

INDICE

ABSTRACT	
1. INTRODUZIONE	1
1.1. DISTURBO MENTALE E TOSSICODIPENDENZA	2
1.2. DOPPIA DIAGNOSI: comorbidità tra disturbo mentale e da uso di sostanze	4
1.2.1. MODELLI DI COMORBILITA'	8
1.2.2. CONTRIBUTI NOSOGRAFICI DEL DSM E ICD	12
1.3. DATI EPIDEMIOLOGICI	16
1.4. COMORBILITA' PSICHIATRICHE PIU' FREQUENTI.....	20
1.4.1. Depressione e disturbo da uso di sostanze	20
1.4.2. Disturbo d'ansia e disturbo da uso di sostanze	21
1.4.3. Psicosi e disturbo da uso di sostanze (schizofrenia e disturbo bipolare).....	22
1.5. DIAGNOSI	25
2. OBIETTIVO	28
3. MATERIALI E METODI	29
4. RISULTATI	31
4.1 TRATTAMENTO	31
4.1.1. TRATTAMENTO SEQUENZIALE	32
4.1.2. TRATTAMENTO PARALLELO	33
4.1.3. TRATTAMENTO INTEGRATO	33
4.2. RUOLO DEL NURSING NELLA DOPPIA DIAGNOSI.....	40
4.3. PUNTI DI FORZA E LIMITI DEL TRATTAMENTO E DELL'ASSISTENZA.....	42
4.3.1. Punti di forza:.....	42
4.3.2. Limiti del trattamento:	44
4.3.3. Limiti dell'assistenza:	46
5. CONCLUSIONI	48
6. BIBLIOGRAFIA	50

ABSTRACT

Introduzione: Uno degli argomenti che attualmente suscitano più interesse e preoccupazione nel campo della dipendenza è il rilevamento e il trattamento della comorbidità tra disturbi mentali in generale e disturbi legati all'utilizzo della sostanza psicoattiva. Questa combinazione, chiamata anche "doppia diagnosi", sta diventando sempre più importante negli ultimi anni, in quanto sono stati condotti studi epidemiologici e clinici in cui è stata osservata la sua elevata prevalenza, nonché la sua gravità clinica e sociale e la sua associazione con la prognosi infausta e gli elevati costi sanitari che genera. Le conoscenze attuali mostrano che i consumatori di sostanze d'abuso con comorbidità psichiatrica hanno numeri più elevati di ricoveri al pronto soccorso, tassi più elevati di ricoveri psichiatrici e una maggiore prevalenza di suicidio rispetto a quelli senza disturbi mentali in comorbidità. Inoltre, mostrano comportamenti più rischiosi, che generano maggiori problemi organici (ad es. infezioni da HIV, infezioni da HCV, ecc.), nonché problemi sociali (ad es. tassi più elevati di disoccupazione, senz'altro, ecc.) e comportamenti più violenti o criminali.

D'altra parte, la pratica clinica ha dimostrato che i disturbi in comorbidità sono reciprocamente interattivi e ciclici, con prognosi sfavorevole per entrambi se non affrontati insieme (trattamento integrato).

Obiettivo: L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di indagare gli aspetti più importanti dell'abuso di sostanze in comorbidità con i disturbi di salute mentale, confrontare diverse tipologie di trattamento (tradizionale e integrato) al fine di promuovere un miglior intervento.

Materiali e metodi: È stato formulato un quesito di ricerca attraverso la metodologia PICO, utilizzando le linee guida del Ministero della Salute, la Banca Dati PubMed, Google Scholar, Cinahl, MedLine.

Risultati: Sulla base delle migliori evidenze scientifiche emerge che: ad oggi sembra esserci un consenso sul fatto che il trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi dovrebbe idealmente essere effettuato come *trattamento integrato* di entrambi i disturbi

(abuso di sostanze e patologia psichiatrica), effettuato da un terapeuta o da un team di terapisti che hanno esperienza e competenza nel trattamento di entrambi i disturbi.

Per quanto riguarda l'*assistenza infermieristica* diversi studi hanno dimostrato che la formazione è molto efficace nel migliorare gli atteggiamenti terapeutici dei partecipanti su questioni riguardanti problemi di salute mentale e uso di sostanze coesistenti.

Conclusioni: Data l'elevata prevalenza e la gravità clinica e sociale, l'individuazione e il trattamento appropriato dei disturbi mentali e dell'uso di sostanze in comorbidità è una delle maggiori sfide che i manager sanitari, i professionisti e i medici che lavorano nel campo delle dipendenze da sostanze psicoattive devono affrontare nei prossimi anni.

Keyword: Dual diagnosis; drug addiction; comorbidity; psychosis; treatment; substance abuse; epidemiological data.

1. INTRODUZIONE

Uno degli argomenti che attualmente suscitano più interesse e preoccupazione nel campo della dipendenza è il rilevamento e il trattamento della comorbilità tra disturbi mentali in generale e disturbi legati all'utilizzo della sostanza psicoattiva. Questa combinazione, chiamata anche "doppia diagnosi", sta diventando sempre più importante negli ultimi anni, in quanto sono stati condotti studi epidemiologici e clinici in cui è stata osservata la sua elevata prevalenza, nonché la sua gravità clinica e sociale e la sua associazione con la prognosi infausta e gli elevati costi sanitari che genera (Lieb, 2015; Torrens, Gilchrist & Domingo-Salvany, 2011; Whiteford et al., 2013). Le conoscenze attuali mostrano che i consumatori di sostanze d'abuso con comorbilità psichiatrica hanno numeri più elevati di ricoveri al pronto soccorso, tassi più elevati di ricoveri psichiatrici e una maggiore prevalenza di suicidio rispetto a quelli senza disturbi mentali in comorbilità. Inoltre, mostrano comportamenti più rischiosi, che generano maggiori problemi organici (ad es. infezioni da HIV, infezioni da HCV, ecc.), nonché problemi sociali (ad es. tassi più elevati di disoccupazione, senzatetto, ecc.) e comportamenti più violenti o criminali. D'altra parte, la pratica clinica ha dimostrato che i disturbi in comorbilità sono reciprocamente interattivi e ciclici, con prognosi sfavorevole per entrambi se non affrontati insieme (San et al., 2016).

In altre parole, i consumatori di sostanze con comorbilità psichiatriche sono a maggior rischio di cronicità, il trattamento è più difficile e costoso e le possibilità di recupero sono inferiori. (Torrens, Mestre-Pintò, Montanari, Vincente & Domingo-Salvany, 2017).

In generale, i pazienti con una doppia diagnosi sono più difficili da trattare rispetto ai pazienti che hanno un solo disturbo perché richiedono un *approccio terapeutico integrato* che affronti entrambi i problemi. Il trattamento è ulteriormente complicato dalle variazioni all'interno dei sottotipi di doppia diagnosi. (Ziedonis & Brandy, 1997).

1.1. DISTURBO MENTALE E TOSSICODIPENDENZA

Definizione di “Disturbo Mentale”

Nel DSM-IV, ciascuno dei disturbi mentali è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo che si verifica in un individuo e che è associato a disagio presente (ad esempio, un sintomo doloroso) o disabilità (ad esempio, compromissione in una o più importanti aree di funzionamento) o con un rischio significativamente aumentato di subire la morte, dolore, disabilità o un'importante perdita di libertà.

Inoltre, questa sindrome o modello non deve essere semplicemente una risposta prevedibile e culturalmente sancita a un particolare evento, ad esempio la morte di una persona cara. Qualunque sia la sua causa originale, attualmente deve essere considerata una manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica nell'individuo.

Né il comportamento deviante (ad esempio, politico, religioso o sessuale) né i conflitti che sono principalmente tra l'individuo e la società sono disturbi mentali a meno che la devianza o il conflitto non siano un sintomo di una disfunzione nell'individuo, come descritto sopra. (Stein, Phillips, Bolton, Fulford, Sadler & Kendler, 2010).

Definizione di “Tossicodipendenza”

Il Disturbo da Dipendenza da Sostanze è un disturbo in forte espansione a causa delle caratteristiche sociali, ambientali e culturali che sono proprie della nostra società.

La dipendenza da sostanze tende sempre più a presentarsi sottoforma “poli-abuso”, con dipendenza da molteplici sostanze (Schifano F., Corazza O. & Forza G., 1998; Wish, Fitzelle, O'Grady, Hsu, & Arria, 2006) oppure da associarsi ad altre forme comportamentali di dipendenza come il gioco d'azzardo, il gioco on-line patologico, la dipendenza da cibo, etc... (Fanella, 2010). (Calamai G., 2018, introduzione)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la tossicodipendenza come una malattia ad andamento cronico e recidivante che spinge l'individuo, in maniera coatta, ad assumere sostanze a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza. In questa definizione (veicolata dai media e diffusa nel senso

comune) il focus è posto completamente sulla malattia, mentre il soggetto, agente del processo patologico, è inquadrato come un oggetto passivo che subisce il problema, spinto in maniera coatta a usare la sostanza.

Una diversa prospettiva, adottata dai professionisti interessati al mondo delle dipendenze e in accordo con i moderni enunciati della neurobiologia, definisce la tossicodipendenza come un disturbo comportamentale appreso, indotto dall'uso cronico di qualsiasi sostanza stupefacente, caratterizzato da alterazione del sistema di gratificazione. Il disturbo, quindi, caratterizzato da un insieme di comportamenti patologici appresi a causa dell'utilizzo di sostanze, implica un'alterazione del sistema del piacere (soggetto agente attivo del problema e quindi anche del possibile cambiamento).

Nel recente Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), una delle principali classificazioni diagnostiche utilizzate in psichiatria, la categoria dei disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze ha conosciuto cambiamenti sostanziali rispetto alle edizioni precedenti del manuale: le categorie di abuso e dipendenza da sostanze sono state unificate in un unico disturbo, misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi. Nella stessa categoria compare il disturbo da gioco d'azzardo, indicato come esempio di una nuova categoria di dipendenze comportamentali.

La tossicodipendenza smette così di essere considerata un disturbo a parte, difficile, se non impossibile, da trattare, con tassi elevati di ricaduta e fallimento terapeutico, e viene ad essere inserita in uno spettro psicopatologico cui la società e la comunità scientifica possono guardare con sguardo meno pregiudizievole.

(Calamai G., 2018, cap.1.1.1)

1.2. DOPPIA DIAGNOSI: comorbilità tra disturbo mentale e da uso di sostanze

La doppia diagnosi (DD) è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come «la coesistenza dell'uso di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico nella stessa persona» (World Health Organization [WHO], 1995). Secondo l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC), "doppia diagnosi" è un termine usato per descrivere un «soggetto a cui è stato diagnosticato un problema di abuso di alcol o droghe in aggiunta ad altri disturbi psichiatrici o depressivi comuni o schizofrenia» (United Nations Office For Drug Control and Crime Prevention [UNODCCP], 2000). La doppia diagnosi è la coesistenza nello stesso soggetto di due o più disturbi psichiatrici, uno dei quali è l'«assunzione patologica» di sostanze psicoattive. (Vitali M, et al., 2018).

I disturbi mentali concomitanti più comuni sono: la depressione (compresa tra il 12% e l'80%), la schizofrenia e il disturbo bipolare (30-66%), le sindromi ansiose (in particolare panico e PTSD), i disturbi alimentari e la mania (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2015; Volkow, N.D., 2004).

La coesistenza di due (o più) condizioni cliniche nello stesso individuo solleva due importanti quesiti clinici: uno riguarda un comune percorso eziologico ipotetico, l'altro riguarda l'impatto di questa concomitanza diagnostica sull'assistenza clinica. (Nizzoli, 2018).

Essendo considerato un «territorio di confine» tra diversi campi della medicina, come la psichiatria, la tossicologia, la gastroenterologia e la medicina interna, la doppia diagnosi non ha ricevuto un'adeguata attenzione in termini di panoramica nosografico-diagnostica e strategie terapeutiche.

I dati epidemiologici disponibili in letteratura, tuttavia, suggeriscono che non si tratta di un problema clinico «marginale». Nora D. Volkow (2009), direttrice dell'Istituto nazionale per l'abuso di droghe, afferma che «secondo studi epidemiologici, 6 persone su 10 che abusano di alcol e droghe hanno anche un disturbo mentale, e dal 25 al 60% delle persone con un disturbo mentale hanno anche una dipendenza da sostanze» (Vitali, et al., 2018).

La relazione tra l'uso e l'abuso di sostanze e i problemi di salute mentale, spesso indicati come comorbidità o doppia diagnosi, è complessa. Crome (1999) suggerisce che ci sono almeno 10 associazioni discernibili tra i due insiemi di problemi, tali che l'uso di sostanze può precipitare o esacerbare una serie di sintomi psichiatrici e che il disturbo psichiatrico può provocare o precipitare disturbi da uso di sostanze. (Munro, A., Watson, H. E., & McFadyen, A. 2007).

Nonostante la complessa e "ben nota" relazione-interazione tra l'assunzione acuta e cronica di sostanze psicoattive e la presenza di cambiamenti nei domini psichici, non esiste un quadro nosografico univoco che descriva questi fenomeni. In particolare, nella pratica clinica, non esiste un criterio di classificazione omogeneo e condiviso per la Doppia Diagnosi (Vitali, M., et al., 2018, p. 155,156).

Un'ipotesi di classificazione che tenga conto delle osservazioni fatte finora è quella che individua tre tipologie di pazienti:

- pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza secondaria;
- pazienti con disturbo da uso di sostanza primario e disturbo psichiatrico secondario;
- pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicomania primaria.

Pazienti con disturbi psichiatrici primari e dipendenza secondaria:

Fanno parte di questo gruppo soggetti in cui lo sviluppo di una tossicodipendenza è la conseguenza di una self-medication, cioè di un comportamento di abuso di sostanze finalizzato a "medicare" i sentimenti di angoscia e di frammentazione psicotica o il senso di vuoto depressivo (Khantzian, 1997). In questi pazienti il comportamento di assunzione di sostanze sarebbe attuato nel tentativo di lenire disturbi umorali di tipo prevalente mente disforico o depressivo o livelli di ansia troppo elevati. È molto probabile che alcuni soggetti con caratteristiche di tipo Alessitimico utilizzino l'abuso di sostanze come modalità di funzionamento non verbale con, tuttavia, conseguenze comportamentali gravi.

