

## Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche

Angela IANNITELLI, Rosy CASTRA e Manuela ANTENUCCI

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica,  
Università degli Studi "La Sapienza", Roma*

**Riassunto.** - L'uso di sostanze in pazienti psichiatrici è un quadro clinico molto frequente che pone problemi di ordine nosografico, diagnostico, terapeutico e riabilitativo. La presente rassegna analizza i criteri nosografici più utilizzati e le proposte di nuove classificazioni per comprendere meglio tali quadri. Vengono presentati i quadri clinici più comuni in cui la sostanza viene utilizzata come facilitante l'insorgenza della malattia o come *self-medication*. Si affronta, poi, la differenza tra doppia diagnosi e comorbidità sottolineando la necessità di affrontare tale problema in un'ottica di complessizzazione che trascenda la nosografia ufficiale.

*Parole chiave:* doppia diagnosi, comorbidità, disturbi mentali.

**Summary** (*Dual diagnosis or comorbid substance use? Definitions and clinical observations*). - There is a high prevalence of a comorbid substance use disorder in subjects with psychotic or mood disorders. Psychiatric patients are reported to abuse alcohol or drugs. This comorbidity raises the question whether one disorder is a consequence of the other. The self-medication hypothesis of substance abuse suggests that drug abuse is driven by an attempt to alleviate specific psychological distress but this unidirectional causality is not supported. The main aims of this review are to describe the difference between dual diagnosis and comorbidity in psychiatric patients and the possible patterns of different clinical conditions.

*Key words:* dual diagnosis, comorbid substance use, mental illness.

### Introduzione

La relazione tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze è controversa e difficilmente riconducibile a modelli di casualità lineare. Anche l'osservazione clinica pone problemi di complesso inquadramento diagnostico e terapeutico. Certo è che gli studi epidemiologici sono a favore di una elevata frequenza di uso di sostanze in pazienti psichiatrici e, nella maggior parte di questi casi, la "sostanza" agirebbe come facilitante l'onset di un disturbo mentale sia in asse I che in asse II [1, 2]. In altri casi, per contro, la clinica e i dati di letteratura riportano il ricorso all'uso di sostanze dopo l'insorgenza della sintomatologia psichiatrica, con un significato di *self-medication* [3, 4].

L'interesse per tale area psicopatologica trova i suoi presupposti in numerosi fattori. Innanzitutto, come accennato, nella frequenza con cui tali quadri si osservano nella pratica clinica, in secondo luogo nella difficoltà di comprensione con i soli strumenti psichiatrici ed, infine, nelle difficoltà terapeutiche che tali quadri comportano. L'uso di sostanze, infatti,

complica frequentemente il quadro psicopatologico, lo rende più complesso, più difficile da inquadrare secondo i criteri nosografici in uso, più difficilmente trattabile con gli interventi farmacologici e psicoterapeutici specifici; inoltre, in questi casi la *compliance* è spesso scarsa e la prognosi peggiore [5].

### La nosografia

I sistemi classificatori nosografici più utilizzati per i disturbi psichiatrici sono l'ICD-10 [6] e il DSM-IV [7]. Quest'ultimo utilizza la dizione "disturbi correlati a sostanze" per intendere due gruppi di disturbi: i disturbi da uso di sostanze (dipendenza e abuso) ed i disturbi indotti da sostanze (intossicazione, astinenza, delirium, demenza persistente, disturbo amnestico persistente, disturbo psicotico, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale, disturbo del sonno) (Tab. 1 e 2).

Il DSM-IV analizza separatamente 11 classi di sostanze (alcol, amfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei,

fenciclidina ed, infine, sedativi, ipnotici o ansiolitici); per ciascuna di queste classi di sostanze vengono descritti gli aspetti specifici di dipendenza, abuso, intossicazione e astinenza. Il DSM-IV, a differenza del precedente DSM-III, cancella il termine “organico” e distingue i disturbi mentali in quelli indotti dall’uso di sostanze, in quelli dovuti ad una condizione medica generale ed in quelli non riconducibili ad alcuna eziologia specifica. Per “disturbo mentale primario” si intende parlare di quei disturbi mentali che non sono indotti dall’uso di sostanze e che non dipendono da alcuna condizione medica generale (in tal caso si parla di “disturbo mentale secondario”).

