

L'ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO PER LA COMORBILITÀ PSICHIATRICA

Laura De Battisti, Giorgio Barbera, Giuseppina Cifelli, Chiara Rossi,
Alberto Corso, Ezio Manzato
Servizio Alcolologia – SERT 1 AZ. ULSS n. 21 – Ospedale di Zevio (Verona)

INTRODUZIONE

Il Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.) della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza (Programma Intensivo e Riabilitativo di Prevenzione delle Ricadute) prevede una prima fase di Accoglienza-Diagnosi, una seconda fase di Programma Intensivo-Disintossicazione e una terza fase di Trattamento per la comorbilità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta.

La valutazione diagnostica iniziale e il follow-up successivo sono sviluppati mediante un protocollo specifico (Flow-chart dello studio).

Di seguito viene presentato l'assessment psicodiagnostico nella valutazione dei pazienti con dipendenza da alcol (o da altre sostanze psicoattive) che presentano disturbi psichiatrici e di personalità in Asse I e II del DSM IV. Tale analisi è stata effettuata facendo riferimento in modo particolare alle procedure psicodiagnostiche adottate nel protocollo del Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza attuato presso il Servizio di Alcolologia-Ser.T 1 dell'Ospedale di Zevio (VR).

L'espressione "comorbilità psichiatrica", che è venuta via via a sostituire la terminologia "doppia diagnosi", viene in linea generale utilizzata per indicare la presenza di un disturbo psichiatrico concomitante ad una diagnosi di dipendenza da alcol o da altre sostanze psicoattive.

I differenti disturbi possono essere tra loro connessi in più modi:

- un disturbo psicopatologico preesistente può configurarsi come agente facilitante l'abuso di sostanze psicoattive (la sostanza viene utilizzata come "automedicamento");
- un disturbo da uso di sostanze psicoattive può facilitare l'insorgere o la ricaduta di un disturbo psichiatrico che può perdurare anche quando l'uso della sostanza viene interrotto;
- i due disturbi (dipendenza da sostanze psicoattive e disturbo psichiatrico) possono coesistere senza alcuna interazione.

Il termine "comorbilità psichiatrica" va applicato a quei pazienti in cui vi è una storia di dipendenza che si accompagna ad uno o più disturbi psichiatrici e di personalità, anche quando una sola delle due condizioni assume evidenza clinica. Alla luce di queste considerazioni è importante prestare attenzione all'ordine nel quale i disturbi si sono manifestati. Si utilizzano perciò le categorie "disturbo primario" e "disturbo secondario", non tanto per delineare un ordine gerarchico rispetto alla eziologia, ma piuttosto una sequenza temporale dell'insorgenza dei disturbi. Questo ha lo scopo di determinare se e quando è possibile fare una diagnosi doppia e quando invece bisogna considerare il manifestarsi di un disturbo psichiatrico come conseguenza dell'abuso della sostanza psicoattiva (disturbo indotto) (1,2,3,4,5,6,7).

L'importanza di rilevare i disturbi psichiatrici e di personalità concomitanti in pazienti che abusano di sostanze psicoattive è quindi in relazione alla possibilità di individuare un trattamento farmacologico e/o psicologico-psichiatrico (trattamento sequenziale o parallelo o integrato) che consideri la specificità di ogni disturbo allo scopo di favorire la prevenzione della ricaduta nell'abuso delle sostanze psicoattive e di contenere l'aggravarsi dei disturbi psichiatrici e di personalità. In primo luogo è necessario istituire un adeguato trattamento farmacologico per il controllo del craving (desiderio dell'effetto conosciuto di una sostanza che mitiga il sentimento di malessere), questo desiderio può diventare irresistibile e generare un comportamento compulsivo di ricerca della sostanza psicoattiva, che è ritenuto uno dei segni più sicuri di rischio di ricaduta; contemporaneamente è di fondamentale importanza il trattamento della comorbidità psicopatologica associata, che è per la maggior parte costituita da disturbi d'ansia, dell'umore e di personalità, che agiscono da "stimoli interni negativi" facilitanti l'insorgere del craving (2,3,4,5,7,8,9,10). I più frequenti disturbi di Asse I del DSM IV che si accompagnano all'abuso di sostanze psicoattive sono i Disturbi dell'Umore (Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo Distimico, Disturbo Bipolare) e i Disturbi d'Ansia (Disturbo da Attacchi di Panico, Fobia Sociale, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato) ma si rilevano anche i Disturbi Psicotici, i Disturbi dell'Alimentazione e i Disturbi del Controllo degli Impulsi (Gioco d'Azzardo Patologico). Tra i disturbi di Asse II si riscontrano per la maggior parte quelli di gruppo B e C (Disturbo di Personalità Antisociale, Borderline, Narcisistico, Evitante e Dipendente), ma anche quelli appartenenti al gruppo A (Disturbo di Personalità Paranoide e Schizotipico) e il ritardo mentale (2,3,6,7,11,12,13).

In quest'ottica appare evidente l'importanza che assume il predisporre un assessment psicodiagnostico accurato, che permetta l'acquisizione di informazioni ad ampio raggio e su più livelli.

Il problema della diagnosi multidimensionale non si pone inoltre soltanto per la valutazione del paziente, ma va altresì nella direzione di una possibile (e auspicabile) integrazione dell'intervento da parte dei diversi operatori dell'equipe pluriprofessionale del Servizio (medici, psicologi, psichiatri, educatori, infermieri, ...) che entrano in gioco nella presa in carico del paziente comorbile, che inevitabilmente suscita problemi che investono le aree di competenza delle diverse professionalità. Una valutazione diagnostica accurata permette di attuare un progetto terapeutico condiviso, in cui ciascuna delle parti in gioco può operare al meglio per ciò che le compete, sentendosi al contempo parte di un processo integrativo (cioè un processo che va nella direzione del superamento della frammentazione tra parti differenziate delle organizzazioni di cura). Ciò può consentire, da una parte, una presa in carico continuativa che non sia soltanto basata sulla risposta alle situazioni di urgenza, dall'altra un miglioramento, nel tempo, del benessere del paziente, con il suo nucleo familiare, che si sente curato e accolto come "persona intera" pur nella sua multiproblematicità (11,12,13,14).

La diagnosi multidimensionale inoltre è fondamentale per la verifica di follow-up dell'andamento e dell'esito del trattamento personalizzato del paziente.