Uno studio sarebbe a favore di questa ipotesi, con il riscontro di una più alta frequenza di comportamenti dipendenti in soggetti che avevano vissuto traumi precoci di tipo sessuale (abusi e incesti) e che erano incapaci, vista la gravità dello stress subito, a

parlarne ed a riferirne i contenuti emozionali correlati (McKenna & Ross, 1994; Teusch, 2001).

Da un altro punto di vista, il ricorrere a un abuso di sostanze da parte di soggetti con disturbi psichiatrici, potrebbe essere spiegato anche alla luce della ipotesi di una maggiore vulnerabilità, legata ad una presumibile “debolezza strutturale” del cervello dei giovani pazienti psicotici, i quali non riuscirebbero a far fronte alle normali richieste dell’ambiente.

I criteri che devono essere rispettati per includere in questa categoria i pazienti sono di tipo:

- criterio temporale (il disturbo psichiatrico è preesistente alla condotta di abuso di sostanze);
- criterio causale (modalità di utilizzo della sostanza in rapporto alla struttura di personalità ed al temperamento del soggetto);
- criterio sintomatologico (coerenza tra sostanza assunta, sue caratteristiche farmacologiche e caratteristiche del quadro clinico);
- criterio di autonomia (valutazione della presenza del disturbo nei periodi “intercritici”, di non assunzione della sostanza).

La presenza in anamnesi di una familiarità positiva per disturbi psichiatrici è più facilmente correlabile ad abuso di sostanze.

Pazienti con disturbo da uso di sostanza primario e disturbo psichiatrico secondario:

Si inseriscono in questa categoria quadri clinici acuti riferibili ad intossicazione acuta e astinenza o quadri clinici conseguenti ad un uso cronico della sostanza quali la demenza alcolica o il disturbo organico da amfetamine.

Nel primo caso il quadro clinico tenderà a risolversi spontaneamente con la riduzione della concentrazione ematica della sostanza e dei suoi metaboliti; nel secondo caso, per contro, più alto è il rischio di danni permanenti che possono manifestarsi con screzi in diverse aree delle funzioni superiori. Anche per questa categoria valgono gli stessi criteri espressi precedentemente, in particolar modo quelli temporale e sintomatologico.

Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicomania primaria:

Questa terza categoria comprenderebbe la coesistenza, nello stesso individuo, di quadri di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico completamente indipendenti. È molto raro, in clinica, imbattersi in quadri di questa natura. Il più delle volte, tale quadro corrisponderebbe a situazioni non complete sul piano anamnestico. Molti autori non concordano con la identificazione di un quadro specifico di questo tipo che, sembrerebbe poco rispondente alla complessità, alla sovrapposizione e all'embricatura che la realtà di questi quadri riflette.

(Iannitelli, Castra, & Antenucci, 2002).

Inoltre, vi è la possibilità che un disturbo da uso di sostanze possa innescare lo sviluppo di un altro disturbo psichiatrico in modo tale che il disturbo psichiatrico segua un decorso indipendente. L'uso di droghe può fungere da fattore scatenante per un disturbo sottostante a lungo termine.

Questo è probabilmente il meccanismo più importante alla base dell'associazione tra l'uso di cannabis e la schizofrenia. È ben noto che l'uso di cannabis negli adolescenti vulnerabili può facilitare lo sviluppo di una psicosi che si presenta come una malattia indipendente (Radhakrishnan, Wilkinson & D'Souza, 2014).

Gli studi di Solomon (1996) hanno parzialmente ripreso la classificazione First and Gladis (1993), sottolineando l'importanza di un'accurata anamnesi parallela: nei pazienti di tipo 1, la diagnosi di disturbi psichiatrici primari dovrebbe essere posta solo dopo un tempo adeguato dall'interruzione dell'assunzione del farmaco. In questo modo, gli effetti della sindrome da astinenza non vengono confusi con i sintomi psicopatologici principali.

1.2.1. MODELLI DI COMORBILITA'

Sono state proposte molte spiegazioni per l'alto tasso di dipendenza da sostanze (SUD) nei pazienti con gravi malattie mentali (SMI). Poniamo l'attenzione su quattro modelli generali di aumento della comorbilità: modelli fattoriali comuni, modelli di disturbo secondario da uso di sostanze, modelli di disturbo psichiatrico secondario e modelli bidirezionali.

- a) Secondo *i modelli fattoriali comuni*, alti tassi di comorbilità sono il risultato di fattori di rischio (ad esempio, carico genetico) che sono condivisi sia tra l'uso di sostanze che tra i disturbi SMI.
- b) *I modelli di disturbo da uso di sostanze secondario* propongono che l'SMI aumenti le probabilità dei pazienti di sviluppare SUD.
- c) *I modelli di disturbo psichiatrico secondario* propongono l'opposto, ovvero che l'uso di sostanze acceleri l'SMI in individui che altrimenti non svilupperebbero questi disturbi.
- d) *I modelli bidirezionali* ipotizzano che entrambi i disturbi possano aumentare la vulnerabilità all'altro disturbo.

a) MODELLI FATTORIALI COMUNI

I modelli fattoriali comuni postulano che alti tassi di comorbilità siano il risultato di vulnerabilità condivise a entrambi i disturbi. Nella misura in cui fattori specifici possono aumentare in modo indipendente il rischio di sviluppare entrambi i disturbi, l'aumento della comorbilità può essere spiegato.

Sono stati studiati due fattori di rischio: la genetica e il disturbo antisociale di personalità.

- *Fattori genetici*: Ci sono prove schiaccianti che i fattori genetici, determinati dalla storia familiare e dagli studi sui gemelli, contribuiscono allo sviluppo della schizofrenia, del disturbo bipolare e della dipendenza da sostanze. La domanda è se la vulnerabilità genetica a una malattia aumenti anche il rischio di un'altra malattia. Un certo numero di studi ha dimostrato che i pazienti con doppia diagnosi hanno maggiori probabilità di avere parenti con dipendenza da sostanze SUD, rispetto a pazienti simili con solo SMI (Gershon et al. 1988; Munsey, Galanter, Lifshutz & Franco, 1992; Noordsy, Drake, Biesanz & McHugo

1994; Pulver, Wolyniec, Wagner, Moorman & McGrath, 1989; Tsuang, Simpson & Kronfol, 1982; Vardy & Kay 1983). Questi risultati indicano che la vulnerabilità genetica gioca un ruolo nello sviluppo di alcuni casi di SUD in comorbidità nei pazienti con SMI. (Mueser, Drake & Wallach, 1998).

- *Disturbo antisociale di personalità (APD)*: Un altro fattore che potrebbe spiegare l'elevata comorbidità di malattia mentale e dipendenza è la presenza di *disturbo antisociale di personalità (APD)*.

Lo sfondo di questa ipotesi è che l'APS ha un tasso molto alto di comorbidità con le dipendenze e, secondo i risultati di alcuni studi, anche una maggiore comorbidità con psicosi schizofreniche (Mueser et al., 1998; Mueser, Drake, Ackerson, Alterman, Miles, & Noordsy, 1997). Inoltre, i pazienti con DD con APS sono stati descritti come aventi un decorso più grave di psicosi, insorgenza precoce e maggiore estensione dell'uso, un maggiore carico familiare di disturbi da dipendenza, nonché menomazioni sociali più pronunciate e comportamenti aggressivi.

(Gouzoulis-Mayfrank, 2004).

b) MODELLI DI DISTURBO DA USO DI SOSTANZE SECONDARIO

Le teorie eziologiche più comuni in letteratura proposte per spiegare la forte prevalenza del disturbo da uso di sostanze (SUD) nei pazienti con disturbi psichiatrici primari, sono le seguenti:

- *Teoria dell'automedicazione (SMH)*: inizialmente proposta per la dipendenza da alcol. Secondo questa teoria, i pazienti con disturbi mentali sarebbero più inclini a esperienze stressanti/disforiche. Tali esperienze li rendono anche più inclini all'assunzione di sostanze psicoattive per alleviare la loro condizione.

La sostanza verrebbe quindi utilizzata per "prendersi cura" dell'ansia/angoscia, o per compensare i sentimenti di vuoto e apatia. Per questo motivo, il farmaco non sarebbe stato scelto direttamente, ma sarebbe stato selezionato tra gli altri per le sue "proprietà farmacodinamiche". Ad esempio, nei disturbi dell'umore «i sedativi ipnotici, compreso l'alcol, permettono di provare affetto, aggressività e vicinanza in individui che altrimenti sarebbero tagliati fuori dalle emozioni e dalle relazioni» (Khantzian, 1990). Recentemente, la SMH è stata messa in

discussione a causa della mancanza di solide evidenze scientifiche in letteratura (Crum et al., 2013; Mueser, Drake & Wallach, 1998);

- *Teoria dei fattori di rischio multipli* (Berman, Martinez & Noble, 1993): nei pazienti con disturbi mentali, l'uso del farmaco sarebbe favorito anche da altri fattori di rischio (ad esempio, isolamento sociale, povertà, mancanza di strutture di riabilitazione quotidiana, una storia di eventi traumatici) che contribuirebbero tutti allo sviluppo del SUD;
- *Teoria della supersensibilità* (Zubin & Spring, 1977): postula che una vulnerabilità psicobiologica, determinata da una combinazione tra fattori genetici ed eventi ambientali prematuri (ad es. perinatali), potrebbe interagire con fattori di stress ambientali accelerando/precipitando/smascherando la manifestazione del disturbo psichiatrico e la SUD.
- *Ipotesi di deriva sociale* (revisione in Mueser et al., 1998): a causa del declino socio-economico, habitat dei pazienti affetti da disturbi psichici viene trasferito in aree socialmente svantaggiate, dopo l'uso di alcol e droghe è diffuso. (Gouzoulis-Mayfrank, 2004).

È importante sottolineare che queste teorie potrebbero giocare un ruolo sinergico e con peso diverso per illuminare la ricerca dei determinanti eziopatogenetici della DD nella storia clinica di ciascun paziente (Vitali, et al., 2018, p. 157, 158).

c) MODELLI DI DISTURBO PSICHIATRICO SECONDARIO

- *Modello di psicoinduzione*: il modello di base della psicoinduzione attraverso l'uso si riferisce agli effetti della cannabis, degli allucinogeni (ad esempio, LSD e funghi psilocibini) e degli stimolanti.

Prevede che le psicosi siano indotte o "intagliate" attraverso il consumo di queste sostanze, che successivamente prendono il decorso della psicosi schizofrenica anche senza continuazione dell'uso.

I fenomeni della cosiddetta sensibilizzazione comportamentale o accensione sono stati proposti come meccanismo d'azione: negli esperimenti sugli animali, l'applicazione ripetuta di uno stimolante o di una stimolazione elettrica porta ad un'amplificazione della risposta comportamentale o elettrofisiologica (revisione in Mueser et al., 1998). Il modello di psicoinduzione attraverso l'uso di droghe è

stato supportato dall'esperienza clinica che l'uso di droghe, e la cannabis in particolare, spesso precede l'insorgenza di psicosi acuta (Linszen, Dingemans, & Lenior, 1994). Tuttavia, questa relazione temporale non è stata sempre confermata, e inoltre, Hambrecht e Hafner (1996) sono stati in grado di dimostrare con un'analisi metodologicamente complessa e differenziata del decorso temporale che lo sviluppo della dipendenza è spesso preceduto da sintomi prodromici insoliti della psicosi.

d) MODELLI BIDIREZIONALI

I modelli bidirezionali suggeriscono che gli effetti interazionali in corso tra SMI e SUD spiegano l'aumento dei tassi di comorbidità. Ad esempio, il SUD potrebbe innescare l'SMI in un individuo biologicamente vulnerabile, che viene successivamente mantenuto dal SUD continuato a causa di fattori cognitivi socialmente appresi, come credenze, aspettative e motivi per l'uso di sostanze (Graham, 1998).

Nonostante l'attrattiva intuitiva dei modelli bidirezionali e l'evidenza che il SUD peggiora il corso della SMI (Drake & Brunette, 1998), questi modelli rimangono in gran parte teorici e non testati.

1.2.2. CONTRIBUTI NOSOGRAFICI DEL DSM E ICD

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM), pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA), è giunto alla sua quinta edizione nel 2013 ed è uno strumento sintomatico-comportamentale, nosografico-descrittivo che classifica le manifestazioni psicopatologiche sintomatiche e i comportamenti patologici delle persone. In particolare, il DSM descrive, da un punto di vista statistico-epidemiologico, le manifestazioni cliniche di uno o più disturbi, indipendentemente dalla loro eziologia, come un insieme di sintomi e/o segni. La diagnosi richiede che non siano presenti tutti i criteri elencati, ma solo un numero predeterminato di essi.

Inoltre, per ogni disturbo, il DSM fornisce un'etichetta per il confronto con i codici ICD, la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, emessa dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Dalla prima edizione del DSM nel 1951, la diagnosi di abuso di droghe ha subito cambiamenti radicali.

Il DSM-IV, a differenza del precedente DSM-III, cancella il termine "organico" e distingue tre tipi di disturbi mentali: indotto dall'uso di sostanze, dovuto a una condizione medica generale e i disturbi non correlati ad alcuna etiologia specifica. Per "disturbo mentale primario" si intendono quei disturbi mentali non indotti dall'uso di sostanze e correlati a nessuna condizione medica generale (in questo caso si parla di "disturbo mentale secondario").

Il DSM-IV-TR del 2000 ricalca anche l'impostazione nosografica della versione precedente. Nell'ambito dei disturbi da sostanze, l'abuso viene diagnosticato quando l'uso ripetuto di sostanze porta a uno o più problemi sociali o professionali; L'addizione viene diagnosticata quando sono coinvolti tre o più criteri, tra cui diversi comportamenti legati alle sostanze, nonché la tolleranza e l'astinenza.

Mentre la definizione di DSM-IV (Iannitelli, Castra & Antenucci, 2002) e IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 4th ed.) ha rappresentato un passo avanti nell'inserimento dell'uso di sostanze tra i disturbi psichiatrici, in alcuni punti sono stati ancora alcuni rigidi approcci nosografici categorici: la differenziazione tra abuso e dipendenza, infatti, appare troppo schematica, rispetto alla natura complessa dei fenomeni.

