

IL PERCORSO PSICOLOGICO DELL'ADOSCENTE TOSSICODIPENDENTE.

Riccardo Simoni

ABSTRACT-

L'assunzione di sostanze può essere causa, conseguenza o fenomeno concomitante di segni o sintomi di interesse psicopatologico. L'estrema variabilità delle caratteristiche dell'assunzione di sostanze e quella dei sintomi psicopatologici possono associarsi secondo varie modalità. L'associazione tra assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici pone infatti problemi complessi di carattere patogenetico, sintomatologico e terapeutico. L'introduzione del termine "doppia diagnosi" riflette una problematica clinica complessa e di estrema attualità. Il quadro diagnostico è ulteriormente complicato dalla possibile presenza in entrambi i casi di disturbi di personalità, che peraltro rappresentano delle forme larvate e croniche del disturbo stesso. La terapia del disturbo psichiatrico indotto andrebbe considerata come una terapia associata. La esatta comprensione della relazione che lega il disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze è cruciale e di estrema attualità, in quanto ha dominato per molto tempo la tendenza a effettuare in queste situazioni complesse una unica diagnosi basata sul quadro clinico dominante (o disturbo psichiatrico o disturbo da assunzione di sostanze). Per molto tempo i disturbi da assunzione di sostanze sono stati considerati più un problema di devianza sociale che non una sindrome psichiatrica come il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da panico o la schizofrenia. Oggi i disturbi da uso di sostanze sono concordemente considerati un disturbo psichiatrico. Come gli altri disturbi sono oggetto di trattamento sia biologico che non biologico. La doppia diagnosi riflette questo cambiamento nell'ambito dell'inquadramento diagnostico dei disturbi psichiatrici e considera la ricerca sulla patofisiologia cerebrale dei disturbi da assunzione di sostanze come un strumento essenziale per un miglior intervento terapeutico.

Infine la doppia diagnosi ha centrato l'attenzione del clinico sulla complessità dei quadri psicopatologici dove l'uso improprio, l'abuso e la dipendenza da sostanze generano sintomi specifici che si sommano ai sintomi di base di un disturbo preesistente

L'assunzione di sostanze non alimentari ma dotate di attività psicotropa è probabilmente antica quanto la storia dell'umanità. Oggi essa è un fenomeno in crescita e diffuso attraverso tutte le culture. Sostanze non alimentari psicotrope sono state e vengono assunte per la cura di malattie, per eliminare condizioni di sofferenza e disagio, per indurre sensazioni di piacere, o a scopo rituale. In genere, le ogni sostanza in grado di modificare lo stato della coscienza in modo rapido e reversibile è a rischio di abuso. L'assunzione stessa può essere saltuaria, occasionale, sociale, oppure sistematica, ripetuta, abituale. Può essere causa di semplice abitudine ("user") o di dipendenza fisica e psichica ("abuser"). Può generare fenomeni di intossicazione acuta e sintomi spiacevoli in caso di sospensione. Le sostanze oggetto di abuso/dipendenza sono un gruppo eterogeneo di composti chimici e di ogni sostanza si conoscono oggi la farmacodinamica e la farmacocinetica o meccanismo di azione. Dalla sintesi della Anfetamina (1938 Ciba-Geygh) e dell'Eroina (per gli scopi bellici dell'esercito

nazista), la ricerca neurobiologica è progredita fino ai nostri giorni e ci ha condotti alla attuale “Rivoluzione Psicofarmacologica” (gli ansiolitici, gli antidepressivi e gli antischizofrenici o antipsicotici) e il dibattito culturale che ne consegue.

Gli studi condotti con molecole psicoattive ha permesso agli scienziati di operare una vera e propria dissezione chimica del cervello e di conoscere i più intimi meccanismi patofisiologici delle malattie mentali. Nel caso della tossicodipendenza sembra essere particolarmente coinvolto il Sistema Limbico e le vie cerebrali dopaminergiche del piacere che giocano un ruolo fondamentale nei meccanismi di rinforzo e che sono alla base dell'abuso/dipendenza da sostanze.

L'assunzione di sostanze può essere causa, conseguenza o fenomeno concomitante di segni o sintomi di interesse psicopatologico. I segni o sintomi possono variare da un livello sub-sindromico (sotto la soglia di osservazione clinica) tali da essere confusi con semplici condizioni di sofferenza e malessere esistenziale, fino a livello sindromico di varia gravità ed espressività clinica dei disturbi psicotici classici. Il funzionamento sociale, familiare, scolastico dell'adolescente (e/o lavorativo dell'adulto) può essere compromesso in modo marginale o giungere al blocco catastrofico totale. I comportamenti antisociali possono essere del tutto assenti o possono giungere agli estremi della cosiddetta “pericolosità sociale” ed essere oggetto di provvedimenti giudiziari. Disturbi cognitivi, emozionali o comportamentali possono variamente associarsi in una miriade di combinazioni possibili e sempre diverse da soggetto a soggetto. Il soggetto stesso può avere coscienza di malattia o parziale e totale assenza di quest'ultima. I disturbi stessi possono essere acuti o cronici, episodici o ricorrenti ; possono essere strutturati nella personalità o comparire come un fenomeno isolato e innescare o supportare comportamenti tipici del soggetto stesso.

