

Università degli studi di Padova
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**DOPPIA DIAGNOSI:
UNA NUOVA SFIDA IN AMBITO INFERMIERISTICO**

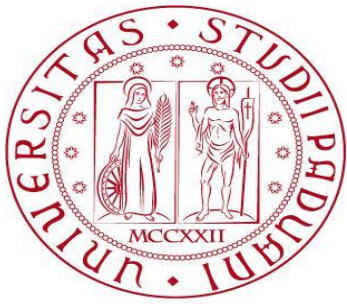
Relatore

Dott. Vito Gallio

Laureando

Dalla Rizza Chiara

Anno Accademico 2014/2015



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di laurea in Infermieristica

Liberatoria consultazione tesi

La sottoscritta Chiara Dalla Rizza matricola 1047979

laureando presso il Corso di Laurea in Infermieristica, nella sessione di Novembre 2015

autorizza non autorizza

la visione del proprio elaborato di tesi presso il Corso di Laurea in Infermieristica della sede di appartenenza.

In fede.

Data _____

Firma _____

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE.....	1
1. DOPPIADIAGNOSI.....	1
1.1 Definizione.....	1
1.2. Epidemiologia.....	1
1.3 Nosografia.....	2
1.4. Eziologia.....	4
2. INTERVENTI COMPORTAMENTALI E FARMACOLOGICI.....	7
2.0 Trattamenti comportamentali.....	8
2.1 Supporto motivazionale.....	8
2.2 Comunità terapeutica.....	9
2.3 Gruppo.....	11
2.4 Trattamento farmacologico.....	12
2.5 Farmaci contro l'abuso di droghe.....	12
2.6 Farmaci contro l'abuso d' alcol.....	13
3. MATERIALI E METODI.....	15
4. RISULTATI.....	17
4.1 Introduzione.....	17
4.2 Problematiche riscontrate.....	18
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	25

RIASSUNTO

La tesi prende in considerazione il problema della doppia diagnosi, cercando di evidenziare le problematiche che incontra l'infermiere riguardo il trattamento, la gestione e lo svolgimento di una appropriata assistenza infermieristica.

Fornisce una panoramica sulla doppia diagnosi toccando aspetti quali la definizione della doppia diagnosi, eziologia, nosografia, il trattamento farmacologico e interventi comportamentali. Il nucleo della trattazione dimostra, attraverso i risultati ottenuti da recenti evidenze scientifiche, le problematiche a cui l'infermiere deve far fronte nel trattamento di pazienti con doppia diagnosi e il ruolo chiave che potrebbe avere l'infermiere stesso nel processo di cura di questo disturbo.

Obiettivo principale: Indagare gli aspetti più importanti della doppia diagnosi, analizzando nello specifico il ruolo e le difficoltà dell'infermiere quando è a contatto con pazienti affetti da questo particolare disturbo.

Obiettivo intermedio: Riconoscere l'importanza di un *training* specifico e mirato per la doppia diagnosi, volto a formare infermieri più competenti e preparati nell'affrontare questa patologia.

Metodo: Revisione critica della letteratura accessibile tramite database informatizzati quali: PubMed, Scopus, Cinahl, Cochrane Library, Google Scholar, IPASVI.

Risultati: 190 articoli trovati, 39 selezionati.

Conclusione: Il lavoro di tesi evidenzia molte delle problematiche che si possono incontrare quando si viene in contattato con un individuo a cui è stata diagnosticata la doppia diagnosi, analizzando le difficoltà che l'infermiere deve affrontare nel trattamento di questo tipo di pazienti. I dati raccolti presentano un'utile fonte di informazioni e di conoscenze in merito al tema trattato, mentre la ricerca svolta permette di mette in luce la sempre più crescente necessità di nuove conoscenze ed abilità per affrontare la doppia diagnosi.

INTRODUZIONE

L'argomento della tesi è la doppia diagnosi. Il mio interesse per questa particolare patologia è nato durante il tirocinio formativo che personalmente ho svolto presso l'ospedale "Santa Maria del Prato" di Feltre nel reparto di Psichiatria. L'esperienza è durata cinque settimane, durante le quali ho avuto la possibilità di incontrare pazienti psicotici con problemi legati a tossicodipendenza o/e alcolodipendenza.

Fin da subito ho trovato interessante il termine doppia diagnosi e la stretta relazione tra malattia mentale e dipendenza. Inoltre parlando con gli infermieri presenti nell'unità operativa è emerso che la difficoltà di gestione di questi pazienti è spesso difficile. Da questo tirocinio quindi è nata l'idea di approfondire le principali caratteristiche di questa patologia, con una particolare attenzione alle problematiche incontrate dagli infermieri nell'assistere questi pazienti.

La tesi è strutturata in cinque capitoli. Il primo introduce la definizione di doppia diagnosi insieme ad epidemiologia, nosografia e conclude con l'eziologia. Nel secondo, attraverso dati supportati dalla letteratura, si descrivono i principali metodi comportamentali e farmacologici utilizzati. I due capitoli successivi sono dedicati rispettivamente ai metodi utilizzati per svolgere la ricerca e l'esposizione degli studi selezionati. Nell'ultima sezione vengono analizzate e discusse le evidenze che mirano a definire le problematiche riscontrate durante l'assistenza infermieristica di pazienti con doppia diagnosi, mettendo in luce la necessità di abilità e conoscenze specifiche per questa patologia.

1. DOPPIA DIAGNOSI

1.1 Definizione

Il termine doppia diagnosi è stato coniato intorno al 1980 da una psichiatria statunitense e viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» ^[1]. L'esperienza clinica dimostra che un'elevata percentuale di pazienti portatori di un disturbo psichiatrico presentino una anamnesi positiva per assunzione di sostanze d'abuso. Tale constatazione fa sorgere sistematicamente il dubbio diagnostico circa quale sia fra i due il disturbo primario: stabilire con relativa certezza la tipologia del disturbo primario è importante per la formulazione di una corretta diagnosi, per il riconoscimento dei meccanismi patofisiologici, ma soprattutto per i risvolti terapeutici e prognostici.

1.2 Epidemiologia

Benché il problema della “doppia diagnosi”, da alcuni anni abbia fatto registrare un sempre maggiore interesse da parte dei servizi psichiatrici italiani, si è costretti a lavorare in una situazione di carenza di stime certe sulla popolazione generale causata dalla mancanza di ricerche specifiche nell'area del DSM e del Sert.

Esistono, fortunatamente, ricerche specifiche sul fenomeno della doppia diagnosi condotte fuori dai confini nazionali, come ad esempio l'analisi svolta da Kessler et al (1996) che negli Stati Uniti hanno rilevato i seguenti dati:

- 43% dei soggetti che usa sostanze ha un disturbo mentale in comorbidità
- 15% delle persone con un disturbo mentale, ha anche un DUS (uso di sostanze)
- 18% dei soggetti con un disturbo dell'umore, ha un DUS in comorbidità
- 25% dei soggetti con un DUS ha un disturbo dell'umore in comorbidità

In Germania è emerso che circa il 45% dei soggetti presenta comorbidità tra DUS e almeno un altro disturbo psichiatrico (Jacobi et al, 2004); mentre in Francia un uomo su quattro e due donne su tre vengono diagnosticati con un disturbo da uso di alcool ed un disturbo mentale in comorbidità (Lépine et al, 2005).

Dai dati appena esposti, emerge come i tassi di comorbidità variano considerevolmente tra *setting* di osservazione e aree geografiche ed esistano minori tassi di incidenza del fenomeno della doppia diagnosi nelle aree rurali rispetto a quelle urbane.