Rimanendo nell’ambito delle relazioni tra uso di sostanze e disturbo psicotico, la classe diagnostica del DSM-IV “disturbi indotti da sostanze” consente alcune riflessioni cliniche. Innanzitutto, il termine “indotto” indica una relazione casuale, temporale e quantitativa tra assunzione di sostanza e sviluppo del disturbo psichiatrico. E’ necessario, sul piano clinico, il riscontro di una anamnesi positiva per uso di sostanze, una obiettività di laboratorio e di quadro clinico compatibile con una intossicazione o una astinenza. Il

**Tabella 1.** - Criteri per la dipendenza da sostanze secondo il DSM-IV

Modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
  - a) bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l’intossicazione o l’effetto desiderato
  - b) effetto notevolmente diminuito con l’uso quantitativo della stessa quantità della sostanza
2. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
  - a) caratteristica sindrome d’astinenza, definita per ciascuna specifica sostanza nel DSM-IV
  - b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi d’astinenza
3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso della sostanza
5. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (p. es. recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (p. es. fumando “in catena”), o a riprendersi dai suoi effetti
6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell’uso della sostanza
7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (p. es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta o aggravata dalla cocaina)

**Tabella 2.** - Criteri per l’abuso di sostanze secondo il DSM-IV

- A. Modalità patologica d’uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagi clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle seguenti condizioni, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:
  1. Uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità ad adempiere ai principali compiti in ambito lavorativo, scolastico o domiciliare/familiare (p. es., ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all’uso della sostanza; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate all’uso della sostanza; trascuratezza nella cura dei bambini o della casa)
  2. Uso ricorrente della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (p. es. guidando un’automobile o facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione per l’uso della sostanza)
  3. Ricorrenti problemi legali correlati all’uso della sostanza (p. es. arresti per condotta molesta)
  4. Uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (p. es. discussioni coniugali sulle conseguenze dell’intossicazione, scontri fisici)
- B. I sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri di dipendenza da sostanza per questa classe di sostanze

criterio temporale deve, inoltre, essere soddisfatto tra assunzione o cessazione dell’assunzione della sostanza e insorgenza o cessazione dello specifico quadro psichiatrico. E’ abbastanza evidente che, nel caso in cui i sintomi siano preesistenti all’uso di sostanze o persistano nei periodi di astinenza tra una assunzione e l’altra o per più di quattro settimane dalla interruzione di un quadro di intossicazione o di astinenza, è presumibile che ci si trovi di fronte ad un quadro primario o ad un quadro di disturbo persistente indotto da sostanze. Anche la comparsa di sintomi atipici può far pensare ad un disturbo indotto da sostanze così come, per contro, la comparsa di una sintomatologia psichiatrica può indirizzarci verso l’assunzione di una specifica sostanza: un delirio paranoide, per esempio, è più specifico di una intossicazione da fenciclidina piuttosto che da ipnotici e lo è anche per alti dosaggi di hashish piuttosto che per una sola fumata (Tab. 3).

Attenzione deve essere posta alla diagnosi differenziale tra disturbi indotti e disturbi da intossicazione-astinenza: nel caso di una sintomatologia pregnante, che richieda una attenzione specifica si parlerà più facilmente di disturbo indotto da sostanze; nel caso, invece, in cui sia presente una critica della realtà ed un sufficiente *insight* sarà più probabile una diagnosi di intossicazione o di astinenza. Nel caso non sia possibile stabilire se il quadro psicotico sia collegato ad uso di sostanze, a condizioni mediche generali o sia primario, si porrà diagnosi di disturbo psicotico NAS (Tab. 4).

