentale consentirebbe di prevenire le ricadute, aiutando i soggetti a riconoscere i segni e sintomi di possibili riacutizzazioni psicotiche o di una

condotta di abuso; l'obiettivo è quello di sviluppare strategie alternative per fronteggiare situazioni ad alto rischio. Possono essere utili interventi motivazionali così come di counseling, sia di gruppo sia individuale, relativamente alla gestione del farmaco, dello stress e della prevenzione delle ricadute. È molto importante coinvolgere nel trattamento anche le famiglie, dopo aver ottenuto il consenso da parte dell'assistito, sia per ridurre le tensioni emotive familiari che per sostenere il soggetto stesso nel proprio percorso terapeutico. Il tasso d'interruzione del trattamento resta comunque alto, anche quando i soggetti sembrano essere motivati a ridurre il loro uso della sostanza; questo andamento è associato alla difficoltà del soggetto di tollerare questo tipo di interventi intensivi, volti a costringere gli assistiti all'astinenza dalle sostanze quando il problema d'abuso è ancora importante; tutto è reso più difficile anche dal fatto che permangono forti le pressioni esterne, come le tentazioni a ricadere nell'uso di sostanze: il soggetto durante il trattamento continua, infatti, a confrontarsi con il proprio ambiente, che è quello legato alla droga, l'unico che conosce, ma anche l'unico che lo riconosce. La complessità del problema pone la necessità di definire procedure operative e organizzative efficaci che partano dall'obiettivo di rendere maggiore la collaborazione tra servizi diversi. Una priorità, sotto quest'aspetto, è quella di migliorare le modalità di accoglienza e valutazione dei soggetti nell'ambito dei due servizi relativi alla salute mentale e

ai problemi di abuso di sostanze. Questo lavoro di valutazione specifica dovrebbe essere effettuato, in modo preventivo, non solo nell'ambito dei contesti sanitari che accolgono le richieste dirette di cura, ma dovrebbero essere coinvolti anche quei servizi volti all'assistenza sociale, dove il disagio del soggetto trova espressione indiretta, attraverso problematiche legate all'alloggio, al reddito e alla giustizia. Queste valutazioni andrebbero fatte anche nei luoghi di aggregazione giovanile, dalle scuole alle discoteche, dove il soggetto esprime liberamente se stesso. Proprio queste aree forniscono informazioni supplementari sulla popolazione che presenta problemi di disagio mentale e di abuso di sostanze e rappresentano uno spazio intermedio a disposizione del giovane per provare a fare chiarezza riguardo al proprio disagio, per poter così accedere ai diversi servizi sulla base dei propri bisogni.



In questo lavoro si vuole evidenziare la necessità di concentrarsi sulle condizioni e le azioni necessarie per un efficace trattamento dell'abuso di sostanze o della dipendenza in un soggetto.<sup>(6)</sup> Si parte da un contatto con la persona e una presa in carico precoce della stessa che si basano soprattutto su una specifica valutazione diagnostica, azzardando poi nella formulazione di un preciso piano di trattamento, sia farmacologico che residenziale (in base alle caratteristiche e

ai bisogni della persona tossicodipendente). Il trattamento della dipendenza trae molto beneficio ed aumenta la sua efficacia se associato alla terapia comportamentale e al counseling, all'inserimento della persona in gruppi di auto-aiuto, con un supporto e un case management continuo. Un piano strutturato e contestuale dovrebbe essere fatto anche per quanto riguarda le attività di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Nella maggior parte dei casi questo piano riabilitativo non viene fatto, venendo così a mancare percorsi e processi strutturati soprattutto all'interno dei servizi pubblici che sono orientati alla riabilitazione e all'acquisizione di social skills e competenze professionali finalizzati a sviluppare un livello di autonomia sufficiente a garantire la ripresa delle normali attività sociali, in totale libertà, anche a contatto con dalle sostanze stupefacenti. Fondamentale, inoltre, è la valutazione dell'outcome mediante monitoraggio dell'uso di sostanze e valutazione degli esiti del trattamento attraverso macro-indicatori come la qualità di vita, la presenza di attività lavorativa reddituale, il grado di salute e la riduzione dei rischi associati alle patologie correlate.

Oltre a questo, è necessario assicurare contemporaneamente una serie di altre offerte e servizi alla persona presa in carico come ad esempio: cure mediche (in particolare per l'infezione da HIV e per le altre malattie infettive, quali epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse, ecc.), interventi per la prevenzione delle

patologie correlate, cure per la salute mentale, offerte specifiche per i minori, supporto educativo, supporto legale, supporto sociale per le condizioni primarie di vita e supporto per la famiglia.