L'estrema variabilità delle caratteristiche dell'assunzione di sostanze e quella dei sintomi psicopatologici possono associarsi secondo varie modalità generando situazioni di particolare interesse clinico. L'associazione tra assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici pone infatti problemi complessi di carattere patogenetico, sintomatologico e terapeutici. Il dato osservazionale di questa associazione è di antica data ma solo negli ultimi anni con l'avvento della neurobiologia e delle neuroscienze, della psicopatologia categoriale e dimensionale che fondano la moderna psichiatria scientifica, è stato oggetto di studi sistematici e interdisciplinari, tesi a inquadrare i parametri clinici del problema. Quindi, la presenza nello stesso caso clinico di due diagnosi : una correlata all'abuso/dipendenza di sostanze e una relativa alle sindromi psichiatriche tradizionali. A questa particolare situazione di “comorbidità” è stato associato il termine di “doppia diagnosi”. E' interessante notare che, tra le varie combinazioni di comorbidità riscontrate nella clinica, questa sia l'unica che abbia avuto una specifica denominazione. Doppia diagnosi o “dual diagnosis” letteralmente significa la presenza contemporanea di due disturbi psichiatrici che soddisfano i criteri diagnostici di un sistema nosografico di riferimento, ma oggi il termine si va affermando nella nomenclatura psichiatrica come riferimento ad una particolare situazione di comorbidità : quella dove coesistano disturbi da assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici di altra natura. L'introduzione del termine “doppia diagnosi” riflette una problematica clinica complessa e di estrema attualità. I dati statistici mostrano come un'elevata percentuale di pazienti, soprattutto in età adolescenziale, inquadrati diagnosticamente in un disturbo psichiatrico sindromico abbia una storia clinica di “abuso di sostanze”. D'altra parte, gran parte dei pazienti che fanno uso improprio, abusano o dipendono da sostanze può presentare sintomi che permettono l'identificazione di

quadri sindromici, soprattutto di spettro affettivo più che di spettro schizofrenico. La situazione diagnosticata è ulteriormente complicata dalla possibile presenza in entrambi i casi di disturbi di personalità, che peraltro rappresentano delle forme larvate e croniche del un disturbo stesso.

Uno dei motivi di interesse della doppia diagnosi è legato al rapporto di causalità tra l'assunzione di sostanze e il disturbo psichiatrico in comorbidità in quanto ciò ha evidenti correlati sul piano terapeutico, sia per una corretta terapia farmacologia, sia per un piano terapeutico di trattamento psicologico efficace che si fondi sulla conoscenza approfondita della conflittualità del soggetto, le sue dinamiche preferenziali, le capacità di gestire le sue emozioni e il suo comportamento. Si danno quindi due casi che vanno considerati con molta attenzione quando ci occupiamo del percorso psicologico dell'adolescente tossicodipendente :

se l'assunzione di sostanze è primaria : la terapia di base dovrebbe essere principalmente psicologica ed essere centrata sulle cause determinanti e/o sui meccanismi che stanno alla base; la terapia medica e psichiatrica ha un ruolo limitato a contrastare gli effetti tossicologici o astinenziali legati al tipo di sostanza in modo caratteristico e tipico. La terapia del disturbo psichiatrico indotto andrebbe considerata come una terapia associata.

se il disturbo psichiatrico è primario : l'assunzione di sostanze diventa allora una semplice conseguenza, un tentativo di autoterapia teso ad alleviare gli stati di ansia e di depressione. In tal caso la terapia farmacologia è fondamentale perché in grado di interrompere la patofisiologia del disturbo biologico cerebrale sottostante che genera ansia patologica e tristezza vitale patologica. La terapia psicologica gioca comunque un ruolo altrettanto importante e irrinunciabile come momento di interrogazione profonda del soggetto su se stesso e sulle sue relazioni col mondo; e tentativo di trovare una valida risposta esistenziale.

La esatta comprensione della relazione che lega il disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze è cruciale e di estrema attualità, in quanto ha dominato per molto tempo la tendenza a effettuare in queste situazioni complesse una unica diagnosi basata sul quadro clinico dominante (o disturbo psichiatrico o disturbo da assunzione di sostanze). Ciò ha spesso comportato un approccio terapeutico unidirezionale con risultati terapeutici inferiori a quelli attesi.

Un altro motivo di interesse per la doppia diagnosi è la ricerca dei meccanismi patofisiologici che possono legare la "tendenza all'assunzione di sostanze" e le sue conseguenze di abuso e dipendenza, con i meccanismi patofisiologici delle grandi sindromi psichiatriche. Per molto tempo i disturbi da assunzione di sostanze sono stati considerato più un problema di devianza sociale che non una sindrome psichiatrica come il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo da panico o la schizofrenia. Oggi i disturbi da uso di sostanze sono concordemente considerati un disturbo psichiatrico. Come gli altri disturbi essi hanno determinanti genetici, ambientali e psicosociali. Come per gli altri disturbi psichiatrici hanno una patofisiologia cerebrale. Come gli altri disturbi sono oggetto di trattamento sia biologico che non biologico. La doppia diagnosi riflette questo cambiamento nell'ambito dell'inquadramento diagnostico dei disturbi psichiatrici e considera la ricerca sulla patofisiologia cerebrale dei disturbi da assunzione di sostanze come un strumento essenziale per un miglior intervento terapeutico.