1.3 Nosografia

I due sistemi nosografici di riferimento utilizzati attualmente sono l'ICD-10 e il DSM-IV. Le diagnosi effettuate con l'uno o l'altro dei due sistemi sono reciprocamente convertibili, anche se la presenza contemporanea di uso di sostanze e disturbo psichiatrico viene codificata in modo diverso. L'ICD-10 classifica la doppia diagnosi all'interno del gruppo diagnostico dei "Disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive".^[2] Nell'ICD-10 la comorbidità tra assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici viene inquadrata sulla base di un principio organizzatore di tipo eziopatogenetico dove l'assunzione di sostanze viene considerata primaria e il disturbo psicopatologico secondario. In questo modo l'ICD-10 permette l'inquadramento preciso di ogni caso di comorbidità, ma pone due problemi: 1) viene stabilito a priori un rapporto di causalità tra assunzione di sostanze e quadro psicopatologico; 2) l'abuso/dipendenza da sostanze, indipendentemente dai quadri psicopatologici che ad esso possono accompagnarsi, non è di per sé considerato come un disturbo psichiatrico indipendente.

Il sistema DSM-IV si presta meglio ad un inquadramento diagnostico-nosografico della doppia diagnosi, inserita in questo caso nella categoria generale dei "Disturbi correlati a sostanze". Questa definizione allargata include in pratica ogni sostanza suscettibile di indurre alterazioni cognitive, emozionali e comportamentali (alcol compreso).

Nell'ambito dei disturbi correlati a sostanze, nel DSM-IV vengono distinti tre gruppi:

1. 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 un abuso di sostanze finalizzato a "medicare" i sentimenti di angoscia e di frammentazione psicotica o il senso di vuoto depressivo. In questi pazienti il comportamento di assunzione di sostanze è 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 condotto dalla *School of nursing* di Melbourne nel 2012 ha espresso il proprio favore a questa ipotesi dopo aver riscontrato una più alta frequenza di comportamenti dipendenti in soggetti che hanno vissuto traumi precoci di tipo sessuale (abusi e incesti) e che sono incapaci, vista la gravità dello stress subito, di parlarne e di riferirne i contenuti emozionali correlati.

Da un altro punto di vista, il ricorso all'abuso di sostanze da parte di soggetti con disturbi psichiatrici, potrebbe essere spiegato alla luce dell'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 in cui vivono facendogli provare una sensazione di inadeguatezza che essi non sono in grado di affrontare e dalla quale cercano di sfuggire in modo artificiale riversando le loro ansie e paure nelle illusioni create dall'abuso di alcool, droga o farmaci.

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.

2. Pazienti con disturbo da uso di sostanza primario e disturbo psichiatrico secondario: Si inseriscono in questa categoria episodi acuti riferibili ad intossicazione e astinenza oppure quadri clinici conseguenti ad un uso cronico della sostanza (come demenza alcolica).

3. Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicomania primaria Questa terza categoria, la più rara riscontrabile nei casi pratici, comprende la coesistenza, nello stesso individuo, di quadri di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico completamente indipendenti.

Importante da citare è anche il DSM V uscito di recente (13 Maggio 2013), il quale riporta delle modifiche riguardo la classificazione delle dipendenze.

1.4 Doppia diagnosi: eziologia

Vulnerabilità (*The Super-sensitivity Theory*)

Numerose linee di evidenza sia clinica che sperimentale indicano che esiste una vulnerabilità individuale all'abuso/dipendenza da sostanze condizionata da determinanti biologici cerebrali.^[3] Questa vulnerabilità biologica, analoga a quella riscontrata per altri disturbi psichiatrici, anche se mediata da circuiti e da sistemi recettoriali diversi, si baserebbe su determinanti genetiche che modificherebbero la struttura e la funzionalità di alcuni circuiti neuronali unitamente all'azione di altre determinanti quali stress e fattori socio-ambientali. La vulnerabilità genetica, a probabile trasmissione poligenica, si esprime attraverso la labilità regolatoria dei sistemi sottocorticali di rinforzo mediata dai sistemi della dopamina, degli oppioidi e dei glucocorticoidi. Gli studi familiari, su gemelli e sui figli adottivi, hanno dato una conferma della trasmissione genetica, già dimostrata negli studi animali, della "tendenza all'abuso/dipendenza da sostanze" che si riscontra più frequentemente sui figli di pazienti che hanno già manifestato più marcate inclinazioni all'abuso di sostanze in genere.

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

L'ipotesi interpretativa della doppia diagnosi come conseguenza di un'automedicazione impropria, prevede che un paziente psichiatrico assuma delle sostanze al di fuori di una prescrizione medica per alleviare i sintomi che il suo disturbo comporta.^[4] Questo però porta all'assunzione ripetuta della sostanza fino a creare un disturbo da uso di sostanze (più frequentemente una vera e propria dipendenza) in comorbidità al disturbo psichiatrico di base.

Il modello dell'automedicazione può essere visto su tre livelli:

Primo livello: si basa sulla dicotomia tra stati di inibizione e di iperattivazione del SNC: una depressione dell'attività nervosa potrebbe portare all'assunzione di sostanze stimolanti

(cocaina, anfetamine); un'iperattivazione potrebbe indurre l'assunzione di sostanze ad azione sedativa (eroina, alcool);

Secondo livello: a livello neurobiologico ipotizza che il comportamento di ricerca e di assunzione di una sostanza sia motivato dalla carenza di un analogo endogeno presente fisiologicamente nel SNC: l'assunzione di una sostanza avrebbe così una funzione compensatoria. Gli oppiacei come l'eroina possono rientrare nel modello dell'automedicazione soprattutto nei disturbi dell'umore (sia di tipo depressivo, sia maniacale, sia misto). Il ricorso a psicostimolanti come la cocaina e le amfetamine può trovare spiegazione nell'utilizzo auto-terapeutico durante alcune condizioni depressive dove ci sia un'ipofunzione dei sistemi dopaminergici e noradrenergici (DA e NA). Il modello dell'automedicazione può essere applicato anche alle sostanze ad azione diretta o indiretta sul sistema GABA, che risulta deteriorato nel caso dei disturbi d'ansia; in questo caso le benzodiazepine sono considerate l'intervento auto-terapeutico di elezione ed è frequente anche l'utilizzo di alcool. Le poliassunzioni, in particolar modo quelle che vedono come sostanze maggiormente in gioco, eroina, cocaina, alcool e benzodiazepine, possono essere indotte, secondo questa teoria, dai disturbi di personalità dove la compromissione a livello affettivo è maggiore.

Terzo livello: si basa sull'ipotesi dell'*imprinting* postulando la possibilità che un evento di separazione o perdita, intervenuto in una fase di evoluzione del cervello, abbia modificato il normale sviluppo di alcuni sistemi recettoriali (in particolare quelli degli oppioidi). Questo si tradurrebbe in una difficoltà a realizzare stabili legami di attaccamento e in un rilevante livello di sofferenza soggettiva comune a questa difficoltà. L'assunzione di oppioidi da soli o unitamente ad altre sostanze compenserebbe questo *deficit* funzionale.

Si noti come il modello SMH promuova l'ipotesi che le sostanze d'abuso non siano scelte a caso, bensì ci sia un preciso collegamento tra la sostanza usata e la sintomatologia della malattia psichiatrica. Per esempio molti studi hanno rivelato che droghe e alcol vengono utilizzati per alleviare sintomi extrapiramidali causati dai farmaci neurolettici oppure stati di ansia, irrequietezza, agitazione.^[5]

Tuttavia i dati empirici non suggeriscono una solida relazione tra le sostanze usate e diagnosi specifiche. Alcune revisioni della letteratura riportano che pazienti affetti da schizofrenia preferiscono assumere droghe stimolanti come anfetamine e cocaina, le quali neutralizzano i sintomi negativi - apatia, abulia, appiattimento affettivo- rispetto a quelle che principalmente hanno effetti sedativi (oppiacei e alcol). ^[6]

Le altre principali motivazioni che inducono gli individui con doppia diagnosi all'uso di droghe o alcol sono:

- bisogno di sentirsi in alto, sentirsi bene;
- ragioni sociali (essere accettati e appartenenti al gruppo, facilitare l'interazione);
- incrementare il piacere, le emozioni e l'energia;
- parlare molto per potersi relazionare con gli altri;
- aumentare la concentrazione.