Le caratteristiche delle attività dei Dipartimenti delle Dipendenze sono:

- Contatto precoce. Risulta fondamentale orientare l'organizzazione al contatto quanto più precoce possibile con le persone con dipendenza da sostanze, agevolando ed incentivando l'accesso anche tramite attività sul territorio di operatori specializzati, sia nei luoghi di consumo che in quelli di intrattenimento. Un importante ruolo nel contatto precoce può essere svolto da Internet e dalla possibilità di avere siti web attrattivi ed interattivi, soprattutto con le persone che consumano cocaina.
- Offerta differenziata, integrata e multidisciplinare specifica per ogni tipo di persona presa in carico. L'offerta terapeutica deve essere:
  - differenziata in base alle caratteristiche e ai bisogni dei soggetti, conservando la necessaria integrazione degli interventi medici, psicologici, educativi e sociali. A questo proposito risulta indispensabile assicurare la presenza di tutte le professionalità necessarie per poter avere un approccio multidisciplinare e il loro coordinamento mediante l'adozione di programmi terapeutici e riabilitativi per ogni singola persona;

- adeguata anche in base allo stadio del cambiamento comportamentale e al livello motivazionale del soggetto stesso;
- con forte orientamento alla riabilitazione e al reinserimento socio-lavorativo, e non alla semplice gestione di lungo termine del soggetto;
- differenziata per fasce di età. E' necessario prevedere programmi, fasce orarie o ambienti specificatamente dedicati ai soggetti minorenni;
- è fondamentale prevedere all'interno dei dipartimenti programmi ben strutturati e formalizzati che siano "incrementali e a soglie crescenti" in modo da poter far percorrere al soggetto un processo di cura evolutivo verso la possibile guarigione;
- valutata negli esiti (outcome) mediante indicatori quantitativi in grado di rappresentare l'interruzione di uso di sostanze nel tempo, la qualità di vita, il grado di reinserimento sociale e lavorativo, il rischio infettivo e di overdose. Contemporaneamente, sarà necessario prevedere la possibilità di monitorare e correlare gli esiti con le prestazioni erogate.

## **LA RIABILITAZIONE**

La riabilitazione rientra a pieno titolo nei livelli essenziali di assistenza della persona, ma purtroppo nei servizi risulta essere ancora carente questo aspetto cruciale. La riabilitazione delle persone con dipendenza è un lungo processo educativo sempre possibile e da ricercare attivamente e costantemente fin dalla

presa in carico della persona, sia per quanto riguarda lo sviluppo, il recupero e il mantenimento delle abilità sociali e relazionali della persona, sia per quanto riguarda le life skills, soprattutto quelle lavorative, volte a garantire il mantenimento della propria autonomia e indipendenza. È necessario distinguere la fase della riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo, anche se risultano essere strettamente correlate.

La prima fase è prevalentemente finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter reinserire la persona tossicodipendente nella società; la seconda fase, che sostanzialmente risulta essere l'evoluzione e il completamento della prima fase, è finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona.

Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo continuativo ed in continuo incremento, cioè costituito da sequenze operative che mirano ad un incremento della gradualità degli obiettivi verso l'autonomia della persona, seguendo la seguente sequenza operativa:

presa in carico precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento sociale. Il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento, quindi, non sono processi strettamente sequenziali ma fortemente integrati tra loro. Le attività di riabilitazione, infatti, possono e devono iniziare già durante il trattamento del soggetto, così come quelle di reinserimento iniziano già durante la fase di

riabilitazione. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare, quindi, una giusta e prioritaria considerazione fin dall'inizio dell'attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto riguarda quelli ambulatoriali, sia per quelli residenziali. Il reinserimento lavorativo delle persone dipendenti costituisce l'obiettivo e il punto di arrivo di tutti i trattamenti al fine di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità di una reale e duratura reintegrazione nella vita e nella società delle persone tossicodipendenti. Concretamente, è necessario che ogni dipartimento possieda specifici programmi e protocolli generali formalizzati per la riabilitazione. Ogni singolo utente dovrebbe avere un proprio e formale programma di riabilitazione personalizzato, con obiettivi esplicitati, verificati e monitorati nel tempo al pari dei programmi farmacologici. Il tema del reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti è stato oggetto di un'importante Risoluzione ONU varata a Vienna a marzo 2011 nell'ambito della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite.

La Risoluzione, presentata dal Dipartimento Politiche Antidroga, era stata precedentemente discussa, concordata e sostenuta prima da 27 Paesi dell'Unione Europea a Bruxelles, in sede di Consiglio Europeo, poi definitivamente approvata a Vienna e condivisa dai 180 Stati delle Nazioni Unite. La risoluzione è un risultato importante perché, oltre a valorizzare l'attività di prevenzione

dell'uso di droghe, essa riporta e valorizza come punti fondamentali nell'intervento sulle tossicodipendenze i concetti di riabilitazione, di reinserimento sociale-lavorativo e di "recovery", cioè il recupero totale della persona. Con questa risoluzione, quindi, tutti gli Stati delle Nazioni Unite hanno concordato che quella proposta dall'Italia deve essere la strategia prioritaria nell'approccio alle tossicodipendenze. Un così ampio consenso ha testimoniato il riconoscimento che a livello internazionale riceve attualmente la strategia del governo italiano in tema di tossicodipendenza. E' la prima volta, infatti, che una risoluzione così importante ed articolata proposta dall'Italia acquisisce l'apprezzamento e l'approvazione di tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite al punto tale che molti di loro hanno dichiarato di voler impegnare risorse per realizzare strategie di recupero totale delle persone tossicodipendenti nei propri ambiti territoriali.