Nel trattamento della comorbidità psichiatrica nell'alcoldipendenza occorre agire contemporaneamente sui diversi fattori di mantenimento della dipendenza, prendendo quindi in considerazione gli aspetti neurobiologici, mediante l'utilizzo di farmaci

specifici, gli aspetti psicologici e psicopatologici, mediante interventi di sostegno e/o psicoterapeutici e psichiatrici, ed i fattori sociali, mediante interventi di assistenza e di riabilitazione sociale. Tali interventi coordinati costituiscono il modello di intervento del Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbilità Psichiatrica nell'Alcoldipendenza messo a punto dal Servizio Alcolgia-Ser.T 1 dell'Ospedale di Zevio (3,4,7,8,10,11).

Questo progetto è rivolto ad alcoldipendenti con disturbi psichiatrici e di personalità, con integrazione sociale di base ed adeguati per un programma terapeutico-riabilitativo ad alta soglia a medio-lungo termine per la prevenzione delle ricadute. I nuclei familiari partecipano al programma riabilitativo.

Gli obiettivi del progetto si dividono in:

Obiettivi generali:

- Organizzare una Struttura per il trattamento degli alcoldipendenti affetti da disturbi psichiatrici e per la prevenzione delle ricadute mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato a medio-lungo termine (socio-riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico);
- Attuare un protocollo clinico per la valutazione del trattamento riabilitativo integrato per la comorbilità psicopatologica (psichiatrica e di personalità) e di prevenzione delle ricadute.
- Accreditare una Struttura Specializzata per il trattamento intensivo (ricovero – centro diurno) e per il trattamento riabilitativo a medio-lungo termine.

Obiettivi Specifici:

- Aiutare a superare in modo sicuro e umano la sospensione dell'uso dell'alcol, la sindrome di astinenza, il craving correlato e le complicazioni psicopatologiche;
- Agevolare e incentivare l'inserimento in un programma terapeutico-riabilitativo integrato per la comorbilità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta;
- Ridurre l'aggravamento e la cronicizzazione dei disturbi psicopatologici (psichiatrici e di personalità) e favorire il cambiamento del comportamento di dipendenza ("riabilitazione");
- Organizzare il coordinamento (Comitato Coordinamento Alcoldipendenza) e la collaborazione con i Ser.T, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale, i Gruppi di Auto-Aiuto e le Associazioni di Volontariato per la gestione integrata e continuativa dell'alcoldipendente e del nucleo familiare. Organizzare la rilevazione epidemiologica;
- Valutare l'applicabilità, l'efficacia e i costi del trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica e di prevenzione delle ricadute.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato prevede una prima fase di accoglienza-diagnosi sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico, una seconda fase di disintossicazione, trattamento delle patologie correlate, trattamento della comorbilità psichiatrica e induzione del trattamento di prevenzione delle ricadute, intervento educativo-motivazionale, counselling individuale o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, ed una terza fase di trattamento per la comorbilità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta (Tab. 1,2,3,4,5) (9,10,11,12,13).

Tab. 1 PROCEDURE DELLO PSICOLOGO Pretrattamento

FASE (Tempi)	OBIETTIVI (Generali, Specifici)	PROCEDURE E AZIONI	STRUMENTI (Schede, Questionari, Test)
<p>Pretrattamento (4 giorni)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentazione programma • Valutazione caso (anamnestica e psicodiagnostica) • Diagnosi I livello • Avvio del programma terapeutico riabilitativo personalizzato 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentazione caso in equipe • Verifica criteri inclusione • Acquisizione documentazione clinica • Apertura cartella clinica • Valutazione aree psicologica e psicopatologica (colloquio clinico e somministrazione di strumenti psicodiagnostici) • Counselling individuale e familiare • Valutazione caso in equipe • Definizione programma terapeutico riabilitativo personalizzato • Coordinamento con Strutture Riabilitative di Accoglienza e Residenziali • Coordinamento con Istituzioni Pubbliche e Private (Servizi Az., ULSS, Comuni...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella clinica • Scheda alcoldependenti • Scheda valutazione accoglienza • Scheda criteri di inclusione • MAC/A • Modulo valutazione equipe • Relazione inserimento • Modulo programma riabilitativo

Tab. 2 PROCEDURE DELLO PSICOLOGO Accoglienza-Diagnosi, Disintossicazione

FASE (Tempi)	OBIETTIVI (Generali, specifici)	PROCEDURE E AZIONI	STRUMENTI Schede, Questionari, Test)
Accoglienza Diagnosi Disintossicazione (1mese)	<ul style="list-style-type: none"> • Sospensione uso alcol • Superamento sindrome di astinenza e craving acuto correlato • Diagnosi di I livello 	<ul style="list-style-type: none"> • Compilazione cartella clinica aperta in fase di pretrattamento • Valutazione aree psicologica e psicopatologica (colloquio clinico e somministrazione di strumenti psicodiagnostici) • Counselling individuale e familiare • Valutazione caso in equipe • Definizione programma riabilitativo personalizzato • Invio all’Agenzia di riabilitazione e reinserimento sociale • Coordinamento con Strutture riabilitative di accoglienza e residenziali • Coordinamento con Istituzioni Pubbliche e Private (Servizi Az., ULSS, Comuni...) • Organizzazione follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella clinica • Scheda alcolodipendenti • FES • MAC/A • ASI, SAD Q • HDRS • STAI 1, 2 • Questionario soddisfazione • Scheda valutazione trattamento • Relazione inserimento • Modulo follow-up • Scheda sintesi trattamento

Tab. 3 PROCEDURE DELLO PSICOLOGO Riabilitazione

FASE (Tempi)	OBIETTIVI (Generali, Specifici)	PROCEDURE E AZIONI	STRUMENTI (Schede, Questionari, Test)
<p>Riabilitazione Breve termine (2- 6 mesi) Medio-lungo termine (1-2 anni)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adesione al Servizio • Diagnosi di II livello • Prevenzione ricadute • Riabilitazione e reinserimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Compilazione cartella clinica aperta in fase di pretrattamento • Valutazione aree psicologica e psicopatologica (colloquio clinico e somministrazione di strumenti psicodiagnostici) • Counselling individuale e familiare • Psicoterapia individuale familiare e di gruppo • Coordinamento con Strutture Riabilitative di Accoglienza e Residenziali • Coordinamento con Istituzioni Pubbliche e Private (Servizi AZ., ULSS, Comuni...) • Verifica esterna (Strutture Riabilitative coinvolte) • Valutazione caso in equipe • Gestione follow-up 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella clinica • Scheda alcoldipendenti • MAC/A • ASI, SAD Q • HDRS • STAI 1 e 2 • FES • MMPI 2 • SCIDP e II • Questionario soddisfazione • Relazione Inserimento • Scheda valutazione trattamento • Modulo follow-up • Scheda sintesi trattamento

