

VALIDAZIONE DELLA PROCEDURA COMOVAL applicata alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) centrata sull'Approccio Dimensionale

Rosanna Perone^a, Donatella Pecori^b, Michael B. First^c, Giuseppe Mammana^d, Luisa Fossati^{ne}, Teodora Lorusso^f

In passato abbiamo validato la *Procedura COMOVAL (Valutazione della Comorbidità)*, riferita alla *SCID I/P DSM III-R*, attraverso uno studio meta-analitico (Perone R., Pecori D., 2002¹). Lo studio di validazione ci aveva permesso di affermare che la *Procedura COMOVAL consentiva di migliorare la validità delle diagnosi formulate attraverso la SCID*. Ci aveva offerto la possibilità di dimostrare l'importanza, ai fini diagnostici, della raccolta di alcune categorie di informazioni: (i) la Storia di Vita e i Dati Anamnestici del Paziente e (ii) i Dati Medici elaborati secondo un'Ottica Temporale. Aveva anche evidenziato l'importanza dell'applicazione della Dimensione Temporale ai dati raccolti (Perone R., Pecori D., 2002, pag. 123).

Durante gli anni successivi abbiamo effettuato ulteriori perfezionamenti, giungendo gradualmente alla definizione della *Procedura COMOVAL* (Perone R., Pecori D., 2007²) *applicata alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca -2002[^]*- [strumento tradotto da R. Perone³ (vedi www.scid4.org)]. Questo articolo si propone di *riferire i risultati del lavoro di Validazione di quest'ultima Procedura*, presentando prima una sintesi dei suoi principali contenuti.

E' nostra intenzione adattare tale Procedura alla SCID-5-RV, rispettando i nuovi contenuti del DSM-5⁴ e il proposito della DSM-5 Task Force: "*Nonostante i problemi posti dalle diagnosi categoriali, ... la struttura organizzativa è stata pensata come un ponte verso nuovi approcci diagnostici, senza però sconvolgere l'attuale pratica clinica e la ricerca..... Una tale riformulazione degli obiettivi di ricerca dovrebbe anche mantenere il DSM-5 centrale nello sviluppo di approcci dimensionali alla diagnosi che nei prossimi anni andrà probabilmente a integrare o sostituire gli approcci categoriali correnti*". (DSM-5 Pag. 15)

PREMESSA

Sappiamo che " ... *Per le caratteristiche innovative e talora rivoluzionarie il DSM III⁵ costituisce un momento saliente nella storia della psichiatria e della nosografia psichiatrica*" (pag. XVIII del DSM IV-TR⁶).

Il nostro lavoro di molti anni, che qui presentiamo, si è proposto di evidenziare *l'importanza di*

^aPsicologa - S.O.S. S.M.A. 5 (Struttura Operativa Semplice Salute Mentale Adulti) A.S.L. 10 di Firenze

E-mail : rosanna.perone@fastwebnet.it

^bPsicologa - Presidente G.R.U.F (Gruppo Ricerca a livello Universitario di Firenze) E-mail: info@gruf.org

^cProfessore di Clinica Psichiatrica alla Columbia University di New York (Biometrics Department del New York State Psychiatric Institute). Consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O.) per lo sviluppo dell'ICD-11 e Editor del DSM-IV-TR. E-mail: mbf2@columbia.edu

^dPresidente Associazione Italiana per la Cura delle Dipendenze Patologiche (ACUDIPA) e Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche Sez. di Foggia. E-mail: info@acudipa.it - www.acudipa.it- giusmana@hotmail.it

^e Psicologa Senior- e-mail: luisa.fossati@hogrefe.it

^f Psicologa - Dipartimento Dipendenze Patologiche U.O. San Giovanni Rotondo ASL Foggia E-mail: ddpsez2.uosgr@alice.it

[^]AUTORI della *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)* : Michael B. First, M.D., Miriam Gibbon, M.S.W., Robert L. Spitzer, M.D. e Janet B.W. Williams, D.S.W. Biometric Research Department New York State Psychiatric Institute – Columbia University 1051 Riverside Drive – Unit 60 New York, New York 10032 Web Site: <http://www.scid4.org>© 2002 Biometric Research.

un contenuto sostanziale del DSM III e delle successive edizioni. Si tratta dell'introduzione di "...un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica" che favorisce "...l'applicazione del modello biopsicosociale negli ambienti clinici, didattici e di ricerca" (Sistema Multiassiale - DSM IV-TR pag 41). In tal modo, come affermato anche dal DSM-III-R, possono essere superati "... gli sterili conflitti tra approccio biologico e psicologico" (pag. XIV) (WHO, 1985⁷; 1986⁸; Houst, 2000⁹; Alonso, 2003¹⁰; Zucconi, 2003¹¹).

Anche se il **"DSM-5 si è spostato a una documentazione delle diagnosi non assiale (in passato Asse I, II, III), con notazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali (in passato Asse IV) e la disabilità (in passato Asse V)"**(DSM-5 Pag. 19), in realtà riconosce che *"... I sintomi contenuti nei rispettivi set di criteri diagnostici non costituiscono una definizione esauriente dei disturbi sottostanti"* (DSM-5 Page 21). Sostiene, infatti, che *"La caratterizzazione di ogni singolo paziente deve comprendere un'accurata storia clinica e un riassunto conciso dei fattori sociali, psicologici e biologici che possono aver contribuito allo sviluppo di un determinato disturbo mentale"*(DSM-5 Page 21).

Il nostro specifico contributo consiste nell'aver messo a punto una **Procedura per la Valutazione della Comorbidità**, vale a dire un **Metodo che guida il Clinico durante la valutazione globale del paziente e che consente di migliorare la validità delle diagnosi ottenute attraverso la somministrazione della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)**. Tale Procedura è rivolta a realizzare il proposito del DSM, riportato anche nel DSM-5: *"Il DSM si propone come una guida pratica, funzionale e flessibile per organizzare le informazioni che possono essere di aiuto per una diagnosi accurata e nel trattamento dei disturbi mentali.pensata soprattutto come un'utile guida per la pratica clinica"* (DSM-5 Page LIII).

Tale Procedura definisce *specifiche modalità di integrazione delle informazioni provenienti dai 5 ASSI previsti dal DSM IV-TR*, attribuendo un ruolo centrale all'applicazione della *Dimensione Temporale* e di un *Approccio integrato Centrato sulla Persona*.

A questo proposito precisiamo che l'applicazione della *Dimensione Temporale* svolge una funzione fondamentale durante il processo di valutazione che conduce alla Diagnosi Differenziale e all'inquadramento della Condizione Psicopatologica del soggetto esaminato.

L'applicazione di un *approccio integrato centrato sulla persona* arricchisce notevolmente la qualità delle informazioni raccolte, consentendo di includere anche la soggettività dei significati e delle considerazioni del paziente durante la valutazione degli eventi stressanti e dei sintomi e/o disturbi che si sono manifestati nel corso della sua vita. Oltre alla metodologia, quindi, assume particolare rilievo anche la dimensione fenomenologica e dei significati personali ed emotivi dati dalla persona ai suoi eventi di vita.

La Procedura COMOVAL che abbiamo ideato offre un contributo per la corretta applicazione del DSM, indicando un metodo per la sistematizzazione dei dati raccolti attraverso la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). In tal modo consente un *aumento della validità delle diagnosi* e una *migliore comprensione del quadro psicopatologico del paziente*.

Prende in esame il *Corso della vita del soggetto*, analizzando l'evoluzione temporale dei disturbi rilevati (decorso), delle condizioni mediche, degli eventi stressanti e del funzionamento globale del paziente. In altre parole, la Procedura prevede una raccolta ordinata e sistematizzata delle informazioni, centrata sulla storia di vita del soggetto esaminato e funzionale al suo inquadramento.

Consente, quindi, di effettuare la Valutazione della Condizione Psicopatologica del paziente considerando una cornice di riferimento più ampia che va oltre l'individuazione dei disturbi. Prevede, infatti, che tale valutazione scaturisca dall'integrazione di vari tipi di dati riferiti alla storia del paziente, esaminati secondo un'ottica temporale ed elaborati seguendo un metodo definito.

Il nostro proposito futuro è quello di *adattare tale Procedura alla SCID-5-RV anche se il DSM-5 supera il sistema multiassiale*. Si tratterà di *applicare i contenuti principali della Procedura che abbiamo ideato alla nuova modalità di descrivere la diagnosi e/o di combinare le informazioni raccolte relativamente al paziente esaminato*.

LA PROCEDURA COMOVAL

APPLICATA ALLA SCID I/P DSM IV-TR VERSIONE RICERCA (2002)

La Valutazione Multiassiale

“Il Sistema Multiassiale comporta la valutazione su diversi ASSI, ognuno dei quali si riferisce a un diverso campo di informazioni, che può aiutare il clinico nel pianificare il trattamento e prevedere l’esito..... Un Sistema Multiassiale coglie la complessità delle situazioni cliniche e descrive l’eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi” (DSM IV-TR, 2002, pag. 41).

Quindi il Proposito del DSM IV-TR è di consentire al Clinico l’individuazione e la descrizione della *Condizione Psicopatologica del Paziente attraverso una Valutazione Multiassiale riferita a 5 ASSI*. L’importanza di tale valutazione consiste nell’esaminare il soggetto nella sua globalità. Il DSM IV-TR, dunque, si propone di valutare l’individuo esaminandolo da 5 diversi punti di vista (5 ASSI).

La SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) è l’Intervista Semi-Strutturata che consente l’applicazione del DSM IV-TR. La sequenza delle domande tende a riprodurre il processo diagnostico differenziale di un clinico esperto.

Per *Condizione Psicopatologica del Paziente* (il “fenomeno” valutato dal DSM IV-TR) intendiamo *l’insieme delle manifestazioni psicopatologiche riferite all’intero Corso della sua Vita*, considerate in rapporto con le caratteristiche della sua Personalità, con le sue Condizioni Mediche, con gli Eventi e/o le Condizioni Stressanti della sua Vita e con il suo Livello di Funzionamento.

La *Condizione Psicopatologica del Paziente*, esaminata dal DSM IV-TR, corrisponde ad un *Fenomeno Complesso* difficile da valutare per la varietà degli aspetti che lo compongono. Si presenta complesso perché complesso è il sistema (il soggetto umano) che ne costituisce il portatore.

Per effettuare la sua valutazione occorre, innanzitutto, raccogliere molte informazioni, differenziate nel contenuto e riferite a diverse dimensioni. Ma, poiché è difficile effettuare la valutazione di una notevole quantità di informazioni, appare opportuno:

- non commettere l’errore di ridurla alla sintesi schematica dei dati raccolti;
- elaborare un *Percorso Logico* in grado di integrare tutti i dati raccolti, considerando le interazioni reciproche tra le diverse categorie di informazioni individuate.

Riteniamo quindi che, *per la corretta Valutazione del Fenomeno Complesso* considerato dal DSM IV-TR, sia necessario applicare le *seguenti condizioni*:

- raccogliere informazioni valide, esaustive e mutualmente esclusive relativamente ai fattori unitari che appaiono identificare il fenomeno (i 5 ASSI);
- integrare, a livello descrittivo e quantitativo, i diversi tipi di informazioni che altrimenti rischiano di risultare poco omologabili e sistematici;
- e infine valutare le interazioni tra i diversi ASSI.