## **NELLA REGIONE MARCHE**

E' stato costituito nel 2014 un Centro Diurno nel territorio dell'Area Vasta 2 che prenderemo come esempio in questo capitolo. E' dotato di psichiatri e psicologi in modo stabile, oltre che di infermieri, educatori, assistenti sociali, e funziona sia come centro diurno che come ambulatorio. È aperto attualmente dal lunedì al sabato per quattro/sei ore al giorno. Al fine di creare uno spazio e un tempo condivisi, per un percorso con un approccio integrato e multidimensionale (Tittarelli, Marini, Eletto, Bartoli, Scortechini, Marini, 2016), è dedicato in particolar modo agli utenti che presentano una diagnosi di psicosi indotta da sostanze, classificati nel DSM-5 all'interno disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici. E' stato scelto un quadro teorico-applicativo di riferimento ad indirizzo fenomenologico, che si dirama in tutte le varie fasi del programma personale, dal percorso psicodiagnostico valutativo, alla costruzione di piani terapeutici - riabilitativi individualizzati, sviluppati in rapporti di condivisione tra utenti, cioè attraverso la rete dei familiari ed i relativi operatori, rispettando la soggettività degli utenti e promuovendo attività d'inclusione sociale e di condivisione. Vengono messe in atto strategie terapeutiche che all'inizio non erano caratteristiche di un servizio ambulatoriale per le Dipendenze Patologiche come le visite domiciliari, gli interventi in urgenza, l'accoglienza al servizio

prolungato in regime simil day-hospital per soggetti in crisi o con scompenso psicopatologico, Trattamenti Sanitari Obbligatorii, la somministrazione di neurolettici long acting, l'attività ricreative e i laboratori esperienziali. Per facilitare la presa in carico quotidiana del soggetto, garantendo accoglienza, vicinanza, ascolto anche in quei momenti in cui la persona è fragile e si sente insicura, si è scelto di lavorare attraverso il modello operativo della rete, con un notevole risparmio di risorse e l'ottimizzazione dei mezzi di cura disponibili, prevedendo l'interconnessione tra strutture residenziali del territorio, al fine di incrementare le attività di inserimento e funzionamento sociale. Si assistono utenti, nonostante la presenza di sintomi residui o problemi ricorrenti che spesso li affliggono con gravi e complessi quadri psicopatologici, con il fine di offrire loro opportunità per coltivare la speranza, la creatività, la capacità di prendersi cura di se stessi. Inoltre, come ci ricordano Maone e D'Avanzo, la cura recovery-oriented si focalizza sui modi in cui ciascuna persona può gestire e superare le sfide che la malattia gli pone davanti nella quotidianità, promuovendo le competenze e i punti di forza della persona. La psicopatologia fenomenologica appare rappresentare un originale approccio metodologico e, oltre al carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione, esso permette di lavorare sulle

dinamiche di gruppo, e promuove l'acquisizione e il rafforzamento delle competenze di resilienza della persona.

## **DOPPIA DIAGNOSI**

Il termine doppia diagnosi è stato coniato anni fa dalla psichiatria statunitense, da De Leon nel 1989 e da Solomon nel 1996 per indicare la coesistenza di un grave disturbo mentale, soprattutto di tipo psicotico, e di un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze. <sup>(7)</sup> Questo termine viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico». <sup>(8)</sup> Il termine doppia diagnosi è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico. La coesistenza dei due disturbi, però, non necessariamente è rappresentativa di un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico da parte dei due servizi.

L'esperienza clinica dimostra che un'elevata percentuale di soggetti portatori di un disturbo psichiatrico presentano una anamnesi positiva per assunzione di sostanze d'abuso. Tale constatazione fa sorgere sistematicamente il dubbio diagnostico circa quale sia fra i due il disturbo primario: stabilire con relativa certezza la tipologia del disturbo primario è importante per la formulazione di una corretta diagnosi, per il riconoscimento dei meccanismi patofisiologici e soprattutto per i risvolti terapeutici e prognostici.

## **Eziologia doppia diagnosi :**

- **Vulnerabilità** (The Super-sensitivity Theory )

Numerose linee di evidenza sia clinica che sperimentale indicano che esiste una vulnerabilità individuale verso l'abuso o dipendenza da sostanze condizionata da determinanti biologici cerebrali. <sup>(9)</sup> Sono stati fatti degli studi familiari, su gemelli e sui figli adottivi, che hanno dato una conferma della trasmissione genetica, già dimostrata negli studi svolti sugli animali, della “tendenza all'abuso o dipendenza da sostanze” che si riscontra più frequentemente sui figli di soggetti che hanno già manifestato più marcate inclinazioni all'abuso di sostanze in genere.