Tab. 4 PROCEDURE DELLO PSICOLOGO Follow-up

FASE (Tempi)	OBIETTIVI Generali, Specifici)	PROCEDURE E AZIONI	STRUMENTI (Schede, Questionari, Test)
Follow-up (1, 3, 6, 12, 18, 24 mesi)	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica andamento/esito trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloquio clinico e somministrazione di strumenti psicodiagnostici • Verifica esterna (Strutture Riabilitative coinvolte) • Valutazione caso in equipe (follow-up andamento ed esito trattamento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella clinica • Scheda alcoldipendenti • MAC/A • ASI, SAD Q • HDRS • STAI 1 e 2 • FES • MMPI 2 • Questionario soddisfazione • Relazione inserimento • Scheda valutazione trattamento • Modulo follow-up • Scheda sintesi trattamento

Tab. 5 PROCEDURE DELLO PSICOLOGO Fine programma

FASE (Tempi)	OBIETTIVI (Generali, Specifici)	PROCEDURE E AZIONI	STRUMENTI (Schede Questionari, Test)
Fine programma	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica andamento/esito trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloquio clinico e somministrazione di strumenti psicodiagnostici • Verifica esterna (Strutture Riabilitative coinvolte) • Valutazione caso in equipe (follow-up andamento ed esito trattamento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella clinica • Scheda alcoldipendenti • Questionario soddisfazione • Relazione inserimento • Scheda valutazione trattamento • Modulo follow-up • Scheda sintesi trattamento

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Prima di considerare nello specifico gli aspetti metodologici e procedurali dello studio, è opportuno fare alcune considerazioni generali sui recenti cambiamenti di prospettiva nell'approccio valutativo dell'alcoldipendenza e dei disturbi psicopatologici ad essa correlati.

Negli ultimi studi è emerso chiaramente una nuova tipologia di "alcolista" in cui vengono individuate più variabili indipendenti ed interattive quali la predisposizione genetica, la vulnerabilità psicobiologica, le caratteristiche della personalità, la presenza di una psicopatologia concomitante, le modalità di consumo dell'alcol, l'ambiente familiare, lo stato socio-economico, la cultura, il costume, le tradizioni,

Dal momento, dunque, che le cause determinanti l'esordio, l'andamento e l'esito dei disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive sono molteplici, data la complessa eterogeneità dei soggetti e i progressi compiuti in campo psichiatrico nella classificazione dei disturbi, non sorprende la necessità di valutare il paziente alcoldipendente con un "assessment multidimensionale" (3,5,6,7,8,9,10,11,15).

Con il termine assessment s'intende un'ampia valutazione iniziale del caso che consenta di:

- decidere circa la possibilità e/o l'opportunità della presa in carico;
- ricostruire meccanismi e processi che sottendono i problemi o i disturbi manifestati;
- identificare modalità di trattamento appropriate per far fronte ai problemi della persona in maniera efficace e duratura;
- individuare e concordare con il paziente sia obiettivi immediati sia obiettivi di medio-lungo periodo dell'eventuale trattamento (16).

Va tenuto presente che l'assessment iniziale è costituito sia da ipotesi sia da misurazioni. L'assessment implica una mole relativamente ampia di misurazioni (questionari, scale di valutazione e test psicologici) che forniscono sia la base informativa su cui posa la parte ipotetica dell'assessment sia i dati necessari per costruire una o più "linee di base". Quest'ultime permettono di verificare i progressi che si avranno nel corso dell'intervento terapeutico riabilitativo e di attuare un confronto con misure analoghe, che potranno essere ripetute nei successivi follow-up di andamento e di esito del trattamento personalizzato.

Per quanto concerne l'assessment multidimensionale utilizzato nel Progetto "Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbilità Psichiatrica nell'Alcoldipendenza. Programma Intensivo e Riabilitativo di Prevenzione delle Ricadute" è stato preso in considerazione il concetto di "diagnosi dinamica" per il trattamento della tossicodipendenza e dell'alcolismo, che viene considerato indispensabile da molti autori nazionali ed internazionali (1,2,3,5,7,8,9,10,11).

Nel percorso terapeutico e riabilitativo sono individuate due fasi diagnostiche, una prima e una dopo la disintossicazione (diagnosi di 1° e di 2° livello), che comportano un lavoro di integrazione ed elaborazione di osservazioni, interpretazioni e verifiche sul paziente. La differenziazione di due livelli diagnostici è motivata dalle alterazioni neuro-ormonali (neurotrasmettitori e neuromodulatori) legate al neuroadattamento dell'astinenza: tali modificazioni, infatti, impediscono un quadro valutativo stabile dell'area psicologica, psicopatologica, comportamentale e relazionale del paziente. La

fase diagnostica prima della disintossicazione (diagnosi di 1° livello) consiste in una dettagliata raccolta di dati anamnestici, controlli clinici (tossicologici, emato-chimici, strumentali) e valutazioni psicometriche. L'analisi di questi dati e la conseguente formulazione di un'ipotesi diagnostica consentono di decidere quali siano le modalità di disintossicazione, d'intervento farmacologico e psicosociale più idonee. La successiva fase diagnostica (diagnosi di 2° livello) viene attuata dopo 4/6 settimane di astinenza dalla sostanza psicoattiva: in questa fase, in conseguenza del neuroadattamento cerebrale ed essendo minori le interferenze farmacologiche, si ottengono valutazioni diverse che permettono di individuare problematiche psicopatologiche preesistenti e/o associate all'uso della sostanza psicoattiva (2,3,4,7,9,11,12,13,15,17).

Ne deriva un quadro psicodiagnostico più stabile e reale in cui diventa significativo il nesso tra la compulsione del soggetto verso la sostanza psicoattiva e le preesistenti o associate problematiche psicopatologiche; eventuali disturbi psichiatrici, di personalità e neurologici vengono analizzati con procedure specifiche e non solo in modo secondario all'abuso delle sostanze psicoattive (Tab. 6).

Pertanto la "diagnosi dinamica" implica una complessa serie di osservazioni che richiedono una integrazione delle varie professionalità presenti nell'equipe dei Servi

MAC/A

Il MAC/A è un questionario che permette di valutare, in maniera rapida ed obiettiva, il livello di motivazione al cambiamento nella dipendenza da alcol. Tale strumento consente di sviluppare una proposta terapeutica che possa avere la massima probabilità di essere accettata e quindi portata avanti con continuità ed efficacia. Inoltre fornisce una valutazione che permette sia la collocazione della persona nel continuum degli stadi di cambiamento, sia un'analisi delle capacità dinamiche del soggetto.

