

Comorbilità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica

Substance abuse and co-occurring disorders, addiction, eating and mental disorders: a challenge for clinical practice

La dipendenza patologica è quella condizione in cui l'individuo ha bisogno, assolutamente, di avere, immediatamente, la cosa che manca (che crede fermissimamente che gli manchi), che brama, come esige la madre di tutte le dipendenze. La dipendenza patologica ha una estesa comorbilità interna o esterna. Anche se l'EBM è "integrare l'esperienza medica con le migliori prove della letteratura scientifica", di solito c'è un enorme divario tra la ricerca e la pratica clinica. Mappare la complessità della comorbilità (disturbo da uso di sostanze e altre malattie mentali, disturbo da uso di sostanze e disturbi alimentari, disturbi da uso di sostanze, disturbi alimentari e altre malattie mentali), aiuta i professionisti a concentrarsi maggiormente sulle reali esigenze del paziente e del suo contesto

UMBERTO NIZZOLI*

PAROLE CHIAVE Dipendenza, comorbilità, disturbo da uso di sostanze, disturbo alimentare, controllo clinico

Introduzione

Secondo Sackett [1], l'EBM "integra l'esperienza medica con le migliori prove della letteratura scientifica". In altre parole, il clinico deve essere in grado di: ricercare (usando moderni strumenti biomedici), valutare criticamente (grazie alla competenza epidemiologica clinica) e personalizzare, con riguardo al proprio cliente, il miglior risultato riportato dalla letteratura scientifica [2 - 3].

Di solito però c'è un divario tra ricerca e pratica clinica [4], tra la produzione di prove e l'adozione in ambienti di pratica clinica e le linee guida per il trattamento, basate su prove di dati, sono comunemente impiegate in diversi campi della medicina, inclusa la malattia mentale.

Non è chiaro, tuttavia, se le linee guida per il trattamento abbiano un impatto sulle prestazioni dei vari provider e sui risultati ottenuti dai pazienti e su come l'implementazione dovrebbe essere condotta per massimizzare i benefici [5].

"Doppia diagnosi"

Anche se Rousanville [6] ha richiamato l'attenzione sui sintomi della depressione nei

soggetti dipendenti da oppiacei, l'argomento è rimasto per molto tempo al di fuori del campo della pratica clinica.

A quel tempo (1982) la maggioranza dei pazienti era costituita da tossicodipendenti da oppiacei e riceveva un trattamento con metadone (a scopo antidepressivo) o un trattamento drug-free all'interno di una comunità terapeutica, oppure un trattamento di gruppo basato sui dodici passi, secondo il modello di AA.

Solo nel 1997 la Commissione europea ha sostenuto un progetto destinato alla psicopatologia della tossicodipendenza affidandone la gestione alla Federazione T3E, [7]. Da allora la "doppia diagnosi" (o comorbidità psichiatrica o co-occorrenza di malattia mentale e disturbi da uso di sostanze) è diventata un argomento continuo per pazienti, famiglie, partner, parenti, responsabili politici, professionisti e dirigenti dei presidi sociali e sanitari.

L'uso del termine "doppia diagnosi" per indicare la concomitanza di due o più disturbi mentali potrebbe essere errato perché non è chiaro se le diagnosi concomitanti riflettano effettivamente la presenza di entità cliniche distinte o si riferiscano a molteplici manifestazioni di una singola entità clinica. È un quesito interno alle vigenti nosografie dominanti. Questa molteplicità di diagnosi si verifica perché i quadri diagnostici in uso sono più sindromi che malattie in senso fisiopatologico. In quel campo la pratica clinica diventa tanto arte quanto scienza [8].

La comorbidità può verificarsi per caso o come conseguenza degli stessi fattori predisponenti (ad esempio stress, personalità, ambiente infantile, influenze genetiche) che influenzano il rischio per molteplici altre condizioni. La ricerca nelle neuroscienze di base ha dimostrato i ruoli critici dei fattori biologici e genetici o epigenetici nella vulnerabilità di un individuo a questi disturbi. Infatti i geni, le basi neurali e l'ambiente sono intimamente interconnessi [9].

Questo è il motivo per cui i disturbi da uso di sostanze e altri disturbi psichiatrici (doppia diagnosi) rappresenterebbero espressioni sintomatiche diverse di anomalie neurobiologiche preesistenti simili [10].

Feighner [11] ha distinto i disordini "primari" e "secondari" in base all'età di insorgenza di ciascun disturbo, con il disturbo diagnosticato alla prima età considerato "primario".

A causa della crescente rilevanza dei disordini psichiatrici comorbili nei consumatori di droghe, sia l'ICD-10 [12] che già il DSM-IV [13] avevano sottolineato la necessità di chiarire le diagnosi di disturbi psichiatrici concomitanti nei consumatori di stupefacenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la "doppia diagnosi" come «la concomitanza (co-occorrenza) nello stesso individuo di un disturbo da uso di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» [14]. I disturbi mentali concomitanti più comuni sono: la depressione (compresa tra il 12% e l'80%), la schizofrenia e il disturbo bipolare (30-66%), le sindromi ansiose (in particolare panico e PTSD), i disturbi alimentari e la mania [15-20].