- **Ipotesi dell'automedicazione** (Self-Medication Hypothesis or SMH)

L'ipotesi interpretativa della doppia diagnosi come conseguenza di un'automedicazione impropria, prevede che un soggetto psichiatrico assuma delle sostanze al di fuori di una prescrizione medica per alleviare i sintomi che il suo disturbo comporta.<sup>(10)</sup> Questo però porta all'assunzione ripetuta della sostanza fino a creare un disturbo da uso di sostanze (più frequentemente causa una vera e propria dipendenza) in comorbidità al disturbo psichiatrico di base.

Il modello SMH o modello dell'automedicazione (Self-Medication Hypothesis ) promuove l'ipotesi che le sostanze d'abuso non siano scelte a caso, bensì ci sia

un preciso collegamento tra la sostanza usata e la sintomatologia della malattia psichiatrica. Per esempio molti studi hanno rivelato che droghe e alcol vengono utilizzati dai soggetti per alleviare sintomi extrapiramidali causati dai farmaci neurolettici oppure stati di ansia, irrequietezza e agitazione. <sup>(11)</sup>

Alcune revisioni della letteratura riportano che alcune persone affette da schizofrenia preferiscono assumere droghe stimolanti come anfetamine e cocaina, le quali neutralizzano i sintomi negativi come l'apatia, l'abulia e l'appiattimento affettivo rispetto a quelle che principalmente hanno effetti sedativi tra cui oppiacei e alcol. <sup>(12)</sup> Le altre principali motivazioni che inducono gli individui con doppia diagnosi all'uso di droghe o alcol sono:

- bisogno di sentirsi esaltati, sentirsi bene;
- ragioni sociali (essere accettati o appartenere ad un gruppo, facilitare l'interazione con altre persone);
- incrementare il piacere, le emozioni e l'energia;
- parlare molto per potersi relazionare con gli altri;
- aumentare la concentrazione.

Gli effetti ottenuti dall'assunzione di droghe o alcool e spesso si dimostrano opposti alle grandi aspettative che i soggetti si erano immaginati e che speravano di ottenere. Per esempio il bisogno di ridurre i sintomi positivi, come allucinazioni e deliri, e di sentirsi bene hanno indotto molte persone all'uso di

sostanze, le quali hanno però portato ad un peggioramento della sintomatologia e ad un senso di malessere generale, spingendo il soggetto a cercare una via di fuga dalla nuova situazione portandolo in una spirale infinita dalla quale difficilmente si riesce ad uscire autonomamente.

## INTERVENTI COMPORTAMENTALI E FARMACOLOGICI

La gestione di soggetti con doppia diagnosi è molto complessa perché queste persone non presentano solo problemi psichiatrici, ma anche dipendenza da sostanze o da alcol che rende più difficile il loro trattamento. Queste persone hanno situazioni affettive, familiari, scolastiche, lavorative ed abitative instabili, comportamenti violenti, spesso commettono reati, presentano scarsa compliance ai trattamenti e tendenza a comportamenti suicidari. L'atteggiamento nei confronti del trattamento della doppia diagnosi sta cambiando, specialmente negli ultimi anni, sia per una maggiore consapevolezza del problema, sia per il maggior numero di ricerche condotte, con lo studio di nuove metodologie di trattamento integrato che comprendano sia la tossicodipendenza, sia la malattia psichiatrica propriamente detta.

Trattamenti comportamentali:

- **Supporto motivazionale:** riconosciuto come trattamento essenziale della dipendenza, la cui efficacia è stata dimostrata sia nei casi di abuso d'alcol che di stupefacenti. Queste tecniche di supporto motivazionale devono

essere adattate in base alla fase che il soggetto sta attraversando nel suo percorso terapeutico. Questa strategia permette ai caregivers di rimanere più legati agli assistiti e di sviluppare una maggiore empatia rispetto ai soliti approcci utilizzati comunemente per la gestione della dipendenza da sostanze. Esso è stato sviluppato per creare degli interventi che vanno incontro ai bisogni specifici dei soggetti coinvolti, che permettono la partecipazione attiva del soggetto e l'assunzione di responsabilità da parte di quest'ultimo per imparare le tecniche di autocontrollo per evitare futuri abusi.