L'ICD, alla sua 10^a edizione approvata in Italia nel 2000, classifica la dipendenza da sostanze all'interno del gruppo diagnostico dei «disturbi psichici e comportamentali

dovuti all'uso di sostanze psicoattive» (Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10ª revisione– ICD 10. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 20). Oltre ai criteri utilizzati dal DSM-IV, è incluso il desiderio per la sostanza, chiamato "desiderio intenso". Inoltre, l'abuso non è più considerato un'entità clinica autonoma con criteri definiti, ma come un disprezzo che in modo specifico può causare «danni fisici o psicologici, compresa la compromissione critica delle capacità o in comportamenti appropriati, che possono portare a disabilità o avere conseguenze negative nelle relazioni interpersonali».

Nel DSM-5, la nuova diagnosi di SUD può essere considerata dimensionale: le diagnosi distinte di abuso e dipendenza sono combinate in un unico spettro di undici sintomi e, in base al numero dei sintomi, c'è una maggiore o minore gravità del disturbo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Inoltre, il craving è presente come criterio nosografico: per la prima volta, la qualità della vita del paziente diventa un criterio diagnostico anche grazie ai numerosi studi in questo campo, a partire dai contributi di Anton negli anni '90 (Anton, Moak & Latham, 1995; Anton, 1999).

Questo nuovo approccio, come evidenziato dai sostenitori dell'approccio dimensionale, è più attento alla soggettività di ogni singolo paziente e in grado di fornire un quadro clinico attendibile e aderente del singolo paziente e delle sue varie fasi di malattia (dettagliando meglio il decorso), evitando i limiti dell'approccio categorico, in particolare per quanto riguarda il problema di confini diagnostici rigidi e spesso "artificiali" e di confini diagnostici generalizzati e poco attenti Immagini cliniche del paziente (Manna, 2012; Widiger & Simonsen, 2005).

Inoltre, nel DSM-5, più distintamente che in passato, si parla di disturbi mentali indotti da sostanze o indipendenti dalla sostanza. I disturbi indotti dall'AUD si sviluppano tipicamente in stretta connessione con l'intossicazione/astinenza da alcol e migliorano con l'astinenza dalla sostanza, anche senza un trattamento o una terapia specifici. I disturbi indipendenti dall'AUD, tuttavia, si verificano generalmente prima dell'esordio dell'AUD e richiedono un sistema terapeutico specifico. In questo caso si può propriamente parlare di DD (APA, 2013).

Di seguito sono riportati i criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbi mentali da sostanze:

- a. Il disturbo deve avere una presentazione clinica significativa di un disturbo di salute mentale considerevole;
- b. Esistono evidenze da anamnesi, esami target o dati di laboratorio per entrambe le seguenti condizioni:
 1. il disturbo si è sviluppato durante o entro un mese dall'inoculazione o dall'astinenza o dall'assunzione di sostanze/farmaci;
 2. la sostanza o il medicamento in questione è in grado di produrre il disturbo mentale in questione;
- c. Il disturbo non è meglio specificato da un disturbo di salute mentale indipendente. Tali evidenze possono essere alternativamente:
 1. il disturbo precede l'insorgenza di una grave intossicazione o astinenza o esposizione alla sostanza/droga;
 2. il disturbo mostra rilevanza clinica per più di un mese dalla cessazione dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave o dell'esposizione alla sostanza/droga. (questo criterio non si applica a eventuali disordini persistenti, come i disturbi neurocognitivi);
- d. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il delirio;
- e. Il disturbo provoca un disagio clinico significativo o difficoltà significative nella funzione lavorativo-sociale.

In sostanza, il DSM-5 dettaglia meglio il concetto dipendente-indipendente, permettendo di superare la vecchia e spesso "paralizzante" dicotomia primario-secondario affermando che, se:

1. il disturbo psicopatologico mostra rilevanza clinica (cioè, soddisfa i criteri del DSM-5) per un periodo superiore a un mese dopo l'astinenza completa (ad eccezione di possibili disturbi permanenti come i disturbi neurocognitivi);
2. Esiste un'anamnesi clinica che indica un'insorgenza di disturbo psicopatologico prima dell'intossicazione/abuso di sostanze. Ci si trova di fronte ad un disturbo psicopatologico indipendente dall'uso di sostanze e come tale va affrontato e

gestito sia dal punto di vista farmacologico che psicoterapeutico, in base al quadro clinico generale del paziente (Vitali et al., 2018, p.157,158).

1.3. DATI EPIDEMIOLOGICI

L'articolo "doppia diagnosi: complessità nosologica e attualità di un "terreno di confine" a lungo emarginato" (Vitali, et al., 2018, p. 155), attraverso una ricerca sistematica della letteratura, illustra i dati epidemiologici disponibili riguardanti il fenomeno della doppia diagnosi.

L'Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) è stata realizzata coinvolgendo più di 20.000 pazienti, reclutati a domicilio e in centri sanitari, valutati per possibili disturbi psichiatrici attraverso l'Intervista Clinica Strutturata del DSM (SCID) (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990). Dai risultati è emerso che:

- quasi il 30% dei pazienti con diagnosi psichiatrica ha sofferto nel corso della propria vita anche di dipendenza da sostanze;
- più del 50% dei pazienti con dipendenza o abuso di sostanze ha sviluppato anche un disturbo psichiatrico nel corso della propria vita. Nello specifico, il 48% dei soggetti schizofrenici e il 55% dei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare hanno sviluppato una dipendenza da sostanze in un dato momento della loro vita. La percentuale raggiunge il 90% nei pazienti con disturbo di personalità (Regier, et al., 1990).

Un altro studio epidemiologico su larga scala, l'International Consortium in Psychiatric Epidemiology, ha esaminato quasi 30.000 soggetti provenienti da sette paesi diversi: Stati Uniti, Canada, Messico, Brasile, Germania, Paesi Bassi e Turchia:

- Circa il 35% dei pazienti con dipendenza da sostanze ha ricevuto anche una diagnosi di disturbo affettivo
- il 45% un disturbo d'ansia
- circa il 50% un disturbo di personalità (Merikangas, et al., 1998).

È stato osservato che nella popolazione con disturbo da uso di alcol (AUD) il 50,3% dei soggetti presentava disturbi psichiatrici concomitanti nel corso della vita. I disturbi della personalità erano i più comuni (24%), seguiti dai disturbi dell'umore (16,8%), psicotici (8,3%) e d'ansia (6,6%) (dati riportati nella Tabella n.1).

Inoltre, è stato analizzato l'ordine temporale in cui si è manifestato il disturbo: i risultati hanno mostrato che il rischio di sviluppare AUD nei pazienti con una precedente diagnosi di disturbo psichiatrico era inferiore rispetto al rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico nei pazienti con AUD, soprattutto per quanto riguarda la personalità. disturbi (Flensburg-Madsen, Mortensen, Knop, Becker, Sher & Grønbaek, 2009).

Tabella n.1:

Characteristics of the 1756 individuals with alcohol use disorders (AUD)

	No. (%)	Average time between diagnoses (y)	Median time between diagnoses (y)	Range of time between diagnoses (y)
Mood disorders	295 (16.8)			
AUD before mood disorder	124 (42.0% of cases)	9.3	7.4	1.0-37.6
Mood disorder before AUD	76 (25.8% of cases)	8.0	5.1	1.1-32.3
Both diagnoses registered within a year	95 (32.2% of cases)	–	–	–
Psychotic disorders	145 (8.3)			
AUD before psychotic disorder	69 (47.6% of cases)	11.1	9.7	1-32.4
Psychotic disorder before AUD	43 (29.7% of cases)	10.0	8.4	1-24.5
Both diagnoses registered within a year	33 (22.8% of cases)	–	–	–
Anxiety disorders	116 (6.6)			
AUD before anxiety disorder	66 (56.9% of cases)	11.2	10.2	1.1-37.6
Anxiety disorder before AUD	28 (24.1% of cases)	7.3	4.4	1.1-32.5
Both diagnoses registered within a year	22 (19.0% of cases)	–	–	–
Personality disorders	422 (24.0)			
AUD before personality disorder	130 (30.8% of cases)	5.5	3.1	1.0-21.9
Personality disorder before AUD	79 (18.7% of cases)	8.4	6.4	1.1-27.2
Both diagnoses registered within a year	213 (50.5% of cases)	–	–	–
Drug abuse	291 (16.6)			
AUD before drug abuse	124 (42.6% of cases)	8.2	6.1	1.0-33.4
Drug abuse before AUD	42 (14.4% of cases)	9.3	5.2	1.2-32.3
Both diagnoses registered within a year	125 (43.0% of cases)	–	–	–
Any psychiatric disorder (other than AUD)	884 (50.3)			
AUD before psychiatric disorder	250 (28.3% of cases)	7.6	4.9	1.0-37.6
Psychiatric disorder before AUD	244 (27.6% of cases)	8.5	6.2	1.0-32.5
Both diagnoses registered within a year	390 (44.1% of cases)	–	–	–

(Flensburg-Madsen, et al., 2009)

Questi dati sono in linea con altri studi presenti in letteratura: ad esempio, il National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions (NESARC) (Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007) mostra un'associazione generale, significativa e positiva tra disturbi psichiatrici e abuso o dipendenza da alcol; Farrell et al. (Farrell, et al., 2001) hanno suggerito come la prevalenza di almeno un disturbo psichiatrico differisca significativamente tra i pazienti alcolodipendenti (29,6%) e la popolazione non dipendente (12,2%).

Da questi dati è semplice comprendere come la Doppia Diagnosi sia un fenomeno di grande impatto epidemiologico conosciuto negli studi epidemiologici da oltre 25 anni. Inoltre, la comprensione della relazione tra dipendenza da sostanze e concomitante disturbo psichiatrico costituisce il focus clinico per una definizione diagnostica efficace e specifica, presupposto per lo sviluppo di un'appropriata strategia terapeutica (Vitali, et al., 2018, p. 155).

Secondo il "Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze (SIND). Anno 2021" a cura del Ministero della salute, riguardante la patologia psichiatrica concomitante alla tossicodipendenza:

il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX. Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (per esempio non tutti i servizi hanno lo psichiatra in organico), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2021 presentano almeno una patologia psichiatrica 8.790 assistiti pari al 7,1% degli assistiti in trattamento presso i Sert.

Dall'analisi della Tabella n.2 si nota che, il 57,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 13,6% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 13,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,7% da depressione e il 2,0% da mania e disturbi affettivi bipolari.

Tabella n.2:

Percentuali delle patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento per la dipendenza:

Patologia concomitante	Utenti (%)
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	13,1
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,0
Depressione	2,7
Sindromi nevrotiche e somatoformi	13,6
Disturbi della personalità e del comportamento	57,1
Alcolismo e tossicomanie	8,4
Demenze e disturbi mentali organici	0,7
Ritardo mentale	0,9
Altri disturbi psichici	1,4
Totale	100,0

Fonte: NSIS - Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2021 *La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante.

Da questi fatti è semplice capire come la Doppia Diagnosi sia un fenomeno di grande impatto epidemiologico, noto negli studi epidemiologici da oltre 25 anni. Inoltre la comprensione della relazione tra dipendenza da sostanze e disturbo psichiatrico concomitante è il focus clinico per una definizione diagnostica efficace e specifica, prerequisito per lo sviluppo di una strategia terapeutica appropriata.

1.4. COMORBILITA' PSICHIATRICHE PIU' FREQUENTI

Le comorbilità psichiatriche più frequenti tra i consumatori di sostanze illecite sono la depressione maggiore, i disturbi d'ansia (principalmente disturbi di panico e stress post-traumatico) e i disturbi di personalità (principalmente antisociali e borderline). Tra le persone con psicosi (cioè schizofrenia e disturbo bipolare), sono comuni anche i disturbi da uso di sostanze in comorbilità. Tra i pazienti psicotici, oltre al fumo di sigaretta, le droghe d'uso e di abuso più frequenti sono l'alcol e la cannabis e, più recentemente, la cocaina. Questa combinazione è associata a un'esacerbazione dei sintomi psicotici, alla mancata aderenza al trattamento e a risultati peggiori. La relazione tra schizofrenia e consumo di cannabis nei giovani è un'area di particolare interesse a causa della prevalenza relativamente elevata del consumo di cannabis tra i giovani in alcuni paesi europei.

1.4.1. Depressione e disturbo da uso di sostanze

La depressione e un disturbo da uso di sostanze sono la comorbilità più comune, con tassi di prevalenza che vanno dal 12% all'80% (Torrens, Martínez-Sanvisens, Martínez-Riera, Bulbena, Szerman & Ruiz, 2011a), a seconda delle caratteristiche del campione (ad esempio, campione clinico o non clinico, criteri diagnostici utilizzati).

Si ipotizza che vari meccanismi neurobiologici partecipino all'eziologia di questi disturbi duali, determinando un fenotipo clinico spesso grave e con una prognosi più infausta rispetto alla sola dipendenza e ai disturbi dell'umore.

I dati clinici sottolineano che le persone affette da depressione maggiore mostrano una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze e che le persone con disturbi da uso di sostanze hanno un rischio maggiore di sviluppare depressione maggiore durante la loro vita rispetto alla popolazione generale.

Gli studi indicano che la depressione maggiore in comorbilità è più frequente nelle donne con disturbi da uso di sostanze rispetto agli uomini con disturbi da uso di sostanze. Tra questo gruppo di donne, la prevalenza della depressione maggiore è doppia rispetto a quella delle donne nella popolazione generale europea, rendendole una popolazione particolarmente vulnerabile e un bersaglio particolarmente sensibile per le politiche di trattamento (Torrens, Gilchrist, & Domingo-Salvany, 2011b).

Inoltre, nella maggior parte degli studi, la depressione maggiore primaria (indipendente) in comorbidità è più frequente della depressione maggiore indotta da sostanze (Blanco et al., 2012; Maremmani et al., 2011; Samet, Fenton, Nunes, Greenstein, Aharonovich, & Hasin, 2013; Torrens et al., 2011b), e studi di follow-up riportano che una percentuale considerevole di individui con depressione maggiore indotta da sostanze viene successivamente riclassificata come avente disturbo depressivo maggiore indipendente (Magidson, Wang, Lejuez, Iza, M. & Blanco, 2013; Martín Santos et al., 2010).