**Tabella 3.** - Criteri di espressività sintomatologica di alcune sostanze d'abuso

Sostanza	Intossicazione acuta (24 ore)	Disturbi in cronico	Disturbo psichiatrico	Note
<b>Alcol (modulatore allosterico del GABA A)</b>	Disturbo da intossicazione acuta	Astinenza alcolica	Disturbo psicotico indotto da alcol (allucinosi alcolica), con insorgenza durante l'astinenza Disturbo psicotico indotto da alcol con deliri (delirio di gelosia, allucinazioni e delirio paranoideo)	Spesso in comorbidity con disturbi di asse I (disturbo bipolare) e di asse II
<b>Amfetamine (stimolatore del rilascio di DA)</b>	Iperattività adrenergica: stereotipie, bruxismo, irritabilità, irrequietezza, labilità emotiva, paranoia disforia ansia, letargia. MDMA: euforia, senso di benessere, senso di potenza, assenza di fatica, eccitazione, dispercezioni uditive	Dopo alcuni giorni dalla sospensione: illusioni e allucinazioni terrifiche, deliri di persecuzione	Psicosi paranoidea con microzoopsie; delirio di persecuzione, fuga delle idee, allentamento dei nessi associativi	
<b>Cannabis (THC e modulatore dei recettori cannabinoidi)</b>	Euforia, ansia, sospettosità, ideazione paranoide, perdita della capacità critica, ritiro sociale, DAP con derealizzazione e depersonalizzazione (più frequente in consumatori occasionali e personalità rigide)	Delirium che compare ore o giorni dopo l'assunzione (alterazione della coscienza, riduzione dell'attenzione, deficit di memoria, disorientamento e deficit del linguaggio, disturbi percettivi con fluttuazioni giornaliere)	Psicosi Pseudodemenzialità ("hashish dementia") Sindrome amotivazionale (perdita di energia, apatia, depressione, ritiro)	In soggetti predisposti, l'uso di cannabis aggraverebbe la sintomatologia schizofrenica e provocherebbe una resistenza ai neurolettici
<b>Cocaina (inibitore della ricaptazione della DA)</b>			Psicosi con carattere persecutorio	
<b>Fenciclidina (PCP) (antagonista NMDA)</b>	Sintomi primari: delirio, allucinazioni, agitazione, depersonalizzazione	Psicosi delirante acuta	Psicosi con caratteri persecutori che può durare fino ad un mese dopo l'assunzione; Disturbi dell'umore: autoaccuse, insonnia, angoscia; Psicosi dissociative da mescalina, psilocina, psilocibina e LSD	E' la sostanza più nota del gruppo delle sostanze psichedeliche (agonisti 5-HT <sub>2</sub> ), gruppo che contiene circa 100 sostanze di sintesi ed una dozzina di sostanze naturali
<b>Sedativi, ipnotici o ansiolitici (BDZ: modulatori allosterici del GABA A)</b>		Alla sospensione delle BDZ: dispercezioni, depersonalizzazione, derealizzazione, allucinazioni e delirio, insonnia, anoressia e irritabilità		

L'ICD-10 è piuttosto carente nella classificazione dei disturbi psichiatrici collegati a uso di sostanze. Oltre ai criteri utilizzati dal DSM-IV, l'ICD-10 aggiunge anche il *craving* per i farmaci. Quello che differisce nei due sistemi classificatori è il criterio di significatività clinica. Nel DSM-IV il peso maggiore viene dato alle modalità maladattive dell'uso di sostanze con conseguenti deficit o disagi significativi, mentre l'ICD-

10 fa riferimento soprattutto al criterio temporale con un disagio che duri almeno un mese o ripetuti episodi entro 12 mesi. L'ICD-10, utilizzando il criterio temporale, distingue il "disturbo psicotico dovuto a uso di sostanze psicoattive" quando l'assunzione risalga a 2 settimane prima e parla di "insorgenza tardiva" se l'assunzione risale tra le 2 e le 6 settimane prima dell'insorgenza del quadro psichiatrico. Se tale intervallo di tempo è

**Tabella 4.** - Criteri per l'intossicazione da sostanze secondo il DSM-IV

- 
- A.** Sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di (o alla esposizione a) una sostanza. Nota: differenti sostanze possono produrre sindromi simili o identiche
- B.** Modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologico dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale (p. es. litigiosità, labilità dell'umore, deficit cognitivi, difetto delle capacità critiche, compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) e che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione della sostanza
- C.** I sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale e non possono essere meglio attribuiti ad un altro disturbo mentale
- 

superiore ai 6 mesi, l'uso di sostanze non si considera più in relazione allo sviluppo del quadro psichiatrico, in tal caso si parlerà di disturbo psicotico primario.