- **Comunità terapeutica:** E' un elemento essenziale del metodo di cura ed è fondato sullo stretto rapporto che si stabilisce fra il personale e gli utenti che partecipano al lavoro e alle attività della comunità, contribuendo inoltre alle decisioni che li riguardano. La comunità induce nella persona un modo di "agire" diverso, ciò al fine di far accettare le convinzioni e i valori entro cui le sue azioni si esplicano e si riflettono. Il cambiamento di atteggiamento, da solo, non è un indice di trasformazione della persona ma conduce il soggetto nella giusta direzione di un processo sociale e di una cultura della comunità.
- **Gruppo:** Le norme del gruppo riflettono non solo le regole di comportamento da adottare durante gli incontri con il gruppo stesso, bensì

le aspettative implicite ed esplicite dei membri su come dovrebbero funzionare gli incontri stessi. <sup>(14)</sup> Vengono inoltre enunciate le norme del gruppo tramite le quali è possibile creare un equilibrio tra le fantasie dei soggetti e la realtà, diminuendo ansie e paure. <sup>(15)</sup> La spiegazione delle regole che il gruppo deve seguire avviene durante i colloqui preparatori d'ingresso o durante la formazione del gruppo. Queste regole stipulate vertono principalmente su:

- **Tempo:** il terapeuta deve specificare ogni quanto tempo il gruppo si riunirà nel luogo prestabilito e quanto durerà ogni incontro (solitamente una o due volte a settimana per un'ora/ un'ora e mezza);
- **Puntualità:** ogni membro è invitato a presentarsi agli incontri puntualmente sia a vantaggio di una partecipazione seria e costruttiva alla terapia sia nel rispetto altrui sottolineando così l'indipendenza di ogni membro;
- **Espressione libera:** i membri sono invitati ad esprimere il proprio pensiero liberamente ed in modo esplicito;
- **Riservatezza:** Spesso richiesta dai membri e risulta fondamentale per la partecipazione autentica del soggetto stesso;
- **Regola dell'astinenza:** introdotta per limitare interazioni e relazioni dei membri all'interno del gruppo durante gli incontri.

- **Trattamento farmacologico:** Il trattamento della dipendenza da droghe ed alcol si basa principalmente sull'approccio psicologico, individuale e di gruppo, ma nell'ultimo ventennio, sono stati scoperti alcuni farmaci specifici ad azione anticraving ( inibizione del desiderio) che, associati alla terapia di supporto psicologico e sociale, hanno permesso di incrementare la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento e mantenimento dell'astensione da bevande alcoliche, sostanze e nella prevenzione della ricaduta.
- **Trattamento con agonisti:** questo gruppo di interventi riguardano
  - 1) Obiettivo di riduzione del rischio di una crisi di astinenza con metadone a bassa soglia con lo scopo di inibire una eventuale crisi e di sottrarre al tossicodipendente la necessità di far uso di eroina;
  - 2) Obiettivo di abbandonare l'uso di droghe di strada e dello stile di vita associato a queste ultime tramite l'utilizzo di metadone a mantenimento attraverso trattamenti impegnativi con finalità di recupero e di riabilitazione. L'efficacia del trattamento si valuta osservando la cessazione del consumo di eroina e di altre droghe, la modificazione dello stile di vita e la riduzione dell'attività criminale;
  - 3) Obiettivo volto alla disintossicazione e al mantenimento dell'astinenza tramite metadone somministrato con dosi scalari partendo da un dosaggio

idoneo per sopprimere l'astinenza e riducendo il farmaco in modo progressivo.

- **Trattamento con antagonisti:** Il farmaco utilizzato è il Naltrexone, indicato per soggetti disintossicati e che vogliono evitare ricadute in droghe oppiacee. Lo scopo dell'utilizzo del farmaco è quello di proteggere il tossicodipendente dall'uso compulsivo della sostanza oppiacea tramite un farmaco che antagonizza i recettori propri delle sostanze annullando l'effetto euforizzante e quello della dipendenza stessa. Il Naltrexone, viene assunto per via orale e grazie al suo lungo tempo di occupazione del recettore, allontana il soggetto dalla sostanza.

## **PRESA IN CARICO SOGGETTO CON DOPPIA DIAGNOSI <sup>(16)</sup>**

E' stato istituito un protocollo in cui si utilizza il termine di doppia diagnosi per indicare i casi di compresenza di gravi disturbi da uso di sostanze e di gravi disturbi di tipo psicopatologico, tali da rendere necessaria la presa in carico contemporanea da parte di entrambi i Servizi delle Dipendenze Patologiche e di Salute Mentale. Viene utilizzata la scala GAF del DSM 4 per indicare l'indice di gravità valutato come funzionamento globale ( $GAF < 50$ ). Il protocollo è rivolto a soggetti di età superiore ai 18 anni, facendo riferimento al modello di New York, basato sulla gravità istituito a Rockville nel 2005. Il modello, determinando la gravità di ciascuno dei due disturbi, colloca la situazione del soggetto in studio in una matrice a quattro celle, utile a prevedere il tipo e il grado di collaborazione necessaria tra i due servizi.