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

Addictive behaviour

I comportamenti di dipendenza (Addiction) associati ad altri disturbi psichiatrici sono probabilmente disturbi dello sviluppo. Questi disordini (disturbi) iniziano molto presto nello sviluppo, probabilmente attraverso l'interazione tra fattori neurobiologici e ambientali, e possono presentarsi con diversi fenotipi, come sintomi di dipendenza patologica o altri sintomi psichiatrici, in diverse fasi della vita. In questa prospettiva, la dipendenza da vari oggetti che creano dipendenza, come sostanze, gioco d'azzardo, internet, sesso, lavoro, cibo e altri ancora, si verifica in un fenotipo vulnerabile, in cui uno stato o una caratteristica intrinsecamente predisponente determina la medesima neuroplasticità indotta dalle sostanze psicoattive [21].

Ci sono altre ipotesi di ricerca sull'eziologia della "comorbidità".

Un disturbo psichiatrico è un fattore di rischio per l'uso di droghe e per lo sviluppo di un disturbo comorbile. Ciò è alla base della teoria dell'"auto-medicazione" [22] in cui il paziente sviluppa un Disturbo da Uso di Sostanze, DUS, nel tentativo di affrontare diversi problemi come la psicosi, le crisi di ansia, il PTSD o un disturbo alimentare.

L'uso del termine "doppia diagnosi" per indicare la concomitanza di due o più disturbi mentali potrebbe essere errato perché non è chiaro se le diagnosi concomitanti riflettano effettivamente la presenza di entità cliniche distinte o si riferiscano a molteplici manifestazioni di una singola entità clinica. È un quesito interno alle vigenti nosografie dominanti

La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare. Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza, aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica e una maggiore prevalenza di suicidio

La terza ipotesi è che l'uso di droghe possa fungere da stimolo per l'emergenza di un disturbo sottostante e a lungo trattenuto. Questo è il meccanismo più importante alla base dell'associazione tra uso di cannabis e schizofrenia. È noto che l'uso di cannabis in adolescenti vulnerabili può facilitare lo sviluppo di una psicosi che funziona poi come una malattia indipendente [23-24].

Secondo la quarta ipotesi, un disturbo psichiatrico temporaneo è prodotto come conseguenza dell'intossicazione con, o del ritiro da, un tipo specifico di sostanza; questo disturbo è anche noto come disturbo indotto da sostanze.

Nonostante sia importante fornire trattamenti efficaci per i disturbi mentali comorbili per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora mancanza di consenso per quanto riguarda non solo le strategie farmacologiche e psicosociali più adatte, ma anche l'impostazione più appropriata per il trattamento.

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

La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare. Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza [25], aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica [26] e una maggiore prevalenza di suicidio [27].

I consumatori di stupefacenti comorbili mostrano un aumento dei tassi di comportamenti a rischio, che sono legati a infezioni, come virus HIV, virus dell'epatite B e C [28], nonché disabilità psicosociali, come tassi più elevati di disoccupazione e senza fissa dimora [29] e frequenti comportamenti violenti o di tipo criminale [30]. In pazienti con disturbo di personalità, Hatzitaskos [31] trova il 75% di abuso di droga in pazienti con disturbo borderline di personalità e il 95% in pazienti con disturbo antisociale di personalità. La prevalenza del disturbo di personalità del cluster B è quasi riconosciuta unanimemente superiore a quella degli altri due cluster [32 - 34].

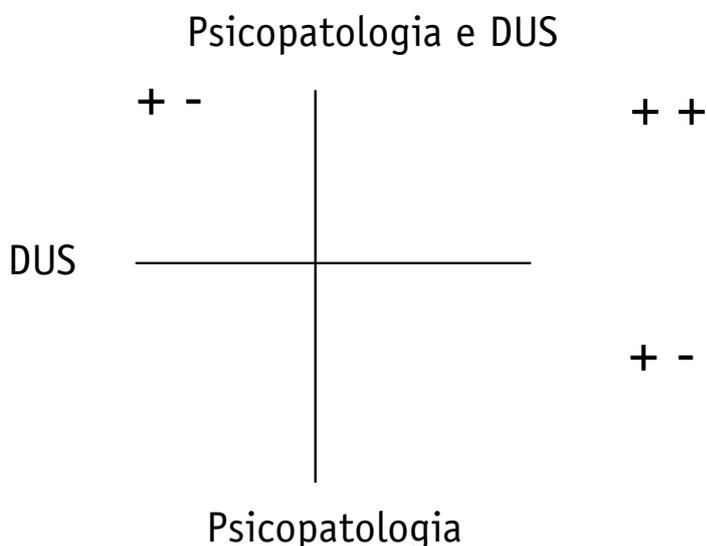
Comorbidity mapping

Per facilitare la presa in carico di questi pazienti particolarmente complessi il National Institute of Drug Abuse, NIDA, suggerisce di suddividere il macro-gruppo di pazienti con "doppia diagnosi" in quattro sotto-sistemi:

- 1, Lieve DUS – lieve Disturbo mentale MI (mental illness)
- 2, Severo DUS – lieve MI
- 3, Lieve DUS – severo MI
- 4, Severo DUS – severo MI

In questa tabella i Disturbi dell'Alimentazione sono parte del più largo sotto-gruppo dei Disturbi mentali (tab 1).