Le Funzioni della Procedura COMOVAL

L’applicazione delle condizioni sopra riportate può essere facilitata dalla messa a punto di una *Procedura in grado di guidare il Clinico durante la Valutazione del Paziente*.

Le *Funzioni* della Procedura da noi ideata sono le seguenti:

- a) Facilitare il Processo Diagnostico; Riteniamo che un *metodo esplicitamente definito per la selezione e l’integrazione dell’informazione* utile per l’inferenza diagnostica, possa costituire certamente *un supporto e un riscontro* per il cosiddetto *Giudizio Clinico* (Perone, R., Pecori D., 2002, pag. 20).

- b) Miglioramento della Validità delle Diagnosi e della Valutazione di Comorbidità; Secondo noi la Valutazione del Paziente non può limitarsi alla presentazione separata dei risultati ottenuti all'interno di ognuno dei 5 ASSI. Dovrebbe anche comprendere l'esame del rapporto degli ASSI tra loro e delle modalità secondo le quali le informazioni di un ASSE influenzano quelle riferite ad un altro ASSE. Così facendo è possibile *Ridurre la Probabilità dell' "Errore Diagnostico"* e, di conseguenza, *Aumentare la Validità delle Diagnosi*.
- c) Favorire la messa a punto dei Progetti Terapeutici Individualizzati
- d) Migliorare la Qualità della Ricerca Scientifica

L'Approccio Dimensionale come fulcro della Procedura COMOVAL

L'Approccio Dimensionale è il fulcro della Procedura COMOVAL; consente di migliorare la Validità della valutazione di Comorbidità e la Comprensione della Condizione Psicopatologica del Paziente.

Il DSM-5 ne riconosce l'importanza quando afferma: *"Il DSM-5 è stato concepito per adattarsi al meglio alle esigenze dei clinici, dei pazienti, delle famiglie e dei ricercatori, fornendo loro una descrizione chiara e concisa di ogni disturbo mentale mediante precisi criteri diagnostici, integrati, se necessario, da scale di valutazione trasversali ai vari confini diagnostici"* (DSM-5 Pag.6) e *"... il precedente approccio del DSM considerava ogni diagnosi categoricamente separata dalla condizione di salute e da altre diagnosi, non è stato in grado di cogliere l'ampia condivisione di sintomi e di fattori di rischio da parte di molti disturbi, che invece si mostra evidente negli studi di comorbidità."* (DSM-5 Pag. 14).

Siamo convinti che (i) tale approccio non debba essere applicato solo alla Gravità della sintomatologia, ma che debba includere anche la Dimensione Temporale e che (ii) *l'applicazione della Dimensione Temporale rappresenti la condizione indispensabile per la Valutazione di Gravità*.

L'Approccio Dimensionale della nostra Procedura (che può essere definito anche *Bio-psico-sociale e Longitudinale*) prende, quindi, in considerazione *due Dimensioni che si integrano tra loro*:

- La Dimensione Temporale: la Procedura prevede la *Centralità della Dimensione Temporale per la Diagnosi Differenziale*, vale a dire per l'interpretazione delle informazioni raccolte su ogni singolo ASSE e per l'integrazione dei dati riferiti ai 5 ASSI. La *Dimensione Temporale rappresenta la Variabile più importante* della Procedura Diagnostica che abbiamo messo a punto. Consente, infatti, *la comprensione della Dialettica tra la Psicopatologia e lo svolgersi degli Eventi di Vita* della persona (Storia di Vita). In altre parole, rende possibile *l'inquadramento del Processo Psicopatologico* e la valutazione della persona da un punto di vista medico e socio-ambientale (Spitzer, 1992¹² pag. 626).

Applicare la Dimensione Temporale significa *considerare il Decorso dei Disturbi alla luce di tutte le informazioni raccolte sui diversi ASSI*: non limitarsi a rilevare solo i Disturbi in Atto, ma valutare anche tutti gli Episodi e/o Valori Sottosoglia di ogni Disturbo rilevato, dall'esordio in poi, applicando una Logica Longitudinale e integrando tutti i dati raccolti.

La Dimensione Temporale da noi individuata è coerente con *"l'approccio basato sull'arco di vita"* del DSM-5 (Pag.LIV). Quest'ultimo, infatti, afferma che *"La caratterizzazione di ogni singolo paziente deve comprendere un'accurata storia clinica e un riassunto conciso dei fattori sociali, psicologici e biologici che possono aver contribuito allo sviluppo di un determinato disturbo mentale. Di conseguenza non è sufficiente verificare soltanto la presenza dei sintomi elencati nei criteri diagnostici per porre una diagnosi di disturbo mentale..."* e *"Il fine ultimo della formulazione di un caso clinico è quello di utilizzare le informazioni contestuali e diagnostiche disponibili per mettere a punto un piano di trattamento globale..."* (DSM-5 Pag.21)

- La **Dimensione di Gravità**: prevede la Valutazione di Gravità di ogni disturbo. In tal modo *migliorano le caratteristiche psicometriche della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca(2002)in termini di omogenità*. Vengono compresi anche i *Valori Sottosoglia dei Disturbi*, da intendersi come Rischio di Disturbo (Perone R., Pecori D., 2002). I dati raccolti poi vengono integrati *applicando la “Dimensione Temporale”*. Ciò significa che la Valutazione di Gravità del disturbo scaturisce dall’analisi del suo Decorso (Dimensione Temporale).In tal modo è possibile *descrivere l’eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi (DSM IV-TR, 2002, pag. 41) e definirne la Prognosi*.

L’adattamento della nostra Procedura alla SCID-5-RVcomporterà la necessità di tener conto di quanto affermato dal DSM-5: *“I confini tra molte “categorie” di disturbi sono più fluidi nel corso della vita., e molti sintomi assegnati a un singolo disturbo possono presentarsi, a vari livelli di gravità, in molti altri disturbi. Queste osservazioni implicano che il DSM, come altre classificazioni mediche, dovrebbe cercare di introdurre un approccio dimensionale ai disturbi mentali”*. (DSM-5 Pag.6). Ci proponiamo di effettuare la valutazione di gravità *“..... per guidare il clinico nella valutazione dell’intensità, della frequenza, della durata, della quantità di sintomi o di altro indicatore della gravità di un disturbo”* (DSM-5 Pag. 25)attraverso il Decorso del disturbo.

Altri Punti Fondamentali della Procedura COMOVAL

Gli altri Punti Fondamentali della Procedura sono:

- la *considerazione del Punto di Vista del Paziente per tutti gli ASSI*
- l’*Autovalutazione degli Eventi e/o Condizioni di Vita Stressanti del Paziente*
- l’*ASSE IV inteso come il Punto Fondamentale del sistema di integrazione della Valutazione Multiassiale*, poiché può raccogliere dati di importanza notevole per la definizione delle diagnosi.
- La *diagnosi considerata come un fenomeno complesso* che non si snoda solo sulla presenza/assenza di un quadro diagnostico caratterizzato da un determinato gradiente di gravità nel qui e ora, ma che si articola e si costruisce nel sistema persona attraverso la sua storia di vita.

Alcune integrazioni alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)

L’applicazione della Procedura COMOVAL comporta l’introduzione di *alcune integrazioni alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)* che comprendono:

- Il Perfezionamento della Rassegna Anamnestica[aggiunta della Storia di Vita del Paziente e di altri dati anamnestici]
- Il Perfezionamento dell’ASSE I [per ogni disturbo rilevato: rilevazione del Decorso, Valutazione di Gravità (comprensiva della Gravità Progressiva) e Valutazione Complessiva del Disturbo]
- Il Perfezionamento dell’ASSE II
- Il Perfezionamento dell’ASSE III
- Il Perfezionamento dell’ASSE IV [comprendendo la Valutazione Soggettiva del Paziente degli Eventi Stressanti più significativi della sua vita]
- Il Perfezionamento dell’ASSE V
- L’Omogeneità tra i 5 ASSI, realizzata attraverso il miglioramento della valutazione di ciascun ASSE e l’applicazione di “Nuovi Punteggi” applicati in modo omogeneo a tutti i Disturbi sull’ASSE I

Tali integrazioni rendono necessario un ulteriore incontro con il Paziente durante il quale vengono somministrate le *Pagine Aggiuntive per gli ASSI I, II, III, IV e V*.

La Procedura COMOVAL MULTIASSIALE: Fasi del Percorso Logico

Il Percorso logico consiste in *nove Fasi successive* che gradualmente consentono di integrare i dati raccolti e di giungere alla formulazione della Valutazione Diagnostica presumibilmente Definitiva.

La Procedura COMOVAL MULTIASSIALE come espressione dell'integrazione tra Ricerca Qualitativa e Ricerca Quantitativa

Se analizziamo il lungo percorso di studio e di ricerca durante il quale abbiamo messo a punto dapprima la Procedura COMOVAL e in seguito la Procedura COMOVAL (col proposito di *migliorare la Validità delle Diagnosi formulate attraverso la SCID*), possiamo definire il nostro lavoro in termini di *integrazione tra Ricerca Qualitativa e Ricerca Quantitativa*.

Infatti, fin dall'inizio della nostra attività di ricerca, ci siamo rese conto che la *SCID I non era solo l'espressione di un approccio quantitativo*, rivolto a rilevare e quantificare, per ogni paziente esaminato, i criteri diagnostici soddisfatti (previsti dal DSM per ogni Disturbi sull'ASSE I). Questo perché lo strumento si presentava come un'*Intervista Semi-strutturata* che somigliava molto a un "*Colloquio Clinico*". Consentiva quindi al somministratore la rilevazione delle risposte alle domande, ma anche la raccolta di molti tipi di informazioni sul Paziente. Le stesse considerazioni valgono anche per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002).

Gradualmente la nostra attenzione si è sempre più rivolta ai contenuti che emergevano durante la somministrazione. Si è, così, sviluppata in noi l'esigenza di introdurre *un approccio qualitativo*, rivolto a inquadrare e definire i contenuti emergenti relativi alle esperienze di vita del Paziente.

Come affermano efficacemente Stanghellini, Ambrosini e Ciglia (2009)¹³ lo scopo dell'analisi qualitativa "*è una comprensione a largo spettro della soggettività dei pazienti... È utile per l'inquadramento delle esperienze personali di pazienti, del loro mondo, della vita e di fenomeni sub-clinici. L'approccio qualitativo si muove alla ricerca di ciò che è tipico nell'esperienza soggettiva di una singola persona*". Inoltre i "*metodi qualitativi consentono di "esaminare fenomeni più complicati"*. La dimensione quantitativa, quindi, si intreccia con la dimensione fenomenologica che oltre al dato oggettivo, sintomatologico e criteriale raccoglie anche l'esperienza del paziente e la sua modalità di costruzione dell'esperienza. Attraverso la Procedura COMOVAL quindi la diagnosi non si basa sul riconoscimento e la classificazione dello "Psicotico" o del "Narcisista" ecc.. ma sulla possibilità di riconoscere la realtà esperienziale (e quindi anche nella sua componente sintomatologica) della *persona con sintomatologia psicotica, narcisista ecc....*

L'introduzione dell'approccio qualitativo ha generato in noi l'esigenza di raggiungere un obiettivo ambizioso: quello di individuare una logica che ci permettesse (i) di integrare tutte le informazioni raccolte sui 5 ASSI del DSM e (ii) di migliorare la Validità Diagnostica della SCID I. Siamo giunte, così, al proposito di *definire una Procedura Diagnostica in grado di applicare il contenuto centrale del DSM IV-TR, vale a dire la Valutazione Integrata di diversi tipi di informazioni raccolte, utile alla Valutazione di Comorbidità*.