Gli effetti ottenuti dall'assunzione di droghe o alcool e che si sono dimostrati spesso opposti alle grandi aspettative che i pazienti si erano immaginati e che speravano di ottenere. Per esempio il bisogno di ridurre i sintomi positivi (allucinazioni, deliri) e di sentirsi bene hanno indotto molti all'uso di sostanze, le quali hanno però portato ad un peggioramento della sintomatologia e ad un senso di malessere generale, spingendo il paziente a cercare una via di fuga dalla nuova situazione portandolo in una spirale infinita dalla quale difficilmente si riesce ad uscire.

2. INTERVENTI COMPORTAMENTALI E FARMACOLOGICI

La gestione di pazienti con doppia diagnosi è molto complessa. Queste persone non presentano solo problemi psichiatrici, ma anche dipendenza da sostanze o da alcol che rende più difficile il loro trattamento. Questi pazienti hanno situazioni affettive, familiari, scolastiche, lavorative ed abitative instabili, comportamenti violenti, commettono reati, presentano scarsa compliance ai trattamenti, tassi di ospedalizzazione maggiori e tendenza a comportamenti suicidari. Hanno pertanto più problemi in tutti i settori della loro vita, con costi psicologici e sociali maggiori per se stessi, per le loro famiglie e la collettività.

Oggi la terapia in caso di doppia diagnosi è ancora ad un livello relativamente primitivo, in quanto gli interventi si limitano spesso in modo specifico ad una delle due diagnosi, in modo più o meno variamente integrato.

Pur esistendo molteplici proposte terapeutiche, emanazione di varie teorie e scuole di pensiero, va detto che non esiste un modello che si sia rivelato valido ed efficace per tutti i soggetti interessati da questo genere di disturbi. La netta separazione dei luoghi di cura, ovvero servizio psichiatrico e servizio per le tossicodipendenze ha rallentato un approccio trattamentale integrato adeguato a questo tipo di pazienti che presentano forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e forme di dipendenza da sostanze. Il rimando tra i servizi rappresenta già in partenza una premessa al fallimento.

L'atteggiamento nei confronti del trattamento della doppia diagnosi sta però cambiando, specialmente negli ultimi anni, sia per una maggiore consapevolezza del problema, sia per il maggior numero di ricerche condotte, con l'avviamento di nuove metodologie di trattamento integrato che comprendano sia la tossicodipendenza, sia la malattia psichiatrica propriamente detta.

In seguito di questo capitolo verranno elencati e spiegati i vari trattamenti terapeutici a cui vengono sottoposti i pazienti con doppia diagnosi, distinti in interventi comportamentali e farmacologici.

2.0 TRATTAMENTI COMPORTAMENTALI

2.1 Supporto motivazionale

Il supporto motivazionale è riconosciuto come trattamento essenziale della dipendenza, la cui efficacia è stata dimostrata sia nei casi di abuso d'alcol che di stupefacenti.

Queste tecniche di supporto motivazionale devono essere adattate alla fase raggiunta dal paziente nel suo percorso terapeutico. Per permettere questa personalizzazione degli interventi si devono tenere in considerazione le fasi proposte nel modello "Transteorico del Cambiamento."^[7]

Il "Modello Transteorico del Cambiamento" elaborato da Prochaska J.O. e DiClemente descrive come le persone modificano un problema oppure acquisiscono un comportamento positivo. Il modello è stato applicato in vari ambiti in cui si è resa necessaria una modifica a livello di comportamento (es. controllo del peso corporeo, gestione dello stress,)

Questo modello si basa sul cambiamento intenzionale che si focalizza sul processo decisionale dell'individuo. Il Modello prende in esame emozioni, cognizioni e comportamenti. Questo Modello si basa sul concetto di stadio, in quanto il cambiamento è un processo che si compie nel tempo.

Questa strategia permette ai *caregivers* di rimanere più legati al paziente e di sviluppare una maggiore empatia rispetto ai soliti approcci utilizzati comunemente per la gestione della dipendenza da sostanze. Il Modello non fa assunzioni su quanto le persone siano pronte al cambiamento: esso riconosce che individui differenti si trovano in diversi stadi e che devono essere progettati interventi appropriati per ognuno.

Come risultato si riscontra un'alta partecipazione alle iniziative che si avvalgono del Modello. Infatti esso è stato sviluppato per creare degli interventi che vanno incontro ai bisogni specifici dei soggetti coinvolti, alla partecipazione attiva del paziente e l'assunzione di responsabilità da parte di quest'ultimo per imparare le tecniche di autocontrollo per evitare futuri abusi. Per questo il tasso di abbandono durante il processo di cambiamento è molto basso.

Il supporto motivazionale si rifà sì al Modello Transtoretico citato, ma solo in senso orientativo, in quanto tutta la metodologia si basa su modelli .

In letteratura si trovano molti modelli della comunicazione che ne esaltano diverse qualità e ne delineano le dinamiche. L'informazione è un insieme di dati che vengono 'passati' da

un individuo (singolo o collettivo) a un altro. Si parla di comunicazione quando questo passaggio è corredato da un'intenzione, cioè quando il mittente desidera che il suo messaggio abbia un effetto specifico in chi lo riceve.

I modelli di comunicazione elaborati nel corso del tempo sono molteplici ma i più usati nel supporto motivazionale sono:

I modelli psicosociologici: nei modelli psicosociologici aggiungono ogni scambio comunicativo è un incontro tra due o più persone ognuna dotata di un'identità psicosociale che si afferma in quella comunicazione. Per comprendere lo scambio occorre quindi considerare le personalità dei partecipanti

I modelli interlocutori: nei modelli interlocutori la comunicazione è il risultato di un'azione congiunta e condivisa (Interazione) che non è la semplice somma dei contributi dei partecipanti. Comunicare, quindi, vuol dire avvicinarsi progressivamente all'interlocutore nonostante le mille insidie dei fraintendimenti.

2.2 Comunità terapeutica

La comunità terapeutica nasce, sin dalle origini, come aperta critica all'istituzione totale ed è configurabile come un'organizzazione la cui principale finalità è la modificazione del comportamento e il recupero di persone deviate dalla norma sociale. L'espressione comunità terapeutica viene riferita a Thomas Main che, nel 1946, descrivendo il lavoro degli psichiatri britannici di Northfield (Scozia), si riferì all'ospedale in cui operavano, con il termine "comunità terapeutica". Tale vocabolo fu ufficializzato nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Un elemento essenziale del metodo di cura è lo stretto rapporto che si stabilisce fra il personale e gli utenti che partecipano al lavoro e alle attività della comunità, contribuendo inoltre alle decisioni che li riguardano. La comunità induce nella persona un modo di "agire" diverso, ciò al fine di far accettare, in seguito, il sistema di convinzioni e di valori entro cui le sue azioni si esplicano e si riflettono.

Il cambiamento di atteggiamento, da solo, non è un indice di trasformazione della persona ma conduce il soggetto nella giusta direzione di un processo sociale e di una cultura della comunità.

Di fronte al comportamento problematico della persona che lo sta esprimendo, la cultura della comunità motiva, guida e richiede agli utenti e agli operatori, di esporsi e di assumere di fronte ad esso un atteggiamento finalizzato a produrre un cambiamento.