Il quadro teorico di riferimento è "l'approccio motivazionale", un modello di counselling e di intervento terapeutico che valuta la motivazione del paziente accrescendone, se necessario, la disponibilità ad accettare i trattamenti più opportuni (18).

Gli stadi di cambiamento che vengono valutati sono:

1. Precontemplazione: stadio di non riconoscimento della dipendenza dalla sostanza come un problema;
2. Contemplazione: stadio di accentuata ambivalenza rispetto all'uso della sostanza;
3. Determinazione: stadio di ricerca di una soluzione al problema;
4. Azione: stadio di attivazione delle soluzioni scelte;
5. Mantenimento: stadio di consolidamento di nuove abitudini fino ad un abbandono del problema;
6. Ricaduta: possibili regressioni a stadi precedenti.

I vari progetti terapeutici per favorire un avanzamento nel processo di cambiamento devono tener conto dello stadio in cui il paziente si trova.

La versione utilizzata è quella realizzata e validata da Spiller e Guelfi, composta da 24 item, a cui il paziente deve rispondere secondo una scala likert a cinque livelli che indica il grado di accordo o disaccordo con il contenuto della frase (18).

Tab. 6 FLOW-CHART DELLO STUDIO

	PRE TRATTAMENTO (giorni)				ACCOGLIENZA DIAGNOSI DISINTOSSICAZIONE (settimane)				RIABILITAZIONE FOLLOW UP (mesi)			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	3°	6°	12°
Verifica criteri di selezione	■											
Spiegazione dello studio al paziente	■											
Firma modulo privacy	■	■										
Firma modulo consenso informato	■	■										
Anamnesi --> MEDICA		■										
--> TOSSICOLOGICA		■										
--> PSICOSOCIALE		■										
Esame obiettivo					■				■	■	■	
Visita psichiatrica			■		■			■	■	■	■	
Richiesta esami laboratorio		■							■	■	■	■
Richiesta ECG		■							■	■	■	■
Richiesta RX Torace e altre indagini		■							■	■	■	■
Indagini di laboratorio e strumentali		■							■	■	■	■
Scala Astinenza (CIWA-AR)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Scala Craving (VAS CRAVING)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
CAGE, MALT, Diario Alcolologico		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Scala Effetti Collaterali (se presenti)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Segnalazione Reazioni Avverse (se presenti)			■		■	■	■	■	■	■	■	■
Metaboliti urinari			■		■	■	■	■	■	■	■	■
Programma terapeutico/riabilitativo								■	■	■	■	■
Follow-up Programma terapeutico/riabilitativo								■	■	■	■	■
QUESTIONARI E TEST PSICOLOGICI												
Questionario di soddisfazione								■	■	■	■	■
MAC/A			■					■	■	■	■	■
ASI, SADQ			■		■			■	■	■	■	■
VGF (DSM IV)			■					■	■	■	■	■
HDRS					■			■	■	■	■	■
STAI					■			■	■	■	■	■
FES								■	■	■	■	■
MMPI 2								■	■	■	■	■
SCID P								■	■	■	■	■
SCID II								■	■	■	■	■
C.G.I.								■	■	■	■	■

LEGENDA:
MEDICO
PSICOLOGO
PSICHIATRA
MEDICO + INFERMIERE
MEDICO + PSICOLOGO

L'analisi dei fattori motivazionali che spingono al cambiamento viene effettuata valutando tre aspetti distinti, a cui corrispondono determinati raggruppamenti di item:

- La **disponibilità al cambiamento (R)** che esprime quanto il paziente sia pronto a cambiare, mediante la collocazione negli stadi del cambiamento;
- L'**autoefficacia (S)** che indica quanto il paziente sia capace di cambiare, attraverso una valutazione della fiducia nelle proprie possibilità (in riferimento al concetto di autoefficacia di Bandura);
- La **frattura interiore (F)** che rappresenta la discrepanza fra la situazione attuale del paziente e la condizione che egli vorrebbe ottenere in base alle proprie aspettative e mete ideali.

Questo strumento è stato introdotto nel progetto perché, valutando il livello di motivazione, consente di elaborare un efficace intervento terapeutico riabilitativo personalizzato e al contempo di favorire l'aumento della motivazione al trattamento.

MAC/A

Motivazione Al Cambiamento/Alcol
Spiller e Guelfi 1998

Aspetti Psicologici

- Valutazione qualitativa della motivazione
- Valutazione dell'autostima
- Valutazione trattamento riabilitativo
- Valutazione del livello motivazionale in relazione al trattamento riabilitativo
- Dissonanza tra potenzialità effettive e mete ideali

ASI

L'ASI è un'intervista semi-strutturata che valuta la compromissione del paziente in sette aree problematiche: Condizione Medica, Condizione Lavorativa, Uso di Alcol, Uso di Droga, Status Legale, Relazioni Familiari e Sociali, Stato Psicico. Questo strumento è stato elaborato da McLellan e i suoi collaboratori alla fine degli anni '70 presso il Servizio per il Trattamento delle Tossicodipendenze dell'Università di Filadelfia (19). Essi fecero delle ricerche per realizzare un sistema di valutazione che permettesse di accoppiare pazienti e programmi riabilitativi con il fine di ottenere un aumento dell'efficacia dei trattamenti.

L'ASI si basa sulla premessa che la dipendenza sia considerata nel contesto di quei disturbi che possono aver contribuito o possono essere derivati dall'abuso di sostanze psicoattive. L'obiettivo dell'utilizzo dell'ASI è quello di ottenere un profilo della gravità dei problemi mediante la valutazione dei settori prima considerati.

Questo strumento, facilmente utilizzabile da diverse figure professionali (previo opportuno corso di addestramento), permette una raccolta sintetica e strutturata di informazioni e dati diversi (psicologici, psicopatologici, medici, penali, sociali e familiari).

Ogni area viene indagata per mezzo di item oggettivi e soggettivi. Gli item oggettivi raccolgono dati sulla quantità, la durata e l'intensità dei sintomi e delle situazioni di instabilità riferendosi al mese precedente al colloquio o all'intera vita precedente. Gli item soggettivi richiedono al paziente di valutare la gravità della propria situazione e la misura in cui ritiene importante ricevere un trattamento. L'esaminato infatti deve descrivere quanto è stato disturbato o preoccupato nell'ultimo mese per problemi relativi a quell'area appena esplorata e quanto sarebbe importante per lui ricevere un trattamento.

Anche l'intervistatore valuta la gravità della situazione del paziente sulla base dei dati oggettivi e soggettivi forniti dallo stesso. Queste valutazioni di gravità, inserite in una griglia riassuntiva, forniscono un quadro immediato e contemporaneo della situazione del paziente in ogni singola area.