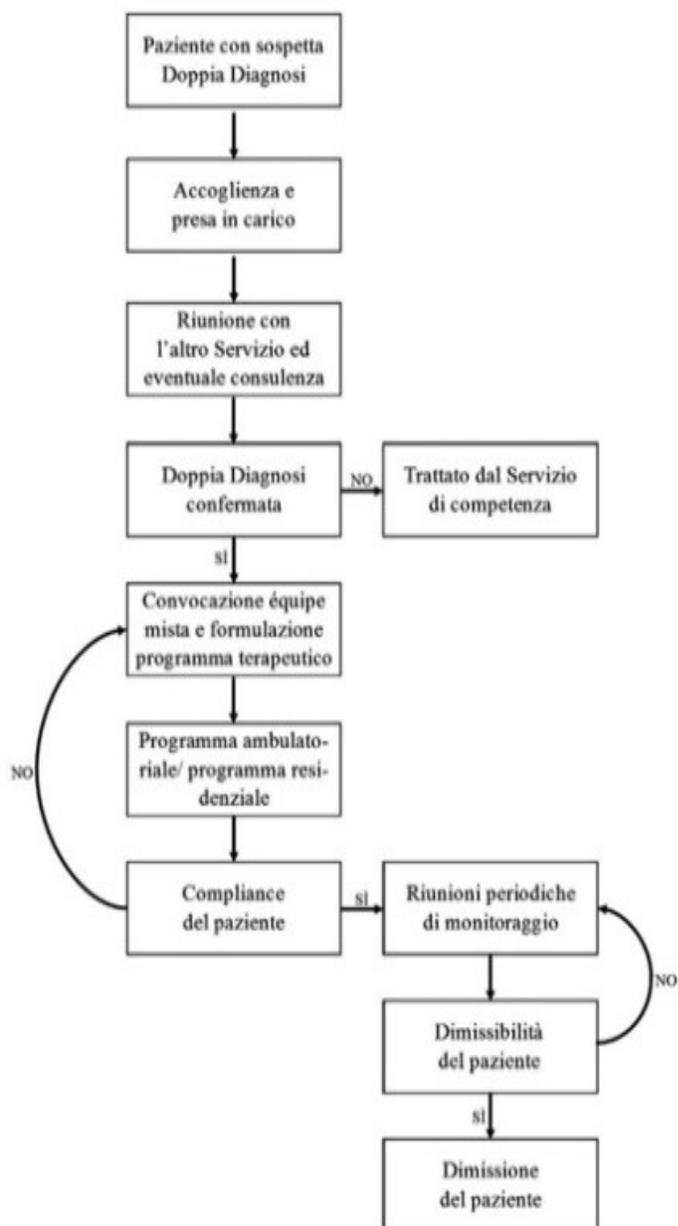


Una volta valutata la gravità del soggetto, è possibile inserirlo in uno dei quattro gruppi i quali, a loro volta, indicano quali siano i luoghi di passaggio, il servizio di riferimento e i livelli di collaborazione e integrazione tra i sistemi di cura delle dipendenze e della salute mentale. I gruppi II e III appaiono omogenei: è presente un alto livello di gravità per una patologia e il basso livello di gravità per l'altra permette di far assumere la responsabilità di cura dal servizio relativo alla patologia prevalente. Invece, i gruppi I e IV comportano un maggior rischio di mancata presa in carico del soggetto. Se la bassa gravità delle due patologie nel gruppo I permette ai due servizi di erogare prestazioni di semplice consulenza, l'elevata gravità dei soggetti del IV gruppo impone trattamenti ad elevato livello di integrazione, la costituzione di mini équipe miste e uno scambio informativo costante. Il protocollo è rivolto ai soggetti del gruppo IV. Per quanto riguarda il versante psichiatrico si considerano:

- disturbi dello spettro schizofrenico;
- PIS (Psicosi Indotta da Sostanze);
- gravi disturbi dell'umore;
- gravi disturbi di alimentazione;
- gravi disturbi di personalità (borderline, narcisistico, istrionico, antisociale).

Riguardo il versante dell'uso di sostanze si considera anche l'abuso della sostanza stessa.

ARTICOLAZIONE FASI DELLA PRESA IN CARICO DI UN SOGGETTO  
CON SOSPETTA DOPPIA DIAGNOSI:



1. Il soggetto giunge all'osservazione del SERD. (Servizi per le dipendenze patologiche) o del CPS (centri psico-sociali) o, in alcuni casi anche in SPDC. Vengono messe in atto le procedure vigenti nel Servizio per l'accoglienza e la presa in carico del soggetto. Se dalla valutazione emergono segni o sintomi inerenti una patologia psichiatrica o una dipendenza da sostanze o da alcool, e se questi sintomi sono correlati e abbastanza gravi da giustificare un'attenzione clinica si effettua una prima riunione sul caso con gli specialisti del CPS o Ser.D.

2. Gli specialisti del CPS o Ser.D. effettuano la consulenza psichiatrica/tossicologica, prendono visione dei test somministrati dal richiedente ed effettuano i test psicodiagnostici di loro competenza.