Una maggiore gravità in uno di questi disturbi può essere associata a una maggiore gravità nell'altro. Questi pazienti mostrano un decorso clinico più grave, rispondono male al trattamento e hanno una prognosi complessiva più sfavorevole per entrambi i disturbi (Hasin & Grant, 2004). L'insorgenza in comorbidità della depressione maggiore con un disturbo da uso di sostanze mostra un tasso peggiore di miglioramento durante il trattamento e, di conseguenza, un decorso sfavorevole per la depressione maggiore stessa (Torrens, Fonseca, Mateu, & Farré, 2005).

Inoltre, questi pazienti con doppia diagnosi presentano una maggiore prevalenza di suicidio tentato o completato rispetto a quelli con un solo disturbo (Blanco et al., 2012; Conner, 2011; Marmorstein, 2012). Oltre alla depressione maggiore, i pazienti con disturbi da uso di sostanze in comorbidità spesso presentano o sviluppano altre comorbilità mediche, psichiatriche o da uso di sostanze, rendendo il trattamento ancora più impegnativo. Di conseguenza, come può da un quadro clinico così grave, i pazienti con doppia diagnosi presentano una notevole disabilità psicosociale e un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie, comprese le visite di emergenza e il ricovero psichiatrico (Martín-Santos et al., 2006; Mueller et al., 1994; Pettinati, O'Brien & Dundon, 2013; Samet, Fenton, Nunes, Greenstein, Aharonovich, & Hasin, 2013).

1.4.2. Disturbo d'ansia e disturbo da uso di sostanze

I disturbi d'ansia (in particolare il disturbo di panico e il disturbo da stress post-traumatico) sono comunemente osservati in associazione con l'uso di sostanze. Tuttavia, le relazioni causali tra i disturbi d'ansia e l'uso di sostanze (teorie dell'automedicazione, ansia indotta da sostanze) non sono chiaramente stabilite e dipendono anche dalla combinazione specifica di droghe (ad es. cocaina, cannabis) e disturbo d'ansia (ad es.

disturbo da stress post-traumatico, disturbo di panico). Il tasso di questa comorbidità è stato riportato fino al 35% (Clark & Young, 2009; Fatséas, Denis, Lavie, & Auriacombe, 2010) con tassi diversi per diverse combinazioni di disturbi d'ansia e farmaci (Sansone & Sansone, 2010).

Nonostante tassi di prevalenza così elevati, i disturbi d'ansia sono ancora sottodiagnosticati, specialmente nei contesti di trattamento dell'uso di sostanze. Dato che sia l'intossicazione da molte sostanze che i sintomi di astinenza da molte sostanze possono causare o essere associati a sintomi di ansia, la valutazione dei disturbi d'ansia tra le popolazioni che fanno uso di sostanze è impegnativa, richiede una valutazione particolarmente attenta e deve essere affrontata in modo specifico. L'ansia è comune nelle persone che fanno uso di cannabis, in particolare in coloro che hanno iniziato a farne uso in giovane età. L'uso più pesante o più frequente di cannabis è un forte predittore di ansia. La cannabis può indurre ansia o attacchi di panico, soprattutto nei consumatori ingenui. Nei consumatori cronici, la cannabis tende ad avere l'effetto opposto, agendo più come ansiolitico al momento dell'uso.

La prevalenza dei disturbi d'ansia tra i consumatori di oppiacei varia dal 26 % al 35 % (Fatséas et al., 2010). Tra i disturbi d'ansia, il disturbo di panico (con o senza agorafobia) e il disturbo da stress post-traumatico sono i più frequenti (con una prevalenza che varia rispettivamente da meno dell'1% al 10% e a circa il 30%). L'identificazione del disturbo d'ansia indotto da sostanze rispetto a quello indipendente ha importanti implicazioni terapeutiche. Il monitoraggio dei sintomi dell'ansia dopo diverse settimane di astinenza può consentire ai medici di determinare la relazione tra dipendenza e ansia e di fare una diagnosi affidabile di qualsiasi disturbo d'ansia iniziale. I disturbi d'ansia sono comuni anche tra i consumatori di cocaina, anfetamine ed ecstasy.

1.4.3. Psicosi e disturbo da uso di sostanze (schizofrenia e disturbo bipolare)

I disturbi da uso di sostanze in comorbidità sono più comuni nelle persone con psicosi (prevalentemente schizofrenia e disturbo bipolare) rispetto alla popolazione generale. Le persone con psicosi assumono comunemente varie sostanze non prescritte per far fronte ai loro sintomi. Tra le persone con psicosi, quelle con uso coesistente di sostanze hanno un rischio più elevato di ricaduta e ricovero in ospedale, mortalità più elevata e livelli

più elevati di bisogni insoddisfatti. Ciò è in parte dovuto al fatto che le sostanze utilizzate possono esacerbare la psicosi o interferire con il trattamento farmacologico o psicologico. Una persona che soffre di psicosi e fa uso di sostanze presenta sfide diagnostiche e gestionali per il medico.

Per quanto riguarda la psicosi e i disturbi da uso di sostanze, è importante distinguere tre diversi fenomeni:

- Le sostanze possono far precipitare un disturbo psicotico in individui predisposti, che può persistere in assenza della sostanza psicoattiva.
- Alcune persone hanno un disturbo psicotico sottostante che è esacerbato dall'uso concomitante di sostanze, in particolare cannabis e anfetamine.
- Le persone possono sperimentare un episodio psicotico acuto in risposta all'intossicazione da sostanze o all'astinenza; Questo è anche chiamato psicosi indotta da sostanze.

SCHIZOFRENIA

La comorbidità della schizofrenia e di qualsiasi disturbo da uso di sostanze è comune, con tassi fino al 30-66% (Green, 2005). Tra i pazienti psicotici, oltre al fumo di sigaretta, le droghe d'uso e di abuso più frequenti sono l'alcol e la cannabis e, più recentemente, la cocaina. Inoltre, una percentuale significativa di questi soggetti utilizza sostanze diverse nel corso della loro vita, a volte contemporaneamente (Barkus & Murray, 2010; Green 2005).

Dal punto di vista clinico, ci sono poche differenze nei sintomi acuti tra schizofrenia e psicosi indotta da sostanze. La distinzione viene fatta principalmente sulla base della risoluzione dei sintomi dopo l'astinenza dalla sostanza.

I sintomi prodromici o precoci non specifici della schizofrenia, come sottili cambiamenti di personalità, ritiro sociale, ridotta cura di sé e pensieri bizzarri, prima dell'inizio dell'uso di sostanze e sintomi psicotici, possono aiutare a fare la distinzione tra schizofrenia e sintomi psicotici indotti da sostanze.

Le ragioni suggerite per l'aumento dell'uso di sostanze nella schizofrenia sono dominate dall'*ipotesi dell'automedicazione*, che postula che le persone usano sostanze nel tentativo di affrontare i loro sintomi. Tuttavia, sebbene le persone con disturbi da uso di sostanze e schizofrenia riportino meno sintomi negativi, l'automedicazione non spiega tutti i casi di uso di sostanze in comorbidità e schizofrenia.

L'uso di sostanze in comorbidità e la schizofrenia sono associati a una maggiore morbilità e risultati terapeutici peggiori rispetto ai soli disturbi da uso di sostanze. Anche l'uso moderato di sostanze può esacerbare i sintomi psicotici, il che può rendere più difficile motivare il paziente a ridurre l'uso di sostanze.

L'uso di sostanze è fortemente associato alla non conformità al trattamento e a una maggiore durata della schizofrenia non trattata.

DISTURBO BIPOLARE

Gli studi sulla popolazione generale mostrano che tra il 40% e il 60% delle persone con disturbo bipolare ha un disturbo da sostanze in comorbidità. L'uso di grandi quantità di alcol o altre sostanze si verifica frequentemente durante la fase maniacale della malattia bipolare. È probabile che i sintomi maniacali siano esacerbati dall'uso concomitante di sostanze, in particolare stimolanti e dall'uso di cannabis. Durante la fase depressiva della malattia, c'è anche un aumento dell'uso di sostanze, con l'alcol che esacerba la depressione e l'uso di stimolanti e cannabis che potenzialmente precipita un episodio di oscillazione maniacale o sintomi misti. Durante i periodi di recupero, la persona in genere ritorna a un uso limitato di sostanze. Bisogna fare attenzione a non sbagliare la diagnosi e ad attribuire tutti i problemi all'assunzione di sostanze. La presenza di un disturbo da uso di sostanze sembra predire un peggiore adattamento sociale e un esito peggiore nei pazienti bipolari (Jaworski, Dubertret, Adès & Gorwood, 2011).

(EMCDDA, 2015)

1.5. DIAGNOSI

Ci sono due difficoltà principali nello stabilire una diagnosi accurata nel contesto dell'abuso di sostanze.

In primo luogo, gli effetti acuti o cronici dell'uso di sostanze possono imitare i sintomi di altri disturbi mentali, il che rende difficile distinguere tra i sintomi psichiatrici che rappresentano un disturbo indipendente (primario) e i sintomi di intossicazione o astinenza acuta o cronica da sostanze.

In secondo luogo, le condizioni psichiatriche sono sindromi piuttosto che malattie (che hanno fisiopatologie note e marcatori biologici validi e affidabili, ad esempio test biochimici). La mancanza di marcatori biologici per le condizioni psichiatriche ha costretto i professionisti della salute mentale a sviluppare criteri diagnostici operativi, tra cui il DSM (APA) e l'ICD (OMS). Inoltre, per stabilire una diagnosi accurata, è necessario ottenere un'anamnesi completa sull'uso di sostanze, tenendo conto dell'uso di nicotina, alcol, benzodiazepine, cannabis, oppioidi, stimolanti e qualsiasi altra possibile sostanza psicoattiva. Inoltre, devono essere eseguite analisi delle urine ed esami del sangue.

Per stabilire in che modo l'uso di sostanze di un paziente e il disturbo psichiatrico sono collegati, è necessario determinare l'età di insorgenza dei disturbi, la storia familiare e l'effetto di precedenti trattamenti per i disturbi psichiatrici in comorbidità.

Per aumentare la validità e l'affidabilità della diagnosi psichiatrica, sono stati progettati diversi colloqui diagnostici per valutare i disturbi psichiatrici in modo sistematico e standardizzato in accordo con i principali criteri diagnostici (DSM, ICD) al fine di eliminare i bias. Il loro utilizzo ha lo scopo di ridurre la variabilità e migliorare l'accordo diagnostico.

I punti chiave necessari per raggiungere questi obiettivi sono:

- 1) il linguaggio specifico dei quesiti clinici;
- 2) la sequenza delle domande;
- 3) la valutazione delle risposte.

Inoltre, le interviste diagnostiche standardizzate giudicano sistematicamente i sintomi rilevanti, riducendo così la probabilità di diagnosi errate e diagnosi mancate.

Sono disponibili numerosi strumenti per valutare l'insorgenza di disturbi mentali in comorbidità tra i consumatori di sostanze.

La distinzione principale è tra strumenti di screening e strumenti diagnostici: la scelta dello strumento dipenderà dal contesto (clinico, epidemiologico, di ricerca), dagli obiettivi della valutazione (diagnosi singola o multipla), dal tempo a disposizione per condurre la valutazione e dalla competenza del personale.

Strumenti di screening per i disturbi mentali da uso di sostanze in comorbidità:

Gli strumenti di screening sono strumenti utilizzati per determinare se un paziente merita o meno ulteriore attenzione in relazione a un particolare disturbo o sintomo. Lo screening per i disturbi mentali nelle popolazioni di consumatori di sostanze può fornire un'indicazione precoce di comorbidità, che può portare a un trattamento più specifico che può fare una differenza positiva per la prognosi per entrambi i disturbi.

Strumenti diagnostici per i disturbi mentali e da uso di sostanze in comorbidità:

Sono pochi i colloqui diagnostici disponibili per facilitare una diagnosi psichiatrica valida e affidabile secondo criteri operativi.

Ci sono 2 tipologie di interviste:

- Intervista strutturata, in cui tutte le domande sono standardizzate e devono essere poste testualmente, utilizzando sonde opzionali per chiarire le ambiguità nel modo in cui le risposte soddisfano i criteri. Ciò garantisce un elevato livello di standardizzazione, anche se l'adesione alle domande formulate non può coprire tutte le eventualità. Queste interviste sono particolarmente utili per gli studi epidemiologici, come le indagini nazionali, perché non richiedono l'interpretazione dell'intervistatore.
- Intervista semi-strutturata, in cui i medici esperti possono anche utilizzare domande non strutturate per aiutarli a valutare le risposte quando i problemi diagnostici rimangono irrisolti nonostante le sonde opzionali. In questo modo è

possibile ottimizzare la varianza dei criteri, a volte a scapito della varianza delle informazioni. Le interviste semi-strutturate sono più adatte ai contesti clinici, in quanto consentono l'interpretazione da parte di medici o intervistatori, sulla base di definizioni e codifiche standardizzate.

I colloqui clinici strutturati e semi-strutturati sono in continua evoluzione. Ciò è dovuto alle modifiche minori o maggiori necessarie per adottare nuove caratteristiche dei sistemi di classificazione (DSM e ICD) o per incorporare le modifiche suggerite dalle diverse procedure metodologiche applicate per convalidarli.

Nella Tabella n.3, sono riportate le principali tipologie di colloqui diagnostici per disturbi mentali e da uso di sostanze in comorbidità:

Tabella n.3:

Diagnostic interviews for comorbid mental and substance use disorders

Name	Criteria	Administration	Interviewer's experience	Population/use	Administration time
DIS (Helzer, 1981)	DSM-IV	Structured	Training	Drug users and general population/clinical studies Epidemiological studies	1–2 hours
SCAN (Janca et al., 1994)	ICD-10 DSM-IV	Semi-structured	Training and clinical experience	General population/clinical studies	1–3 hours
DIGS (Nurnberger et al., 1994)	ICD-10 DSM-IV	Semi-structured	Training and clinical experience	Drug users/clinical studies	2–3 hours
MINI (Lecrubier et al., 1997)	ICD-10 DSM-IV	Structured	Training	Drug users and general population/epidemiological and clinical studies	20–30 minutes
CIDI (WHO, 1998)	ICD-10 DSM-IV	Structured	Training	Drug users and general population/epidemiological and clinical studies	1–3 hours
SCID-IV (First et al., 1997)	DSM-IV	Semi-structured	Training and clinical experience	Drug users and general population/clinical studies	1–2 hours
PRISM-IV (Hasin et al., 2001)	DSM-IV	Semi-structured	Training and clinical experience	Drug users/clinical studies	1–3 hours
AUDADIS (Grant et al., 2001)	DSM-IV	Structured	Training	Drug users/epidemiological studies	1–2 hours
SSADDA (Pierucci-Lagha et al., 2005)	DSM-IV	Semi-structured	Training and clinical experience	Drug users/clinical studies	1–3 hours

(EMCDDA, 2015)

2. OBIETTIVO

L'obiettivo principale di questa revisione della letteratura è quello di indagare gli aspetti più importanti dell'abuso di sostanze in comorbilità con i disturbi di salute mentale, confrontare diverse tipologie di trattamento (tradizionale e integrato) al fine di promuovere un miglior intervento.