La scelta di questo strumento è giustificata dalla necessità di avere in poco tempo e in modo sintetico un quadro situazionale dell'alcoldipendente per meglio individuare un programma terapeutico riabilitativo adeguato (20).

ASI

Addiction Severity Index

McLellan e coll. 1979, adatt. Italiano di Consoli e Bennardo, 1995

Disturbi Psicici e Disagi Psicologici
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomi psicologici in relazione a problemi familiari o sociali • Tratti depressivi • Stressor sociali e disturbi di personalità • Disturbo post-traumatico da stress • Dipendenza da alcol e da eroina • Categorizzazione e caratteristiche dei pazienti con doppia diagnosi
Valutazione di Programmi e Trattamenti
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei programmi comunitari residenziali • Valutazione della psicoterapia in diversi campioni (dipendenti da cocaina, dipendenti da alcol, adolescenti tossicodipendenti) • Valutazione del trattamento di disintossicazione

MMPI-2

L'MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) è un questionario di personalità ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

Tale strumento nacque attorno al 1940 dall'esigenza dello psicologo S. R. Hathaway e del neuropsichiatra J. C. McKinley di avere a disposizione un test pratico ed efficace per elaborare diagnosi psichiatriche e per determinare la gravità del disturbo psicopatologico (21).

Per la costruzione del test gli autori hanno utilizzato un tipo di valutazione detta empirica: infatti hanno elaborato un migliaio di affermazioni che, in un secondo momento, sono state presentate a pazienti (ipocondriaci, depressi, isterici, paranoici, psicoastenici, schizofrenici, ipomaniaci e psicopatici) dell'Ospedale dell'Università del Minnesota e a soggetti appartenenti alla popolazione generale (visitatori, parenti o amici dei pazienti). Da questo pool iniziale di item sono stati selezionati quelli che erano in grado di discriminare il gruppo dei "normali" dal gruppo dei "patologici" (22).

Il test consiste in una serie di affermazioni alle quali il soggetto deve rispondere esprimendo un giudizio di vero o prevalentemente vero o falso o prevalentemente falso per la sua persona.

Le risposte possono essere interpretate sia singolarmente per il loro particolare contenuto (item critici), che organizzate secondo particolari scale dette di validità e cliniche.

Cinquant'anni dopo l'ideazione e lo sviluppo dell'MMPI è stata elaborata una nuova versione (MMPI 2) che si differenzia dalla precedente per l'aggiunta di nuovi indicatori di validità e scale supplementari; è stato inoltre adottato un nuovo metodo per trasformare i punteggi grezzi in punti *t* e sono stati utilizzati standard normativi più rappresentativi della popolazione italiana.

Il questionario utilizzato è la forma completa costituita da 567 item suddivisibili in 6 scale di validità, 10 scale di base, 12 supplementari e 15 di contenuto:

Scale di validità:

Scala "?: (*Cannot Say*): indica il numero di item cui non è stata data risposta. Se supera il 10 % del totale il test non è utilizzabile.

Scala L: Menzogna (*Lie*): misura la tendenza di una persona a fornire risposte socialmente accettabili, quindi a fornire un'immagine socialmente desiderabile; è ritenuta una scala dei "meccanismi di difesa coscienti".

Scala F: Frequenza (*Frequency*): misura la tendenza di una persona ad ammettere la presenza di disturbi emotivi attivi. Aiuta a differenziare tra nevrosi e psicosi e a verificare la validità ed attendibilità del test.

Scala K: Correzione (*Correction*): offre indicazioni riguardo l'atteggiamento verso il test poiché mette in evidenza comportamenti di difesa più sottili; è ritenuta la scala delle difese più profonde.

Scala Fb: (*Back F*): permette di valutare il mantenimento d'attenzione durante la somministrazione;

Scala VRIN (*Variable Response Inconsistency*) e **Scala TRIN** (*True Response Inconsistency*): misurano la tendenza a simulare un funzionamento psicologico buono o inadeguato.

Scale cliniche:

Scala 1 – Hs: Ipocondria (*Hypochondrias*): valuta l'ammissione di problemi somatici e se tali problemi sono strumentalizzati nei rapporti con gli altri.

Scala 2 – D: Depressione (*Depression*): valuta l'umore e le varie forme sintomatiche di depressione.

Scala 3 – Hy: Isteria (*Hysteria*): valuta l'ammissione di problemi di natura fisica e in generale gli atteggiamenti di negazione verso i problemi personali. È un indice di conversione somatica dell'ansia.

Scala 4 – Pd: Deviazione Psicopatica (*Psychopathic Deviate*): considerata una scala di carattere; valuta capacità di controllo sulle risposte emotive, capacità di stabilire rapporti interpersonali, capacità di introiezione delle regole sociali.

Scala 5 – Mf: Mascolinità-Femminilità (*Maculinity-Feminility*): valuta l'introiezione di modelli comportamentali maschili o femminili.

Scala 6 – Pa: Paranoia (*Paranoia*): valuta la rigidità, l'ostilità, l'autocontrollo, la sospettosità, la sensibilità; è una misura del grado di adattamento del soggetto verso la realtà.

Scala 7 – Pt: Psicastenia (*Psychastenia*): evidenzia la presenza di ansia generalizzata, libera e più profonda; valuta i rituali fobici, le tendenze ossessive fino ad un'ideazione delirante.

Scala 8 – Sc: Schizofrenia (*Schizophrenia*): valuta la presenza di pensieri o comportamenti bizzarri, distorsioni o peculiarità della percezione, il contatto del soggetto con l'esterno e la capacità di esternalizzare i contenuti personali.

Scala 9 – Ma: Ipomania (*Hypomania*): valuta il livello di energia che il soggetto mette nelle cose sia a livello motorio – comportamentale, sia a livello di produzione ideativa; presenza di idee di grandezza, irritabilità, competitività, impazienza.

Scala 0 – Si: Introversione Sociale (*Social Introversion*): valuta il contatto sociale e le sensazioni di difficoltà, insicurezza e preoccupazione nelle situazioni sociali.

Scale supplementari:

A (*Ansia*): valuta il livello di stress, disagio o stato emotivo turbato.

R (*Repressione*): indaga il livello di convenzionalità, sottomissione e tendenza ad evitare situazioni spiacevoli.

Es (*Forza dell'Io*): misura la capacità di trarre profitto dalla psicoterapia.

MAC-R (*Scala MacAndrew di Alcolismo Rivista*): valuta la tendenza in generale all'abuso di sostanze.