Dagli studi dell'antropologo e sociologo R.N. Rapaport del 1960, ^[8] condotti nella comunità terapeutica Henderson in Inghilterra, emersero dei criteri che tutt'oggi rappresentano gli elementi discriminanti per definire un reparto o una struttura, Comunità Terapeutica propriamente detta si rifanno proprio a tali principi. Essi sono:

Democratizzazione: responsabilizzazione di ognuno attraverso decisioni assembleari e multidisciplinari. Ovvero scambio di potere e responsabilità nel prendere decisioni, all'insegna di una comunicazione aperta: "I pazienti dovrebbero aiutare a decidere il trattamento degli altri pazienti, assumendosene anche delle responsabilità in tal senso".

Tolleranza (permissivism): flessibilità ed accettazione dei comportamenti devianti da parte di tutti. La struttura comunitaria cioè, è vista come terreno per rivivere sentimenti e comportamenti appresi nel passato in contesti poco favorevoli allo sviluppo psicologico e maturativo del soggetto. Deve cioè essere reso possibile al residente far rivivere, sul teatro della comunità, i personaggi del mondo dei suoi oggetti interni con i quali le cose andarono male. L'Unità pertanto deve essere organizzata in modo che tutti i suoi componenti tollerino un'ampia gamma di comportamenti ansiogeni, che sembrano devianti secondo le norme 'comuni'. Nelle risposte da parte degli altri a tali comportamenti emergono i problemi di tutti.

Comunalismo : si riferisce sia alla condivisione di tutti i luoghi e occupazioni collettive da parte di staff e residenti, sia ai programmi riabilitativi di ogni paziente, decisamente orientati verso relazioni gruppali ed intergruppali. L'individuo viene valutato quindi dal punto di vista gruppal e l'enfasi terapeutica è posta sul 'fare con' il paziente piuttosto che sul 'fare al', come in ospedale; gli operatori pertanto fanno le cose con il residente: insieme a lui/lei cucinano, pranzano, puliscono, fanno la spesa, ecc..

Confronto con la realtà : parlare sempre in maniera diretta e "col cuore in mano" al fine di fornire un continuo feedback del comportamento dei singoli individui così come sono visti dagli altri; misura atta questa a contrastare la tendenza a distorcere la percezione della realtà, a negarla o a ritirarsi dalle proprie difficoltà a relazionarsi con gli altri. Il tutto nell'ambito di un orientamento positivo verso il futuro, nonostante la tendenza costante alla demoralizzazione che accompagna l'esperienza della malattia.

2.3 Gruppo

Le norme di gruppo sono parte integrante del dispositivo gruppale e sono necessarie per una partecipazione positiva alla terapia di gruppo. Le norme riflettono non solo le regole di comportamento da adottare durante gli incontri di gruppo, bensì le aspettative implicite ed esplicite dei membri su come dovrebbero funzionare gli incontri stessi.^[9] Enunciando in modo chiaro le norme del gruppo, è possibile creare un ponte tra le fantasie del paziente e la realtà, diminuendo l'ansia iniziale e il timore dell'ignoto.^[10] L'enunciazione delle regole avviene, di norma, all'interno dei colloqui preparatori all'ingresso e/o alla formazione del gruppo.

Ovviamente, proprio perché le regole sono funzionali al buon andamento terapeutico, possono variare leggermente a seconda della cornice istituzionale e delle condizioni effettive di lavoro, ma generalmente seguono sempre le stesse linee principali:

Tempo. il conduttore deve specificare ogni quanto tempo (solitamente una o due volte alla settimana) il gruppo si riunirà nel luogo prestabilito e quanto durerà ogni incontro (solitamente un'ora o un'ora e mezza);

Periodi di sospensione: è necessario avvertire tutti i partecipanti di eventuali momenti di sospensione degli incontri, in modo che gli stessi possano organizzare il proprio tempo tenendo conto di questa componente.

Puntualità: ogni membro è invitato a presentarsi agli incontri puntualmente sia a vantaggio di una partecipazione seria e costruttiva alla terapia sia nel rispetto altrui. Questa regola sottolinea l'interdipendenza dei membri gli uni dagli altri, per cui il buon andamento gruppale dipende da ogni partecipante alle sedute.

Espressione libera: l'invito è sempre quello di esprimersi liberamente da ogni vincolo logico affermando in modo esplicito il proprio pensiero

Riservatezza: è una regola spesso implicita e richiesta naturalmente dal paziente. La stessa risulta fondamentale per l'autenticità della partecipazione.

Regola dell'astinenza: questa norma è stata introdotta al fine di limitare le interazioni/relazioni dei membri del gruppo al tempo degli incontri.

Evidenze empiriche hanno dimostrato l'alto valore del gruppo per il trattamento di pazienti con doppia diagnosi tramite la condivisione, i partecipanti si accorgono ben presto che anche altri hanno avuto esperienze simili alle loro.^[11] La sensazione di avere qualcosa in comune con gli altri è un rinforzo potente per l'appartenenza al gruppo e la diminuzione della percezione dell'isolamento.

Molto importante è il senso di accettazione che il gruppo crea nell'individuo ed l'essere accettati dagli altri membri diviene una forte spinta all'autostima che a sua volta alimenta la speranza di un cambiamento e di un miglioramento personale.

2.4 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il trattamento della dipendenza da droghe ed alcol si basa principalmente sull'approccio psicologico, individuale e di gruppo. Nell'ultimo ventennio tuttavia, sono stati scoperti alcuni farmaci specifici ad azione anticraving (inibizione del desiderio) che, associati alla terapia di supporto psicologico e sociale, hanno permesso di incrementare la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento e mantenimento dell'astensione da bevande alcoliche, sostanze e nella prevenzione della ricaduta.

Di seguito vengono riportati i principali farmaci ad azione anticraving attualmente utilizzati nella terapia contro la dipendenza di 'alcol e di sostanze.

2.5 Farmaci contro l'abuso di droghe

Trattamenti con agonisti: Questo gruppo di interventi riguarda in parte obiettivi di pura e semplice riduzione del rischio (metadone a bassa soglia), in parte trattamenti impegnativi e con finalità di recupero e riabilitazione (metadone a mantenimento), in parte finalità di disintossicazione (metadone a scalare).

Lo scopo del metadone a bassa soglia è quello di trattare il paziente che non intende smettere di usare eroina con una dose standard di metadone (intorno ai 50mg/die) tale da inibire una eventuale crisi di astinenza, e da sottrarre il tossicodipendente alla necessità fisica di far uso di eroina.

Il trattamento con metadone a mantenimento ha invece lo scopo di ottenere l'abbandono della droga di strada e dello stile di vita correlato. Questo è possibile per le caratteristiche

farmacologiche del metadone che, pur sostanzialmente simile all'eroina, ha effetti diversi. L'efficacia del trattamento si valutano osservando la cessazione del consumo di eroina e di altre droghe, la modificazione dello stile di vita e la riduzione dell'attività criminale. I dosaggi medi sono intorno a 60-100 mg/die. ^[12]

Il trattamento antiastinenziale con metadone si effettua a dosi scalari, a partire da un dosaggio idoneo a sopprimere l'astinenza, generalmente 40-50 mg/die, riducendo la dose del farmaco progressivamente.

Trattamento con antagonisti: il trattamento con Naltrexone è indicato in soggetti che siano già disintossicati e che vogliano evitare le ricadute in droghe oppiacee. Lo scopo è quello di proteggere il tossicodipendente dall'assunzione compulsiva (cioè non programmata) di oppiacei attraverso un farmaco che li antagonizza a livello dei recettori annullandone l'effetto euforizzante e quello di dipendenza. Il naltrexone è infatti un antagonista puro degli oppiacei, dotato di un lungo tempo di occupazione del recettore (72-108 ore), di elevata potenza e attivo per os. Per tutto il tempo che il paziente assume effettivamente il Naltrexone egli non può tornare a far uso sistematico di droghe oppiacee, ed è quindi messo in condizione di usufruire di periodi *drug-free* altrimenti assai difficili da conseguire. Questo farmaco viene utilizzato anche per la dipendenza da alcol.