3. Se emergono patologie psichiatriche o dipendenza da sostanze o alcool si mette in atto la procedura per la presa in carico del soggetto a doppia diagnosi attraverso la convocazione dell'équipe mista. Nell'ambito di ogni Servizio viene individuato un operatore di riferimento quindi i due referenti individuati avranno il compito di:

- convocare la riunione dell'équipe mista;
- compilare il programma terapeutico individuato dall'équipe e di darne informativa ai rispettivi Servizi. L'équipe mista per la doppia diagnosi deve essere multi professionale.

#### 4. L'équipe mista :

- si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi condivisa;
- elabora il progetto terapeutico individualizzato che può essere ambulatoriale o residenziale;
- stabilisce la durata del programma;
- fissa gli indicatori per il monitoraggio o la valutazione degli interventi.

5. Se viene definito un programma residenziale l'inserimento in Comunità deve essere curato dal servizio di provenienza del soggetto.

Qualora il soggetto giunge all'osservazione dell'SPDC il ricovero può essere:

a) urgente: deciso dal Pronto Soccorso

- viene comunicato da parte dell'SPDC l'avvenuto ricovero al CPS o al SERD il giorno stesso e scatta la procedura per la valutazione del paziente con doppia diagnosi. Questo vale anche per soggetti non noti al SERD/CPS.

b) programmato per decisione dell'équipe mista che:

- valuta la disponibilità di posti letto in SPDC;
- invia lettera all'SPDC nella quale si esplicitano le finalità del ricovero ed i trattamenti da attuare;
- provvede a recarsi in visita all'SPDC per concordare il programma terapeutico e le dimissioni nei tempi indicati nella proposta di ricovero. Qualora il programma terapeutico venga disatteso per ragioni riconducibili al soggetto (es.

abbandono comunità o discontinuità nel sottoporsi al trattamento ambulatoriale)  
l'operatore di riferimento del Servizio e del soggetto riconvoca l'équipe mista per una rivalutazione del caso e la riformulazione del programma. L'équipe mista si riunisce con cadenza trimestrale per il monitoraggio del caso. In caso di esito positivo del programma il soggetto viene dimesso. Per dimissione si intende anche il superamento di una delle due patologie, o della dipendenza o del disturbo psichiatrico con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

**POSSIBILI DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ASSISTENZIALI  
 SECONDO LA TASSONOMIA NANDA-I (North American Nursing  
 Diagnosis Association International) POSTE IN RELAZIONE CON I  
 RISULTATI CHE SI POSSONO OTTENERE DAGLI INTERVENTI NOC  
 (nursing outcomes classification)**

1. Relative al supporto motivazionale:

Codice diagnosi	DIAGNOSI	Codice NOC	NOC
00099	Salute, inefficace mantenimento della	1908	Rischi, individuazione dei
00079	Non adesione	1601	Adesione, comportamento di
00083	Conflitto decisionale	0906	Capacità decisionale
00130  (non più presente)	Pensiero, disturbo dei processi di	0900	Funzione Cognitiva
00146	Ansia	1402	Ansia, controllo della

2. Relative alla comunità terapeutica:

Codice diagnosi	DIAGNOSI	Codice NOC	NOC
00092	Attività, intolleranza alla	0005	Attività, tolleranza della
00098	Casa, compromessa gestione della	0306	Cura di sé: attività di vita quotidiana strumentali
00054	Solitudine, rischio di	1503	Coinvolgimento Sociale
00055	Ruolo, inefficaci prestazioni di	1501	Ruolo, prestazioni di
00069	Coping inefficace	1302	Coping
00070	Adattamento, compromissione dell'	1305	Cambiamenti della vita, adattamento psicosociale ai
00109	Cura di sé, deficit nella	0300	Cura di sé: attività di vita quotidiana

3. Relative al gruppo:

Codice diagnosi	DIAGNOSI	Codice NOC	NOC
00052	Interazioni sociali, compromissione delle	1502	Interazioni sociali, abilità nelle
00157	Comunicazione, disponibilità a migliorare la	0902	Abilità Comunicative
00053	Isolamento Sociale	1503	Coinvolgimento Sociale
00119	Autostima cronicamente scarsa	1205	Autostima
00124	Speranza, mancanza di	1201	Speranza

4. Relative al trattamento farmacologico:

Codice diagnosi	DIAGNOSI	Codice NOC	NOC
00048	Dentizione, compromissione della	1010	Cavo orale, salute del
00002	Nutrizione inferiore al fabbisogno	1004	Stato Nutrizionale
00011	Stipsi	0501	Eliminazione Fecale
00093	Affaticamento	0005	Attività, tolleranza alla
00095	Sonno, disturbo del modello di	0004	Sonno
00148	Paura	1404	Paura, controllo della
00138	Violenza rivolta ad altri, rischio di	1401	Aggressività, controllo della

## CONCLUSIONI

In questo lavoro di tesi è stata esposta e spiegata la psicosi, intesa come una condizione patologica che colpisce l'uomo in modo globale, creando una deviazione nella continuità della vita relazionale. La psicosi è stata messa in relazione all'uso/abuso di sostanze ed è stato spiegato il rapporto che intercorre tra le due. E' stato illustrato il termine di "psicosi sintetica" ed il relativo approccio infermieristico partendo dal trattamento farmacologico arrivando a quello non farmacologico.