O-H (*Ostilità Ipercontrollata*): misura la capacità di tollerare le frustrazioni senza reagire.

Do (*Leadership*): considera la tendenza ad assumere il controllo nelle relazioni interpersonali.

Re (*Responsabilità Sociale*): indaga il livello di responsabilità sociale percepito.

Mt (*Disadattamento Scolastico*): discrimina tra studenti emotivamente adattati e non.

Pk e Ps (*Scale di Disturbo Post-traumatico da Stress*): diagnosticano questo tipo di disturbi.

Gm e Gf (*Scale dei Ruoli Sessuali*): forniscono informazioni sulla percezione dei ruoli sessuali.

MDS (*Scala di Disagio Coniugale*): identifica i contrasti nelle relazioni di coppia.

APS (*Scala di Tossicodipendenza Potenziale*): valuta le potenzialità a sviluppare problematiche legate all'abuso di sostanze.

AAS (*Scala di Ammissione di Tossicodipendenza*): integra la APS esprimendo quanto il soggetto sta ammettendo apertamente di avere problemi connessi all'abuso di sostanze.

Scale di contenuto:

ANX (*Ansia-Anxiety*): individua sintomi generali di ansia, problemi somatici, difficoltà di sonno e concentrazione.

FRS (*Paure-Fears*): misura le paure e le fobie.

OBS (*Ossessività-Obsessiveness*): valuta i disturbi ossessivi.

DEP (*Depressione-Depression*): individua i pensieri significativamente depressi.

HEA (*Preoccupazioni per la Salute-Health Concerns*): individua soggetti che dichiarano sintomi fisici su tutto il corpo.

BIZ (*Ideazione Bizzarra-Bizarre Mentation*): misura i processi di pensiero psicotico.

ANG (*Rabbia-Anger*): individua i soggetti con problemi di controllo della rabbia.

CYN (*Cinismo-Cynism*): misura la tendenza alla misantropia e sospettosità verso gli altri.

ASP (*Comportamenti Antisociali-Antisocial Practices*): individua soggetti che hanno avuto problemi di comportamento antisociale nel passato.

TPA (*Tipo A-Type A*): individua i soggetti di tipo A ipermotivati, centrati sul lavoro e irritabili (patologie cardiovascolari).

LSE (*Bassa Autostima-Low Self-Esteem*): individua persone con bassa opinione di sé.

SOD (*Disagio Sociale-Social Discomfort*): misura il disagio a stare in gruppo.

FAM (*Problemi Familiari-Family Problems*): segnala la presenza di conflitti familiari.

WRK (*Difficoltà sul Lavoro-Work Interference*): misura i contrasti sul lavoro.

TRT (*Indicatori di Difficoltà di Trattamento-Negative Treatment Indicators*): valuta gli atteggiamenti negativi verso i trattamenti di salute mentale.

La scelta dell'MMPI-2 nasce dalla necessità di usare uno strumento che offra una validità delle informazioni raccolte soprattutto con soggetti poco attendibili quali gli alcol dipendenti. Inoltre si può ritenere che questo test possa essere complementare all'ASI perché approfondisce i sintomi psichiatrici riferiti in questo strumento. Inoltre l'MMPI-2 è utilizzato nella fase diagnostica dove viene formulata una diagnosi di II livello.

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
S.R. Hathaway e J.C. McKinley (1997)

Disturbi Psichici e Disagi Psicologici
<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi depressivi • Disturbi d'ansia e disturbi somatoformi • Disturbi antisociali • Paranoia • Schizofrenia • Disturbi relazionali • Disturbi di adattamento • Problematiche sessuali • Problematiche legate alla dipendenza • Valutazione caratteristiche di personalità (forza dell'Io, meccanismi di difesa, aggressività, autostima) • Valutazione del trattamento farmacologico e non • Relazione tra i disturbi psichici ed altre variabili (fattori psicosociali, rischio suicidario...)

STAI 1 e 2

L'ansia è uno stato affettivo generale e radicale nell'uomo che può essere considerato non tanto un sintomo o una sindrome delimitata, quanto una modalità di esistenza i cui estremi entrano nel dominio della psicopatologia partendo da sentimenti di apprensività, inquietudine e paura. Qualunque sia il modello teorico per spiegare tale stato psicologico, è innegabile che lo stress e le sue manifestazioni hanno assunto oggi una rilevanza culturale nella vita sociale e nella pratica clinica.

Da ciò nasce l'importanza di poter disporre di strumenti di rilevazione e misurazione dell'ansia (strumenti psicometrici attendibili e validi) sia per le finalità di tipo psicodiagnostico sia per verificare l'efficacia e i benefici della psicoterapia, dei programmi psicosociali o dei trattamenti psicofarmacologici.

Lo STAI (State-Trait Anxiety Inventory) di C.D. Spielberger oltre a soddisfare tutti questi requisiti permette anche una differenziazione concettuale tra Ansia di Stato e Ansia di Tratto. Infatti il test è composto di due scale separate che consentono di misurare due distinti concetti di ansia: l'ansia di Stato (A-Stato) è definita come uno stato transitorio emotivo o come condizione dell'organismo percepita a livello cosciente come tensione ed apprensione; mentre l'ansia di Tratto (A-Tratto) invece si riferisce a differenze individuali relativamente stabili nella disposizione verso l'ansia, cioè nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere a tali situazioni con diversa intensità (23).

Ciascuna delle due scale, Stai Forma Y-1 (Ansia di Stato) e Stai Forma Y-2 (Ansia di Tratto), è costituita da 20 affermazioni a cui il soggetto dovrà rispondere valutando, su di una scala likert a 4 punti, l'intensità dei propri sentimenti. Nella prima, agli esaminati viene chiesto come si sentono in un particolare momento, nella seconda invece viene chiesto loro di descrivere come si sentono generalmente, valutando la frequenza dei sentimenti d'ansia.

STAI

State-Trait Anxiety Inventory di Spielberger, 1989

Disturbi Psicici e Disagi Psicologici

- Relazione tra il disturbo ansioso e vari disagi psicici (disturbi alimentari, disturbi depressivi, disturbi dovuti ad esperienze stressanti, disturbi psicosomatici)
- Valutazione di trattamenti in disturbi vari (terapia elettroconvulsiva nella depressione)
- Valutazione del trattamento farmacologico del disturbo ansioso
- Valutazione del trattamento farmacologico in disturbi vari (disturbo post-traumatico da stress, disturbi depressivi)
- Valutazione psicodiagnostica di diversi campioni (alcoldipendenti, fumatori, sieropositivi all'HIV, soggetti psichiatrici)

Disturbi Organici

- Valutazione dell'ansia in diversi campioni (pazienti con cancro, pazienti ricoverati in medicina generale)
- Relazione fra il livello di ansia e disturbi vari (disturbi gastrici, disturbi coronarici, adenoma ipofisario)

H.D.R.S.