I criteri per la diagnosi di abuso di sostanze sono meno specifici rispetto a quelli del DSM-IV, perché richiedono “chiara prova che l'uso della sostanza è stato responsabile di (o ha contribuito in modo consistente a) un danno fisico o psicologico, compresi compromissione della capacità critica o comportamento inadeguato, che possono condurre a disabilità o avere conseguenze avverse nelle relazioni interpersonali”.

L'altra differenza tra DSM-IV e ICD-10 è sulla definizione di astinenza che nel DSM-IV fa riferimento a sintomi che provocano disagio o alterazioni clinicamente significative mentre nell'ICD-10 l'astinenza ha solo segni e sintomi specifici.

Da quanto finora esposto è evidente come l'ICD-10 manchi di considerare i rapporti tra sostanze e condizioni psichiatriche e, d'altra parte, il DSM-IV, pur essendo più esauriente, non considera affatto i rapporti tra personalità di base e assunzione di sostanze, le relazioni tra diverse sostanze e le frequenti condizioni di poliabuso contemporanee o consequenziali [8].

### **Doppia diagnosi o comorbidità?**

Il termine “doppia diagnosi” è stato utilizzato soprattutto da autori anglosassoni e statunitensi per indicare una condizione clinica caratterizzata da abuso di sostanze associato a sintomi psichiatrici. Tale termine, tuttavia, fa riferimento ad un'idea di separazione tra i due fenomeni che caratterizzano il quadro clinico e tende a semplificare il quadro, limitandosi ad una semplice analisi descrittiva del fenomeno.

Tale concezione dicotomica si evidenzia a vari livelli: clinico, socio-culturale, legislativo-istituzionale. Sul piano clinico l'ambiguità è evidente nella conside-

razione che tali soggetti sono una competenza dei soli servizi per le tossicodipendenze; la separazione è ancora più evidente sul piano socio-culturale con, da un lato, il riduttivismo farmacologico e, dall'altro, interventi di ordine educativo-riabilitativo, spesso lontani da ogni presupposto clinico-psicopatologico. La separazione tra i due fenomeni è stata, poi, ratificata in Italia dalla Legge 685/75 che sanciva una distinzione di fatto tra i soggetti tossicodipendenti e quelli con disturbi psichiatrici e, più tardi dalla Legge 162/90, istitutiva dei SERT, che separava chiaramente queste due categorie di pazienti.

L'osservazione clinica del fenomeno ha però dimostrato, nel tempo, l'infondatezza di tale separazione che appare artificiale e generatrice di errori sul piano valutativo e, conseguentemente, sul piano terapeutico. Negli ultimi tempi si parla sempre più spesso, soprattutto nei paesi europei, di una coesistenza di quadri i cui elementi si embricano e si articolano l'un l'altro in quadri clinici che non sono una semplice concatenazione di casualità [9].

Alla luce di tali osservazioni è preferibile l'uso del termine “comorbidità” con cui intendiamo la presenza di più di uno specifico disturbo, evidenziabile in una stessa persona, in un certo intervallo di tempo. C'è da dire, tuttavia, che l'evenienza di una coesistenza di soli due tipi di disturbi è poco frequente, più spesso si evidenziano più disturbi contemporaneamente, soprattutto quando la “comorbidità” è osservata in *lifetime*, piuttosto che in un intervallo di tempo limitato [10, 11].

### **Ipotesi di classificazione**

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 disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza 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 [12]. In questi pazienti il comportamento di assunzione di sostanze sarebbe attuato nel tentativo di lenire disturbi umorali di tipo prevalentemente disforico o depressivo o livelli di ansia troppo

elevati. E' 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 [9, 13]. Da un altro punto di vista, il ricorrere ad 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 temporale (il disturbo psichiatrico è preesistente alla condotta di abuso di sostanze), causale (modalità di utilizzo della sostanza in rapporto alla struttura di personalità ed al temperamento del soggetto), sintomatologico (coerenza tra sostanza assunta, sue caratteristiche farmacologiche e caratteristiche del quadro clinico) ed un 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. E' molto raro, in clinica, imbattersi in quadri di questa natura. Il più delle volte, tale quadro

corrisponderebbe a situazioni non complete sul piano anamnesticò. 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.