La relazione tra sostanze d'abuso e la malattia psichiatrica è complessa. Intossicazione ed astinenza da droghe e alcol può provocare malattie psichiatriche, ma dall'altra parte individui con problemi psichiatrici, come disturbi di personalità, schizofrenia, sono più suscettibili all'uso di sostanze d'abuso.

E' stato trattato il fenomeno della doppia diagnosi, ovvero la coesistenza di una malattia psichiatrica e l'abuso di alcol e/o droga. E' stato visto come i soggetti a cui è stata diagnosticata la doppia diagnosi sono in aumento rispetto agli anni passati e una sempre maggiore quantità di loro entra in contatto con i professionisti che lavorano nei centri di salute mentale. Questo lavoro di tesi delinea i caratteri della doppia diagnosi, fornendone sommariamente definizione, eziologia trattamenti farmacologici e comportamentali.

Il fenomeno della doppia diagnosi ha attratto, in questi ultimi anni, un notevole interesse da parte di ricercatori e professionisti sanitari, ma attualmente l'impatto sulla pratica clinica non è stato ancora considerato, senza contare che non è ancora stato attuato un approccio integrato della patologia. Infatti la visione della doppia diagnosi viene attualmente trattata come due distinte problematiche e questo risulta il primo ostacolo allo sviluppo di un corretto approccio sanitario. Gli infermieri esperti in salute mentale dovrebbero cogliere l'opportunità e di sviluppare il loro ruolo nell'ambito di malattie mentali e nell'abuso di sostanze e/o alcol, dato che rappresentano la maggiore forza lavoro nella sanità e la stretta vicinanza al paziente permetterebbe loro di avere un grande valore nel miglioramento delle condizioni di pazienti che presentano doppia diagnosi.

## SITOGRAFIA:

1. <https://www.treccani.it/enciclopedia/psicosi/>
2. [https://www.treccani.it/enciclopedia/psicosi\\_res-ea6f8286-9082-11e1-9b2f-d5ce3506d72e\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicosi_res-ea6f8286-9082-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_%28Dizionario-di-Medicina%29/)
3. Di Petta, G. (2015). La "Psicosi Sintetica" da nuove sostanze psicoattive (NPS). Comprensione psicopatologica di un caso clinico. *RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIAITRIA*.
4. Popolo, R., Bricolo, F., & Carlucci, S. CAPITOLO 8 IL RAPPORTO TRA ESORDIO PSICOTICO E ABUSO DI SOSTANZE.
5. Di Petta, G., & Tittarelli, D. (2017). Psicosi e tossicomania: il ruolo della psicopatologia fenomenologica per la comprensione e la cura dei ‘nuovi feriti della mente’. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 14, 6.
6. Serpelloni, G., Mollica, R., & Rimondo, C. (2011). Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l’integrazione dell’offerta e dei servizi. Presidenza del Consiglio dei Ministri–Dipartimento Politiche Antidroga–Italian Scientific Community on Addiction. Roma, 1.
7. <http://www.coordinamentocsm lazio.it/wp-content/uploads/2015/09/doppia-diagnosi-regione-Veneto-protocollo-2004.pdf>

8. Watts M. Management of severe mental illness and substance misuse. *Nurs Times*. 2007 Apr 3-9;103(14):28-9. PMID: 17455515.
9. Maheshwari SK, Gupta S, Sharan P. Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. *Nurs J India*. 2009 Sep;100(9):201-3. PMID: 20151613.
10. Munro I, Edward KL. Mental illness and substance use: an Australian perspective. *Int J Ment Health Nurs*. 2008 Aug;17(4):255-60. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00541.x. PMID: 18666908.
11. Watts M. High expressed emotion, severe mental illness and substance use disorder. *Br J Nurs*. 2007 Nov 8-21;16(20):1259-62. doi: 10.12968/bjon.2007.16.20.27572. PMID: 18073656.
12. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Apr;31(4):513-36. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00336.x. PMID: 17374031.
13. Hamilton I. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problems. *Nurs Times*. 2010 Mar 23-29;106(11):12-5. PMID: 20391836.
14. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev*

Psychiatry. 2009;17(1):24-34. doi: 10.1080/10673220902724599. PMID: 19205964.

15. Fries HP, Rosen MI. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2011 Jan-Feb;17(1):45-50. doi: 10.1177/1078390310393509. PMID: 21532920; PMCID: PMC3082444.

16. Boso, M., Tiraboschi, G., Mori, A., De Cagna, F., Priora, C., De Paoli, G., ... & Reitano, F. (2019). Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi. *Mission-Open Access*, (51).