In tal modo, secondo una *logica circolare*, *la Ricerca Quantitativa ha sollecitato la Ricerca Qualitativa che, a sua volta, ha offerto un contributo alla prima*, in termini di perfezionamento dei punteggi e di introduzione delle Pagine Aggiuntive.

Al termine del nostro lavoro possiamo concordare con Del Corno F. quando afferma che "*può essere di aiuto una ricerca che si avvalga di strumenti di raccolta e di analisi dei dati sia qualitativi che quantitativi. L'approccio qualitativo può servire ad avvicinare pratica clinica e ricerca....*"(Del Corno F., Rizzi P., 2010¹⁴, pag. 271). Anche Forrester M.A. sostiene che "*Insieme agli approcci*

quantitativi, i metodi qualitativi sono oggi una parte essenziale dei metodi di ricerca impiegati dagli psicologi” (Forrester, M.A., 2010¹⁵).

Schema del disegno sperimentale per la verifica di differenti Procedure Diagnostiche

Dopo aver validato la Procedura COMOVAL (Perone R., Pecori D., 2002), gli anni successivi della nostra attività di ricerca sono stati caratterizzati dallo studio degli effetti dell'introduzione progressiva delle Variabili che ci erano apparse di importanza cruciale ai fini della valutazione diagnostica. Abbiamo, così, ideato altre quattro Procedure Diagnostiche applicate alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002), fino a giungere all'individuazione della Procedura definitiva che corrisponde alla 5°, ovvero alla Procedura COMOVAL DSM IV-TR - “Gravità Progressa”.

Precisiamo che le 5 Procedure Diagnostiche ideate corrispondono a diversi livelli della Variabile COMOVAL-COMOVAL MULTIASSIALE.

Per far comprendere la logica che ha guidato l'evoluzione del nostro lavoro, ci è sembrato utile presentare in una tabella la progressiva introduzione delle 4 Variabili che caratterizzano le diverse Procedure Diagnostiche (la Dimensione Temporale, lo Strumento Diagnostico, la Dimensione di Gravità e la Multiassialità). Riteniamo che i livelli progressivi di tali variabili possano favorire il miglioramento graduale della validità delle diagnosi. La **Tab.1** riporta lo Schema della progressiva introduzione delle suddette variabili.

Precisiamo che la 1° Procedura COMOVAL DSM III-R fu applicata a un Campione di N = 112 soggetti con Dipendenza da Oppioidi, ma furono poi studiati gli effetti in termini di comorbidità di n=69 protocolli che risultarono validi nel processo meta-analitico [somministrazioni effettuate dal 1994 al 1997, ricerca pubblicata nel 2002]. Il Campione a cui sono state applicate le altre quattro Procedure Diagnostiche è, invece, composto da N = 50 soggetti, anch'essi con Dipendenza da Oppioidi [somministrazioni effettuate dal 2008 al 2010].

Tab. 1 - SCHEMA RELATIVO ALLA PROGRESSIVA INTRODUZIONE DELLE 4 VARIABILI I CUI LIVELLI APPAIONO ADATTI A MIGLIORARE LA VALIDITA' DELLE DIAGNOSI (passando dalla 1° alla 5° Procedura Diagnostica)				
Procedure diagnostiche	1. Dimensione Temporale	2. Strumento Diagnostico	3. Dimensione di Gravità	4. Multiassialità
1. COMOVAL DSM III-R (2002)	Raccolta della Storia di Vita e dei Dati Anamnestici del Paziente	SCID I-P DSM III-R	Valutazione di Gravità riferita soltanto ai Disturbi in Atto e prevista solo per alcuni Disturbi sull'ASSE I	=====
2. COMOVAL DSM IV-TR - "Vecchi Punteggi"	↓	SCID I-P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)	↓	=====
3. COMOVAL DSM IV-TR - "Nuovi Punteggi"	↓	↓	Valutazione di Gravità riferita soltanto ai Disturbi in Atto e prevista per tutti i Disturbi sull'ASSE I - Nuovi Punteggi	=====
4. COMOVAL DSM IV-TR - "Pagine Aggiuntive"	Raccolta della Storia di Vita e dei Dati Anamnestici del Paziente + Informazioni relative ai 5 ASSI, raccolte con le Pagine Aggiuntive	↓	Valutazione di Gravità prevista per tutti i Disturbi sull'ASSE I e centrata sul Decorso del Disturbo - Nuovi Punteggi	Pagine Aggiuntive
5. COMOVAL DSM IV-TR - "Gravità Progressa"	↓	↓	+ Gravità Progressa, graduata nello stesso modo della Gravità in Atto.	↓

Nota: la freccia indica che il livello della variabile rimane immutato rispetto al livello sopraindicato

Descriviamo ora ogni singola Procedura in termini di Variabili che la caratterizzano.

1. Procedura COMOVAL DSM III-R (2002)

Le Variabili che caratterizzano la 1° Procedura, validata in passato (Perone R., Pecori D., 2002), sono le seguenti:

1. Dimensione Temporale. La 1° Procedura Diagnostica prevede la raccolta sufficientemente accurata della Storia di Vita e dei dati Anamnestici del Paziente [attraverso l'Intervista Narrativo-Anamnestica – I.N.A. (ideata da Pecori D. e Perone R, in Perone R e Pecori D., 2002 pag. 63-74)]. La raccolta di tali dati consente di realizzare il proposito del DSM che, come ha affermato R.L. Spitzer in riferimento all'Intervista SCID I/P DSM III-R, è quello di “... discriminare se è mai stata presente, **durante il corso della vita**, una diagnosi sull'ASSE I o se vi è un episodio in atto (quando i criteri diagnostici vengono soddisfatti per il mese precedente)” (Spitzer R.L., 1993 pag. 3). Questa Procedura consente un'applicazione parziale della Variabile “Dimensione Temporale”, la cui importanza è stata da noi dimostrata durante il lavoro di Validazione della Procedura COMOVAL (Perone R., Pecori D., 2002 pag. 121 e seg.).
2. Strumento Diagnostico. Lo strumento diagnostico utilizzato è la SCID I/P DSM III-R che prevede N = 34 Disturbi sull'ASSE I da valutare.
3. Dimensione di Gravità. La SCID I/P DSM III-R si è proposta di applicare quanto affermato dal DSM III-R: “...Un altro concetto sbagliato è quello che tutti gli individui descritti come affetti dallo stesso disturbo mentale siano simili in tutte le loro caratteristiche importanti. Sebbene tutti gli individui descritti come aventi lo stesso disturbo mentale presentino necessariamente le caratteristiche che definiscono il disturbo, essi possono differire per altri importanti elementi che possono condizionare la gestione clinica e l'esito” (DSM III-R, pag 10). Ma questo strumento è riuscito ad applicare solo parzialmente la “Dimensione di Gravità”, poiché si è limitato ad effettuare la Valutazione di Gravità riferendosi soltanto ai Disturbi in Atto e prevedendola solo per alcuni Disturbi sull'ASSE I.
4. Multiassialità. Questa prima Procedura non prevede la Dimensione Multiassiale. Questo perché i dati provenienti dai 5 ASSI sono scarsamente esaustivi, non omogenei e non integrati tra loro.

2. Procedura COMOVAL DSM IV-TR – “Vecchi Punteggi”

Le Variabili che caratterizzano la 2° Procedura sono le seguenti:

1. Dimensione Temporale. È la stessa della 1° Procedura.
2. Strumento Diagnostico. Con la 2° Procedura viene introdotto un livello maggiormente ottimizzato della dimensione “Strumento Diagnostico”, che rimane invariato anche nelle successive 3 Procedure. Si tratta della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) che prevede un maggior numero di disturbi rispetto alla SCID I/P DSM III-R. Comprende, infatti, N = 45 Disturbi sull'ASSE I (o 47 se consideriamo le specificità di “Altri Disturbi sull'ASSE I”). La SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) contiene i perfezionamenti dei criteri diagnostici introdotti dal DSM IV-TR.
3. Dimensione di Gravità. È la stessa della 1° Procedura ed è carente. La Valutazione di Gravità, infatti, si riferisce soltanto ai Disturbi in Atto ed è prevista solo per alcuni Disturbi sull'ASSE I. Vengono utilizzati gli stessi Punteggi previsti dalla Procedura COMOVAL DSM III-R (2002)
4. Multiassialità. Anche questa Procedura non prevede la Dimensione Multiassiale.

3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR – “Nuovi Punteggi”

Le Variabili della 3° Procedura sono le seguenti:

1. Dimensione Temporale. È la stessa delle prime due Procedure.

2. Strumento Diagnostico. Lo strumento diagnostico utilizzato è lo stesso della 2° Procedura, vale a dire la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*. Valgono le stesse considerazioni riportate sopra e riferite a tale Procedura.
3. Dimensione di Gravità. Con questa Procedura la *Variabile “Dimensione di Gravità” diviene più accurata*. La Valutazione di Gravità, infatti, pur continuando a riferirsi solo ai Disturbi in Atto, è estesa a tutti i Disturbi sull’ASSE I, anziché essere prevista solo per alcuni Disturbi. Questa Procedura, inoltre, introduce *Nuovi Punteggi*, che vengono applicati in modo omogeneo a tutti i Disturbi. Essi in tal modo divengono confrontabili. Ciò significa che viene introdotta *una modalità omogenea di attribuzione di punteggi per rilevare la Gravità in Atto di ogni Disturbo sull’ASSE I* previsto dalla *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*.
4. La Multiassialità. Anche questa Procedura non prevede la Dimensione Multiassiale.