Obiettivo intermedio:

Riconoscere l'importanza di un training specifico e mirato per la doppia diagnosi, volto a formare infermieri in questa patologia, dimostrando gli ottimi risultati a cui porta.

3. MATERIALI E METODI

Per ricercare le migliori evidenze scientifiche il quesito di ricerca si è basato sulla complessità nell'approccio e nel trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi (D.D.)

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso banche dati: PubMed, Google Scholar, Cinahl, MedLine.

Attraverso la ricerca libera sono stati reperiti articoli e tabelle dal sito del Ministero della Salute.

Per migliorare la strategia di ricerca è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (Patient, Intervention, Comparison e Outcomes) come illustrato nella Tabella n.4.

Tabella n.4:

Quesito formulato con metodo PICO

P	PAZIENTE/PROBLEMA	Definizione del paziente con doppia diagnosi, dati epidemiologici, diagnosi e trattamento. Definizione del problema nel trattamento (confronto trattamento tradizionale e integrato)
I	INTERVENTO	Trattamento multidisciplinare e integrato nel paziente con doppia diagnosi
C	CONFRONTO	Trattamenti tradizionali
O	OUTCOME/ESITO	La ricerca suggerisce che i servizi tradizionali e separati per le persone con disturbi duali sono inefficaci e che i programmi di trattamento integrato, che combinano interventi di salute mentale e abuso di sostanze, offrono più promesse.

Keyword: dual diagnosis; drug addiction; comorbidity; psychosis,treatment; substance abuse; epidemiological data;

unite dagli operatori booleani: AND, OR, NOT.

Criteri di inclusione:

- articoli pubblicati a partire dagli anni 1990
- Free full text con abstract
- Systematic review
- Review
- Meta-Analysis
- Articoli in lingua inglese, tedesca, italiana, spagnola.

Criteri di esclusione riguardano articoli di una specifica patologia psichiatrica non inerente alla doppia diagnosi e articoli non pertinenti.

4. RISULTATI

4.1 TRATTAMENTO

Gli studi riguardanti il trattamento psicosociale-psicoterapeutico e farmacologico dei pazienti con psicosi e dipendenza sono così eterogenei in termini di variabili di paziente, disturbo, trattamento, setting ed esito che difficilmente si possono trovare due studi comparabili in grado di fare affermazioni scientificamente provate sull'efficacia delle diverse terapie (Moggi, 2018).

La comorbilità tra abuso di sostanze e psicosi ha forti implicazioni nella scelta del trattamento nonché nella formazione del personale e nell'organizzazione dei servizi.

La presenza di un disturbo psicotico associato a uso/abuso di sostanze comporta un esito peggiore del trattamento (Barrowclough et al., 2001); si associa, infatti, a una bassa compliance al trattamento farmacologico in pazienti schizofrenici (Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996).

Le difficoltà sono poi esacerbate dalla separazione dei servizi territoriali deputati al trattamento dei due disturbi; è importante notare che nella maggior parte dei paesi esistono due reti separate per il trattamento della malattia mentale e per il trattamento del disturbo da uso di sostanze. Ciò implica che i pazienti con doppia patologia sono molto spesso trattati in due strutture (modello di trattamento parallelo): un centro di salute mentale e un centro per le dipendenze (Tirado Muñoz, Farré, Mestre-Pintó, Szerman & Torrens, 2018). Questo si accompagna a una separazione dei programmi terapeutici che sono proposti al paziente, per la malattia mentale e per l'abuso di sostanze: la separazione di questi servizi è associata a risultati peggiori nel caso di pazienti che presentano una comorbilità psichiatrica.

Per trattare la comorbilità sono stati utilizzati, infatti, tre modelli di collaborazione tra servizi:

1. Sequenziale o periodico: il paziente 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; successivamente il paziente viene inviato all'altro servizio per trattare il disturbo in comorbidità.

2. Parallelo: anche in questo caso le équipes curanti sono distinte; i due servizi intervengono sul paziente allo stesso tempo, ma ciascuno opera sul disturbo di competenza in maniera distinta e separata dall'altro.
3. Integrato: questo modello prevede il trattamento dell'abuso di sostanze e della patologia psichiatrica secondo un programma unico per il paziente.

(Popolo, Bricolo, & Silvia Carlucci, 2018, chap. 8)

Ad oggi sembra esserci un consenso sul fatto che il trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi dovrebbe idealmente essere effettuato come *trattamento integrato* di entrambi i disturbi (abuso di sostanze e patologia psichiatrica), effettuato da un terapeuta o da *un team di terapisti* che hanno esperienza e competenza nel trattamento di entrambi i disturbi (recensioni in Drake & Mueser 2000, Drake et al. 1998, e Ziedonis & D'Avanzo 1998), anche se i dati non sono supportati da evidenze significative (Ley, Jeffery, McLaren & Sigfried, 2000); l'integrazione riduce, infatti, i contrasti tra i curanti e facilitano l'accesso del paziente a un trattamento adeguato. (Gouzoulis-Mayfrank, 2004)

4.1.1. TRATTAMENTO SEQUENZIALE

Nel modello sequenziale, i pazienti ricevono prima il trattamento per un problema, mentre il trattamento per l'altro problema viene rinviato fino a quando il primo non si è almeno stabilizzato. In questo caso, le reti di trattamento della salute mentale e dell'uso di droghe rimangono indipendenti e separate, e l'unico collegamento tra i due fornitori di assistenza è quando un paziente viene indirizzato dall'uno all'altro. Tuttavia, anche questo legame minimo a volte viene interrotto, aumentando così il rischio di abbandono da parte dei pazienti. Un problema più significativo è che, poiché i disturbi concomitanti sono reciprocamente interattivi, il trattamento sequenziale di un disturbo alla volta non solo lascia il problema della comorbidità non trattato, ma limita anche l'efficacia del trattamento stesso. L'interazione tra i disturbi da abuso di sostanze e altri disturbi psichiatrici spiegherebbe gli alti tassi di ricaduta osservati in relazione a entrambi, che inevitabilmente porta alla frustrazione tra i pazienti e gli operatori sanitari coinvolti nel processo. Di conseguenza, è ora accettato che il modello sequenziale non dovrebbe

essere utilizzato quando si ha a che fare con pazienti con doppia diagnosi (Burnam e Watkins, 2006).

4.1.2. TRATTAMENTO PARALLELO

Nel modello parallelo, i trattamenti simultanei sono per i due problemi (ad esempio, la dipendenza e altri problemi disturbo psichiatrico) da due servizi distinti, spesso separati. Sebbene sia possibile ottenere una sorta di integrazione tra i due sistemi, permangono differenze filosofiche tra i fornitori di servizi di trattamento dell'uso di droghe e i servizi di salute mentale. Inoltre, le questioni politiche e organizzative spesso impediscono un'efficace cooperazione tra i professionisti e i pazienti possono anche non essere indirizzati per uno dei disturbi concomitanti o possono essere esclusi dai servizi dell'altro sistema. La sfortunata conseguenza di ciò è che la responsabilità di scegliere e seguire un piano di cura coerente ricade principalmente sul paziente (Burnam & Watkins, 2006; Drake et al., 2001). I potenziali problemi affrontati dai tossicodipendenti quando cercano di accedere alle cure psichiatriche sono principalmente legati all'incertezza circa l'efficacia del supporto disponibile, allo scarso coordinamento degli appuntamenti, ai problemi logistici nel raggiungere la sede del fornitore di assistenza, allo stigma e agli atteggiamenti negativi del personale nei confronti del consumo di droga e al presunto comportamento criminale dei tossicodipendenti (Neale, Tompkins & Sheard, 2008)

4.1.3. TRATTAMENTO INTEGRATO

Per l'individuo con doppia diagnosi, attraverso l'approccio integrato, i servizi appaiono senza soluzione di continuità, con un approccio, una filosofia e una serie di raccomandazioni coerenti.

L'integrazione comporta modifiche degli approcci tradizionali sia alla salute mentale che al trattamento dell'abuso di sostanze (Mueser et al. 1998).

Nell'ambito della doppia diagnosi, il close monitoring e il case management sono utilizzati per indirizzare i pazienti con doppia diagnosi al trattamento, quali trattamenti per affrontare l'abuso di sostanze, psico-educazione familiare e sostegno abitativo per

garantire che l'ambiente supporti la stabilità e l'astinenza, riabilitazione e terapia farmacologica per mirare ai sintomi della malattia e per inibire i comportamenti SUD.

Principali interventi:

- Case management
- trattamento domiciliare
- psicoterapia individuale, di gruppo e familiare
- psicoeducazione
- farmacoterapia
- assistenza sociale

(Rühl et al., 2023)

Una gestione ottimale richiede una buona comprensione dell'efficacia, delle interazioni e degli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici e psicologici.

Recentemente, Ness, Borg e Davidson (2014) hanno esaminato la letteratura che si occupa di facilitatori e barriere nel doppio recupero secondo l'opinione di pazienti con disturbi di salute mentale e uso di sostanze concomitanti.

I temi generali identificati come facilitatori del recupero sono stati:

- avere una vita quotidiana significativa (ad esempio, fare sport, occupare il tempo con gli interessi che piacciono ai pazienti);
- concentrarsi sui punti di forza (ad esempio, mantenere un senso dell'umorismo sulle proprie esperienze) e sull'orientamento futuro;
- ristabilire una vita sociale e relazioni di supporto (ad esempio, assumersi la responsabilità per sé stessi e per gli altri).

Tuttavia, gli ostacoli più importanti segnalati al doppio recupero sono stati la mancanza di un aiuto su misura (ad esempio, la mancata accettazione della recidiva) e sistemi complessi e non coordinati. (EMCDDA, 2015)

La maggior parte dei programmi di trattamento comprovati a livello internazionale per i pazienti con Doppia Diagnosi corrispondono a modelli di trattamento eclettici con *farmacoterapia, elementi del trattamento motivazionale di pazienti dipendenti, psicoeducazione, terapia comportamentale e gruppi di supporto* (Drake et al. 1998).

a. *Farmacoterapia*

Le linee guida attualmente disponibili per il trattamento della psicosi richiedono all'unanimità l'uso di farmaci antipsicotici come elemento cruciale (National Institute of Health and Clinical Excellence, [NICE], 2011). Per l'uso corretto ed efficace dei farmaci antipsicotici nel trattamento dei pazienti in comorbidità, è necessario tenere conto di alcune considerazioni (Green, Noordsy, Brunette & O'Keefe, 2008; Wobrock & Soyka, 2009). Quando si prescrivono farmaci, sono importanti i seguenti fattori:

- È necessario registrare il livello e il tipo di abuso di sostanze, in quanto ciò può alterare il metabolismo dei farmaci prescritti, diminuirne l'efficacia e/o aumentare il rischio di effetti collaterali (compreso l'aumento del consumo di sostanze).
- Il paziente deve essere avvertito delle potenziali interazioni tra le sostanze di abuso e i farmaci prescritti.
- Devono essere discussi i problemi e i potenziali pericoli dell'uso di sostanze non prescritte e dell'alcol per contrastare gli effetti o gli effetti collaterali dei farmaci prescritti.

Qui c'è poca differenza tra schizofrenia e psicosi indotta da sostanze per quanto riguarda il trattamento dei sintomi acuti. Tuttavia, la psicosi indotta da sostanze normalmente non richiede un mantenimento a lungo termine con farmaci antipsicotici.

Nonostante la mancanza di studi controllati, sembra che le persone con uso di sostanze in comorbidità e schizofrenia se la cavino meglio con antipsicotici atipici rispetto ai tipici.

La clozapina si distingue come il trattamento più valido finora per l'uso di sostanze in comorbidità e la schizofrenia, e ci sono prove della sua efficacia nel controllare sia i sintomi psicotici che nel ridurre l'uso di sostanze in quelli con psicosi. Inoltre, alcuni studi hanno suggerito che gli antipsicotici tipici possono persino peggiorare l'abuso di sostanze nei pazienti con doppia diagnosi (Green et al., 2008). Sebbene ci siano poche ricerche che valutano la gestione dell'uso di oppioidi e della psicosi, quelli con psicosi che partecipano al trattamento con metadone non sembrano sperimentare più effetti collaterali rispetto a quelli senza psicosi in comorbidità e possono trarre beneficio dalla terapia di mantenimento con oppioidi.

Sebbene non ci siano stati studi per valutare l'impatto sulla compliance al trattamento della psicosi, la dispensazione giornaliera combinata di farmaci psicotropi contemporaneamente alla dispensazione giornaliera di farmacoterapia di mantenimento oppioide può migliorare la compliance al trattamento per il disturbo psicotico.

(EMCDDA, 2015)

b. *Terapia Di Potenziamento Motivazionale (Met)*

Rafforzare la motivazione ad astenersi è una parte centrale di qualsiasi trattamento per i pazienti con dipendenza.

Per le basi e le tecniche della *terapia di potenziamento motivazionale* (MET), si fa riferimento al lavoro di Miller e Rollnick (Miller & Rollnick, 1991). Il MET si basa sull'intuizione che la motivazione all'astinenza non è una quantità statica. Piuttosto, le persone con problemi di dipendenza attraversano regolarmente diverse fasi della loro motivazione all'astinenza. Pertanto, gli interventi terapeutici devono essere adattati all'attuale fase di motivazione della persona interessata.

Per l'uso della MET nei pazienti con Doppia Diagnosi, gli interventi devono anche essere adattati alle prestazioni cognitive e alla capacità di concentrazione spesso compromesse dei pazienti schizofrenici.