2.6 Farmaci contro l'abuso d'alcol

Trattamento con Disulfiram: È un farmaco avversante che blocca le reazioni metaboliche del catabolismo dell'alcol impedendo la trasformazione dell'acetaldeide, metabolita intermedio tossico, i cui livelli ematici di conseguenza aumentano; ^[13] tale aumento comporta, in condizioni di assunzione alcolica, alterazioni vasomotorie (sensazioni di calore intenso al viso, al collo, al tronco con conseguente rush cutaneo di colore violaceo), cardiovascolari (tachicardia, ipotensione), digestive (nausea, vomito e diarrea) oltre a cefalea, difficoltà respiratorie, senso di malessere generale. Tali manifestazioni compaiono da 5 a 15 minuti dopo l'assunzione di alcol e possono durare da 30 minuti ad alcune ore.

Sale sodico dell'acido-4-idrossibutirrico (GHB): Il meccanismo d'azione del GHB è ancora poco conosciuto. Tale sostanza agirebbe sui recettori GABA (in particolare GABAB) e su recettori specifici per il GHB, inducendo un incremento della concentrazione cerebrale di dopamina e di serotonina, ma sarebbero coinvolti anche altri neurotrasmettitori. Il GHB determina una riduzione del *craving* da alcol, in quanto ne riproduce gli effetti “gratificanti” diminuendo così anche la frequenza degli episodi di ricaduta. ^[14]

Acamprosato: L'Acamprosato è un derivato sintetico di un aminoacido strutturalmente simile al GABA, il cui effetto anti-craving sembrerebbe mediato dalla modulazione della trasmissione GABAergica e glutamatergica. ^[15] In particolare il meccanismo d'azione sembra essere legato alla riduzione dell'eccitabilità neuronale secondaria all'azione della sostanza sui canali del calcio. I risultati degli studi condotti hanno dimostrato che il trattamento con Acamprosato induce un minor numero di ricadute ed un maggior numero di giorni di sobrietà.

Il Nalmefene: Deriva dal Naltrexone, ed esso si lega ad alcuni recettori per gli oppiacei presenti a livello cerebrale, modificandone l'attività e riducendo il desiderio di consumare alcol nei soggetti abituati a un consumo importante. Il Nalmefene può essere utilizzato “*on demand*” cioè al bisogno, quando il paziente avverte il rischio di ricaduta.

Importante da citare è la ‘*Soft Therapy*’ di recente introduzione. Si basa su tre pilastri: la terapia farmacologica a base di Nalmefene, la terapia riabilitativa di gruppo e i colloqui individuali con il medico orientati alla riduzione del consumo. ^[16] L'opportunità offerta da Nalmefene è quella di passare da un approccio basato sull'astensione totale ad un nuovo approccio basato invece sulla riduzione del consumo, che può rappresentare una tappa intermedia verso la completa astensione.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo principale

Indagare gli aspetti più importanti della doppia diagnosi e le conseguenze che sta comportando la sua graduale diffusione, analizzando nello specifico il ruolo e le difficoltà dell'infermiere quando è a contatto con pazienti con doppia diagnosi quali:

1. Definizione e significato doppia diagnosi;
2. Lavorare con persone con questa patologia;
3. Mancanza di cambiamenti;
4. Difficoltà nell'accertamento;
5. Atteggiamenti del personale;
6. Difficoltà nel coordinare le cure;
7. Approccio alla famiglia;
8. Richiesta di nuove abilità e conoscenze del tema.

3.2 Obiettivo intermedio

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

3.3 Metodo

Revisione critica della letteratura accessibile tramite database informatizzati quali: PubMed,, Scopus, Cinahl, Cochrane library,Google Scholar, IPASVI.

3.4 Parole chiave e stringa di ricerca

<u>PUBMED</u> Strategia di ricerca	("Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] OR "dual diagnosis"[All Fields]) AND ("Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND nurs*
<u>PUBMED</u> Strategia di ricerca 2	("Mental Disorders"[Mesh] AND "Comorbidity"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND nurs*

<u>SCOPUS</u>	((KEY((dual diagnosis* OR drug users)) AND TITTLE (dual diagnosis* OR drug users*)) AND ((nursing OR nurse's role))
<u>COCHRANE LIBRARY</u>	(dual diagnosis OR drugs users OR patient suffering from dual diagnosis OR psychosis) AND (NURSING* OR Nurses)
<u>CINAHL</u>	(MH" Dual Diagnosis") AND (MH " nurse's intervention")

3.5 Criteri di selezione

- Articoli di pertinenza con l'argomento;
- Articoli in lingua italiana o inglese;
- Articoli con *abstract*;
- Articoli riferiti ad una popolazione affetta da doppia diagnosi;
- Articoli disponibili in *full text*.

3.6 Risultati

190 articoli trovati, 39 selezionati. A partire dall'anno 2006 in lingua inglese.

3.7 Limiti della ricerca

LA selezione degli articoli ha compreso solamente i testi che è stato possibile visionare per intero (in *full text*), scartando quindi tutti gli articoli di cui si poteva consultare solo gli *abstract*. Nella ricerca sono stati inseriti studi pubblicati dall'anno 2006 fino ad oggi.

4.RISULTATI

4.1. Introduzione

Le principali problematiche della salute mentale sono collegate alla necessità di trattamento e presa in carico di persone con malattie mentali, le quali richiedono un'assistenza caratterizzata da un'elevata complessità. All'infermiere, che oggi lavora in ambito psichiatrico, viene chiesto di ridefinire la propria professionalità superando la semplice padronanza della tecnica infermieristica generale, mettendo al centro del suo lavoro la persona, sia accompagnandola nel programma di cure, che salvaguardandone le relazioni familiari. ^[17] Questo processo richiede abilità nell'osservazione, capacità di decodifica e di analisi, competenza progettuale e di scelta delle misure più opportune per dare risposte soddisfacenti ai problemi che l'utente pone.

Ma da un punto di vista infermieristico cosa rappresenta la doppia diagnosi?

Le problematiche relative al trattamento degli utenti con doppia diagnosi sono oggi al centro di un ampio dibattito che coinvolge la comunità scientifica nazionale e internazionale. Numerose ricerche e la letteratura sul tema dimostrano, ormai ampiamente, l'altissima percentuale di disturbi di personalità in concomitanza a tossicomania e alcolismo. Ciò determina un peggioramento di tutti gli indici clinici e prognostici – la *compliance* e l'esito del trattamento – producendo maggiori tassi di ospedalizzazione, riacutizzazione della sintomatologia, *drop-out*, atti antisociali e drammatico abbassamento della qualità della vita. Inoltre uno dei problemi che emergono nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi è rappresentato dalla difficile collaborazione tra Servizi di Psichiatria e Servizi per le tossicodipendenze, la cui poca collaborazione impedisce un trattamento efficace e integrato, anche all'interno di un team multiprofessionale.

In questo capitolo verranno evidenziati difficoltà e bisogni degli infermieri emersi durante l'assistenza a questa particolare categoria di pazienti, mettendo in evidenza una sempre maggiore necessità di conoscenze e abilità specifiche e mirate.