4. Procedura COMOVAL DSM IV-TR – “Pagine Aggiuntive”

Le *Variabili che caratterizzano la 4° Procedura* sono le seguenti:

1. Dimensione Temporale. La 4° Procedura introduce un livello di maggiore accuratezza di questa Variabile e consente così *l’applicazione completa della Dimensione Temporale*. Tale perfezionamento consiste nell’*introduzione delle Pagine Aggiuntive* che permette la rilevazione del Decorso dei Disturbi sull’ASSE I e la raccolta dei dati riferiti agli ASSI II, III, IV e V secondo un’ *“ottica temporale”*.
2. Strumento Diagnostico. Lo strumento diagnostico utilizzato è lo stesso della 2° e 3° Procedura, ovvero la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*. Valgono le stesse considerazioni riportate sopra. Vengono somministrate anche le Pagine Aggiuntive riferite ai 5 ASSI del DSM IV-TR.
3. Dimensione di Gravità. Con questa Procedura il livello della *Dimensione di Gravità viene ulteriormente affinato*, grazie all’introduzione delle *“Pagine Aggiuntive”*. Infatti, con i dati raccolti e riferiti agli ASSI I, II, III, IV e V, è possibile effettuare, *per tutti i Disturbi rilevati sull’ASSE I*, la *Valutazione Complessiva di Gravità “centrata sul Decorso del Disturbo”*. Quindi con questa Procedura la Valutazione di Gravità non si riferisce solo ai Disturbi in Atto, ma tiene conto del Decorso dei Disturbi e delle informazioni integrate provenienti da 5 ASSI. Viene, inoltre, applicata una modalità omogenea di attribuzione di punteggi per rilevare la Gravità Complessiva di ogni Disturbo sull’ASSE I previsto dalla *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*. I *punteggi della Gravità Progressiva, però, non sono graduati*.
4. Multiassialità. Grazie all’introduzione delle *“Pagine Aggiuntive”*, la 4° Procedura Diagnostica consente di raccogliere dati omogenei, sufficientemente esaustivi e integrati tra loro, provenienti dai 5 ASSI, tenendo conto dell’ottica temporale. Questo permette di effettuare la *Valutazione Multiassiale*.

5. Procedura COMOVAL DSM IV-TR – “Gravità Progressiva”

Le *Variabili della 5° Procedura* sono le seguenti:

1. Dimensione Temporale. È la stessa della 4° Procedura e un subisce ulteriori perfezionamenti.
2. Strumento Diagnostico. Lo strumento diagnostico utilizzato è lo stesso delle tre Procedure precedenti; valgono le stesse considerazioni.
3. Dimensione di Gravità. Con questa Procedura viene introdotto un livello ancora maggiore di accuratezza. È prevista la *Valutazione della Gravità Complessiva di ogni Disturbo* considerato dalla *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*, *comprendendo anche la valutazione della Gravità Progressiva, graduata nello stesso modo della Gravità in Atto*.

4. Multiassialità. È la stessa della 4° Procedura e un subisce ulteriori perfezionamenti.

In sintesi, quindi, se osserviamo la **Tab. 1**, vale a dire lo “SCHEMA RELATIVO ALLA PROGRESSIVA INTRODUZIONE DELLE 4 VARIABILI” possiamo notare che, passando gradualmente dalla 1° alla 5° Procedura Diagnostica, le dimensioni che subiscono maggiori variazioni in termini di accuratezza sono due:

- la *Dimensione Temporale*
- la *Dimensione di Gravità*

Esse appaiono DIMENSIONI-CHIAVE nella prospettiva del DSM-5.

La Dimensione Temporale, infatti, consente di inquadrare (i) il Decorso dei Disturbi e (ii) lo svilupparsi nel tempo delle informazioni provenienti dai 5 ASSI. In tal modo offre un importante contributo alla progressiva Valutazione di Gravità dei Disturbi sull'ASSE I e degli altri ASSI, favorendo l'integrazione delle diverse categorie di informazioni. In altre parole, la Dimensione Temporale, rendendo possibile la rilevazione dell'evolversi nel tempo della Condizione Psicopatologica del Paziente, consente di formulare Diagnosi omnicomprensive e in progress, vale a dire più valide e corrette.

Secondo noi **l'applicazione dell'Approccio Dimensionale**, che caratterizza il *DSM-5* *dovrebbe prevedere l'integrazione dialettica della “Dimensione Temporale” con la “Dimensione di Gravità”*. *Riteniamo, infatti, che non sia possibile valutare correttamente la Gravità dei Disturbi sull'ASSE I senza la conoscenza delle informazioni sul Paziente riferite agli altri tipi di Informazioni e all'intero Corso della sua vita. L'Approccio Dimensionale, quindi, non può prescindere dalla Multiassialità come è stata da noi intesa.*

Siamo convinte che, attraverso l'integrazione delle due suddette Variabili l'Approccio Dimensionale potrebbe:

- favorire un miglioramento della Validità Diagnostica della *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)* e
- guidare in modo più efficace il *Giudizio Clinico* dell'operatore, consentendogli di formulare Valutazioni Diagnostiche più valide.

Ci sembra opportuno concludere questa presentazione con qualche quesito relativo alla *esaustività della Multiassialità del DSM IV-TR*:

- I 5 ASSI esaminati sono veramente in grado di rappresentare in modo completo il fenomeno complesso “Condizione Psicopatologica del Paziente”?
- Perché non prendere in considerazione la dimensione dell'Attaccamento?
- E quella del Funzionamento Cognitivo?
- Quali altre dimensioni potrebbero essere aggiunte?

LA RICERCA

In questo studio si è inteso fare confronti tra le Procedure Diagnostiche: (1) Procedura COMOVAL DSM III-R (2002), già validata in passato (campione Tab.1) (Perone R., Pecori D. 2002) (2) Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Vecchi Punteggi” (3) Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Nuovi Punteggi” (4) Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Pagine Aggiuntive” e (5) Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Gravità Progressiva” (campione Tab.2). Come detto precedentemente, per nuovi punteggi si intende un'attribuzione più omogenea di punteggio e la riduzione a zero di quei coefficienti di correlazione con valori aberranti occorsi per esiguità campionaria. Ciò è valso sia per il campione del 1997 (n = 112) che per quello del 2010 (n=50).

Lo scopo è stato quello di verificare se l'introduzione della Multiassialità, ricorrendo alle Pagine Aggiuntive, possa avere un peso decisivo sulla validità della valutazione diagnostica in caso

di tossicodipendenza e/o di altri disturbi sull'Asse I. In altre parole la Procedura COMOVAL DSM IV-TR "Gravità Progressiva" è la più valida tra le procedure diagnostiche disponibili?

Per fare ciò abbiamo creato *quattro quesiti sperimentali (contesti)*, utilizzando sottocampioni specifici del nostro campione di pazienti tossicodipendenti. Tali quesiti possono risultare interessanti per una ricerca sulla validità delle valutazioni diagnostiche associate alla tossicodipendenza.

I° QUESITO: "Se, nel nostro campione di tossicodipendenti, dalla tavola di contingenza dei Disturbi dell'Asse I e dell'Asse II, isoliamo il sottocampione proveniente dal quadrante dei Disturbi da Uso di Sostanze (Contesto n°1), quali combinazioni di Disturbi di Personalità emergono con maggiore frequenza? Si modificano queste combinazioni al variare delle Procedure? Se sì, quale è la Procedura più valida? Perché?"

II° QUESITO: "Se dalla medesima tavola, isoliamo il sottocampione proveniente dal quadrante dei Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze (Contesto n°2), quali combinazioni di Disturbi di Personalità si abbinano con maggiore frequenza? Cambia il risultato al variare delle Procedure? Se sì, quale è la Procedura più valida? Perché?"

III° QUESITO: "Se esaminiamo il sottocampione proveniente dal quadrante che risulta dalle contingenze di tutti i Disturbi sull'Asse I diversi dall'Uso di Sostanze (Contesto n°3), quali combinazioni di Disturbi sull'Asse I, diversi dall'Uso di Sostanze, emergono con maggiore probabilità? Cambia il risultato al variare delle Procedure? Se sì, quale è la Procedura più valida? Perché?"

IV° QUESITO: "Se esaminiamo il sottocampione proveniente dal quadrante che risulta dalle contingenze di tutti i Disturbi sull'Asse I da Uso di Sostanze (Contesto n°4), quali combinazioni di Disturbi da Uso di sostanze emergono con un certa frequenza? In altre parole: vi sono associazioni tipiche? Cambia il risultato al variare delle Procedure? Se sì, quale è la Procedura più valida? Perché?"

Ciascuno di questi quesiti è stato studiato alla luce delle cinque Procedure sopradescritte per capire l'eventuale modificarsi della Tipologia delle Comorbidità dei Disturbi e prendere una decisione sulla Procedura che appare più valida a livello diagnostico.

2.1 Descrizione campionaria

L'intero Campione, utilizzato per la Validazione della Procedura COMOVAL applicata alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002), è costituito da $N = 162$ *soggetti con Dipendenza da Oppioidi*, individuati presso i Ser.T. dell'A.S.L. 10 di Firenze e dell'A.S.L. di Foggia.

Tale Campione comprende:

- un *1° Campione di $N=112$ soggetti con Dipendenza da Oppioidi* (di cui $N=69$ corrispondono al sottocampione validato) a cui è stata applicata la 1° Procedura Diagnostica, vale a dire la Procedura COMOVAL [le somministrazioni sono state effettuate dal 1994 al 1997 (Perone R., Pecori D., 2002)];
- un *2° Campione di $N=50$ soggetti con Dipendenza da Oppioidi* (le somministrazioni sono state effettuate dal 2008 al 2010) a cui sono state applicate le altre 4 Procedure Diagnostiche.

Presentiamo i dati socio-demografici generali dei due Campioni esaminati in periodi diversi.

Nella **Tab. 2** riportiamo quelli relativi al *1° Campione di $N=112$ soggetti con Dipendenza da Oppioidi*.

Tab. 2 - Dati socio anagrafici generali (N = 112)

Sesso	
Maschi	76%
Femmine	24%
<hr/>	
100%	
Nazionalità	
italiani	
<hr/>	
Età (media)	
Maschi	32 anni
Femmine	31 anni
<hr/>	
Luogo di nascita	
Centro	85%
Altro	15%
<hr/>	
Residenza	
Centro	95%
Sud	5%
<hr/>	
Problemi legali e/o penali	
Si	69%
No	31%
<hr/>	
Scolarità	
Scuola media inferiore	67%
Scuola media superiore	40%
Laurea breve	3%
<hr/>	
Condizione lavorativa	
Non occupati	34%
lavoro stabile	11%
Lavoro saltuario	55%
<hr/>	
Condizione abitativa e familiare	
Famiglia di origine	59%
Partner	23%
Amici o altro	11%
Nessuno	7%
<hr/>	

In **Tab. 3** sono descritti i dati socio-demografici generali del 2° Campione di N=50 soggetti (2010)

Tab. 3 Dati socio demografici generali (N = 50)

Sesso	
Maschi	74%
Femmine	26%
<hr/>	
Nazionalità	
100% italiani	
<hr/>	
Età (media)	
Maschi	34 anni

Femmine	36 anni
Luogo di nascita	
Centro	40%
Sud	40%
Altro	20%
Residenza	
Centro	58%
Sud	42%
Problemi legali e/o penali	
Si	54%
No	46%
Scolarità	
Analfabeta	2%
Scuola elementare	6%
Scuola media inferiore	60%
Scuola media superiore	30%
Laurea breve	2%
Condizione lavorativa	
Non occupati	66%
lavoro stabile	18%
Lavoro saltuario	16%
Condizione abitativa e familiare	
Famiglia di origine	64%
Partner	18%
Amici o altro	6%
Nessuno	12%

Il confronto tra i due campioni mette in risalto che l'unica differenza sostanziale tra i due, a livello di dati socio-demografici, è il luogo di nascita delle persone: solo Firenze e Provincia nel primo caso, riferito invece a due Regioni italiane nel secondo caso [Regione Toscana (Firenze e Provincia) e Regione Puglia (Foggia e Provincia)].