Tab 1.



Quando la diagnosi si compone di due sub-diagnosi di grado lieve il paziente può ricevere un trattamento ambulatoriale generico; quando una diagnosi è prevalente (più grave) il paziente può essere trattato dall'unità operativa specifica (il Csm o il Sert, o Serd, a seconda della prevalenza); il quarto gruppo infine rappresenta una sfida complessiva per il settore clinico perché sia il DUS che il MI sono gravi. Per offrire le cure più efficaci è necessario prendere in carico entrambe le esigenze diagnostiche.

La ricerca clinica ha dimostrato che le patologie comorbili sono reciprocamente interattive e cicliche, e se il trattamento non affronta entrambi i quadri [35-36] è prevedibile una prognosi sfavorevole sia per i disturbi psichiatrici che per l'uso di sostanze.

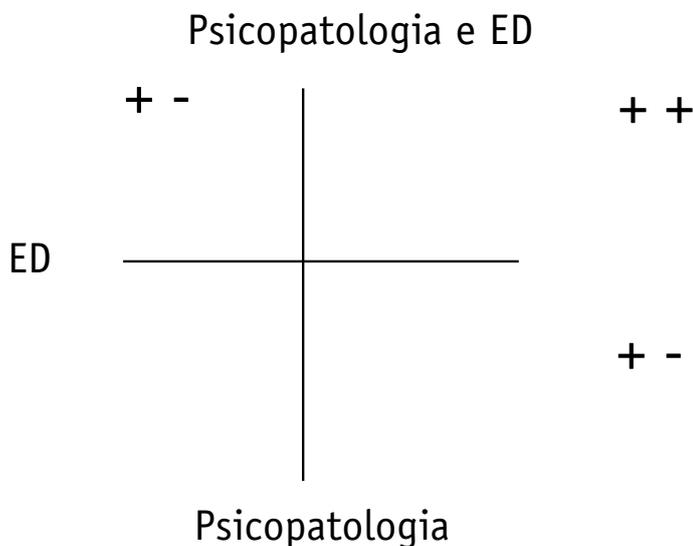
Anche i Disturbi dell'Alimentazione, Eating Disorders ED, possono presentarsi in modo concomitante con altre malattie mentali [37 - 38]. Dati di ricerca trovano che oltre il 70% delle persone con disturbi alimentari presenta disturbi comorbili: sono comuni infatti disturbi d'ansia (> 50%), disturbi dell'umore (> 40%), autolesionismo (> 20%) e uso di sostanze (> 10%).

Possiamo rappresentare questa comorbidità usando la stessa mappatura del campo con quattro sotto-gruppi:

- Lieve ED – lieve MI
- Severo ED – lieve MI
- Lieve ED – severo MI
- Severo ED – severo MI

Anche in questo caso è chiaro che il quarto gruppo è la vera sfida ai professionisti e alle loro agenzie: la sfida è data dal prendere in carico pazienti gravi sia per il disturbo alimentare che per la psicopatologia concomitante (tab 2).

Tab 2.



I disturbi alimentari, ED, sono a loro volta un grande sotto-gruppo di malattie mentali: la anoressia, AN, (e i suoi sotto-tipi: oggi infatti è preferibile parlare di anoressie al plurale), la bulimia, BN, (e i suoi sotto-tipi: oggi infatti si parla di bulimie al plurale), il binge eating disorder, BED; gli altri disturbi alimentari possono essere rappresentati in maniera separata nelle condizioni di "doppia diagnosi".

Ci sono forti evidenze che dimostrano che i disturbi alimentari e i disturbi da uso di sostanze si presentano spesso in modo concomitante. Tra i soggetti con disturbo da uso di sostanze, oltre il 35 % presenta un disturbo alimentare (in una delle sue forme), mentre la prevalenza del disturbo alimentare è del 1-3 % tra la popolazione generale. Per essere precisi, la prevalenza del disturbo da uso di sostanze si colloca in modo differente nei soggetti con disturbo alimentare: i soggetti con bulimia o condotte di binge eating/purging sono molto più aduse al consumo di droghe e

Nonostante sia importante fornire trattamenti efficaci per i disturbi mentali comorbili per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora mancanza di consenso per quanto riguarda non solo le strategie farmacologiche e psicosociali più adatte, ma anche l'impostazione più appropriata per il trattamento. I pazienti spesso hanno difficoltà nell'individuazione, e anche nell'accesso e nel coordinamento, dei servizi richiesti per la salute mentale e per l'uso di sostanze