4.2 Problematiche riscontrate

Numerosi sono gli studi volti ad indagare quali sono le difficoltà, le frustrazioni e le barriere che gli infermieri incontrano nel fornire un'assistenza specifica e personalizzata a pazienti con doppia diagnosi. L. Coombers e & A. Wratten hanno condotto nel 2007 ^[18] un'indagine che analizzava le esperienze lavorative degli infermieri psichiatrici che lavorano in diverse comunità terapeutiche. Dallo studio sono emerse otto problematiche principali espresse anche dagli stessi professionisti che hanno dovuto affrontarle durante la loro carriera.^[19]

1. Problema nel definire e capire la diagnosi :

Molti infermieri si sono posti degli interrogativi riguardo l'utilità di usare il termine doppia diagnosi nella pratica clinica, poiché è un termine che assume significati diversi che variano da un professionista all'altro, rendendo difficile la collaborazione e la comprensione fra i membri dell'equipe. ^[20] Inoltre, non essendo ancora chiara quale sia la relazione tra i problemi di salute mentale e l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcol, gli infermieri faticano a capire e gestire le priorità del caso, oltre a stabilire un corretto approccio con il paziente.

2. Lavorare con persone affette da doppia diagnosi:

Lavorare con pazienti affetti da patologie mentali e abuso di sostanze è stato definito dagli infermieri come molto duro e frustrante.^[21] Questi pazienti presentano situazioni affettive, familiari, scolastiche, lavorative ed abitative instabili, il cui effetto sfocia in pesanti conseguenze in tutti gli aspetti della loro vita, con costi psicologici e sociali maggiori per sé stessi, per le loro famiglie e la collettività. Molti individui affetti doppia diagnosi sono più soggetti ai problemi economici, ai comportamenti rischiosi per la salute – come il sesso non protetto e la contrazione di malattie sessualmente trasmissibili – scatti di rabbia, aggressività verso il prossimo, conflitti interpersonali con i familiari o il partner, stress, esclusione sociale, povertà. ^[22] Dal lato clinico questi pazienti sono ad alto rischio di riospedalizzazione, ricaduta, scarse risposte positive ai trattamenti, non aderenza alla terapia, aumento dell'intensità di sintomi extrapiramidali e della discinesia e tendenza a mettere in atto comportamenti suicidari.

I pazienti sono molto difficili da coinvolgere in qualsiasi iniziativa e molto spesso sono lamentosi, senza speranza e senza motivazione. ^[23] Molti di loro sono riluttanti all'idea di essere aiutati e non accettano di collaborare con gli infermieri per migliorare la loro situazione, creando situazioni di tensione o scoppi di rabbia ed aggressività. Un altro problema che gli infermieri hanno messo in evidenza è la grande necessità di tempo che richiede la costruzione di una relazione terapeutica basata sulla fiducia che sia duratura nel tempo. Infatti per raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati ci vuole molto tempo poiché i pazienti con doppia diagnosi hanno bisogni complessi e il pericolo di ricaduta è molto alto. ^[24]

3. Scarsa compliance:

Molti infermieri sono convinti di essere coloro che hanno maggiormente a cuore la salute dei loro pazienti, rispetto agli stessi pazienti che spesso perdono le speranze o non hanno la forza di reagire alle difficoltà. ^[25] Questi professionisti sono sconcertati dal profondo comportamento distruttivo che i pazienti dimostrano nei loro stessi confronti, dalla mancanza di motivazione al cambiamento, poiché essi non vedono i benefici che ne derivano o perché il tempo necessario è troppo lungo e faticoso. Questi sono due degli aspetti più difficili dell'assistenza.

4. Difficoltà nell'accertamento:

L'accertamento dovrebbe indagare aspetti che portano ad acquisire informazioni riguardo le seguenti aree:

- **Droga:** tipo, dose (compreso il costo), frequenza, durata dell'assunzione e modo d'uso, effetti, complicanze (fisiche, sociali e psicologiche), presenza di qualche sintomo.
- **Alcol:** numero di bicchieri al giorno, frequenza e durata di assunzione, presenza di sintomi e complicanze.
- **Storia psichiatrica:** natura della malattia e dettagli di precedenti trattamenti.
- **Stato mentale:** comportamento, linguaggio (lento, rapido), umore e disordine mentale, idee/intenti di suicidio, ritmo sonno-veglia, appetito, disturbi percettivi.

Svolgere un accertamento mirato e completo con pazienti con doppia diagnosi è una componente essenziale per la cura. Tuttavia ci sono una serie di barriere che ne impediscono lo svolgimento ottimale. Prima di tutto, lo stato mentale e l'intossicazione del paziente rendono difficile l'acquisizione di informazione accurate. ^[26] In secondo luogo, gli infermieri sentono di non avere le conoscenze e le abilità per far sì che l'accertamento sia facilitato. Infine molte delle informazioni acquisite sono raccolte con modalità specifiche per ciascuna delle molteplici istituzioni coinvolte nella cura a causa della mancanza di comunicazione fra le stesse. Ciò facilita la perdita di segni e sintomi e di altre informazioni, portando alla diagnosi sbagliata.

Dopo l'accertamento, l'infermiere dovrebbe rivedere con il paziente le circostanze che determinano l'abuso di droga o alcol ed educare il paziente riguardo le conseguenze sociali, fisiche e psicologiche che possono manifestarsi. ^[27] Da tenere in considerazione che molti pazienti sono spesso così disabilitati da rendere impossibile l'accertamento e l'educazione, se non dopo lunghi periodi di stabilizzazione.

5. Atteggiamenti del personale

La difficile collaborazione con colleghi che assumono un atteggiamento distaccato e carico di pregiudizi verso lo stile di vita che questi pazienti con doppia diagnosi conducono, è stato identificato come un problema che incide fortemente sul lavoro assistenziale e sulla relazione terapeutica instaurata dagli infermieri stessi. ^[28] Molti professionisti affermano infatti che il trattamento della doppia diagnosi sia una perdita di tempo e una priorità di scarsa rilevanza, senza tenere conto che queste persone accedono ai servizi sanitari per essere curati e non invece giudicati.

6. Difficoltà nel coordinare le cure:

Coordinare le cure e i trattamenti spesso è frustrante per gli infermieri. A livello di organizzazione i servizi del Sistema Sanitario nazionale e internazionale presentano piani statali e regionali, protocolli e linee guida carenti e frammentati e dunque non idonei ad un corretto approccio terapeutico e riabilitativo per questa classe di pazienti. ^[29] Oggi lo sviluppo di una terapia volta a trattare i casi di doppia diagnosi è fermo ad un livello che si potrebbe definire "primitivo", infatti attualmente gli interventi messi in atto si focalizzano

su una delle due patologie presenti nel paziente, coinvolgendo la seconda diagnosi in modo più o meno integrato, e non trattando i due disturbi contemporaneamente.

Ciò è stato particolarmente aggravato dalla netta separazione dei luoghi di cura – servizio psichiatrico e servizio per le tossicodipendenze – fra i quali l'incomunicabilità ed il mancato coordinamento ha rallentato, se non addirittura impedito, la determinazione di approccio terapeutico integrato che potesse meglio adattarsi alle necessità di questo tipo di pazienti.^[30]

Pur esistendo molteplici proposte terapeutiche, ed essendo occorse svariate emanazioni di teorie da parte di diverse scuole di pensiero, non esiste ad oggi un modello terapeutico che si sia rivelato valido ed efficace per tutti i soggetti interessati da questo genere di disturbo. Tutto ciò contribuisce a creare l'assenza di decisioni condivise tra vari professionisti sanitari che collaborano tra di loro nel trattamento di questi pazienti, portando anche gli infermieri a non riuscire a rispondere in modo efficace e mirato alle esigenze assistenziali.^[31]

7. L'approccio alla famiglia:

La famiglia ha un ruolo importante nella vita di tutte le persone che hanno una grave malattia mentale e, in particolare, di quelle con doppia diagnosi. Infatti gli interventi familiari rappresentano una delle tre principali strategie psicoterapeutiche per la doppia diagnosi, assieme agli interventi individuali ed agli interventi di gruppo.

