

PROTOCOLLO DI RICERCA MULTICENTRICA

LE DIMENSIONI PSICOPATOLOGICHE DELL'ADDICTION DA EROINA E COCAINA

A cura di
Pier Paolo Pani e Icro Maremmani
per
IPdF Group*

Premessa

L'indagine psichiatrica sulle componenti psichiche della tossicodipendenza è stata finora basata sull'applicazione della psicopatologia relativa alle altre malattie mentali e definita come comorbidità psichiatrica.

Questo approccio è basato su una definizione "nucleare" della tossicodipendenza, caratterizzata essenzialmente dalla perdita di controllo e dall'impulsività nei confronti della sostanza d'abuso. I sistemi diagnostici attuali di riferimento (DSM e ICD), adottano per intero questo paradigma, che certamente presenta alcuni vantaggi, quali la condivisibilità, dovuta all'approccio ateoretico e la obbiettività, dovuta all'utilizzo di criteri di tipo comportamentale, e la specificità. Tuttavia, l'esclusione di ulteriori manifestazioni psicopatologiche dai criteri diagnostici obbliga i clinici ad interpretare la presenza di altri sintomi psichici come segno della presenza di altri disturbi psichiatrici, incoraggiando in questo modo la moltiplicazione delle diagnosi.

In realtà, la validità di questo approccio è dubitabile, essendo basata su un assunto a priori. Diverse osservazioni, di tipo epidemiologico, neurobiologico e clinico, concordano nell'evidenziare la presenza di una relazione molto stretta fra tossicodipendenza e i sintomi psichiatrici che più frequentemente si rilevano nei quadri clinici di addiction: quelli appartenenti alla dimensione affettiva, a quella dell'ansia e del controllo/impulsività. In definitiva non risulta per niente chiaro quanto questi sintomi siano da considerarsi indipendenti o piuttosto siano parte del quadro clinico della dipendenza.

Dirimere questa questione ha conseguenze pratiche di una certa rilevanza, in primo luogo nella scelta dell'approccio terapeutico. Infatti, maggiore è la quota di psicopatologia attribuibile all'addiction di per sé, maggiore sarà la risposta del paziente al trattamento della tossicodipendenza; maggiore sarà la quota di psicopatologia indipendente dall'addiction, maggiore sarà la necessità di un trattamento aggiuntivo rivolto alla psicopatologia associata.

Nel tentativo di ridurre il livello di incertezza nella classificazione dei sintomi psichiatrici presenti nella tossicodipendenza, è stato condotto uno studio orientato a valutare i sintomi espressi dal paziente, piuttosto che le sindromi pre-organizzate proposte dalla nosografia attuale (DSM o ICD) [3].

Per raggiungere questo obiettivo si è utilizzata la scala SCL 90, di Derogatis. L'SCL-90, nel suo utilizzo corrente, consente l'organizzazione delle risposte fornite a 90 domande rivolte a verificare l'assetto psicopatologico del soggetto, in 9 dimensioni psicopatologiche (depressione, ansia, ansia fobica, ossessività-compulsività, somatizzazione, sensibilità interpersonale, ostilità, paranoia, psicotismo). Queste dimensioni sono il risultato della verifica della tendenza all'aggregazione spontanea dei 90 items nella popolazione generale e in quella dei pazienti psichiatrici. Tuttavia, tale verifica non è stata finora effettuata nel caso dei disturbi da uso di sostanze. Nel lavoro di cui si è accennato, condotto su 1055 dipendenti da oppiacei, si è osservato che l'aggregazione spontanea degli items dell'SCL consente di individuare cinque dimensioni psicopatologiche caratterizzate rispettivamente dalla presenza di:

- **autosvalutazione/intrappolamento;**
- **sintomi somatici;**
- **ansia panico;**
- **ipersensibilità/psicosi;**
- **violenza/suicidio.**

Questo studio è stato condotto su tossicodipendenti da eroina, attivi, al momento della richiesta di ingresso in terapia. Le dimensioni individuate, quindi, si riferiscono allo stato psicopatologico relativo a questa fase, nella quale fattori temporanei quali lo stato di intossicazione o di astinenza, o altre condizioni stressanti eventualmente associate alla richiesta dell'intervento possono avere manifestato la loro influenza sullo stato psicopatologico. Per confermare o confutare i risultati di questo studio, ma soprattutto per allargare lo spettro dell'indagine sulla psicopatologia dei disturbi da uso di sostanze, occorre verificare:

- se le stesse dimensioni sono osservabili in persone non astinenti e non sotto l'effetto acuto di sostanze;
- se queste dimensioni si mantengono nel tempo cioè costituiscono un tratto del paziente e non una condizione transitoria;
- se l'utilizzo di altre sostanze può interferire con, o modificare, il quadro psicopatologico;
- se tali dimensioni psicopatologiche influenzano il decorso del disturbo;

E' necessario quindi impostare un lavoro di ricerca esteso, che preveda la somministrazione dell'SCL-90:

- a diverse categorie di tossicodipendenti: da eroina, da cocaina, da alcol, da più sostanze;
- in diverse fasi della tossicodipendenza;
- in diverse fasi della terapia.