Non va solo riconosciuta una specificità ad ogni singolo paziente allo scopo di personalizzare le cure, ma già nell'affrontare le varie figure cliniche interne ai medesimi quadri diagnostici si devono trovare le declinazioni metodologiche che distinguono e riconoscono la specificità dei sub-quadri diagnostici, il che pone una ulteriore sfida ai sistemi curanti che vanno declinati in maniera coerente coi differenti bisogni pur raggruppati nel medesimo elemento diagnostico

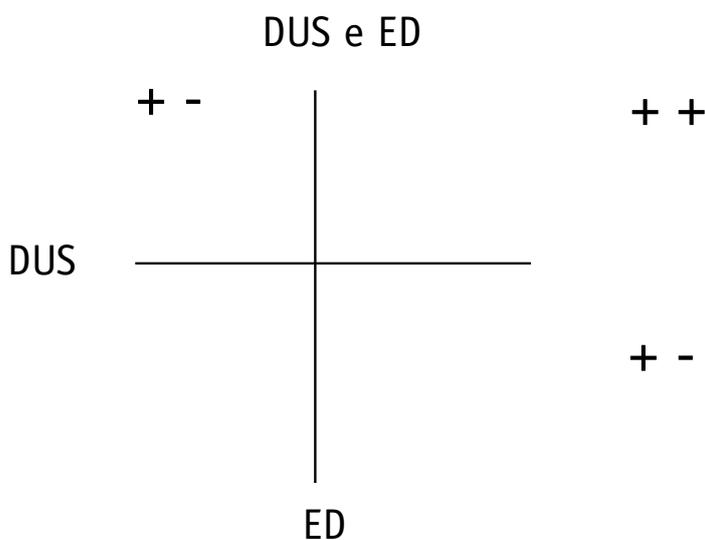
presentano un disturbo da uso di sostanze di gravità maggiore rispetto a quelli con anoressia, in particolare le anoressie di tipo restrittivo [39].

Anche la comorbidità DUS e ED può essere rappresentata con una tabella suddivisa nei Quattro campi:

- Lieve DUS – lieve ED
- Severo DUS – lieve ED
- Lieve DUS – severo ED
- Severo DUS – severo ED

Appare evidente che anche in questo caso la sfida più difficile per i clinici è la presa in carico del quarto gruppo di pazienti (tab 3).

Tab 3.



I professionisti che si occupano di dipendenza e quelli che si occupano di disturbi alimentari (e obesità poiché l'obesità nella stragrande maggioranza dei casi sottende vari disturbi alimentari) dovrebbero integrare le competenze per lavorare in modo collaborativo tra loro [40].

I diversi fenomeni che compongono i quadri per disturbi alimentari sono inclusi in un'unica grande sezione in cui è possibile confondere una giovane donna che ha iniziato un'esperienza anoressica a seguito di una dieta restrittiva con una persona affetta da anoressia molto grave e cronica. Allo stesso modo un uomo dedito all'eroina e un altro al tabacco o alla caffeina sono posti nella stessa categoria diagnostica [41]. Questo elemento può creare una grande confusione se la specificità clinica non è ben riconosciuta. Non va cioè solo riconosciuta una specificità ad ogni singolo paziente allo scopo di personalizzare le cure, ma già nell'affrontare le varie figure cliniche interne ai medesimi quadri diagnostici si devono trovare le declinazioni metodologiche che distinguono e riconoscono la specificità dei sub-quadri diagnostici, il che pone una ulteriore sfida ai sistemi curanti che vanno declinati in maniera coerente coi differenti bisogni pur raggruppati nel medesimo elemento diagnostico. Per intenderci con un esempio: la cura di una persona con una anoressia per grave perdita repentina di peso a seguito di un abbandono non va confusa con la anoressia di grado gravissimo e di lunga durata.

Gli individui con disturbo mentale hanno un rischio maggiore di presentare altri disturbi [42], infatti, le donne con ED e DUS sviluppano quattro volte anche altri disturbi psicopatologici rispetto alle donne della popolazione generale [43].

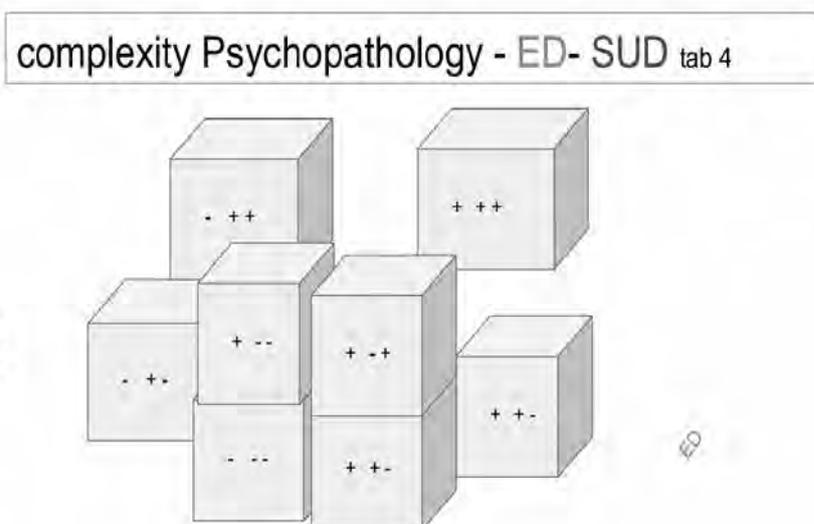
La meta-analisi di Calero [44] ha anche trovato una relazione significativa tra il ED e i diversi sottotipi di droghe illecite (oppioidi, allucinogeni, cannabinoidi, stimolan-

ti). Se è pur vero che il rischio di usare droghe è più alto nelle persone con bulimia nervosa, un aumento moderato si riscontra comunque anche nei gruppi con disturbo da alimentazione incontrollata.