La famiglia del paziente con doppia diagnosi sente il bisogno di approfondire la malattia mentale, relativamente ai fattori che la influenzano e sui principi della sua gestione è molto importante.^[32] Una migliore conoscenza dei sintomi della malattia mentale e dell'abuso di sostanze può aiutare la famiglia a capire l'impatto dell'abuso di sostanze sulla malattia mentale e viceversa, a migliorare la capacità di monitorare il decorso della doppia diagnosi, ad adottare tempestivamente azioni correttive quando se ne ravvisa la necessità.^[33] Effetti comuni dell'abuso di sostanze sulla famiglia sono lo stress conseguente alle situazioni di crisi legate alle ricadute, la violenza fisica minacciata o messa in atto, la minor disponibilità economica, alti livelli di conflitti interpersonali, ed interazioni negative con le forze dell'ordine e il sistema giudiziario a causa delle conseguenze dell'uso di sostanze da parte del paziente.

I principi della collaborazione con la famiglia che l'infermiere deve seguire sono: ^[34].

- Sostenere i membri della famiglia mettendosi nei loro panni: i membri della famiglia si preoccupano di favorire la riduzione delle ricadute e dei ricoveri, del carico assistenziale e dello stress, per questo motivo, la dimostrazione da parte dell'équipe curante di condividere queste preoccupazioni può favorire la collaborazione della famiglia nell'attuazione del programma terapeutico;
- Fornire una psico-educazione progressiva e interattiva: un importante fattore del trattamento familiare consiste nell'istruire sia il paziente che la sua famiglia sulla natura della malattia mentale, sugli effetti delle droghe e dell'alcol e sulle strategie per ridurre l'uso di sostanze nelle persone con un grave disturbo mentale;
- Minimizzare le tensioni e i conflitti negli incontri con la famiglia;
- Far sì che il lavoro con la famiglia sia collaborativo: naturalmente, al fine di mantenere un valido clima di sostegno il personale sanitario deve evitare di assumere atteggiamenti di critica e di rimprovero verso i familiari;
- Far sì che il lavoro con la famiglia sia orientato verso il futuro: il personale deve adoperarsi per sviluppare una relazione con la famiglia che sia basata sullo scambio reciproco di informazioni e valorizzarne il contributo e le esperienze dei suoi membri. Più i membri della famiglia sentono di essere importanti all'interno del gruppo dei curanti più è probabile che siano di supporto agli obiettivi dell'intervento terapeutico;
- Prendere in considerazione non solo i bisogni del paziente, ma anche quelli dell'intera famiglia;
- Evitare le accuse nei confronti della famiglia.

L'infermiere tuttavia, tenendo conto dei principi sopra elencati, è in grado di creare una stretta collaborazione tra la famiglia e professionisti sanitari, mirando al miglioramento delle condizioni del paziente. La collaborazione con la famiglia ha lo scopo di sviluppare una forte relazione di lavoro tra la famiglia del paziente e l'équipe curante. La collaborazione si raggiunge mettendosi in contatto con la famiglia, stabilendo poi una relazione di fiducia reciproca, infine fornendo le informazioni necessarie sulla doppia diagnosi e coinvolgendo la famiglia nel programma terapeutico.

Riassumendo, per garantire una corretta relazione con i familiari dei pazienti in cura, l'infermiere deve affrontare non poche difficoltà – le principali sono state brevemente descritte nelle pagine precedenti – anche se la principale problematica può essere sicuramente individuata nella mancanza di coordinazione tra i servizi.

8. Bisogno di conoscenze ed abilità nuove:

Lavorare con pazienti con doppia diagnosi ha portato gli infermieri a pensare che l'assistenza infermieristica, per essere ben strutturata, richieda uno sviluppo di conoscenze ed abilità pratiche specifiche per questi casi. Molto spesso gli infermieri, non avendo avuto una formazione mirata, si ritrovano in situazioni difficili e pericolose da gestire, sentendosi vulnerabili e impotenti.^[35] Per questo molti professionisti sono arrivati ad affermare che si dovrebbe introdurre una sorta di specializzazione per questo fenomeno, includendolo fra i *curricula* accademici di un infermiere.

Gli infermieri psichiatrici, a causa della loro vicinanza ai pazienti, hanno una posizione che permette loro di sviluppare interventi e strategie efficaci nella gestione di individui con doppia diagnosi. L'importanza della crescita del fenomeno di disturbi mentali e uso di sostanze, presente nelle comunità terapeutiche e negli accessi all'ospedale, ha evidenziato l'esigenza, in capo agli infermieri, di intervenire efficacemente.^[36]

Dalle numerose ricerche svolte, è emerso che molti professionisti sentono il bisogno di essere addestrati in varie aree come il trattamento degli effetti delle droghe e dell'alcol; le conseguenze fisiche, sociali e psicologiche dell'abuso di sostanze; le implicazioni legali; le barriere attitudinali e tecniche terapeutiche; nonché il supporto dei pazienti con questo tipo di problema, ma soprattutto la connessione tra malattia mentale e consumo di alcol e/o uso di sostanze stupefacenti.^[37] Molti infermieri sono impauriti dalla difficoltà che comporta la strutturazione di un piano assistenziale valido per queste persone, perché i pazienti presentano comportamenti imprevedibili, violenti – spesso autolesivi – verso sé e gli altri.

Per dimostrare la necessità di formare personale infermieristico specializzato nel trattamento di pazienti affetti da doppia diagnosi, nel 2007 A. Munro et al^[38] hanno condotto uno studio il cui obiettivo era quello di analizzare l'impatto dell'addestramento rivolto ad infermieri che lavoravano con pazienti che presentavano problemi di salute mentale e abuso di sostanze e/o alcol.

I soggetti coinvolti nello studio sono stati divisi in due gruppi. Un gruppo ha avuto accesso ad un addestramento intensivo della durata di quattro giorni che ha consentito loro di approfondire alcune delle tematiche di maggiore interesse basandosi anche sulla ricerca della letteratura e della documentazione legale.

Il programma includeva informazioni su:

- Definizione ed eziologia della doppia diagnosi;
- Informazioni su dose e diffusione delle droghe e alcol, includendo conseguenze sociali, fisiche, psichiche;
- Relazione tra uso di droghe e alcol e problemi di salute mentale;
- Attitudini dei consumatori di droga e/o alcol;
- Interventi *evidence-based*;
- Questioni legali ed etiche riguardo pazienti che abusano di droghe ed alcol;
- Informazioni su politiche nazionali e regionali.

I risultati di questo studio hanno evidenziato che l'addestramento ha migliorato le attitudini terapeutiche dei partecipanti verso il fenomeno della doppia diagnosi, non solo immediatamente dopo il *training*, ma anche a distanza di sei mesi. Inoltre c'è stato un aumento della consapevolezza del fenomeno, delle priorità da privilegiare e della capacità di gestione di questa patologia, molto importanti per arrivare a ridurre la sintomatologia e l'abuso di sostanze.^[39]

In particolar modo, dopo questa esperienza di addestramento, gli infermieri hanno rilevato di non sentirsi più inadeguati e frustrati, ma dei professionisti in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di questi particolari pazienti. Purtroppo, questi programmi di addestramento rivolti agli infermieri sono ancora oggetto di dibattito, non solo nazionale, e ci si trova ancora in una situazione di stallo.