Per le altre caratteristiche socio-demografiche i due gruppi di soggetti esaminati sono pressoché omogenei, nonostante la differenza di 13 anni tra il primo e il secondo campionamento. I due gruppi sono prevalentemente di sesso maschile, appartenenti alla fascia di età di 30-35 anni, celibi/nubili, caratterizzati dalla presenza di problemi legali e/o penali e con bassa scolarità. Non presentano stabilità lavorativa né indipendenza economica. Hanno inoltre la tendenza a coabitare con la propria famiglia di origine.

2.2 Materiali e Metodi

Il disegno sperimentale, come si vede al punto 2., si è trasformato, dal punto di vista statistico, *nello studio degli effetti distinti di cinque diversi livelli della variabile "PROCEDURE"* dei quattro sottocampioni della variabile *"TIPOLOGIE DI COMORBIDITA' TRA DISTURBI"*, corrispondenti al numero dei Quesiti.

Lo scopo è stato quello di rispondere alla parte dei Quesiti relativa a *"Quali combinazioni (=comorbidità) di Disturbi di Personalità o di Disturbi sull'Asse I emergono con maggiore*

frequenza? Si modificano queste combinazioni al variare delle Procedure?” Si modificano questi risultati al variare dei Quesiti?

La variabile “*TIPOLOGIE DI COMORBIDITA' TRA DISTURBI*” è stata valutata mediante:

- (i) la matrice delle comorbidità dei Disturbi di Personalità nel sottocampione dei soggetti tossicodipendenti corrispondente al I° Quesito;
- (ii) la matrice delle comorbidità dei Disturbi di Personalità nel sottocampione dei soggetti tossicodipendenti riferito al II° Quesito;
- (iii) la matrice delle comorbidità tra Disturbi sull'Asse I, diversi da quelli da Uso di Sostanze, nel sottocampione dei soggetti tossicodipendenti relativo al III° Quesito;
- (iv) la matrice delle comorbidità dei Disturbi da Uso di Sostanze tra di loro usando il sottocampione corrispondente al IV° Quesito.

In altre parole abbiamo preso, quali livelli della variabile dipendente, la *comorbidità* delle combinazioni, a due a due, (i) dei disturbi sull'Asse II [Asse II/Asse II] (primo e secondo Quesito) e (ii) dei disturbi sull'Asse I [Asse I/Asse I] (terzo e quarto Quesito).

La comorbidità è stata calcolata mediante il coefficiente di *correlazione lineare di Pearson* (*), relativo alle distribuzioni N= 112 e N=50 isolando i sottocampioni prescelti. Sui valori ottenuti è stato applicato il *t Student* per filtrare le correlazioni significative.

Abbiamo iniziato pertanto guardando le combinazioni dei Disturbi di Personalità sull'Asse II al variare delle Procedure. E così di seguito per tutti gli altri Quesiti.

Completata la sessione relativa a ciascun Quesito, è stata poi applicata l'Analisi della Varianza (**) sull'intero campione per verificare (i) l'emergenza di *effetti* significativi a livello delle Procedure (ii) a livello delle Tipologie di Comorbidità tra i Disturbi e (iii) a livello *incrociato per controllare l'esistenza di qualche combinazione privilegiata non dovuta né a qualche peculiare Procedura né a qualche peculiare Tipologia*.

Abbiamo infine analizzato e confrontato gli andamenti di tre indicatori di SICUREZZA DIAGNOSTICA al variare delle Procedure: (i) la significatività media delle comorbidità (ii) il numero totale delle comorbidità e (iii) le tipologie più frequenti di comorbidità.

Lo scopo è stato quello di rispondere alla parte dei quesiti relativa a “*Quale è la Procedura più valida? Perché?*”

2.3 Analisi e Discussione dei Risultati

Nei paragrafi che seguono vengono presentate le Tabelle con i risultati dell'Analisi della Varianza con test F-Fisher relativamente (i) alle correlazioni Pearson=comorbidità ovvero “le Tipologie delle Comorbidità dei Disturbi” presi a due a due (Fattore A), (ii) alle correlazioni Pearson=comorbidità associate a ciascun tipo di Procedura (Fattore B) e (iii) alle combinazioni di particolari tipologie di comorbidità che non sono imputabili né al tipo di Procedura né a tipologie caratteristiche di disturbi.

2.3.1 Analisi della Varianza: Tipologie di Comorbidità tra Disturbi di Personalità e Procedure

Diagnostiche – Quesito I°

La **Tab. 4** mostra i risultati del Test F tra **Disturbi di Personalità -Fattore A** (Tipologia delle Comorbidità tra Disturbi di Personalità)- e le **Procedure Diagnostiche** impiegate -*Fattore B*

(*) È stata scelta come variabile osservativa il coefficiente di Correlazione Lineare di Pearson tra i disturbi di personalità, valutando che esso possa rappresentare la più fedele espressione della comorbidità tra i disturbi [Perone R., Pecori D. 2002 pag. 99].

(**) Analisi della Varianza a due livelli di fattori incrociati (Lucca A., Burigana L., 1980¹⁶ p. 171)] con Test F-Fisher¹⁷. Il lavoro ha seguito una logica multilivello nel senso che, le due variabili considerate (Disturbi e Procedure), sono state prese in esame sia a livello individuale che nella loro interazione.

(Procedure)-. Si può vedere che vi sono *importanti differenze sia a livello delle Tipologie di Comorbidità tra i Disturbi (F=4,602) che a livello delle Procedure Diagnostiche (F=4,759)* [nella Tab. 4i valori significativi sono evidenziati in grassetto].

Ciò significa che:

- **vi sono realmente specifici Disturbi di Personalità che si abbinano ai Disturbi da Uso di Sostanze (Fattore A);**
- **anche il tipo di Procedura diagnostica impiegata ha un peso sulla valutazione diagnostica (Fattore B).**

TAB. 4 - [Quesito I°] – Effetti delle Procedure Diagnostiche sulle Tipologie di Comorbidità Significative tra i Disturbi AXII*AXII - campione N=162					
<i>FA</i>	4,602	p=0,01	H1 > 2,18	FATTORE A	COMORBIDITA' TRA DISTURBI DI PERSONALITA' CORRELATI A DUE A DUE - Quesito 1 -
<i>FB</i>	4,759	p=0,01	H1 > 3,32	FATTORE B	PROCEDURE
<i>FAB</i>	0,278	p=0,01	H1 > 1,59	FATTORE AB	COMBINAZIONI
		g.l.	584		

Esaminiamo la **Tab. 5a** per comprendere come sono state ottenute le Tipologie di Comorbidità.

Indipendentemente dalla Procedura impiegata, nel nostro campione esistono comorbidità ricorsive tra i Disturbi di Personalità come quella tra il Disturbo Borderline e il Disturbo Evitante(2,352 per p<0,01) oppure come quella tra il Disturbo Narcisistico e il Disturbo Evitante (1,765 per p<0,05) [**Tab. 6a**]. Queste comorbidità sono responsabili dell'innalzamento della significatività del Fattore A (F = 4,602 > 2,18) nell'Analisi della Varianza.

TAB.5a – [Asse II*Asse II] - Tavola dei valori F tra i Disturbi di Personalità (Quesito I°) Campione totale N = 162]

DISTURBI DI PERSONALITA' (ASSE II) CORRELATI AI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE (ASSE I)	H1 > F.01;12; 584 = 2,18												
	Disturbo schizoide	Disturbo schizotipico	Disturbo istrionico	Disturbo narcisistico	Disturbo Borderline	Disturbo antisociale	Disturbo evitante	Disturbo dipendente	Disturbo ossessivo-compulsivo	Disturbo NAS	Disturbo passivo-aggressivo	Disturbo depressivo	
Disturbo paranoide	0,011	0,006	0,029	0,688	1,071	0,017	0,249	0,413	0,141	0,003	0,065	0,038	H1 > F.05;12; 584 = 1,75
Disturbo schizoide		0,001	0,004	0,526	0,866	0,001	0,364	0,290	0,074	0,024	0,130	0,089	
Disturbo schizotipico			0,009	0,569	0,920	0,003	0,330	0,322	0,090	0,016	0,110	0,073	
Disturbo istrionico				0,434	0,746	0,002	0,449	0,223	0,042	0,049	0,182	0,133	
Disturbo narcisistico					0,042	0,487	1,765	0,035	0,205	0,776	1,177	1,048	
Disturbo Borderline						0,816	2,352	0,154	0,434	1,179	1,665	1,511	
Disturbo antisociale							0,397	0,262	0,060	0,033	0,150	0,106	
Disturbo evitante								1,304	0,766	0,200	0,059	0,093	
Disturbo dipendente									0,071	0,482	0,807	0,701	
Disturbo ossessivo-compulsivo										0,183	0,399	0,325	
Disturbo NAS											0,042	0,020	
Disturbo passivo-aggressivo												0,004	

Esaminando ora la **Tab. 5b**, appare evidente, che le comorbidità descritte sopra, emergono con tutte le Procedure esclusa la Procedura COMOVAL DSM III-R (2002), nonostante la somiglianza tra la SCID II-DSM III-R e la SCID II-DSMIV. Il dato più certo ($F=3,731$) però si rileva con la 4° Procedura COMOVAL "Pagine Aggiuntive" (3,731 per $p<0,01$) laddove le altre Procedure si fermano a livelli di significatività inferiori ($p<0,05$). [**Tab. 5b colonna 4°**]. Questo significa che le Pagine Aggiuntive appaiono contribuire in modo sostanziale alla certezza con cui possiamo fare una valutazione ovvero aumentare la validità della procedura diagnostica.

TAB.5b – Confronto tra le Procedure Diagnostiche esaminate attraverso le Tipologie delle Comorbidità tra i Disturbi di Personalità (Quesito I°) <i>Campione Totale n = 162</i>						
PROCEDURE DIAGNOSTICHE IMPIEGATE	3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Nuovi Punteggi	4. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con Pagine Aggiuntive	5. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Gravità Pregressa	1. Procedura COMOVAL DSM III-R (2002)	H1 > F.01;4; 584 = 3,32	H1 > F.05;4; 584 = 2,37
	2. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Vecchi Punteggi	0,002	0,101	0,001	2,605	
3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Nuovi Punteggi		0,073	0,007	2,757		
4. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con Pagine Aggiuntive			0,124	3,731		
5. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Gravità Pregressa				2,496		

Vale la pena di commentare ulteriormente questi risultati. Osservando la **Tab. 5b**, si può notare che tutte le Procedure, che impiegano la SCID II-DSM IV, si differenziano significativamente, da quella che impiega la SCID II-DSM III-R. In particolare la Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Pagine Aggiuntive” è particolarmente diversa. Poiché la Procedura COMOVAL DSM III-R (2002) era già validata a un livello accettabile, sembrerebbe avvalorarsi l’ipotesi di un aumento significativo della validità mediante l’introduzione del DSM IV, dei Nuovi Punteggi e delle Pagine Aggiuntive che rendono possibile la Valutazione Multiassiale ($F=3,731$ per $p<0,01$).