L'H.D.R.S. (*Hamilton Depression Rating Scale*) è stata elaborata da Hamilton nel 1960 e misura lo stato depressivo. La validazione di questa scala è stata ottenuta su base empirica attraverso alcuni studi tra cui citiamo quello di L. Collet J. Cottraux, realizzato su un campione di 50 pazienti depressi ambulatoriali secondo i criteri di Feighner (24).

Un altro studio è stato condotto da H. Baumann e A. Setrakian, su una popolazione di 1354 pazienti trattati in ambulatorio o nel corso di una ospedalizzazione nel quadro di uno studio multicentrico (25).

La versione utilizzata è quella americana di 26 item e viene compilata dall'esaminatore dopo il colloquio con il paziente.

L'utilizzo di tale strumento è legato ad un bisogno di avere una misura più esaustiva dello stato depressivo del paziente considerando che il disturbo depressivo rappresenta uno degli aspetti comorbili più frequenti nella patologia dell'alcol dipendente e un importante fattore di rischio della ricaduta.

HDRS

Hamilton Depression Rating Scale, 1960

Intervista strutturata

Disturbi Psicici e Disagi Psicologici

- Valutazione del trattamento farmacologico dei disturbi depressivi
- Valutazione di trattamenti vari per i disturbi depressivi (fototerapia, psicoterapia...)
- Valutazione del trattamento farmacologico di disturbi vari (bulimia, disturbi psicotici con stati depressivi)
- Valutazione di sintomi depressivi in disturbi vari (disturbo posttraumatico da stress, disturbo da attacco da panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'asse I e II del DSM)
- Relazioni fra il disturbo depressivo ed altre variabili (fattori psicosociali, rischio suicidario, dipendenza)

Disturbi Organici

- Valutazione di sintomi depressivi in disturbi vari (pazienti ricoverati in medicina generale, infezione da HIV e AIDS, cancro, demenza)
- Relazione fra la depressione e il sistema immunitario
- Valutazione del trattamento farmacologico di disturbi vari (Morbo di Parkinson, Fibromialgia, Demenza di Alzheimer)

FES

La FES (*Family Environment Scales*) è stata elaborata e pubblicata nel 1974 da Moos, Insel e Humphrey (26). Il suo adattamento italiano è iniziato diversi anni fa e le scale vennero utilizzate soprattutto in ambito di ricerca; tuttavia non si è ancora arrivati ad una edizione pienamente soddisfacente e definitiva. Pertanto l'utilizzo di tale test nel progetto ha un valore sperimentale (27).

Lo strumento è composto da 11 subscale, di 10 item ciascuna, per un totale di 110 item e misura il clima familiare su 3 aree: Relazione, Crescita Personale e Omeostasi. L'area di **Relazione**, comprendente le dimensioni della Coesione Familiare, della Capacità di Espressione e del Conflitto, permette di valutare quanto i membri di una famiglia siano in relazione tra loro e costruiscano un sistema super-individuale. La **Crescita Personale** comprende 5 dimensioni che valutano i processi di sviluppo personale e sociale: Indipendenza, Impegno di Realizzazione, Sensibilità Culturale della famiglia, Orientamento Religioso della famiglia, Orientamento Ludico Attivo della famiglia.

L'area di **Omeostasi**, con le dimensioni di Organizzazione Familiare e Controllo Familiare verifica la stabilità della struttura familiare e la sua resistenza al cambiamento. Nel 1980 è stata aggiunta una scala di Desiderabilità Sociale Familiare allo scopo di controllare la possibile componente di idealizzazione che distorce le risposte.

Nel progetto l'uso della FES ci permette di raccogliere un insieme di dati che riguardano le dinamiche relazionali nel contesto familiare, ambito che risulta importante per la comprensione delle problematiche dell'alcoldipendenza.

FES

Family Environment Scales

Moos, Insel e Humphrey (1974) adatt. italiano Cusinato M. e Cristante F. (1999)

Disturbi Psicici e Disagi Psicologici

- Interazioni familiari e salute mentale
- Disturbi depressivi
- Autostima e senso di efficacia
- Familiarità per disturbi psicici
- Meccanismi difensivi nelle relazioni familiari

Disturbi Organici

- Disturbi cronici
- Adattamento all'ospedalizzazione

SCID

L'Intervista Clinica SCID è un'intervista semi-strutturata, basata sulla classificazione del DSM-III-R, che permette una valutazione sistematica sia dei disturbi dell'Asse I che di quelli dell'Asse II.

Nel 1983, in previsione della diffusa adozione dei criteri e del linguaggio del DSM-III per la descrizione dei soggetti di ricerca, ebbe inizio il lavoro sullo SCID come strumento per fare la diagnosi in accordo con il DSM-III (28). Lo SCID includeva parecchie caratteristiche che non erano presenti negli strumenti precedenti e che avrebbero facilitato il suo uso nella ricerca psichiatrica, come ad esempio una sezione di rassegna che permetta al paziente di descrivere lo sviluppo dell'episodio in atto ed un'altra sezione che permetta ai ricercatori di eliminare una o più classi diagnostiche rilevanti per lo studio. Nel 1985 il Biometrics Research Department del New York Psychiatric Institute ricevette un finanziamento per determinare l'attendibilità dello SCID in diversi gruppi di soggetti malati e non.

Nell'applicazione di questo test, i criteri diagnostici del DSM-III furono sottoposti a revisione per la pubblicazione del DSM-III-R e furono inclusi nelle versioni dello SCID che furono testate.

Tale intervista è divisa in separati moduli diagnostici che permettono al diagnosa con domande aperte di fare uno screening dei disturbi esaminati.

Le edizioni dello SCID sono:

1) SCID-P (edizione per pazienti) destinato all'uso con soggetti identificati come pazienti psichiatrici e contiene i seguenti moduli diagnostici relativi all'Asse I:

- Sindromi dell'umore
- Sintomi psicotici e associati
- Disturbi psicotici (diagnosi differenziale)
- Disturbi dell'umore
- Disturbi da uso di sostanze psicoattive
- Disturbi dell'ansia
- Disturbi somatoformi
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi di adattamento

Lo SCID-NP viene utilizzato in studi in cui i soggetti non sono identificati come pazienti psichiatrici (studi familiari, ricerche mediche). I moduli diagnostici dello SCID-NP sono gli stessi dello SCID-P con screening psicotico.