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Gli individui a cui è stata diagnosticata la “doppia diagnosi”, ovvero la coesistenza di una malattia psichiatrica e l’abuso di alcol e/o droga, sono in aumento rispetto agli anni passati e una sempre maggiore quantità di loro entra in contatto con i professionisti che lavorano nei centri di salute mentale. Questo lavoro di tesi delinea i caratteri della doppia diagnosi, fornendone sommariamente definizione, eziologia, nosografia, trattamenti farmacologici e non. Inoltre ne viene esplicitata la rilevanza dal punto di vista infermieristico, riportando le problematiche che si riscontrano nell’assistere questi pazienti ed evidenziando il bisogno di un *training* che mira ad accrescere conoscenze ed abilità degli infermieri. In ordine le problematiche che sono state citate e descritte si possono così riassumere: comprensione di definizione e significato del termine doppia diagnosi, lavorare con individui con questa patologia, affrontare la mancanza di cambiamenti, difficoltà nell’accertamento, scarsa collaborazione tra i vari servizi, atteggiamenti del personale. Relativamente al *training* è stato riportato uno studio che sostiene che un addestramento specifico per gestire le cure in casi di doppia diagnosi si è rivelato efficace e quindi con ottimi risultati.

La relazione tra sostanze d’abuso e la malattia psichiatrica è complessa. Intossicazione ed astinenza da droghe e alcol può provocare malattie psichiatriche, ma dall’altra parte individui con problemi psichiatrici – come disturbi di personalità, schizofrenia – sono più suscettibili all’uso di sostanze d’abuso. Sono pazienti difficili da trattare e da gestire a causa dell’altissimo tasso di assenza di *compliance*, suicidi, violenza, aggressività, povertà, scarsa motivazione e poco interesse.

Il fenomeno della doppia diagnosi ha attratto, in questi ultimi anni, un notevole interesse da parte di ricercatori e professionisti sanitari, ma attualmente l’impatto sulla pratica clinica non è stato ancora considerato, senza contare che non è ancora stato attuato un approccio integrato della patologia. Infatti la visione della doppia diagnosi come due distinte problematiche distinte è il primo ostacolo allo sviluppo di un corretto approccio sanitario.

E’ tempo per gli infermieri psichiatrici di cogliere l’opportunità e di sviluppare il loro ruolo nell’ambito di malattie mentali e nell’abuso di sostanze e/o alcol, dato che rappresentano la maggiore forza lavoro nella sanità e la loro vicinanza al paziente permetterebbe loro di avere un grande valore nel miglioramento delle condizioni di pazienti che presentano doppia diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Management of severe mental illness and substance misuse. Watts M. Nurs Times. 2007 Apr 3-9;103(14):28-9.
2. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial. Munro A, Watson HE, McFadyen A. Int J Nurs Stud. 2007 Nov;44(8):1430-8. Epub 2006 Sep 22..
3. Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. Maheshwari SK, Gupta S, Sharan P. Nurs J India. 2009 Sep;100(9):201-3.
4. Mental illness and substance use: an Australian perspective. Munro I, Edward KL. Int J Ment Health Nurs. 2008 Aug;17(4):255-60. Review.
5. High expressed emotion, severe mental illness and substance use disorder. Watts M. Br J Nurs. 2007 Nov 8-21;16(20):1259-62. Review.
6. Treatments for patients with dual diagnosis : a review
Quyên Q. Tiet and Brent Mausbach. Alcohol Clin Exp Res Vol 31 No 4, 2007
7. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problems. Hamilton I. Nurs Times. 2010 Mar 23-29;106(11):12-5.
8. Quality of life determinants in patients of a Psychosocial Care Center for alcohol and other drug users. Marini M, Schnornberger TM, Brandalise GB, Bergozza M, Heldt E. Issues Ment Health Nurs. 2013 Jul;34(7):524-30.
9. Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence
Jan Horsfall, PhD, Michelle Cleary, PhD, Glenn E. Hunt, PhD, and Garry Walter, MD, PhD 2009 President and Fellows of Harvard College

10. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. Fries HP, Rosen MI. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2011 Jan-Feb;17(1):45-50.
11. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. *J Adv Nurs.* 2009 Feb;65(2):238-58
12. Evaluation of alcohol use disorders in workplace disability claims. Arvig T, Kurtz J, Zignego T. *Workplace Health Saf.* 2014 Sep;62(9):375-81.
13. The alcohol smoking and substance involvement screening test in an acute mental health setting. Heslop K, Ross C. *Aust Nurs Midwifery J.* 2014 Jun;21(11):47. No abstract available.
14. Research with the doubly vulnerable population of individuals who abuse alcohol: an ethical dilemma. Gwyn PG, Colin JM. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010 Feb;48(2):38-43.
15. Drug and alcohol education for consumer workers and caregivers: a pilot project assessing attitudes toward persons with mental illness and problematic substance use. Cleary M, Hunt GE, Malins G, Matheson S, Escott P. *Arch Psychiatr Nurs.* 2009 Apr;23(2):104-10.
16. Self-cognitions in antisocial alcohol dependence and recovery. Corte C, Stein KF. *West J Nurs Res.* 2007 Feb;29(1):80-99.
17. Substance use 2: nursing assessment, management and types of intervention. Hamilton I. *Nurs Times.* 2009 Jul 14-20;105(27):14-7. Review.
18. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. Edward KL, Munro I. *Int J Nurs Pract.* 2009 Apr;15(2):74-9.

19. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. Coombes L, Wratten A.J *Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007 Jun;14(4):382-92.
20. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. Canaway R, Merkes M. *Aust Health Rev*. 2010 Aug;34(3):262-8. doi: 10.1071/AH08723. Review.
21. Health Providers' Descriptions of the Significance of the Therapeutic Relationship in Treatment of Patients with Dual Diagnoses.
22. *Journal of Addictions Nursing*, 21:187–193, 2010 Copyright © International Nurses Society on Addictions ISSN: 1088-4602 print / 1548-7148.
23. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15, 101–108
24. The use of the repertory grid technique to examine staff beliefs about clients with dual diagnosis. Ralley C, Allott R, Hare DJ, Wittkowski A. *Clin Psychol Psychother*. 2009 Mar-Apr;16(2):148-58.
25. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. Adams MW. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008 Mar;15(2):101-8.
26. Dual diagnosis: an exploratory qualitative study of staff perceptions of substance misuse among the mentally ill in Northern India. Phillips PA. *Issues Ment Health Nurs*. 2007 Dec;28(12):1309-22.
27. Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.

28. Wadell K, Skärsäter I. *Issues Ment Health Nurs*. 2007 Oct;28(10):1125-40.
29. The Matrix Model of dual diagnosis service delivery. Georgeson B. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Apr;16(3):305-10.
30. Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. Neville K, Roan N. *J Nurs Adm*. 2014 Jun;44(6):339-46.
31. Integrating mental health and addictions services to improve client outcomes. Peterson AL. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Oct;34(10):752-6.
32. Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. Borge L, Røssberg JI, Sverdrup S. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Dec;20(10):932-42. doi: 10.1111/jpm.12090. Epub 2013
33. Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. Borge L, Angel OH, Røssberg JI. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Apr;34(4):229-39.
34. Being a dual diagnosis nurse. Reid J.. *Aust Nurs J*. 2012 Aug;20(2):37.
35. Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: using the Internet as a source of data. Edward KL, Robins A. *Int J Ment Health Nurs*. 2012 Dec;21(6):550
36. Psychiatric and addiction consultation for patients in critical care. Kaiser S. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012 Mar;24(1):9-26. doi: 10.1016/j.ccell.2011.12.002. Review.
37. Partnership working in dual diagnosis. Dugmore L. *Nurs Times*. 2011 Feb 22-28;107(7):20-1.

38. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial Alison Munro, H.E. Watson, Angus McFadyen School of Nursing, Midwifery and Community Health, Glasgow Caledonian University, Cowcaddens Rd, Glasgow G4 0BA, UK Received 10 April 2006; received in revised form 13 July 2006; accepted 13 July 2006

39. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. Howard V, Holmshaw J. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010 Dec;17(10):862-72.