Come primo step, si propone la verifica dell'assetto psicopatologico in un campione di tossicodipendenti da oppiacei nel quale siano controllati i principali fattori di confondimento quali: lo stato di intossicazione o di astinenza da eroina o altre sostanze, l'abuso/dipendenza da altre sostanze, l'inizio e la durata del trattamento.

Metodologia

Soggetti coinvolti

Verranno arruolati nello studio circa 1.000 pazienti con diagnosi di tossicodipendenza da oppiacei, secondo il DSM-IV-TR, che abbiano cominciato un trattamento con agonisti (metadone o buprenorfina) da più di 7 e meno di 15 giorni. Non vengono individuati criteri di esclusione, ma registrati i fattori di confondimento che possono alterare la relazione fra dipendenza da oppiacei da una parte e psicopatologia manifestata dall'altra.

Strumenti di misura

- **SCL 90:** è un questionario, autosomministrato, composto di 90 items. Per ciascuno degli item, il paziente deve rispondere, facendo riferimento all'arco temporale degli ultimi 7 giorni e utilizzando una scala di gravità a 5 punti, da 0 a 4. Il completamento del questionario richiede 15 minuti [1].
- **DAH-RS:** è un questionario rivolto alla raccolta, oltre che delle principali informazioni sociodemografiche, di importanti informazioni cliniche nell'ambito della salute fisica e psichica, dell'uso di sostanze psicoattive, della storia di trattamento e dell'adattamento sociale. In particolare le variabili cliniche specifiche indagate sono: malattie epatiche, vascolari, emolinfatiche, gastrointestinali, sessuali, dentali; HIV; disturbi della memoria, di ansia, dell'umore, dell'aggressività, del pensiero, della percezione; coscienza di malattia; occupazione, condizione familiare, sessualità, socializzazione e tempo libero; problemi legali; uso di alcol, oppiacei, depressori del CNS, stimolanti, allucinogeni, fenciclidina, cannabis, inalanti, poliabuso; frequenza di uso di sostanze, pattern di uso, precedenti e attuale trattamento [2].
- **VAS per il craving.** Si utilizzerà una linea di 10 cm (da 0 a 100) sulla quale il paziente esprimerà la sua valutazione sulla presenza e intensità del craving sperimentato nell'ultima settimana per eroina, cocaina e alcol.
- **VAS (Visual Analogue Scale) sulla presenza di effetti da sostanze d'abuso/astinenza** al momento della compilazione dell'SCL-90. Si tratta di una linea di 10 cm (da 0 a 100) sulla quale il paziente esprime la sua valutazione sulla presenza di un qualunque effetto da sostanze psicoattive (o stato di astinenza), sulla presenza di effetti piacevoli, sulla presenza di effetti spiacevoli, sulla percezione di sballo/high, sulla percezione di malessere [4].

Analisi

Alle risposte ottenute all'SCL 90 verranno applicate l'analisi fattoriale e l'analisi discriminante, allo scopo di verificare la presenza di possibili dimensioni

psicopatologiche composite e la loro indipendenza. Le dimensioni psicopatologiche individuate verranno quindi studiate per verificare il grado di associazione con le variabili socio demografiche e cliniche disponibili e controllare i fattori di confondimento che potrebbero alterare la relazione fra sintomatologia psichiatrica e sintomatologia nucleare della tossicodipendenza (ANOVA, chi square, regressione, etc).

*IPdF group è formato da:

- Francesco Auriemma (Napoli)
- Jacopo Bizzarri (Bolzano)
- Pietro Casella (Roma)
- Lucia D'Ambrosio (Matera)
- Giovanna De Cerce (Campobasso)
- Stefano Dell'Aera (Enna)
- Fernando Fantini (Lanciano)
- Paola Fasciani (Chieti)
- Michele Ferdico (Agrigento)
- Giuseppe Filippone (Palermo)
- Piero Fundone (Melfi)
- Riccardo Gionfriddo (Siracusa)
- Guido Intaschi (Viareggio)
- Claudio Leonardi (Roma)
- Andrea Michelazzi (Trieste)
- Carlo Minestrini (Città di Castello)
- Franco Montesano (Catanzaro)
- Matteo Pacini (Pisa)
- Maria Chiara Pieri (Bologna)
- Vico Rosolino Ricci (La Spezia)
- Francesco Ruffa (Firenze)
- Alberto Santa Maria (Bari)
- Carmelo Siragusa (Caserta)
- Lorenzo Somaini (Biella)
- Luigi Stella (Napoli)
- Enrico Teta (Torino)
- Andrea Vendramin (Padova)

References

1. Derogatis L. R., Lipman R. S., Rickels K. (1974): The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)--A self report symptom inventory. *Behavioral Science*. 19 1-16.
2. Maremmani I., Castrogiovanni P. (1989): DAH-RS: Drug Addiction History Rating Scale. University Press, Pisa.
3. Maremmani I., Pacini M., Pani P. P., Perugi G., Deltito J., Akiskal H. (2007): The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? *Ann Gen Psychiatry*. 6 31.
4. Preston K., Bigelow G., Bickel W., Liebson I. (1988): Drug discrimination in human post-addicts: agonist/antagonist opioids. *NIDA Res Monogr*. 81 209-215.