Inoltre, deve essere presa in considerazione la situazione sociale generalmente peggiore dei pazienti affetti da Doppia Diagnosi, soprattutto perché questa offre spesso la chiave per comprendere la bassa motivazione all'astinenza di questa clientela (Martino, Carroll, Kostas, Perkins & Rounsaville, 2002). Tenendo conto di queste caratteristiche, i principi di base della MET sono considerati alla base del trattamento dei pazienti affetti da Doppia Diagnosi (*trattamento a doppia diagnosi basato sulla motivazione: MBDDT*) (Drake & Mueser, 2000; Ziedonis & D'Avanzo, 1998). In termini di interventi appropriati allo stadio, il focus del trattamento nei pazienti meno motivati deve inizialmente essere sugli interventi motivazionali e sulla psicoeducazione, mentre le misure di terapia comportamentale legate alla dipendenza vengono utilizzate solo nelle fasi più avanzate del trattamento (Drake, et al., 2000)

Senza eccezioni, tutti programmi terapeutici di successo per i pazienti con Doppia Diagnosi contengono elementi di MET e anche brevi interventi mostrano effetti positivi.

Un piccolo studio su 23 pazienti trattati in day clinic (TK) ha dimostrato che una singola conversazione secondo i principi del "*colloquio motivazionale (MI)*" prima del ricovero era associata a risultati migliori in termini di regolarità della visita, durata del trattamento e quantità consumate (Martino, et al., 2002)

Un altro studio su 93 pazienti con DD ha rilevato che quei pazienti che avevano un feedback di 15 minuti sugli effetti sulla salute del consumo e una conversazione motivazionale di 1 ora prima della dimissione dal trattamento ospedaliero avevano significativamente più probabilità di presentarsi al loro primo appuntamento ambulatoriale (Swanson, Pantaloni & Cohen 1999).

In sintesi, si può affermare che gli interventi motivazionali nei pazienti con Doppia Diagnosi sono efficaci ed economici.

c. Approcci Terapeutici Comportamentali

Le strategie di terapia comportamentale (VT) hanno fatto parte di quasi tutti i programmi di trattamento di successo per i pazienti con Doppia Diagnosi (Barrowclough, et al., 2001; Bennett, Bellack & Gearon 2001; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). Tenendo conto della limitata capacità di concentrazione e astrazione dei pazienti con Doppia Diagnosi, l'attenzione della terapia comportamentale tra questa clientela è sui processi comportamentali o di esercizio piuttosto che sui processi cognitivi più complessi (panoramica in Ziedonis e D'Avanzo (Ziedonis & D'Avanzo, 1998). Spesso, nello stesso gruppo terapeutico vengono insegnate abilità speciali legate all'astinenza (ad es. riconoscere ed evitare situazioni di rischio, abilità di resistenza) e abilità sociali generali, come le abilità comunicative e l'aspetto sicuro di sé, ad esempio nella "*terapia di prevenzione delle ricadute a doppia diagnosi*" (DDRP) (Ziedonis & D'Avanzo, 1998). In particolare, vengono applicate le tecniche del model play, del role play e del *coaching*. Come esempio di considerazione degli interventi appropriati allo stadio, va menzionato lo studio di Barrowclough et al. (Barrowclough, et al., 2001), in cui le interviste motivazionali sono state inizialmente condotte in un programma complessivo ambulatoriale di 9 mesi e le sessioni di VT sono state aggiunte solo dalla 6a settimana in poi. Nel programma BTSAS (*Behavioral Treatment of Substance Abuse in Schizophrenia*) sviluppato nel gruppo di Bellack (Bennett, Bellack & Gearon, 2001), vengono prima allenate le abilità sociali generali,

seguite successivamente dalle abilità legate al consumo e dalle capacità di risoluzione dei problemi.

d. Interventi Familiari

Il supporto emotivo, ma anche pratico, da parte dei familiari è particolarmente prezioso per i pazienti affetti da Doppia Diagnosi, spesso gravemente compromessi. La loro importanza è stata recentemente confermata in uno studio di follow-up con 203 pazienti affetti da Doppia Diagnosi nell'arco di 3 anni: in questo caso, la riduzione del consumo ottenuta è stata associata all'entità del supporto da parte dei parenti (Clark, 2001). Al fine di garantire o aumentare l'impegno dei parenti, i terapeuti dovrebbero cercare di coinvolgerli nel processo terapeutico di propria iniziativa.

La terapia familiare per i pazienti psicotici si avvale essenzialmente di metodi psicoeducativi e di terapia comportamentale, che vengono modificati di conseguenza per i formati familiari (Dixon, Adams & Lucksted, 2000; Mueser & Fox, 2002).

Nelle sessioni psicoeducative familiari dei pazienti affetti da Doppia Diagnosi, è importante affrontare le relazioni reciproche tra psicosi e dipendenza ed estendere il "modello di malattia" biologico della psicosi schizofrenica al disturbo da dipendenza. Recentemente, è stato presentato un programma di intervento familiare manualizzato per i pazienti affetti da Doppia Diagnosi, comprendente sia interventi monofamiliari che multifamiliari, e sono stati annunciati studi di efficacia controllata (Mueser & Fox, 2002) (intervento familiare per disturbi duali: FIDD). Gli interventi familiari facevano parte della terapia dei pazienti con DD in diversi studi che hanno riportato esiti favorevoli (revisioni in Drake & Mueser (Drake & Mueser, 2000) e Drake et al. (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). Nello studio di Barrowclough et al. (Barrowclough et al., 2001), le sessioni familiari sono state condotte nell'ultimo terzo della fase di trattamento di 9 mesi. Tuttavia, nella nostra esperienza, c'è anche molto da dire sul coinvolgimento dei parenti dei pazienti affetti da DD nella terapia in una fase precoce o, se possibile, fin dall'inizio del trattamento.

e. *Gruppi Di Supporto*

Ai gruppi di sostegno è stato tradizionalmente attribuito un ruolo chiave nel trattamento delle dipendenze.

I pazienti con Doppia Diagnosi che partecipano regolarmente a gruppi di auto-aiuto hanno buoni risultati di astinenza, ma pochissimi lo fanno (Kofoed, Kania, Walsh & Atkinson, 1986; Noordsy, Schwab, Fox & Drake, 1996).

Nella nostra esperienza, i pazienti affetti da Doppia Diagnosi sono sopraffatti dall'ambiente e dal background spirituale di molti gruppi di auto-aiuto, si sentono esclusi e spesso sperimentano ancora il rifiuto a causa dei loro farmaci psichiatrici. Esperienze simili hanno portato a un atteggiamento prevalentemente scettico nei confronti dei gruppi di auto-aiuto tra gli altri autori (Noordsy, Schwab, Fox & Drake, 1996). Potrebbe essere vantaggioso implementare gruppi speciali per i pazienti affetti da DD (chiamati "*gruppi a doppio problema*"), possibilmente accompagnati da un membro dell'équipe professionale (Noordsy, et al., 1996, Ziedonis & D'Avanzo, 1998).

Magura et al. (Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum & Knight 2002) hanno recentemente riferito che tra i 240 membri di un gruppo di "*doppio problema*", coloro che partecipavano regolarmente al gruppo avevano una migliore aderenza con i loro farmaci psichiatrici. Tuttavia, per quanto ne sappiamo, mancano studi comparativi sugli effetti del "*doppio disturbo*" rispetto ai classici gruppi di auto-aiuto nei pazienti con DD. In definitiva, lo status dei gruppi di auto-aiuto nel trattamento integrato dei pazienti affetti da DD è incerto. Dovrebbero essere promossi e valutati, per quanto possibile, speciali gruppi di auto-aiuto per i pazienti affetti da DD nell'ambito delle istituzioni curanti.

(Gouzoulis-Mayfrank, 2004)

Uno studio randomizzato controllato di colloquio motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale e intervento familiare per pazienti con schizofrenia in comorbidità e disturbi da uso di sostanze, condotto da Barrowclough C. et al. (2001), ha dimostrato che un programma di trattamento intensivo che integra le cure di routine con il colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e l'intervento familiare ha portato a un miglioramento significativo dell'esito principale del funzionamento generale dei pazienti rispetto alla sola cura di routine.

4.2. RUOLO DEL NURSING NELLA DOPPIA DIAGNOSI

I consumatori con doppia diagnosi richiedono un'assistenza olistica per la salute mentale, come stabilito dal Piano d'azione per la salute mentale 2013-2030 dell'OMS (OMS, 2021). Trascurare le esigenze dei consumatori può avere conseguenze economiche e sociali (OMS, 2020).

Oltre a sperimentare scarsi risultati in termini di salute mentale e fisica, i consumatori con doppia diagnosi sono spesso stigmatizzati e socialmente isolati (Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012). La disponibilità di continuità assistenziale per i consumatori con doppia diagnosi rimane una sfida (McCallum, Mikocka-Walus, Turnbull, & Andrews, 2015) e molti consumatori sono insoddisfatti dei servizi attuali (Edward & Robins, 2012). Pertanto, prevenire la doppia diagnosi è essenziale per la salute pubblica (Brenner, Hippel, Kippax, & Preacher, 2010).

Gli infermieri di salute mentale sono essenziali per identificare e trattare la doppia diagnosi, ridurre la prevalenza e garantire l'aderenza ai regimi di trattamento per le persone con doppia diagnosi. Gli infermieri di salute mentale promuovono la salute e prevenendo e gestiscono i problemi di salute mentale, compresi i disturbi da abuso di sostanze (Shives, 2008).

Al fine di migliorare il benessere dei consumatori e i risultati del trattamento, gli infermieri di salute mentale incorporano le capacità di comunicazione terapeutica nella loro pratica (Anandan, Cross, Olasoji, & Nguyen, 2024).

Anche l'empatia, ovvero la capacità di sentire e condividere le emozioni degli altri (Hojat, 2016; Wondra & Ellsworth, 2015), è un fattore di empowerment nella relazione consumatore-infermiere (Svenaeus, 2014). Gli infermieri possono comprendere e rispondere alle emozioni dei consumatori attraverso l'empatia, realizzare interazioni e relazioni emotive e promuovere comportamenti positivi (Anandan, Cross, Nguyen, & Olasoji, 2024).

Importanza di un training specifico nell'assistenza al paziente con doppia diagnosi:

Uno studio effettuato da Munro, Watson e MacFadyen (2007) si è posto l'obiettivo di valutare l'impatto di un programma di formazione su misura sugli atteggiamenti terapeutici e sulle conoscenze del personale infermieristico di salute mentale per quanto riguarda il lavoro con persone che hanno coesistenti abuso di sostanze e problemi di

salute mentale. Lo studio è stato condotto in un servizio di salute mentale del NHS nell'ovest della Scozia come studio randomizzato controllato e ha riguardato quarantanove infermieri in salute mentale.

I risultati di questo studio indicano che la formazione è stata molto efficace nel migliorare gli atteggiamenti terapeutici dei partecipanti su questioni riguardanti problemi di salute mentale e uso di sostanze coesistenti, non solo immediatamente dopo la formazione, ma anche a sei mesi di follow-up. Sebbene sia stato evidente anche un certo miglioramento nei punteggi di conoscenza, gli aumenti nell'atteggiamento terapeutico sono stati maggiori rispetto ai punteggi di conoscenza sia in termini di variazioni complessive dei punteggi medi che in termini di livelli di significatività statistica.

Ciò supporta i risultati di Gorman, Werner, Jacobs e Duffy (1990) che hanno anche riscontrato maggiori miglioramenti nell'atteggiamento terapeutico rispetto alla conoscenza.

4.3. PUNTI DI FORZA E LIMITI DEL TRATTAMENTO E DELL'ASSISTENZA

I pazienti affetti da Doppia Diagnosi sono considerati una clientela difficile da trattare e notoriamente non conforme. Nel frattempo, tuttavia, diversi studi hanno dimostrato che il successo dei programmi di trattamento integrati con il coordinamento di vari interventi terapeutici e il lavoro di sensibilizzazione in team interdisciplinari è piuttosto notevole, a condizione che gli obiettivi siano fissati in modo realistico e che il piano di trattamento sia progettato a lungo termine. (Gouzoulis-Mayfrank, 2004)

4.3.1. Punti di forza:

I primi rapporti positivi sull'efficacia del trattamento ambulatoriale integrato della psicosi e delle dipendenze sono arrivati da studi randomizzati e non controllati. Ad esempio:

- Drake et al. (Drake, McHugo & Noordsy, 1993) hanno trattato (attraverso trattamento integrato) 18 pazienti con Doppia Diagnosi con dipendenza da alcol per 4 anni e hanno ottenuto un'astinenza stabile nel 61% dei pazienti con un tasso di abbandono dello 0%.
- Godley et al. (Godley, Hoewing-Roberson & Godley, 1994) hanno riportato una diminuzione delle complicanze da uso, diminuzioni della frequenza dei ricoveri ospedalieri acuti e della durata dei ricoveri ospedalieri, miglioramenti nelle condizioni mediche generali e progressi nell'adattamento sociale in un periodo di trattamento di 24 mesi.
- Drake et al. (Drake, Yovetich, Bebout, Harrys & McHugo, 1997) hanno condotto il primo grande studio controllato su 217 pazienti Doppia Diagnosi senza fissa dimora.

Alcuni dei pazienti sono stati inseriti in un programma di terapia integrata per 18 mesi con trattamento della psicosi e della dipendenza "da un'unica fonte", coordinamento centrale degli interventi, gruppi di dipendenza comportamentale e fornitura di spazi di vita assistita.

In un altro gruppo di controllo, la psicosi e la dipendenza sono state trattate in parallelo, ma non integrate, cioè in contesti separati, nello stesso periodo di tempo.

In entrambi i gruppi, sono stati registrati progressi in termini di situazione sociale e abitativa, qualità della vita, sintomi psichiatrici e livello di consumo di droghe. Tuttavia, nel gruppo con trattamento integrato, i tassi di abbandono erano significativamente più bassi, la durata del trattamento psichiatrico ospedaliero era più breve e la diminuzione dei livelli di consumo di alcol era più pronunciata.