### **Aspetti clinici**

Abbiamo già descritto la complessità del fenomeno che stiamo osservando. Nonostante l'attenzione prevalente per la correlazione dell'uso di sostanze con l'area dei disturbi psicotici, è anche possibile una correlazione con altre aree di disturbi psichiatrici.

Per quanto riguarda l'area psicotica è noto che molte sostanze sono capaci di produrre transitori sintomi psicotici in alcuni soggetti intossicati [14] o di incrementare sintomi psicotici preesistenti [15]. In uno studio retrospettivo finalizzato alla conoscenza dei rapporti tra esordio schizofrenico e uso di sostanze si è visto che nel 27% dei casi (il campione studiato era di 232 soggetti) la sostanza precedeva l'insorgenza psicotica, nel 37,9% dei casi la sostanza seguiva l'insorgenza e, nel 35% dei casi, vi era uso di sostanze e *onset* psicotico nello stesso mese [16].

Altri dati di letteratura sono a favore dell'insorgenza di disturbi psicotici in soggetti con disturbo dell'umore dopo assunzione di cannabis [17], così come sostanze stimolanti possono aggravare la sintomatologia schizofrenica [18] o determinare un aumento dei disturbi della condotta con comportamenti aggressivi, di più difficile risoluzione, in soggetti con disturbi psichiatrici [19] che, inoltre, farebbero più frequentemente ricorso ai servizi per le urgenze [20], sarebbero più spesso responsabili di comportamenti violenti [21] e presenterebbero molte più storie di reclusione e di vagabondaggio.

Uno studio eseguito in 11 SERT italiani, nel periodo gennaio-dicembre 1990, su 390 soggetti, ha dimostrato come la diagnosi più frequente in asse I fosse quella di distimia, mentre solo il 3% dei soggetti presentava un disturbo psicotico. Dato interessante è che poco meno della metà del campione aveva una diagnosi di disturbo di personalità del cluster B (antisociale, *borderline*, istrionico, narcisistico) [22]. In un altro studio, condotto su una popolazione afferente a due ospedali psichiatrici, si è misurato un tasso di comorbidità del 50% con un uso più frequente di alcol, seguito da cocaina e poi da cannabis; circa 1/3 dei soggetti presentava un disturbo correlato a sostanze che, nella maggior parte dei casi, era costituito da depressione. La depressione era la diagnosi più frequente anche per quei disturbi psichiatrici che sembravano essere non direttamente correlati a sostanze [23].

### Conclusioni

Alla luce delle considerazioni esposte è evidente come il ricorso all'uso di sostanze possa da una parte essere utilizzato come *self-medication* e, dall'altra, per alcuni soggetti rappresentare un percorso accelerato verso un "break down psicotico". In entrambi i casi si svilupperebbe un rapporto complesso con la/le sostanze, poco gestibile, in cui "la sostanza" rappresenterebbe uno dei punti nodali di una rete di relazioni complessizzate in cui non è tanto il valore additivo di ciascuno degli elementi in gioco a consentirci la comprensione del fenomeno quanto il dinamismo ed il diverso peso di questi che, volta per volta, possono assumere il primato sugli altri.

L'uso di sostanze assumerebbe allora, di volta in volta, in quel soggetto, significati, motivazioni, obiettivi terapeutici differenti. Allora, a dirla con Rigliano, "il nostro compito non è tanto distinguere una patologia dall'altra ma voler comprendere il senso profondo che assumono per la persona che li esprime, cercare di avvicinare il senso dell'uso personale e/o relazionale che c'è dietro. La diagnosi non è più così solo "apparenza" ma, giochi delicati di equilibri, tentativo di comprendere la modalità tutta personale con cui il soggetto attribuisce senso a ciò che vive. Quello che rischiamo di perdere è, per l'appunto, il senso non sintomatologico ma psicopatologico di ciò che osserviamo, nel senso di contestuale e storico e anche di appartenente a colui che lo sperimenta come protagonista" [24].