Infine la doppia diagnosi ha centrato l'attenzione del clinico sulla complessità dei quadri psicopatologici dove l'uso improprio, l'abuso e la dipendenza da sostanze

generano sintomi specifici che si sommano ai sintomi di base di un disturbo preesistente.

Quindi, alla luce di quanto detto, si possono dare tre tipi teoricamente possibili di casi:

1°) Non ci sono gli estremi di doppia diagnosi. Quindi significa che l'adolescente non ha un disturbo depressivo/ ansioso in atto; nè disturbi di personalità. la tossicodipendenza è primaria quindi bisogna valutare da una parte le motivazioni che hanno spinto il soggetto in tale direzione, dall'altra eventuali situazioni di ordine medico legate al di sostanza tossica usata.

L'adolescente non riceve diagnosi di tossicodipendenza ma di "user". Non ci sono indicazioni alla terapia farmacologica, ma lo strumento privilegiato di intervento è la terapia psicologica centrata sul singolo e allargata alle relazioni con l'ambiente familiare, scolastico e sociale.

2°) Ricorrono gli estremi per una Doppia Diagnosi : la tossicodipendenza è secondaria. L'adolescente ha in atto un disturbo di tipo affettivo, cioè mostra segni sintomi di depressione e/o ha ansia in atto. Le manifestazioni cliniche sono al di sopra della soglia di osservazione clinica; in questo caso la diagnosi è più semplice. In altri casi le manifestazioni possono essere al di sotto della soglia clinica e costituire la base di un disturbo di personalità; in questo caso è meglio avvalersi di un "assessment clinico" mediante valutazione tecnica tramite batterie di test, sia quantitativi che proiettivi. In ambedue i casi comunque si qualifica e si quantifica il disturbo psicopatologico si accerta la presenza di una malattia a sede cerebrale (Sistema Limbico) che obbliga o motiva il soggetto a usare una o più sostanze a scopo autoterapeutico. Gli effetti euforizzanti vengono ricercati e sfruttati per affrontare e superare meglio difficoltà e insicurezze, senso di inferiorità, insonnia, ansia e momenti di tristezza patologica. Si configura quindi il caso in cui il disturbo psico-patologico è primitivo e la tossicodipendenza sintomatica e secondaria.

Indicazione al trattamento farmacologico è da ritenersi fondamentale in quanto unico strumento in grado di arrestare, curare e spesso guarire definitivamente una e malattia biologica cerebrale che altera in modo caratteristico e permanente l'attività mentale dell'adolescente e il comportamento che necessariamente consegue.

Ovviamente, anche in questo caso la terapia psicologica richiede un ruolo fondamentale come nel caso precedente. Lo psicoterapeuta lavora con "coterapeuta" che gestisce la terapia farmacologica anti depressiva in accordo con il paziente e con lo psicoterapeuta stesso.

Il difficile percorso psicologico dell'adolescente tossicodipendente può essere meglio compreso e validamente aiutato da una conoscenza e attenzione alla complessità dei fattori determinanti e mantenenti la tossicodipendenza stessa. Pertanto la buona riuscita di un tale percorso, che non può avere deroghe, deve prestare la massima attenzione allo stato emotivo di base dell'adolescente e intervenire in modo efficace con la moderna farmacoterapia quando si individua un disturbo psicopatologico.

DOMANDE

1)

Quale sistema neurotrasmettitoriale si pensa sia centrale nello sviluppo della tossicodipendenza?

- a) -Il sistema serotonergico
- b) -Il sistema noradrenergico
- c) - Il sistema dopaminergico

2)

La doppia diagnosi è :

- a) concomitanza casuale di due malattie, per esempio: tossicodipendenza/ depressione (e/o ansia)
- b) non concomitanza, ma ruolo di causalità : tossicodipendenza che causa una malattia psichiatrica
- c) non concomitanza ma ruolo di causalità : malattia psichiatrica causa tossicodipendenza.

3)

La terapia farmacologia che causa la guarigione definitiva dei Disturbi Affettivi (Ansia e Depressione) è più importante :

- a) nella tossicodipendenza senza disturbi psicopatologici precedenti
- b) nella tossicodipendenza preceduta da disturbi psicopatologici

4)

La terapia psicologica che sempre si deve affiancare nel percorso dell'adolescente tossicodipendente, è più importante :

- a) nella tossicodipendenza non preceduta da disturbi psichiatrici
- b) nella tossicodipendenza preceduta da disturbi psichiatrici

RISPOSTE

1)- c)

2)- c)

3)- b)

4)- a)

Dr. Riccardo Simoni

Medico Chirurgo Psichiatra Psicoterapeuta (Firenze)