2.3.2 Analisi della Varianza: Tipologie di Comorbidità tra Disturbi di Personalità e Procedure Diagnostiche – sottocampione Disturbi diversi dall’Uso di Sostanze – Quesito II°

La **Tab. 6** mostra i risultati del Test F tra **Disturbi di Personalità -Fattore A** (Tipologia delle Comorbidità tra Disturbi di Personalità)- e le **Procedure Diagnostiche** impiegate **-Fattore B** (Procedure). Si può vedere che non vi sono *importanti differenze a livello delle Procedure Diagnostiche* ($F=0,889$) [nella **Tab. 7i** valori significativi sono evidenziati in grassetto]. *Vi sono invece differenze significative a livello delle Tipologie delle Comorbidità tra i Disturbi* ($F=4,935$).

Ciò significa che:

- **vi sono specifici Disturbi di Personalità che si abbinano tra loro quando le persone sono esaminate col solo riferimento ai Disturbi diversi dall’Uso di Sostanze – Quesito II° (Fattore A).**

TAB. 6 - [Quesito II°] – Effetti delle Procedure Diagnostiche sulle Tipologie di Comorbidità Significative tra i Disturbi AXII*AXII - campione N=162					
F_A	4,935	p=0,01	H ₁ > 2,18	FATTORE A	TIPOLOGIE DI COMORBIDITA' TRA DISTURBI DI PERSONALITA' CORRELATI A DUE A DUE - Quesito 2 -
F_B	0,889	p=0,01	H ₁ > 3,32	FATTORE B	PROCEDURE
F_{AB}	0,396	p=0,01	H ₁ > 1,59	FATTORE AB	COMBINAZIONI
		g.l.	2469		

Nella **Tab. 7** si può osservare che, indipendentemente dal tipo di Procedura utilizzata, l'associazione che più frequentemente emerge rispetto alle altre è quella tra il Disturbo Borderline e il Disturbo Schizoide ($P < 0,01$) qualora siano presenti Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze sull'Asse I. Questo quadro rimane sostanzialmente invariato con l'applicazione delle diverse Procedure e nonostante il cambiamento delle caratteristiche di comorbidità del campione del 2010 rispetto a quello del 1997.

Se, poi, prendiamo un livello di significatività più basso ($P < 0,05$) possiamo notare che anche la combinazione Disturbo Narcisistico e Disturbo Borderline ha probabilità di essere frequentemente associata ai Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze. Questo è conforme a quanto riportato dalla letteratura internazionale sulla comorbidità psichiatrica dei tossicodipendenti ovvero l'associazione del Disturbo Borderline con altri Disturbi sull'Asse I, diversi dall'Uso di Sostanze.

TAB. 7 - [ASSE II*ASSE II] - Tavola dei valori F tra i Disturbi di Personalità esaminati nel sottocampione dei soggetti che presentano Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze (Quesito II°) Campione totale N = 162

DISTURBI DI PERSONALITA' ASSE II	DISTURBI DI PERSONALITA' ASSE II												H1 > F.01;12; 2469 = 2,18
	Disturbo schizoide	Disturbo schizotipico	Disturbo istrionico	Disturbo narcisistico	Disturbo Borderline	Disturbo antisociale	Disturbo evitante	Disturbo dipendente	Disturbo ossessivo-compulsivo	Disturbo NAS	Disturbo passivo-aggressivo	Disturbo depressivo	
Disturbo paranoide	1,071	0,054	0,631	0,746	0,217	0,110	0,010	0,005	0,162	0,394	0,010	0,000	H1 > F.05;12; 2469 = 1,75
Disturbo schizoide		1,606	0,058	0,029	2,251	0,493	0,872	1,220	0,399	0,166	0,871	1,048	
Disturbo schizotipico			1,055	1,201	0,054	0,319	0,111	0,027	0,404	0,739	0,112	0,059	
Disturbo istrionico				0,005	1,588	0,214	0,481	0,746	0,153	0,028	0,480	0,614	
Disturbo narcisistico					1,767	0,282	0,582	0,871	0,212	0,056	0,581	0,727	
Disturbo Borderline						0,637	0,321	0,157	0,754	1,195	0,322	0,227	
Disturbo antisociale							0,054	0,162	0,005	0,087	0,053	0,103	
Disturbo evitante								0,029	0,091	0,277	0,000	0,008	
Disturbo dipendente									0,223	0,486	0,029	0,006	
Disturbo ossessivo-compulsivo										0,050	0,091	0,154	
Disturbo NAS											0,277	0,380	
Disturbo passivo-aggressivo												0,008	

2.3.3 Analisi della Varianza: Tipologie di Comorbidità tra Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze e Procedure Diagnostiche – Quesito III°

La **Tab. 8** mostra i risultati del Test F tra **Tipologie di Comorbidità tra i Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze -Fattore A** (Tipologia delle Comorbidità tra Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze)- e le **Procedure Diagnostiche** impiegate **-Fattore B** (Procedure)-. Si può vedere che vi è una disomogeneità sia a livello delle Tipologie ($F=8,201$) che delle Procedure Diagnostiche ($F=4,432$) per $p < 0,01$.

Ciò significa che:

- vi sono specifici Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze che si abbinano tra loro – Quesito III° (Fattore A).
- la Procedura diagnostica impiegata ha un peso nel rilevamento

TAB. 8 - [Quesito III°] – Effetti delle Procedure Diagnostiche sulle Tipologie di Comorbidità Significative tra i Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze - campione N=162					
T_A	8,201	p=0,01	$H_1 > 1,50$	FATTORE A	TIPOLOGIE DI COMORBIDITA' TRA DISTURBI SULL'ASSE I DIVERSI DALL'USO DI SOSTANZE CORRELATI A DUE A DUE - Quesito 3 -
T_B	4,432	p=0,01	$H_1 > 3,32$	FATTORE B	PROCEDURE
T_{AB}	1,219	p=0,01	$H_1 > 1,50$	FATTORE AB	COMBINAZIONI
		g.l.	1709		

Nella **Tab. 9a** si può osservare che, indipendentemente dal tipo di Procedura utilizzata, l'associazione che più frequentemente emerge è tra il *Disturbo Depressivo Maggiore* e i seguenti disturbi: Disturbo Distimico, Agorafobia Senza Anamnesi di Disturbo di Panico, Fobia Specifica, Disturbo d'Ansia Generalizzato e Disturbo da Abbuffata Alimentare.

L'altra associazione si riferisce al *Disturbo Post Traumatico da Stress* che si associa ai seguenti disturbi: Disturbo Bipolare II, Disturbo Distimico, Disturbo Depressivo NAS, Disturbo Delirante, Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze, Agorafobia Senza Anamnesi di Disturbo di Panico, Fobia Specifica, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze e Disturbo da Abbuffata Alimentare.

Abbassando il livello di significatività ($p < 0,05$) si evidenziano anche altre comorbidità. Esse rimangono comunque associate al Disturbo Depressivo Maggiore e al Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Facendo poi il confronto tra le comorbidità dei Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze con i Disturbi da Uso di Sostanze, si nota che alcuni tipi di combinazioni risultano particolarmente frequenti (**Tab. 9a**) per $p < 0,01$.

I risultati relativi alle comorbidità appena descritte sono il frutto dell'applicazione del DSM IV-TR. L'esame della **Tab. 9b** mostra come le Procedure, successive alla Procedura COMOVAL DSM III-R (2002), si distinguono tutte in modo significativo dalla prima ($p < 0,05$).

Naturalmente, come abbiamo già affermato, i cambiamenti significativi tra le comorbidità sono anche da attribuire al cambiamento delle caratteristiche del campione dei "tossicodipendenti da oppioidi" del 1997 rispetto a quello del 2010.

- vi sono specifici Disturbi da Uso di Sostanze che si abbinano tra loro – Quesito IV° (Fattore A).
- la Procedura diagnostica impiegata ha un peso nel rilevamento

TAB. 10 - [Quesito IV°] – Effetti delle Procedure Diagnostiche sulle Tipologie di Comorbidità Significative tra i Disturbi da Uso di Sostanze - campione N=162			
		FATTORE A	TIPOLOGIE DI COMORBIDITA' TRA DISTURBI SULL'ASSE I DA USO DI SOSTANZE CORRELATI A DUE A DUE - Quesito 4 -
<i>F.A</i>	2,963	p=0,01 H1 > 2,51	PROCEDURE
<i>F.B</i>	5,384	p=0,01 H1 > 3,32	
<i>F.AB</i>	0,535	p=0,01 H1 > 1,70	
		g.l.	1709

L'ulteriore approfondimento dei motivi della differenza nell'ambito del Fattore A (**Tab.11a**) mostra che la responsabilità è a carico della *comorbidità tra Dipendenza da Allucinogeni e Dipendenza da Sedativi- ipnotici-ansiolitici*, combinazione che appare emergere come il risultato dell'applicazione della Procedura "COMOVAL DSM IV-TR "Pagine Aggiuntive", anche se è presente già con la sola introduzione dei Nuovi Punteggi (COMOVAL DSM IV-TR "Nuovi Punteggi") (**Tab. 11b**).

Da questi risultati si evince che per ottenere una Procedura Diagnostica valida per la valutazione dei Disturbi rilevati con la SCID I/P, è importante non solo l'introduzione delle Pagine Aggiuntive ma anche l'applicazione di punteggi omogenei ("Nuovi Punteggi").