- Un ampio studio condotto su 342 pazienti senz'altro affetti da Doppia Diagnosi (Conley, Gale & Hirsch, 1997) ha anche riscontrato chiari vantaggi di un programma terapeutico integrato a bassa soglia rispetto al trattamento standard in termini di riduzione dei livelli di consumo, reinserimento nella forza lavoro, riduzione delle attività illegali e diminuzione dei comportamenti a rischio per l'HIV.
- Barrowclough et al. (2001) hanno condotto uno studio più piccolo, ma metodologicamente sofisticato: l'assegnazione dei pazienti al gruppo sperimentale o di controllo ($n = 18$ ciascuno) è stata randomizzata e il successo della terapia è stato valutato da persone che erano cieche all'appartenenza al gruppo dei pazienti. Il gruppo di controllo ha ricevuto una "terapia standard" (farmaci, trattamento psichiatrico ambulatoriale e socioterapia), mentre il gruppo sperimentale ha ricevuto un ulteriore trattamento motivazionale, terapia comportamentale e interventi familiari. I pazienti sono stati valutati prima dell'inizio del trattamento, alla fine del periodo di trattamento di 9 mesi e 3 mesi dopo, cioè 12 mesi dopo l'inizio del trattamento. Alla fine del trattamento e 3 mesi dopo, il gruppo sperimentale aveva raggiunto un livello di funzionamento più elevato, aveva meno sintomi positivi, aveva avuto meno esacerbazioni psicotiche durante questi 12 mesi e aveva ridotto il consumo più del gruppo di controllo.

Questi risultati mostrano che il trattamento integrato dei pazienti affetti da DD può avere un discreto successo, nel senso che si possono ottenere miglioramenti

nell'adattamento sociale relativo alla vita quotidiana e riduzioni dei consumi. Anche se l'alto obiettivo dell'astinenza di solito non viene raggiunto, l'importanza di questi successi parziali non deve essere sottovalutata. (Gouzoulis-Mayfrank, 2004).

4.3.2. Limiti del trattamento:

Nonostante l'importanza di fornire trattamenti efficaci per la comorbidità psichiatrica nei pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora una mancanza di consenso per quanto riguarda il setting di trattamento più appropriato e le strategie farmacologiche e psicosociali. Questi pazienti hanno spesso difficoltà non solo nell'identificare, ma anche nell'accedere e coordinare i servizi di salute mentale e abuso di sostanze richiesti. I dati forniti dalla Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011) indicano che negli Stati Uniti, solo il 44% dei pazienti con doppia diagnosi riceve un trattamento per entrambi i disturbi e solo il 7% riceve un trattamento per entrambi i disturbi.

Le difficoltà nel trattamento di questi pazienti sono principalmente legate al fatto che nella maggior parte dei paesi, oltre ai servizi sanitari generali (come le strutture sanitarie comunitarie, gli ospedali generali), esiste una separazione tra le reti di trattamento della salute mentale e dell'uso di droghe.

Questa differenziazione nelle strutture terapeutiche (ad es. centri di salute mentale) costituisce di per sé un ostacolo la realizzazione di servizi terapeutici adeguati per pazienti con disturbi in comorbidità (Ness et al., 2014).

Altre difficoltà sono legate al fatto che i servizi possono non disporre di competenze combinate sufficienti per entrambi i tipi di disturbi (Sacks, Chaple, Sirikantraporn, Sacks, Knickman & Martinez, 2013). Inoltre, filosofie terapeutiche, regolamentari o anche finanziarie risorse possono contribuire alle difficoltà nel trattamento di questi pazienti con doppia diagnosi (Burnam & Watkins, 2006).

Sebbene sia possibile ottenere una qualche forma di integrazione tra i due sistemi, permangono differenze filosofiche tra i fornitori di servizi di trattamento dell'uso di droghe e i servizi di salute mentale.

Inoltre, le questioni politiche e organizzative spesso impediscono un'efficace cooperazione tra i professionisti e i pazienti possono anche non essere indirizzati per uno dei disturbi concomitanti o possono essere esclusi dai servizi dell'altro sistema.

La sfortunata conseguenza di ciò è che la responsabilità di scegliere e seguire un piano di cura coerente ricade principalmente sul paziente (Burnam & Watkins, 2006; Drake et al., 2001).

I potenziali problemi affrontati dai tossicodipendenti quando cercano di accedere alle cure psichiatriche sono principalmente legati all'incertezza circa l'efficacia del supporto disponibile, allo scarso coordinamento degli appuntamenti, ai problemi logistici nel raggiungere la sede del fornitore di assistenza, allo stigma e agli atteggiamenti negativi del personale nei confronti del consumo di droga e al presunto comportamento criminale dei tossicodipendenti (Neale, Tompkins & Sheard, 2008) (EMCDDA, 2015).

I pazienti spesso hanno difficoltà nell'individuazione, e anche nell'accesso e nel coordinamento, dei servizi richiesti per la salute mentale e per l'uso di sostanze.

La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare.

Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza (Schmoll, Boyer, Henry, & Belzeaux, 2015), aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica (Stahler, Mennis, Cotlar, & Baron, 2009) e una maggiore prevalenza di suicidio (Szerman, et al. 2012).

I consumatori di stupefacenti con comorbidità psichiatrica mostrano un aumento dei tassi di comportamenti a rischio, che sono legati a infezioni, come virus HIV, virus dell'epatite B e C (Durvasula, & Miller, 2014), nonché disabilità psicosociali, come tassi più elevati di disoccupazione e senza fissa dimora (Krausz, Clarkson, Strehlau, Torchalla, Li, & Schuetz, 2013) e frequenti comportamenti violenti o di tipo criminale (Greenberg, & Rosenheck, 2014).

Inoltre, il tasso d'interruzione del trattamento è comunque alto, anche quando i pazienti sembrano essere motivati a ridurre il loro uso della sostanza; questo andamento è associato alla difficoltà in genere dei pazienti a tollerare questo tipo d'interventi intensivi, che costringe i pazienti all'astinenza dalle sostanze quando il problema d'abuso è ancora importante; ma anche per il fatto che permangono forti le pressioni esterne, tentazioni a ricadere nell'uso di sostanze: il paziente in trattamento continua,

infatti, a confrontarsi con il proprio ambiente, che è quello legato alla droga, l'unico che conosce, l'unico che lo riconosce (Popolo et al., 2018).

4.3.3. Limiti dell'assistenza:

I pazienti con un disturbo psichiatrico coesistente e un problema di abuso di sostanze presentano molte sfide per gli infermieri e gli altri operatori sanitari. Come gruppo, i pazienti con doppia diagnosi sono più difficili da trattare e gestire a causa dei livelli più elevati di compromissione fisica, sociale e psicologica.

I pazienti schizofrenici che abusano di alcol o di altre sostanze psicoattive, ad esempio, hanno più deliri, allucinazioni, comportamenti suicidi, ostilità, aggressività e senz'altro (Wilens, O'Keefe & O'Connell, 1993).

L'aderenza all'assunzione di farmaci prescritti è anche un problema per i pazienti con doppia diagnosi (Pristach & Smith, 1990) e questo può portare a un peggioramento dei sintomi di salute mentale e a un inutile soggiorno prolungato in ospedale.

I tossicodipendenti spesso non ammettono di essere fisicamente o psicologicamente dipendenti da droghe e alcol e possono fare di tutto per nascondere il loro abuso di sostanze al personale di salute mentale. Alcuni infermieri potrebbero non avere la fiducia necessaria per chiedere ai pazienti informazioni sul loro abuso di sostanze o potrebbero avere opinioni pessimistiche riguardo al trattamento.

L'incapacità di riconoscere e trattare l'abuso di sostanze in una fase precoce non solo porterà a risultati inefficaci nella gestione e nel trattamento, ma può anche comportare un deterioramento della sintomatologia del paziente.

Lo stato mentale del paziente può fungere da barriera al riconoscimento, in quanto alcuni pazienti potrebbero non essere in grado di comprendere la natura dei sintomi che sperimentano o di descriverli adeguatamente in modo da consentire al personale clinico di effettuare una valutazione accurata. Questo compito di diagnosi è ulteriormente aggravato se il paziente è un policonsumatore di sostanze stupefacenti e sta assumendo contemporaneamente una combinazione di sostanze psicoattive.

Anche quando viene identificato l'abuso di sostanze, è spesso difficile distinguere tra sintomi correlati all'abuso di sostanze o a un disturbo psichiatrico.

In sintesi, i principali problemi associati ai pazienti con doppia diagnosi sono:

- Violenza, senzatetto, suicidi, scarsa aderenza al trattamento, maggiore recidiva
- Problemi di diagnosi
- Negazione dell'abuso di sostanze da parte dei pazienti
- Atteggiamenti negativi degli operatori sanitari

(Gafoor, & Rassool, 1998)

5. CONCLUSIONI

Questo elaborato si è focalizzato sul concetto della doppia diagnosi, sulle attuali problematiche riguardanti la diagnosi e l'assistenza di queste patologie in comorbidità, e sull'approccio terapeutico più indicato nella gestione di questa tipologia di pazienti.

I principali risultati ottenuti, benché sia un ambito poco studiato, mostrano il discreto successo che può avere il trattamento integrato dei pazienti affetti da doppia diagnosi, rispetto ai precedenti trattamenti tradizionali che accentuano la separazione dei servizi territoriali.

Altro aspetto importante riguarda la formazione infermieristica, infatti, attraverso uno studio è stato dimostrato il miglioramento dell'approccio terapeutico infermieristico attraverso un programma di formazione su misura sugli atteggiamenti terapeutici e sulle conoscenze del personale infermieristico di salute mentale per quanto riguarda il lavoro con persone che hanno coesistenti abuso di sostanze e problemi di salute mentale.

Sulla base dei risultati osservati e delle evidenze presentate nella tesi, è possibile trarre delle conclusioni chiave.

- È necessario l'individuazione e il trattamento sistematici dei disturbi mentali in comorbidità in soggetti con disturbi da uso di sostanze;
- L'uso di strumenti validati è raccomandato sia per lo screening che per la diagnosi di comorbidità psichiatrica nei consumatori di sostanze;
- Il personale sanitario dovrebbe essere formato riguardo l'assistenza integrata per persone con doppia diagnosi;
- L'approccio terapeutico alla doppia patologia, farmacologica, psicologica o entrambe, deve tenere conto di tutti i disturbi contemporaneamente e dal primo punto di contatto, al fine di scegliere l'opzione migliore per ogni individuo. Consentirebbe una migliore comprensione della prevalenza e delle caratteristiche della comorbidità psichiatrica nelle persone che consumano sostanze psicoattive.
- Si raccomandano studi per migliorare le strategie terapeutiche basate sull'evidenza in questi pazienti duali.

Pertanto, data l'elevata prevalenza e la gravità clinica e sociale, l'individuazione e il trattamento appropriato dei disturbi mentali e dell'uso di sostanze in comorbidità è una delle maggiori sfide che i manager sanitari, i professionisti e i medici che lavorano nel campo delle dipendenze da sostanze psicoattive devono affrontare nei prossimi anni.

6. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA Publishing, 2013

Anandan, R., Cross, W. M., Nguyen, H., & Olasoji, M. (2024). L'empatia degli infermieri di salute mentale nei confronti dei consumatori con doppia diagnosi: uno studio descrittivo. *Giornale di infermieristica clinica*.

Anandan, R., Cross, W. M., Olasoji, M., & Nguyen, H. (2024). L'efficacia premurosa degli infermieri di salute mentale nei confronti dei consumatori con doppia diagnosi: uno studio descrittivo. *Collegiano*, 31(1), 40-47.

Anton R. F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(3), 165–173.

Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 19(1), 92–99.

Barkus, E. & Murray, R. M. (2010). 'Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship', *Annual Review of Clinical Psychology* 6.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1706–1713.

- Bennett, M. E., Bellack, A. S., & Gearon, J. S. (2001). Treating substance abuse in schizophrenia. An initial report. *Journal of substance abuse treatment*, 20(2), 163–175.
- Berman, S. M., Martinez, R. A., & Noble, E. P. (1993). Familial alcoholism and ERPs: differences in probability sensitivity?. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 28(6), 695–707.
- Blanco, C., Alegría, A. A., Liu, S.-M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C. & Nunes, E. V (2012), ‘Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions’, *The Journal of Clinical Psychiatry* 73(6), pp. 865–73.
- Brener, L., Hippel, W. V., Kippax, S., & Preacher, K. J. (2010). The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45, 1007–1018. <https://doi.org/10.3109/10826081003659543>
- Burnam, M. A. & Watkins, K. E. (2006), ‘Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care’, *Health Affairs* 25(3), pp. 648–58.
- Calamai, G. (2018). *Usò e abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze*. Erickson.
- Clark, C. & Young, M. S. (2009), ‘Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders’, *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), pp. 346–52.
- Clark, R.E. (2001) Supporto familiare e risultati dell'uso di sostanze per le persone con malattie mentali e disturbi da uso di sostanze. *Schizophr Bull* 27:93–101
- Conley, R., Gale, E., & Hirsch, K. (1997) Risposta dell'olanzapina nella schizofrenia refrattaria alla terapia con abuso di sostanze. *Schizophr Res* 24:190
- Conner, K. R. (2011), ‘Clarifying the relationship between alcohol and depression’, *Addiction* 106(5), pp. 915–16.

Crome, I.B. (1999). Substance misuse and psychiatric co morbidity: towards improved service provision. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (2), 151–174.

Crum, R. M., Mojtabai, R., Lazareck, S., Bolton, J. M., Robinson, J., Sareen, J., Green, K. M., Stuart, E. A., La Flair, L., Alvanzo, A. A., & Storr, C. L. (2013). Una valutazione prospettica delle segnalazioni di consumo di alcol per automedicare i sintomi dell'umore con l'incidenza e la persistenza della dipendenza da alcol. *Psichiatria JAMA*, 70(7), 718–726.

Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5–20.

Drake, R. E., & Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism*, Vol. 14: The consequences of alcohol (pp. 285–299). New York: Plenum.

Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 105–118.

Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T. & Torrey, W. C. (2001), 'Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings', *Psychiatric Services* 52(2), pp. 179–82.

Drake, R. E., McHugo, G. J., & Noordsy, D. L. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *The American journal of psychiatry*, 150(2), 328–329.

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia bulletin*, 24(4), 589–608.

Drake, R.E., Yovetich, N.A., Bebout, R.R., Harris, M., & McHugo, G.J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 185 5, 298-305 .