Infine mettendo assieme tutti gli aspetti della analisi che ho qui presentato si raggiunge un risultato complesso e difficile da raffigurare se non con una figura tridimensionale (in otto riquadri come fossero parte di uno stesso cubo):

- 1, lieve DUS – lieve ED – lieve MI
 - 2, lieve DUS – lieve ED – severo MI
 - 3, lieve DUS – severo ED – lieve MI
 - 4, severo DUS – lieve ED – severo MI
 - 5, Severo DUS – severo ED – lieve MI
 - 6, Lieve DUS – severo ED – severo MI
 - 7, Severo DUS – lieve ED – lieve MI
 - 8, Severo DUS – severo ED – severo MI
- (tab 4)

Tab 4.



Questa analisi è molto fruttuosa non solamente per analizzare scomponendolo il campo dei necessari interventi clinici, ma per la individuazione di più precise e fruttuose linee di azione pratica.

Infatti in molte aree geografiche co-esistono, spesso fianco a fianco, i servizi per i disturbi mentali, Csm, quelli per le persone con disturbi della dipendenza, Sert o Serd, e quelli per i disturbi alimentari, DCA o DA&O.

L'assegnazione di un paziente a un servizio di un tipo o all'altro non dovrebbe essere lasciata al caso, dando priorità a dove si presenta il paziente, ma deve dipendere da una scelta sulla base delle prevalenze: per ogni area di problemi così come identificati in questo articolo ci sono infatti unità operative specifiche.

Dove emerge una sola area di gravità, la guida clinica principale può essere assegnata a un servizio specializzato. I professionisti delle altre unità mantengono alla bisogna la collaborazione come consulenti.

Dove ci sono due dimensioni diagnostiche severe è richiesta la stretta integrazione tra i servizi competenti mentre il terzo servizio rimanente è in posizione di consulente collaborativo.

L'operazione è tutt'altro che semplice perché nascono collaborazioni e protocolli operativi per ognuno dei tre macro-servizi, Csm Sert/Serd e DCA. In varie realtà si stanno realizzando accordi e pratiche operative fra l'uno e l'altro dei predetti tre servizi.

Il problema di gran lunga più complesso emerge quando sia il DUS che il ED e il MI sono contemporaneamente gravi.

L'area di pratica più impegnativa è quindi: grave SUD - grave ED - grave MI.

In molte aree geografiche coesistono, spesso fianco a fianco, i servizi per i disturbi mentali, Csm, quelli per le persone con disturbi della dipendenza, Sert o Serd, e quelli per i disturbi alimentari, DCA o DA&O. L'assegnazione di un paziente a un servizio di un tipo o all'altro non dovrebbe essere lasciata al caso, dando priorità a dove si presenta il paziente, ma deve dipendere da una scelta sulla base delle prevalenze: per ogni area di problemi così come identificati in questo articolo ci sono infatti unità operative specifiche

Che cosa spinge le persone a scegliere, a “preferire”, una addiction particolare tra le molte possibili? La sostituzione di un quadro diagnostico con un altro è equivalente o ci sono elementi o stimoli particolari che costituiscono una struttura, un fenotipo, più “adatto” per una soluzione preferibile alle altre? E se sì, quali sono questi elementi? C’è una storia naturale della malattia? Oppure si tratta di malattie diverse?

Essa richiede enormi sforzi clinici per essere affrontata in modo efficace. Oggi abbiamo bisogno di più ricerca, di rinnovata visione teorica e di acquisire più esperienza.

Addiction

La dipendenza da droghe, comunemente sinonimo di “dipendenza”, è presente nel DSM5 come Drug related and Addictive Behaviour.

Si tratta di una malattia cronica e recidivante caratterizzata dalla ricerca e dall’uso compulsivo di droghe nonostante le conseguenze avverse conosciute e da cambiamenti funzionali, e talvolta duraturi, nel cervello. La dipendenza è un comportamento disadattivo, al giorno d’oggi diffuso: sesso, gioco, lavoro, shopping, internet, eccetera; ed anche dipendenza da cibo, la Food Addiction.

<<Mi manca>>, <<la voglio>>: pensieri che invadono la mente fino a non lasciare spazio ad altro; comportamenti continuamente ripetuti fino a mutilare altre esigenze esistenziali.