TAB. 11a - [ASSE I*ASSEI] - Correlazioni significative nell'ambito dei livelli del fattore A [comorbidità tra i Disturbi da Uso di Sostanze sull'ASSE I]									
DISTURBI DA USO DI SOSTANZE CORRELATI TRA LORO	dependenza da cannabis	dependenza da cocaina	dependenza da più sostanze	dependenza da alcool	dependenza da allucinogeni	dependenza da sed. ipn. e ansiolitici	dependenza da stimolanti	ALTRO	
dependenza da oppioidi	0,461	0,001	0,000	0,115	0,838	0,213	0,048	0,370	H1 > F.05;8; 1709 = 1,94
dependenza da cannabis		0,496	0,488	0,116	0,056	1,302	0,212	0,005	
dependenza da cocaina			0,000	0,133	0,885	0,191	0,060	0,401	
dependenza da più sostanze				0,128	0,873	0,196	0,057	0,393	
dependenza da alcool					0,332	0,641	0,014	0,072	
dependenza da allucinogeni						2,520	0,485	0,095	
dependenza da sed. ipn. e ansiolitici							0,463	1,144	
dependenza da stimolanti								0,151	

TAB. 11b - [ASSE I*ASSE I] - Correlazioni significative nell'ambito dei livelli del fattore B - [comorbidità tra i Disturbi da Uso di Sostanze esaminati in relazione ai Disturbi diversi dall'Uso di Sostanze al variare delle 5 Procedure Diagnostiche]					
DISTURBI DA USO DI SOSTANZE CORRELATI TRA LORO	3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Nuovi Punteggi	4. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con Pagine Aggiuntive	5. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Gravità Pregressa	1. Procedura COMOVAL DSM III-R (2002)	$H_1 > F_{.01;4; 1709} = 3,32$
2. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Vecchi Punteggi	0,037	0,012	0,005	3,012	$H_1 > F_{.05;4; 1709} = 2,37$
3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR Nuovi Punteggi		0,007	0,016	3,719	
4. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con Pagine Aggiuntive			0,002	3,398	
5. Procedura COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Gravità Pregressa				3,253	

2.3.5 Considerazioni generali sui risultati dell'Analisi della Varianza

Le Analisi della Varianza, effettuate con le comorbidità riferite ai Disturbi di Personalità (ottenute attraverso la SCID II), dimostrano abbastanza chiaramente la differenza delle caratteristiche del campione del 1997 rispetto a quelle del Campione del 2010. Infatti, le associazioni tra i Disturbi di Personalità e i Disturbi da Uso di Sostanze sono diverse. Questo anche se la SCID II DSM III-R non è particolarmente diversa dalla SCID II DSM IV. Quindi a cosa imputare le diverse comorbidità tra Disturbo Borderline/Disturbo Evitante e tra Disturbo Narcisistico/Disturbo Evitante (**Tab. 5a**), associate ai Disturbi da Uso di Sostanze? *La tipologia dei tossicodipendenti sembra realmente essere cambiata nell'arco di 13 anni; questo dato appare confermato anche dalla letteratura internazionale e dai dati italiani [Back S. e coll. (2000); Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga Relazione Annuale (2010)].*

I risultati riferiti ai Disturbi da Uso di Sostanze indicherebbero un cambiamento nella comorbidità tra Dipendenza da Allucinogeni e Dipendenza da Sedativi Ipnotici e Ansiolitici (**Tab. 11a**).

Emerge, inoltre, un evidente cambiamento tra le valutazioni diagnostiche di comorbidità ottenute con la 1° "Procedura COMOVAL" del 2002 (campione 1997) e quelle ottenute con la "Procedura COMOVAL DSM IV-TR "Pagine Aggiuntive" (campione 2010). Questo dato evidenzia proprio **l'importanza dell'introduzione delle Pagine Aggiuntive** per la Procedura diagnostica.

Un altro dato emergente è **l'importanza dell'introduzione di punteggi omogenei**("Nuovi Punteggi"), poiché consentono di uniformare e graduare la valutazione dei Disturbi sull'ASSE I.

Inoltre **l'introduzione della valutazione della Gravità Pregressa Graduada dei Disturbi sull'ASSE I (5° e ultima Procedura Diagnostica)**, anche se non sembra apportare un sostanziale cambiamento dei risultati, in realtà **rappresenta un indiscusso perfezionamento logico, rivolto ad applicare pienamente l'Approccio Dimensionale presentato all'inizio di questo nostro lavoro.**

Infine, per quanto riguarda le comorbidità tra Disturbi da Uso di Sostanze e Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze, vi è l'indicazione *dell'emergere, nel campione del 2010, del Disturbo Depressivo Maggiore e del Disturbo Post Traumatico da Stress*, in associazione a una rosa di altri Disturbi sull'ASSE I.

2.3.6 Ipotetiche Variabili per la valutazione della Validità Diagnostica

L'ottica Longitudinale -o detta parimenti temporale- ha sempre svolto un ruolo fondamentale durante il nostro lavoro clinico: la consideriamo indispensabile per la formulazione di diagnosi valide. Consente, infatti, l'individuazione della Condizione Psicopatologica del Paziente attraverso la considerazione della sua Storia di Vita e l'esame longitudinale dei suoi Disturbi (Decorso dei Disturbi).

Tale ottica riveste un ruolo basilare anche nel nostro lavoro di ricerca. Riteniamo, infatti, che il continuo perfezionamento delle Procedure Diagnostiche possa incrementare la Validità delle valutazioni diagnostiche. Per questo motivo gradualmente ci siamo proposte di correggere errori banali (per es. punteggi non confrontabili tra loro, valutazione di gravità prevista solo per i Disturbi in Atto e non per quelli Pregressi, mancanza di informazioni riferite al Decorso dei Disturbi e così via).

Abbiamo ritenuto opportuno confrontare le diverse Procedure, da noi progressivamente ideate durante numerosi anni di ricerca, chiedendoci: quale è la Procedura che consente di ottenere i migliori esiti diagnostici in termini di validità?

A questo scopo abbiamo scelto tre "Indicatori di Sicurezza" per affermare la VALIDITÀ di ogni Procedura Diagnostica esaminata:

1. Significatività media della comorbidità per $p \leq 0,05$
2. Numero totale delle Comorbidità significative per $p \leq 0,05$
3. Tipologie più frequenti di comorbidità

Consideriamo ora la 1° Variabile, vale a dire la **SIGNIFICATIVITÀ MEDIA DELLA COMORBIDITÀ per $p \leq 0,05$** , per 6 tipi diversi di combinazioni di comorbidità, rappresentata (**Tab. 12**).

Tab. 12 SICUREZZA: SIGNIFICATIVITÀ MEDIA DELLA COMORBIDITÀ per $p \leq 0,05$	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
1. ASSEI (sostanze) * ASSEI (non sostanze)	2,38	3,17	3,31	3,21	3,06
2. ASSEI (non sostanze) * ASSEI (sostanze)	3,56	5,48	4,72	3,31	3,53
3. ASSEI (sostanze) * ASSEI (sostanze)	2,67	3,10	2,93	3,19	3,23
4. ASSEI (sostanze) * ASSEII	2,33	2,38	2,62	2,62	2,73
5. ASSEI (non sostanze) * ASSEII	2,63	3,22	3,01	3,02	3,06
6. ASSEII * ASSEII	2,92	3,31	3,24	3,24	3,24

La comorbidità espressa dalla correlazione di Pearson tra i Disturbi dei tre sottoinsiemi ASSE I (no- sostanze), ASSE I (sostanze) e ASSE II tende in linea generale ad aumentare di significatività (calcolata mediante la media dei valori significativi per $p \leq 0,05$ secondo la distribuzione di tStudent) nel passaggio dalla 1° Procedura (Procedura COMOVAL DSM III-R) alla 5°. Le punte eccedenti del Graf. 1 sembrano facilmente attribuibili all'esiguità campionaria.

Possiamo fare una riflessione e chiederci: il consistente cambiamento rilevato, in termini di tipo e di numero delle comorbidità, passando dalla 1° Procedura alle altre Procedure riferite al DSM IV-TR è determinato dalla diversità delle caratteristiche del DSM IV rispetto al DSM III-R? Oppure è dovuto alla differenza tra il campione del 1997 e quello del 2010 ?

La **2° Variabile**, vale a dire **IL NUMERO TOTALE DELLE COMORBIDITÀ SIGNIFICATIVE**, per 6 tipi diversi di combinazioni di comorbidità, è rappresentata dalla **Tab. 13**.

Tab. 13 NUMERO TOTALE DELLE COMORBIDITA' SIGNIFICATIVE	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
1. ASSE I (sostanze) * ASSE I (non sostanze)	18	11	8	9	9
2. ASSE I (non sostanze) * ASSE I (non sostanze)	10	8	12	8	8
3. ASSE I (sostanze) * ASSE I (sostanze)	6	5	5	3	3
4. ASSE I (sostanze) * ASSE II	21	13	11	10	10
5. ASSE I (non sostanze) * ASSE II	27	21	21	20	20
6. AX2 * AX2	30	22	26	26	26

Si nota che *il numero totale delle comorbidità significative* (esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no- sostanze), ASSE I (sostanze) e ASSE II) *tende in linea generale a diminuire nel passaggio dalla 1° alla 5° Procedura*. Rimane pressoché uguale (solo leggermente abbassato) il numero dei Disturbi sull'ASSE II poiché quest'ultimo non è gran che coinvolto nella modificazione procedurale.

La **3° Variabile**, vale a dire **LE TIPOLOGIE PIÙ FREQUENTI DI COMORBIDITÀ**, è rappresentata dalle **Tab. 14, 15, 16, 17, 18, 19** che rappresentano i **6 diversi tipi di combinazioni di comorbidità**.

La varietà delle comorbidità significative per $p \leq 0,05$ -esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II- tende in linea generale a diminuire nel passaggio tra la 1° e la 5° Procedura.

Nella **Tab. 14** compare: (a) l'evidente omogeneità delle tipologie ottenute con le Procedure riferite al DSM IV-TR, se confrontate con quelle riferite al DSM III-R (b) che la rarefazione è perfettamente inversa all'aumento delle categorie diagnostiche previste dalla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002), rispetto a quelle previste dalla SCID I/P DSM III-R (c) che una sostanziale differenza di risultati si verifica con l'introduzione delle Pagine Aggiuntive che permettono una rilevazione più corretta dei disturbi.

Il Disturbo Depressivo Maggiore viene rilevato con le Procedure 1, 2 e 3, nonostante la differenza di caratteristiche tra (i) il DSM III-R e il DSM IV-TR e (ii) il campione del 1997 e quello del 2010. Si nota, invece, che scompare con l'introduzione delle Pagine Aggiuntive (4° Procedura). Si può dedurre che senza Pagine Aggiuntive si rischia di ipervalutare la comorbidità del Disturbo Depressivo Maggiore con i Disturbi da Uso di Sostanze.

Tab. 14 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi da Uso di Sostanze correlati a Disturbi dell'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze.	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Disturbo Depressivo Maggiore	4	3	2	0	0
Disturbo Ossessivo Compulsivo	4	0	0	0	0
Dipendenza da Sed. Ipn. Ans.	4	0	0	0	0
DPTS	0	4	3	3	3
Dipendenza da Cocaina	0	3	3	4	4

La varietà delle comorbidità significative per $p \leq 0,05$ -esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II - *tende a diminuire passando dalla 1° alla 5° Procedura.*

Nella **Tab. 15** si può notare (a) l'evidente omogeneità delle tipologie ottenute con le Procedure riferite al DSM IV-TR, se confrontate con quelle riferite al DSM III-R (b) che la rarefazione è perfettamente inversa all'aumento delle categorie diagnostiche previste dalla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002), rispetto a quelle previste dalla SCID I/P DSM III-R (c) che una sostanziale differenza di risultati si verifica con l'introduzione delle Pagine Aggiuntive (dato già rilevato nella precedente combinazione di comorbidità).

Il Disturbo Bipolare I e il Disturbo d'Ansia Generalizzato permangono, nonostante il cambiamento delle Procedure (dal DSM III-R al DSM IV-TR) e il cambiamento campionario. Come detto precedentemente si può dedurre che *senza Pagine Aggiuntive si rischia di non valutare adeguatamente la comorbidità* (nel Graf.4 confrontare le prime tre Procedure con le altre).