Durvasula, R. & Miller, T. R. (2014), 'Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis', *Behavioural Medicine* 40(2), pp. 43–52

Edward, K-L., & Robins, A. (2012). Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: Using the Internet as a source of data. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 550–559. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00833.x>

EMCDDA, (2015) Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015.

Fanella, F. (2010) (a cura di). Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Alcol – cocaina – gioco d'azzardo patologico. Alpes Italia, Roma. a essenziale Rosenberg, K. P., Feder, L. C. (2014).

Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., & Meltzer, H. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 179, 432–437

Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E. & Auriacombe, M. (2010), 'Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 38(3), pp. 220–30.

First, M. B., & Gladis, M. M. (1993). Diagnosis and differential diagnosis of psychiatric and substance use disorders. In J. Solomon, S. Zimberg, & E. Shollar (Eds.), *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training, and program development*. Plenum Medical Book Co/Plenum Publishing Corp.

Flensburg-Madsen, T., Mortensen, E. L., Knop, J., Becker, U., Sher, L., & Grønbaek, M. (2009). Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Comprehensive psychiatry*, 50(4), 307–314.

- Gafoor, M., & Rassool, H. (1998). La coesistenza di disturbi psichiatrici e abuso di sostanze: lavorare con pazienti con doppia diagnosi. *Giornale di assistenza infermieristica avanzata*, 27(3), 497-502.
- Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber J., Dauphinais, D., Dingman, C. W., & Guroff, J. J. (1988). A controlled family study of chronic psychoses: Schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 328–336.
- Godley, S.H., Hoewing-Roberson, R. & Godley, M.D. (1994) Rapporto finale MISA. Istituto del faro, Bloomington
- Gorman, D.M., Werner, J.M., Jacobs, L.M., Duffy, S.W., 1990. Evaluation of an alcohol package for non-specialist health care and social workers. *British Journal of Addiction* 85, 223–233.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis [Doppia diagnosi di psicosi e dipendenza. Dai principi alla pratica]. *Der Nervenarzt*, 75(7), 642–650.
- Graham, H. L. (1998). The role of dysfunctional beliefs in individuals who experience psychosis and use substances: Implications for cognitive therapy and medication adherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 193–207.
- Green, A. I. (2005), 'Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics', *The Journal of Clinical Psychiatry* 66 Suppl 6, pp. 21–26.
- Green, A. I., Noordsy, D. L., Brunette, M. F. & O'Keefe, C. (2008), 'Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34(1), pp. 61–71.
- Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2014). Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication. *Criminal behaviour and mental health* : CBMH, 24(1), 18–35.

Hambrecht, M., & Häfner, H. (1996). L'abuso di sostanze e l'insorgenza della schizofrenia. *Psichiatria biologica*, 40(11), 1155–1163.

Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2004). 'The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup', *Archives of General Psychiatry* 61(9), pp. 891–96.

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830–842.

Hojat, M. (2016). *L'empatia nell'educazione delle professioni sanitarie e nella cura del paziente* (1a ed.). Pubblicazione internazionale di Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>

Iannitelli, A., Castra, R., & Antenucci, M. (2002). Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche [Doppia diagnosi o comorbidità? Definizione e osservazione clinica]. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 38(3), 233-239.

Jaworski, F., Dubertret, C., Adès, J. & Gorwood, P. (2011), 'Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia', *Psychiatry Research* 185(1-2).

Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231–244.

Khantzian, E.J. (1990) Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent Dev Alcohol*; 8: 255-71.

Kofoed, L., Kania, J., Walsh, T., & Atkinson, R. M. (1986). Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *The American journal of psychiatry*, 143(7), 867–872.

Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. G. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(8), 1235–1243.

Ley A., Jeffery D.P., McLaren S. & Siegfried N. (2000). Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Review*.

Lieb, R. (2015). Epidemiological Perspectives on Comorbidity Between Substance Use Disorders and Other Mental Disorders. In G. Dom y F. Moggi (Eds.), *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders* (pp. 3–12). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Linszen, D. H., Dingemans, P. M., & Lenior, M. E. (1994). L'abuso di cannabis e il decorso dei disturbi schizofrenici di recente insorgenza. *Archivi di psichiatria generale*, 51(4), 273–279.

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review (Review of the effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review). *Addiction*, 107, 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

Magidson, J. F., Wang, S., Lejuez, C. W., Iza, M. & Blanco, C. (2013), 'Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample', *Depression and Anxiety* 30(6), pp. 538–45.

Magura, S., Laudet, A.B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E.L. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric services*, 53 3, 310-6 .

Manna, V. (2012). Approcci dimensionali alla psicopatologia di persona lità: dal disturbo di personalità alla personopatia? *Journal of Psychopathology*; 18: 210-25

Maremmani, A. G. I., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M., Perugi, G. & Maremmani, I. (2011), 'Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin', *Journal of Addictive Diseases* 30(2), pp. 123–35.

Marmorstein, N. R. (2012), 'Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder', *Journal of Anxiety Disorders* 26(1), pp. 88–94.

Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., & Rounsaville, B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 23(4), 297–308.

Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., Pascual, J. C. and Torrens, M. (2006), 'Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain', *The European Journal of Psychiatry* 20(3), pp. 147–56.

Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., Pacifici, R., Farré, M., Pichini, S., & de la Torre, R. (2010). STUDIO GENETICO: polimorfismo 5-HTTLPR, disturbi dell'umore e uso di MDMA in uno studio di follow-up di 3 anni. *Biologia delle dipendenze*, 15.

McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D., & Andrews, J. M. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3-4), 217–232. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1104930>

McKenna, C., & Ross, C. (1994). Enigmi diagnostici nei tossicodipendenti con sintomi psichiatrici: variabili indicative di doppia diagnosi. *Il giornale americano dell'abuso di droghe e alcol*, 20(4), 397–412.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H. U., & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance

use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893–907.

Miller, W.R., & Rollnick S (1991) *Intervista motivazionale*. Pressa di Guilford, New York

Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10^a revisione– ICD 10*. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 20

Moggi, F. (2018). Epidemiologia, eziologia e trattamento dei pazienti con psicosi e comorbidità. *Revisione terapeutica*, 75:1, 37-43. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000964>

Mueller, T. I., Lavori, P. W., Keller, M. B., Swartz, A., Warshaw, M., Hasin, D., Coryell, W., Endicott, J., Rice, J., & Akiskal, H. (1994). Effetto prognostico del decorso variabile dell'alcolismo sul decorso decennale della depressione. *Il giornale americano di psichiatria*, 151(5), 701–706.

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23(6), 717–734.

Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. I., Miles, K. M., & Noordsy, D. L. (1997). Disturbo antisociale di personalità, disturbo della condotta e abuso di sostanze nella schizofrenia. *Giornale di psicologia anormale*, 106(3), 473–477.

Mueser, K.T. & Fox, L. (2002) A family intervention program for dual disorders. *J* 38:253–270

Munro, A., Watson, H. E., & McFadyen, A. (2007). Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitude and knowledge about co-morbidity: a randomised control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1430-1438. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.024>

Munsey, D. F., Galanter, M., Lifshutz, H., & Franco, H. (1992). Antecedents, severity of abuse, and response to treatment in substance-abusing schizophrenic individuals. *The American Journal on Addictions*, 1, 210–216.

Neale, J., Tompkins, C. & Sheard, L. (2008), 'Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users', *Health & Social Care in the Community* 16(2), pp. 147–54.

Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014), 'Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives', *Advances in Dual Diagnosis* 7(3), pp. 107–17.

NICE (2011), *Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people*, National Institute of Health and Clinical Excellence, Manchester (available at <http://www.nice.org.uk/guidance/CG120>).

Nizzoli, U. (2018). *Comorbilità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica. comorbilità-fra-disturbi-da-uso-di-sostanze-addiction-disturbi.pdf* (fisppsicologia.it).

Noordsy, D. L., Drake R. E., Biesanz, J. D., & McHugo, G. J. (1994). Family history of alcoholism in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 651–655.

Noordsy, D. L., Schwab, B., Fox, L., & Drake, R. E. (1996). The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. *Community mental health journal*, 32(1), 71–86.

NSIS - Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND)

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2020)

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2021). *Piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030*. Organizzazione Mondiale della Sanità.

Owen R.R., Fischer E.P., Booth B.M. & Cuffel B.J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(8):853-858.

Pettinati, H. M., O'Brien, CP & Dundon, W. D. (2013). Stato attuale dei disturbi dell'umore e dell'uso di sostanze concomitanti: un nuovo bersaglio terapeutico. *Il giornale americano di psichiatria*, 170(1), 23–30.

Popolo, R., Bricolo, F., & Carlucci, S. (2018). Early Psychosis: dalla valutazione al trattamento.

Pristach, C. A., & Smith, C. M. (1990) Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. *Hospital Community Psychiatry* 41, 1345±1348.

Pulver, A. E., Wolyniec, P. S., Wagner, M. G., Moorman, C. C., & McGrath, J. A. (1989). An epidemiologic investigation of alcohol-dependent schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 603–612.

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 5, 54.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.

Rühl, F., Lambert, M., Rohenkohl, A., Kraft, V., Daubmann, A., Schneider, B. C., Luedecke, D., Karow, A., Gallinat, J., Leicht, G., & Schöttle, D. (2023). Remission with or without comorbid substance use disorders in early psychosis: long-term outcome in integrated care (ACCESS III study). *Frontiers in psychology*, 14, 1237718.

Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, J. Y., Knickman, J. & Martinez, J. (2013), 'Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care', *Journal of Substance Abuse Treatment* 44(5), pp. 488–93.

Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E. & Hasin, D. (2013), 'Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence', *Addiction* 108(1), pp. 115–23.

San, L., Arranz, B., Dual Pathology Clinical Practice Guide, E. G., Arrojo, M., Becoña, E., Bernardo, M., Caballero, L., Castells, X., Cunill, R., Florez, G., Franco, M. D., Garriga, M., Goikolea, J. M., González-Pinto, A., Landabaso, M., López, A., Martínez-Raga, J., Merino, A., Paramo, M., Rubio, G., ... Zorrilla, I. (2016). Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population. *Adicciones*, 28(1), 3–5

Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2010), 'Psychiatric disorders: a global look at facts and figures', *Psychiatry* 7(12), pp. 16–19.

Schifano F., Corazza O. & Forza G. (1998). Le sostanze d'abuso del sabato sera. In *Ecstasy e Nuove Droghe* (ed. R. Gatti), pp.122-141. Franco Angeli: Milano.

Schmoll, S., Boyer, L., Henry, J. M., & Belzeaux, R. (2015). Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique [Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographical and clinical analysis]. *L'Encephale*, 41(2), 123–129.

Shives, L.R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7th edn). Lippincott Williams & Wilkins.

Solomon, J. (1996) Doppia diagnosi. *Personalità/Dipendenze*; 2: 279-89.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, patient edition/non-patient edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stahler, G. J., Mennis, J., Cotlar, R., & Baron, D. A. (2009). The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care. *The American journal of psychiatry*, 166(11), 1258–1268.

Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). Che cos'è un disturbo mentale/psichiatrico? Dal DSM-IV al DSM-V. *Medicina psicologica*, 40(11), 1759–1765

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011) 'Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings', NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

Swanson, A. J., Pantalon, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(10), 630–635.

Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Vega, P., & Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance use & misuse*, 47(4), 383–389.

Teusch R. (2001). L'abuso di sostanze come sintomo di abuso sessuale infantile. *Servizi psichiatrici (Washington, D.C.)*, 52(11), 1530–1532.

Tirado Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., & Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. Adicciones*, 30(1), 66–76.

Torrens, M., Fonseca, F., Mateu, G., & Farré, M. (2005). Efficacia degli antidepressivi nei disturbi da uso di sostanze con e senza depressione in comorbidità. Una revisione sistematica e una meta-analisi. *Dipendenza da droghe e alcol*, 78(1), 1–22.

Torrens, M., Gilchrist, G. & Domingo-Salvany, A. (2011b), 'Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders', *Drug and Alcohol Dependence* 113(2-3), pp. 147–56.

Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N. & Ruiz, P. (2011a), 'Dual diagnosis: Focusing on depression and recommendations for treatment', *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(2), pp. 50–59.

- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Dual diagnosis: an European perspective. *Patología dual: una perspectiva europea. Adicciones*, 29(1), 3–5.
- Tsuang, M. T., Simpson, J. C., & Kronfol, Z. (1982). Subtypes of drug abuse with psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 39, 141–147.
- UNODCCP. Demand reduction: a glossary of terms. New York: United Nations, 2000.
- Vardy, M. M., & Kay, S. R. (1983). LSD psychosis or LSD-induced schizophrenia?: A multimethod inquiry. *Archives of General Psychiatry*, 40, 877–883.
- Vitali, M., Sorbo, F.D., Mistretta, M., Scalese, B., Porrari, R., Galli, D., Coriale, G., Rotondo, C., Solombrino, S., & Attilia, M.L. (2018). Dual diagnosis: an intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Rivista di psichiatria*, 53 3, 154-159.
- Volkow, N. D. (2004). The Reality of Comorbidity: Depression and Drug Abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 714–717.
- Volkow, N. D. (2009). Comorbidity: addiction and other mental illnesses. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2009
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 382(9904), 1575–1586.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110–130.
- Wilens, T. E., O'Keefe, J. & O'Connell, J. J. (1993) A public dual diagnosis detoxification unit, part one: organisation and structure. *American Journal of Addictions* 2, 91±98.

Wish, E. D., Fitzelle, D. B., O'Grady, K. E., Hsu, M. H., & Arria, A. M. (2006). Evidence for significant polydrug use among ecstasy-using college students. *Journal of American College Health*, 55(2), 99-104.

Wobrock, T. & Soyka, M. (2009), 'Pharmacotherapy of patients with schizophrenia and substance abuse', *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 10(3), pp. 353–67.

Wondra, J. D., & Ellsworth, P. C. (2015). Una teoria di valutazione dell'empatia e di altre esperienze emotive vicarie. *Revisione psicologica*, 122(3), 411–428. <https://doi.org/10.1037/a0039252>

World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO, 1995.

Ziedonis, D., & Brady, K. (1997). Dual diagnosis in primary care. Detecting and treating both the addiction and mental illness. *The Medical clinics of North America*, 81(4), 1017–1036.

Ziedonis, D.M., & D'Avanzo, K. (1998) Schizofrenia e abuso di sostanze. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ (a cura di) *Doppia diagnosi e trattamento*. Marcel Dekker, New York, pp 427-465

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103–126.