L’addiction è una malattia cronica primaria del meccanismo di ricompensa cerebrale, della motivazione, della memoria e dei circuiti correlati. La disfunzione in questi circuiti porta a caratteristiche manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali. Ciò si riflette nell’individuo che persegue la ricompensa e/o il sollievo tramite l’uso di sostanze o altri comportamenti specifici. La dipendenza è caratterizzata da compromissione del controllo comportamentale, dalla bramosia, dall’incapacità di astenersi e dalla diminuzione del riconoscimento dei problemi, anche se significativi, dovuti ai propri comportamenti e alle relazioni interpersonali. Come altre malattie croniche, la dipendenza può comportare cicli di ricaduta e cicli di remissione. Senza trattamento o impegno nelle attività di recupero, la dipendenza è progressiva e può comportare disabilità o morte prematura. (definizione della *American Society of Addiction Medicine*).

La dipendenza è quella condizione in cui l’individuo ha bisogno, assolutamente, di avere, immediatamente, la cosa che gli manca, che crede di aver perso [45].

Le differenti forme di addiction hanno in comune il craving, la madre di tutte le addiction (46).

Anche il cibo può suscitare questo stesso movimento bio-psichico, ecco perché la dipendenza da cibo [47-48] è una condizione significativa che altera il rapporto con il cibo, costruendo un comportamento di dipendenza verso di esso. Trovo molto interessante il fatto che alcuni autori ritengano che i trattamenti esistenti falliscano perché non affrontano l’impulsività come un fattore chiave della patologia alimentare [49]. Ma come trattare il craving è un problema molto difficile, stressante.

Più grave è la dipendenza più forte è il craving che scuote la persona come un terremoto ardente, un’esperienza soggettiva, meglio descritta come uno stato di desiderio o bramosia, che si muove nell’individuo e funziona, come un’onda [50 - 51].

I fattori genetici agiscono sull’emergere della dipendenza. Sono attivati da stimoli che, per quell’individuo, inducono addiction, i cui ingredienti sono craving, perdita del controllo, stress e trauma.

Molti studi hanno identificato cambiamenti strutturali e cellulari nel cervello che si sovrappongono nei diversi comportamenti di dipendenza: condotte differenti attivano circuiti identici.

Ma non è chiaro il motivo per cui alcune persone intraprendono una strada di addiction, tra le molte possibili, mentre altre persone ne prendono un’altra.

Clinical management

Ci sono molte domande alle quali rispondere per migliorare la gestione e la prevenzione clinica: poiché la comorbilità interna della dipendenza è così frequente, è importante rilevare quale disturbo viene prima, e con quale intensità.

Spesso esiste una migrazione diagnostica tra un quadro e l’altro, ma gli individui sembrano muoversi da un quadro diagnostico a un altro in modo imprevedibile.

Che cosa spinge le persone a scegliere, a “preferire”, una addiction particolare tra le molte possibili?

La sostituzione di un quadro diagnostico con un altro è equivalente o ci sono elementi o stimoli particolari che costituiscono una struttura, un fenotipo, più “adatto”

per una soluzione preferibile alle altre? E se sì, quali sono questi elementi? C'è una storia naturale della malattia? Oppure si tratta di malattie diverse? Questa complessità apre un dibattito molto ampio a diversi livelli. La conoscenza sarebbe importante non solo per impostare la pratica clinica ma per individuare i percorsi patogenetici su cui agire preventivamente per interrompere la formazione delle varie forme di dipendenza: anche se ci sono molti studi sulla prevenzione, dobbiamo saperne ancora molto di più su come e quando prevenirla. Abbiamo bisogno di una prevenzione selettiva, rivolta a individui o a gruppi a rischio? La prevenzione deve invece essere generale, globale, olistica? Cosa dobbiamo prevenire, tutte le dipendenze o solo alcune di esse? Meglio una prevenzione positiva mirata allo sviluppo dell'autonomia del soggetto? La prevenzione va fatta in determinate fasi critiche? O va orientata a contenere vulnerabilità specifiche? E che dire della prevenzione della food addiction? Fa parte del campo della prevenzione della dipendenza tout-court? Questi sono solo alcuni dei quesiti che meritano la nostra attenzione.

Anche il campo del trattamento ha bisogno di più conoscenze. SAMHSA [52] definisce il recupero dai problemi di dipendenza <<un processo di cambiamento attraverso il quale un individuo raggiunge l'astinenza e migliora la sua salute, il benessere e la sua qualità della vita>>. Questa definizione vale anche per la comorbilità DUS [53], almeno nei casi in cui il DUS è grave. Ma questa definizione è adeguata anche per i disturbi alimentari e per i casi in cui vi è comorbilità con disturbi alimentari o quando l'ED è grave?

Oggigiorno i trattamenti fatti con i sistemi di rete via internet, come WhatsApp o altre reti e kit che funzionano virtualmente, pongono ulteriori quesiti clinici: sia per i pazienti che per i professionisti la gestione multidisciplinare può avvenire tramite un team virtuale. Come si può ben vedere, anche nel campo della pratica clinica abbiamo bisogno di più ricerca, di acquisire nuove conoscenze, di disporre di linee guida aggiornate.