2) Lo SCID-II viene usato per valutare 12 diversi disturbi di personalità dell'Asse II: 11 sono nel DSM-III R e il 12°, Disturbo Auto-frustrante di personalità appare nell'Appendice A del DSM-III R. Per rendere più agibile l'uso dello SCID-II è possibile utilizzare il Questionario di Personalità autocompilato dal soggetto che permette di

ottenere uno screening dei disturbi di personalità orientando l'intervista (SCID-II) alle aree critiche individuate.

Data la base empirica con cui è stato costruito questo strumento, la validità e l'attendibilità sono state studiate in ambito di ricerca in cui si è valutato l'accordo tra diagnosi fatte con la tecnica di valutazione e altri ipotetici "standard ottimali".

Nel progetto si è ritenuto utile adottare lo SCID-P e lo SCID-II per formulare una diagnosi di II livello con un linguaggio universalmente riconosciuto quale è il DSM-III-R, che è solo lievemente differente dell'attuale DSM IV.

SCID

Intervista Clinica Strutturata per il DSM-III-R, 1993

Disturbi Psicici e Disagi Psicologici
<ul style="list-style-type: none">• Sindromi dell'umore• Sintomi psicotici ed associati• Disturbi psicotici• Disturbi dell'umore• Disturbi da uso di sostanze psicoattive• Disturbi d'ansia• Disturbi somatoformi• Disturbi alimentari• Disturbi di adattamento• Disturbi della personalità (asse II DSM III-R)• Schizofrenia• Sintomi e disturbi dissociativi• Disturbi sessuali e dell'identità di genere• Prevalenza, natura e comorbidità dei disturbi psichici in medicina generale• Cronologia della comorbidità• Valutazione del trattamento farmacologico

CONCLUSIONI

L'assessment psicodiagnostico presentato è un modello operativo utilizzato con opportune variazioni per altri Progetti attivati presso lo stesso Servizio ("Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbidità Psichiatrica" e "Trattamento Riabilitativo Integrato della Tossicodipendenza da Oppiacei") e prevede una fase di valutazione e di verifica della validità delle procedure adottate.

Attualmente lo studio è alla conclusione di questa prima fase ed i risultati emersi serviranno per eventuali correzioni e/o modifiche del modello stesso.

BIBLIOGRAFIA

1. Zimberg S. *Diagnosi e diagnosi differenziale dell'Alcolismo*. In *La cura dell'Alcolismo*. Ferro, Milano, 1984.
2. Cibir M., Sartori P., Gentile N., Sanavio D. *Alcolodipendenza ed altri disturbi mentali: diagnosi differenziale ed approccio terapeutico*. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e Disturbi Mentali*. Centro Studi Psichiatria e Territorio, Collana dell'Elleboro, Forte dei Marmi, 1996.
3. Nace E.P. *Il paziente con doppia diagnosi*. In Brown S. *Alcolismo: terapia multidimensionale e recupero*. Erickson, Trento, 1997.
4. Zavan V., Cibir M. *Alcolismo e disturbi mentali*. In Brignoli O., Cibir M., Gentile N., Vantini I. *Alcol e medico di famiglia*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
5. Cibir M., Zavan V., Gallimberti L. *Inquadramento diagnostico dell'alcolodipendenza*. In *Il GHB nel trattamento della dipendenza alcolica*. Arfi, Padova, 1992.
6. American Psychiatric Association (APA). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV)* Masson, Milano, 1996.
7. Maremmani I., Balestri C. *Alcolismo: clinica e terapia*. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle Tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
8. Formigoni U. *Il trattamento di persone con alcolismo e malattie mentali: problemi e prospettive*. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e Disturbi Mentali*. Centro Studi Psichiatria e Territorio, Collana dell'Elleboro, Forte dei Marmi, 1996.
9. Gerra G. *Tossicodipendenza e Alcolismo. Un approccio clinico pratico*. Mediserve, Milano, 1998.
10. Gallant D. *Alcol*. In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei Disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
11. Maremmani I., Canoniero S., Daini L. *Abuso di sostanze e malattie mentali*. In Maremmani I., Mazzeri S. *Progetto Aliante*. Pacini, Pisa, 1999.
12. Manzato E., Padovani M. *Comorbidità e Trattamento in un Servizio per le Tossicodipendenze*. *Psicoterapia e psicosomatica*, 1999, 1/2 : 86-98.
13. Segantin C., Muffato I., Zavan V., Cibir M. *Un programma diurno per alcolodipendenti con problematiche complesse*. In Cibir M., Orlandini D., Rampazzo L. *Alcologia, prevenzione, progettualità regionale*. La Garangola, Padova, 2000.
14. Barile C., Cortese M., Marcaccini E., Punzo F. *Comorbidità: un'area di confine*. *Dal Fare al Dire*, II, 2000, 19-21.
15. Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. *Assessment and identification*. In *Male depression, alcoholism and violence*. Martin Dunitz Ltd, London, 2000.
16. Sanavio E. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.
17. Boccalon R., Vendramin A. *Abuso di sostanze e dipendenza: strumenti e criteri diagnostici*. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle Tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.

18. Spiller V., Guelfi G. P. *La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E. Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 1998, XXI, 2, 7-16.
19. McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F. R., LaPorte D. J., Intintolo V. *The Addiction Severity Index: a diagnostic/evalutative profile of substance abuse patients. In Gottheil E., McLellan A. T., Druley K.A. Treatment of substance abuse among the psychiatric illness. Pergamon Maxwell, New York, 1979.*
20. Consoli A., Bennardo A., *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index. Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.*
21. Hathaway S.R. e J. C. McKinley. *MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2 Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997.*
22. Del Corno F., Lang M. *La diagnosi testologica: Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato. Franco Angeli, Milano, 1993.*
23. Spielberger C. D. *S.T.A.I. Inventario per l'Ansia di Stato e di Tratto. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989.*
24. Collet L., Cottraux J. *Inventaire abrégé de la dépression de beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlocher. L'Encéphale, 1985.*
25. Baumann H., Setrakian A. *Etude multicentrique extensive de l'amineptine. Psychologie Médicale, 1983,15, A, 25-31.*
26. Moos M., Insel P. M., Humphrey B. *Combined preliminary manual for family. Work and group environment scales. Counsulting Psychologists Press, Palo Alto, 1974.*
27. Bertuola L. *Contributo per la revisione dell'adattamento italiano delle scale di ambiente familiare. Famiglia Interdisciplinarietà Ricerca, 1999, 4 ,2, 107-124.*
28. Fava M., Guaraldi G. P., Mazzi F., Rigatelli M. *SCID Intervista Clinica Strutturata per il DSM-III-R. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1993.*