Possiamo affermare che il concetto di doppia diagnosi sta a quello di comorbidità come, in nosografia psichiatrica, il concetto di diagnosi categoriale sta a quello di diagnosi dimensionale. Se, infatti, nel primo caso l'attenzione è tesa alla individuazione di elementi che nell'insieme costruiscono "categorie" di soggetti che rientrano in criteri diagnostici prestabiliti, nel secondo caso il lavoro diagnostico è teso soprattutto alla individuazione di "dimensioni" psicopatologiche che trascendono dalle categorie diagnostiche per orientarsi, invece, verso la psicopatologia. In questo caso, la lettura del "disturbo-psichiatrico-abuso di sostanze" nasce dalla consapevolezza del trovarsi di fronte ad un fenomeno complesso in cui la sola lettura multidimensionale può consentire un avvicinamento alla comprensione del fenomeno. L'uso della sostanza, allora, diventa il bastone cui appoggiarsi per non cadere nel dolore dell'*insight*, o per dare senso alle esperienze della vita o, ancora, spostamento di sintomi psichici difficilmente esprimibili in altro modo.

Si verrebbe, dunque, a creare un nuovo spazio di diagnosi e di intervento terapeutico in cui le competenze psichiatriche si embricherebbero con quelle tossicologiche e sociali in una lettura complessizzata del fenomeno.

In questo stesso ambito, anche l'intervento terapeutico diverrebbe necessariamente diversificato e specifico per quelle dimensioni che ricoprono un maggiore "peso" nell'esplicarsi del quadro clinico.

Pertanto, da queste brevi osservazioni, emergerebbe una modalità diversa di affrontare il fenomeno abuso di sostanze che si esprimerebbe in una molteplicità di fattori etiologici, fisiopatogenetici e, conseguentemente, terapeutici-riabilitativi.

Lavoro presentato su invito.

Accettato il 16 luglio 2002.

### BIBLIOGRAFIA

1. Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-63.
2. Liraud F. Effect of comorbid substance use on neuropsychological performance in subjects with psychotic or mood disorder. *Encephale* 2002;28:160-8.
3. Aharonovich E, Nguyen HAT, Nunes EV. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacology specificity hypothesis. *Am J Addict* 2001;10:327-34.
4. Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:269-76.
5. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:273-9.
6. World Health Organization. *ICD-10. Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati*. Decima revisione. Geneva: WHO; 1992.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. 1995. (ed. it. Milano: Masson; 1996).
8. Poole R, Brabbins C. Drug induced psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;168:135-8.
9. McKenna C, Ross C. Diagnostic conundrums in substance abusers with psychiatric symptoms: variables suggestive of dual diagnosis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20:397-412.
10. Wittchen HU. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:9-16.
11. Wittchen HU. What is a comorbidity: fact or artefact? *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:7-8.
12. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4:231-44.
13. Teusch R. Substance abuse as a symptom of childhood sexual abuse. *Psychiatr Serv* 2001;52:1530-2.
14. Angrist BM, Gershon S. The phenomenology of experimentally induced amphetamine psychosis: preliminary observations. *Biol Psychiatry* 1970;2:95-107.
15. Negrete JC, Knapp WP, Douglas DE, Smith WB. Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: results of a clinical survey. *Psychol Med* 1986;16:515-20.

16. Hambrecht M, Hafner H. Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust NZJ Psychiatry* 2000;34:468-75.
17. Harding T, Knight F. Marihuana-modified mania. *Arch Gen Psychiatry* 1973;29:635-7.
18. Janowsky DS, Risch C. Amphetamine psychosis and psychotic symptoms. *Psychopharmacology* 1979;65:73-7.
19. Knudsen P, Vilmar T. Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:162-74.
20. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:227-32.
21. Yesavage JA, Zarcone V. History of drug abuse and dangerous behavior in inpatient schizophrenics. *J Clin Psychiatry* 1983;44:259-61.
22. Pozzi G, Bacigalupi M, Serretti A, Tempesta E. Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico. *Boll Farmacodip Alcol* 1993;16:3-4.
23. Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:228-33.
24. Rigliano P, Malagoli P. Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi. *CNCA Informazioni* 2000.