Sono stato impegnato a sviluppare il progetto Treatnet (UNODC, 2010) nella parte relativa all'assistenza residenziale. La comunità terapeutica (TC) è uno strumento molto utile nel trattamento della dipendenza. I dati di evidenza dimostrano quando sia indicata e quanto sia efficace. Lo è anche per i ED? La TC in sé è un modello terapeutico, è un processo di apprendimento e di adattamento. I professionisti (e i residenti) agiscono e interagiscono in modi strutturati per influenzare gli atteggiamenti, i valori, le percezioni, i comportamenti dei residenti. Molti studi trovano un risultato efficace col trattamento in TC [54]. La TC è utile anche per i pazienti con disturbo alimentare? E se sì, di quale tipo di comorbilità? Di quale livello di gravità? La TC ha bisogno di molte modifiche per declinare il suo programma quotidiano per i pazienti con ED. Anche la terapia tramite l'auto-aiuto può essere declinata dal campo DUS al campo ED. L'auto-aiuto presuppone che le persone in cura siano le principali protagoniste del processo di cambiamento.

Tutti questi argomenti devono essere inseriti in un sistema curante che colleghi e faccia collaborare agenzie (e professionisti) di diverso livello di cura. Come pianificare, coordinare, guidare sono elementi cruciali per la fornitura di cure di qualità ed efficaci. Per entrambe le figure cliniche, per le persone affette da ED con concomitante DUS come per le persone con DUS comorbili per ED, c'è ancora molto da studiare per disporre di linee guida operative adeguate. Questo ambito della clinica è davvero complesso e innovativo e richiede nuove e più aggiornate competenze per offrire un'assistenza integrata ed efficace.

Abbiamo bisogno di una prevenzione selettiva, rivolta a individui o a gruppi a rischio? La prevenzione deve invece essere generale, globale, olistica? Cosa dobbiamo prevenire, tutte le dipendenze o solo alcune di esse? Meglio una prevenzione positiva mirata allo sviluppo dell'autonomia del soggetto? La prevenzione va fatta in determinate fasi critiche? O va orientata a contenere vulnerabilità specifiche? E che dire della prevenzione della food addiction? Fa parte del campo della prevenzione della dipendenza tout-court?

BIBLIOGRAFIA

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312: 71-2.
2. Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. (1996) Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions [Editorial]. *ACP J Club*; 125 (Suppl 3): A14-A16
3. Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. (1996) La medicina basata sulle evidenze: la risposta culturale al nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. *Epidemiology Prev* ; 20: 301-3
4. Haynes RB, Hayward RS, Lomas J. (1995) Bridges between health care research evidence and clinical practice. *J Am Med Inf Assoc*; 2: 342-50.
5. Barbu C, Giralda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M. (2014) Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1.
6. Rousanville B.J, et O (1982), Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts; course and relationship to treatment outcome; *Archives of General Psychiatry* , 39, 151-156
7. T3E, (1999) Psychopathology of drug addiction, T3E network Federation, T3E Cahier, DGV, Nizzoli editor
8. Kenny NP. (1997) Does good science make good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by fact that clinical practice is as much art as science. *Can Med Assoc J* ; 157: 336.
9. Marcus, G. F. (2004). *The Birth of The Mind: How a Tiny Number of Genes Creates the Complexities of Human Thought*. New York: Basic Books.
10. Brady KT, Sinha R, Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress, *Am J Psychiatry*, 2005 Aug;162(8):1483-93 PMID:16055769 DOI:10.1176/appi.ajp.162.8.1483
11. Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. and Munoz, R. (1972), 'Diagnostic criteria for use in psychiatric research', *Archives of General Psychiatry* 26(1), pp. 57-63. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
12. WHO (1992), *International statistical classification of diseases and related health problems*, World Health Organization, Geneva
13. APA (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
14. WHO (2010), *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization* (http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/), retrieved 5 August 2015
15. Volkow ND. (2004) The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 56(10):714-717. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.07.007>
16. Kessler RC. (2004) The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-737. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
17. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. (2005) Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(6):677-685.
18. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. (2005) Mood disorders and substance abuse disorders: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives* 3(1):13-24. <http://dx.doi.org/10.1151/spp053113>
19. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. (2006) Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67(2):247-257. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0211>
20. EMCDDA, (2015) *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015
21. Swendsen, J. and Le Moal, M. (2011), 'Individual vulnerability to addiction', *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216(1), pp. 73-85 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05894.x>
22. Khantzian EJ, (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harv Rev Psychiatry*, Jan-Feb; 4(5):231-44 <http://dx.doi.org/10.3109/10673229709030550>
23. Large, Matthew; Sharma, Swapnil; Compton, Michael T.; Slade, Tim; Nielsen, Olav (2011). "Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis". *Archives of General Psychiatry*. 68 (6): 555-61 <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.5>
24. Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. and D'Souza, D. C. (2014), 'Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis', *Frontiers in Psychiatry* 5, p. 54 <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>
25. Schmoll, S., Boyer, L., Henry, J.-M. and Belzeaux, R. (2015), 'Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographical and clinical analysis', *L'Encéphale* 41(2), pp. 123-29
26. Stahler, G. J., Mennis, J., Cotlar, R. and Baron, D. A. (2009), 'The influence of neighbourhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care', *American Journal of Psychiatry* 166(11), pp. 1258-68 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111667>
27. Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., et al. (2012), 'Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample', *Substance Use & Misuse* 47(4), pp. 383-89 <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2011.636135>
28. Durvasula, R. and Miller, T. R. (2014), 'Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis', *Behavioural Medicine* 40(2), pp. 43-52 <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2013.866540>
29. Krausz, R. M., Clarkson, A. F., Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K. and Schuetz, C. G. (2013), 'Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(8), pp. 1235-43
30. Greenberg, G. A. and Rosenheck, R. A. (2014), 'Psychiatric correlates of past incarceration in the national co-morbidity study replication', *Criminal Behaviour and Mental Health* 24(1), pp. 18-35 DOI <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.1875>
31. Hatzitaskos P., (1999) Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder, *Comprehensive psychiatry*, 40; 4: 278- 82. DOI [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90128-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90128-1)

32. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. (1998) Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*; 23(6): 841-853 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00071-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00071-9)
33. Verheul R. (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*; 16(5): 274-282 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)
34. Skinstad, A. H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-65 DOI: <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-100103118>
35. Boden, M. T. and Moos, R. (2009), 'Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment', *Journal of Substance Abuse Treatment* 37(4), pp. 335-45 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.012>
36. Magura, S., Rosenblum, A. and Betzler, T. (2009), 'Substance use and mental health outcomes for comorbid patients in psychiatric day treatment', *Substance Abuse: Research and Treatment* 3, pp. 71-78
37. Hudson J, Hiripi E, Harrison G Pope Jr, Kessler R, (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatry*, V 61, issue 3, 1 Feb , p 348-358; DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
38. Keski-Rahkonen A, (2016) Review of the worldwide epidemiology of eating disorders, *Current Opinion in Psychiatry*: November - Volume 29 - Issue 6 - p 336-339
39. Brewerton, Timothy, Baker Dennis, Amy (Eds.), (2014) *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders - Research, Clinical and Treatment Perspectives*, Springer.
40. Brownell KD, Gold MS. (2012) *Food and Addiction*, Oxford University Press.
41. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. (2000) Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 284(20):2606-2610. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>
42. Peveler RC Fairburn CG, (1990) Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of SCL-90 *Psychol Med* 1990;20:873-879
43. Gadalla, T., & Piran, N. (2007): Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: A national study. *Eating Disorders: The Journal of treatment and prevention*, 15, 189-203
44. Calero-Elvira A, Krug I, Davis K, López C, Fernández-Aranda F, Treasure J. (2009) Meta-analysis on drugs in people with eating disorders, *Eur Eat Disord Rev*. Jul;17(4):243-59. doi: 10.1002/erv.936.
45. West R, Brown J, (2013) *Theory of Addiction*, Wiley, 2nd Edition.
46. Nizzoli U, Croce M, Margaron H, Caretti V, Zerbetto R, Lorenzi P, (2011) Craving. Alla base di tutte le dipendenze, Mucchi
47. Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Tomasi, D., & Baler, R. (2012). Food and drug reward: Overlapping circuits in human obesity and addiction. *Current Topics in Behavioural Neurosciences*, 11, 1-24.
48. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. (2015) Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS One*. Feb 18;10(2):e0117959 doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
49. Manasse S, Espel H, Schumacher L, Kerrigan S, Zhang F, Forman E, Juarascio A, (2016) Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation, *Appetite* 105, 172e1
50. Marlatt, G.A. and Gordon, J.R., Eds. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: Guilford Press,
51. Monti P., Ray L., (2012) Introduction, *Food and Addiction*, Brownell K & Gold M, EDS, Oxford
52. SAMHSA, (2010) Recovery definition, SAMHSA, in *Personalità/Dipendenze*, Mucchi ed. v17n2;
53. Bryant KJ, Rounsaville B, Spitzer RL, Williams JB. (1992) Reliability of dual diagnosis. *Substance dependence and psychiatric disorders*, *J Nerv Ment Dis*, Apr; 180(4): 251-7 doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199204000-00007>
54. Vanderplasschen W, Vandeveld S, Broekaert E. (2014) Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. EMCDDA.

* Psicologo, presidente Società italiana disturbi comportamento alimentare SISDCA, già direttore dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, RE [unizzoli@hotmail.com]

Abstract

Addiction is a condition in which the individual absolutely and immediately wants the thing he needs (which he believes he needs). Craving is the key to understanding addiction. There may be extended comorbidity in addiction. The article tries to illustrate the different patterns and combinations of co-occurring disorders: substance use disorders, eating disorders, mental and personality disorders. It also states the necessity for researchers to further investigate into the complex interaction of causes and factors in order to provide the knowledge needed to implement treatment and prevention.

KEYWORDS Addiction, comorbidity, substance use disorders, eating disorder, clinical governance