Tab. 15 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze correlati ai Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Disturbo Depressivo Maggiore	2	2	2	0	0
Disturbo Ossessivo Compulsivo	2	0	0	0	0
Dipendenza da Sed. Ipn. Ans.	0	0	0	0	0
DPTS	0	0	0	0	0
Dipendenza da Cocaina	0	0	0	0	0
Disturbo d'Ansia generalizzato	2	3	4	2	2
Disturbo Bipolare 1	2	0	2	2	2
Disturbo di Panico	2	0	2	0	0
Fobia Sociale	2	0	0	0	0
Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze			2	2	2

Per i Disturbi da Uso di Sostanze le comorbidità significative per $p \leq 0,05$ -esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II - *tendono a rimanere simili nel numero.*

Osservando la **Tab. 16** si nota, invece, che la tipologia cambia. Passando dalla Procedura COMOVAL DSM III-R a quelle successive si rileva, infatti, un cambiamento sostanziale: dalla

Dipendenza da Oppioidi, da Cannabis e da Più Sostanze si passa alla Dipendenza da Stimolanti, da Cocaina e da Allucinogeni.

E' possibile anche osservare che l'introduzione delle Pagine Aggiuntive (4° Procedura) consente di far emergere un maggior numero di comorbidità. I Nuovi Punteggi della 5° Procedura, invece, sembrano far sparire la Dipendenza da Più Sostanze.

Tab. 16 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi da Uso di Sostanze correlati ai Disturbi da Uso di Sostanze	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Dipendenza da Cannabis	2	0	0	0	0
Dipendenza da Oppioidi	2	0	0	0	0
Dipendenza da Più Sostanze	2	2	2	1	0
Dipendenza da Stimolanti	0	3	3	3	3
Dipendenza da Cocaina	0	0	0	1	1
Dipendenza da Allucinogeni	0	0	0	1	1

La varietà delle comorbidità significative per $p \leq 0,05$ - espresse dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II – tende a rimanere simile nel numero dei Disturbi da Uso di Sostanze ma non nella tipologia. La tipologia appare, infatti, completamente cambiata dal 1997 al 2010, avvallando il cambiamento delle caratteristiche campionarie.

Dalla **Tab. 17** si può, inoltre, notare che (a) con l'introduzione dei Nuovi Punteggi c'è un cambiamento sostanziale delle tipologie (campione del 2010) (b) con l'introduzione delle Pagine Aggiuntive scompare la Dipendenza da Oppioidi. Nel campione del 2010 emerge il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità, la Dipendenza da Cocaina e la Dipendenza da Cannabis; scompare, invece, la storica comorbidità dei Disturbi da Uso di Sostanze con il Disturbo Borderline di Personalità.

Tab.17 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi da Uso di Sostanze correlati ai Disturbi di Personalità	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Dipendenza da Cannabis	0	0	0	2	2
Dipendenza da Più Sostanze	4	0	0	0	0
Dipendenza da Oppioidi	0	4	2	0	0
Dipendenza da Sed. Ipn. Ans.	4	0	0	0	0
Dipendenza da Cocaina	0	0	2	2	2
Dipendenza da Allucinogeni	0	0	2	2	2
Disturbo Borderline di Personalità	5	0	0	0	0
Disturbo Dipendente di personalità	0	3	0	0	0
Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità	0	0	5	4	4

La varietà delle comorbidità significative per $p \leq 0,05$ -esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II- tende ad aumentare rispetto al numero dei Disturbi da Uso di Sostanze. Inoltre, passando dalla Procedura COMOVAL DSM III-R alla 5° Procedura, la tipologia appare completamente cambiata.

Osservando la **Tab. 18** è possibile notare che l'introduzione delle Pagine Aggiuntive consente di individuare un maggior numero di comorbidità significative tra Disturbi di Personalità e Disturbi dell'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze.

Tab. 18 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi sull'ASSE I diversi dall'Uso di Sostanze correlati ai Disturbi di Personalità	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Disturbo Depressivo Maggiore	5	0	0	5	5
Disturbo d'Ansia Generalizzato	0	3	8	0	0
Fobia Sociale	0	0	0	5	5
Disturbo Borderline di Personalità	6	4	0	0	0
Disturbo Evitante di Personalità	0	4	4	4	4
Disturbo Depressivo di Personalità	0	0	0	4	4

La diversità delle comorbidità significative per $p \leq 0,05$ [esprese dalla correlazione di Pearson tra i disturbi nei tre sottoinsiemi ASSE I (no-sostanze), ASSE I (sostanze), ASSE II] evidenzia la differenza di caratteristiche tra il campione del 1997 e quello del 2010.

I due campioni appaiono diversi sia in termini di Tipologie di Disturbi di Personalità che di Numero di Disturbi: il Disturbo Borderline di Personalità del 1° campione viene sostituito, nel 2° campione, dal Disturbo Depressivo di Personalità e dal Narcisistico di Personalità. Permane il Disturbo Paranoide di Personalità, seppure in modo un po' attenuato.

Il cambiamento rilevato non è giustificato dal cambiamento della forma dello strumento somministrato. Questo perché la SCID II DSM IV, somministrata al 2° campione, non presenta cambiamenti particolarmente rilevanti rispetto alla SCID II DSM III-R, somministrata al 1° campione.

Osservando la **Tab. 19** emerge l'importanza dei nuovi punteggi che mantengono stabile la diagnosi.

Tab. 19 TIPOLOGIE PIU' FREQUENTI DI COMORBIDITA'. Disturbi di Personalità correlati ai Disturbi di Personalità	1. COMOVAL DSM III-R (2002) - campione 1994	2. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - vecchi punteggi - campione 2008-10	3. COMOVAL DSM IV-TR senza pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi - campione 2008-10	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR con pagine aggiuntive - nuovi punteggi (con gravità pregressa graduata) campione 2008-10
Disturbo Passivo-aggressivo di Personalità	7	0	0	0	0
Disturbo Paranoide di Personalità	7	4	5	5	5
Disturbo Dipendente di Personalità	0	6	0	0	0
Disturbo Narcisistico di Personalità	0	4	5	5	5
Disturbo Borderline di Personalità	0	4	0	0	0
Disturbo Depressivo di Personalità	0	0	6	6	6

2.3.7 Limiti del lavoro di ricerca

Una difficoltà incontrata, durante il nostro lavoro di ricerca, riguarda la **consistente differenza di caratteristiche tra il 1° e il 2° Campione, in termini di Comorbidità** (correlazioni significative tra i Disturbi). L'analisi delle Comorbidità dei due Campioni ha evidenziato, infatti, *rilevanti cambiamenti riferiti sia ai tipi che ai valori rilevati* (v. tabelle Analisi Varianza). Ciò significa che *la distanza temporale di 13 anni, che caratterizza i due Campioni, si accompagna a un consistente cambiamento della comorbidità psichiatrica dei pazienti esaminati, soprattutto in riferimento all'uso di sostanze*.

Le nostre rilevazioni sono supportate dai dati epidemiologici riferiti dalla letteratura internazionale (Grant B.F. e coll., 2004¹⁸, Back S. e coll., 2000¹⁹ e dai dati epidemiologici italiani (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2010).

La diversità tra il 1° e il 2° Campione, riportata dalla letteratura, è stata comunque da noi dimostrata attraverso la *differente incidenza dei Disturbi di Personalità rilevati con la SCID II* che non ha subito cambiamenti sostanziali nel tempo. Dalla **Tab. 20** emerge, invece, molto più modestamente la diversità tra il 1° e il 2° Campione.

Tab. 20 CONFRONTO TRA DUE CAMPIONI DI SOGGETTI CON DIPENDENZA DA OPIOIDI								
		FREQUENZE		FREQUENZE PERCENTUALI DEI GRANDI GRUPPI DI DISTURBI		PERCENTUALI		
		anno 2002	anno 2010	anno 2002	anno 2010	anno 2002	anno 2010	
		n°=69	(n°=50)	n°=69	(n°=50)	%(n°=69)	%(n°=50)	
DISTURBI DI PERSONALITÀ	ASSE II							
	GRUPPO A			13,40	18,13			
	Disturbo Paranoide	30	21			43,48	42,00	
	Disturbo Schizoide	6	6			8,70	12,00	
	Disturbo Schizotipico	3	4			4,35	8,00	
	GRUPPO B			39,86	40,35			
	Disturbo Istrionico	21	6			30,43	12,00	
	Disturbo Narcisistico	24	15			34,78	30,00	
	Disturbo Borderline	46	28			66,67	56,00	
	Disturbo Antisociale	25	20			36,23	40,00	
	GRUPPO C			46,74	41,52			
	Disturbo Evitante	25	8			36,23	16,00	
	Disturbo Dipendente	27	9			39,13	18,00	
	Disturbo Ossessivo-compulsivo	25	16			36,23	32,00	
	Disturbo Passivo-aggressivo	30	25			43,48	50,00	
	Disturbo NAS	5	0			7,25	0,00	
	Disturbo Autofrustrante	24				34,78		
	Disturbo Depressivo		13				26,00	
	Totale Frequenze		291	171				

Si nota, infatti, che nell'insieme la composizione dei Disturbi di Personalità del 1° campione (n°=291) è lievemente diversa da quella del 2° Campione (n°=171) e che le differenze sono poco accentuate, contrariamente a quanto da noi rilevato precedentemente attraverso lo studio delle

comorbidità. Ciò sembrerebbe dimostrare quanto i dati espressi in termini di sola frequenza percentuale possano essere fuorvianti rispetto a quelli derivati dall'analisi delle comorbidità.

2.3.8 Considerazioni supplementari sulle "Pagine Aggiuntive" ai fini della Validità Diagnostica

Premettiamo che l'applicazione della Procedura COMOVAL applicata alla SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) comporta generalmente *quattro incontri* con il Paziente di circa 45-60 minuti per somministrare:

- *l'I.N.A.* (Intervista Narrativo-Anamnestica da noi ideata) durante il *primo incontro*
- *la SCID II* durante il *secondo incontro*
- *la SCID I* durante il *terzo incontro* e infine
- le *Pagine Aggiuntive degli ASSI I, III, IV e V* durante il *quarto incontro*.

Ci siamo proposte di valutare **il contributo dell'utilizzazione delle Pagine Aggiuntive per la formulazione delle Diagnosi sull'ASSE I del DSM IV-TR.**

A questo scopo, per ogni Paziente esaminato, abbiamo dapprima elaborato la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) dopo il terzo incontro e abbiamo definito "*Senza Pagine Aggiuntive*" le Diagnosi così ottenute.

Successivamente abbiamo riformulato le Diagnosi dopo la somministrazione e l'elaborazione delle Pagine Aggiuntive, e abbiamo definito "*Con Pagine Aggiuntive*" le nuove valutazioni.

Infine abbiamo confrontato i risultati ottenuti allo scopo di valutare gli effetti dell'introduzione delle Pagine Aggiuntive, in termini di correzioni diagnostiche.

Abbiamo poi esaminato le caratteristiche di queste correzioni, ottenute dopo la somministrazione e l'elaborazione delle Pagine Aggiuntive.

E' stato, così, possibile distinguere 3 TIPI DI CORREZIONI DIAGNOSTICHE, RIFERITE ALL'ASSE I:

- Correzioni relative ai *Disturbi*
- Correzioni relative alla loro *Gravità*
- Correzioni relative alle *Diagnosi Principali*

Esaminiamo ora ciascuna di esse.

Correzioni relative ai Disturbi

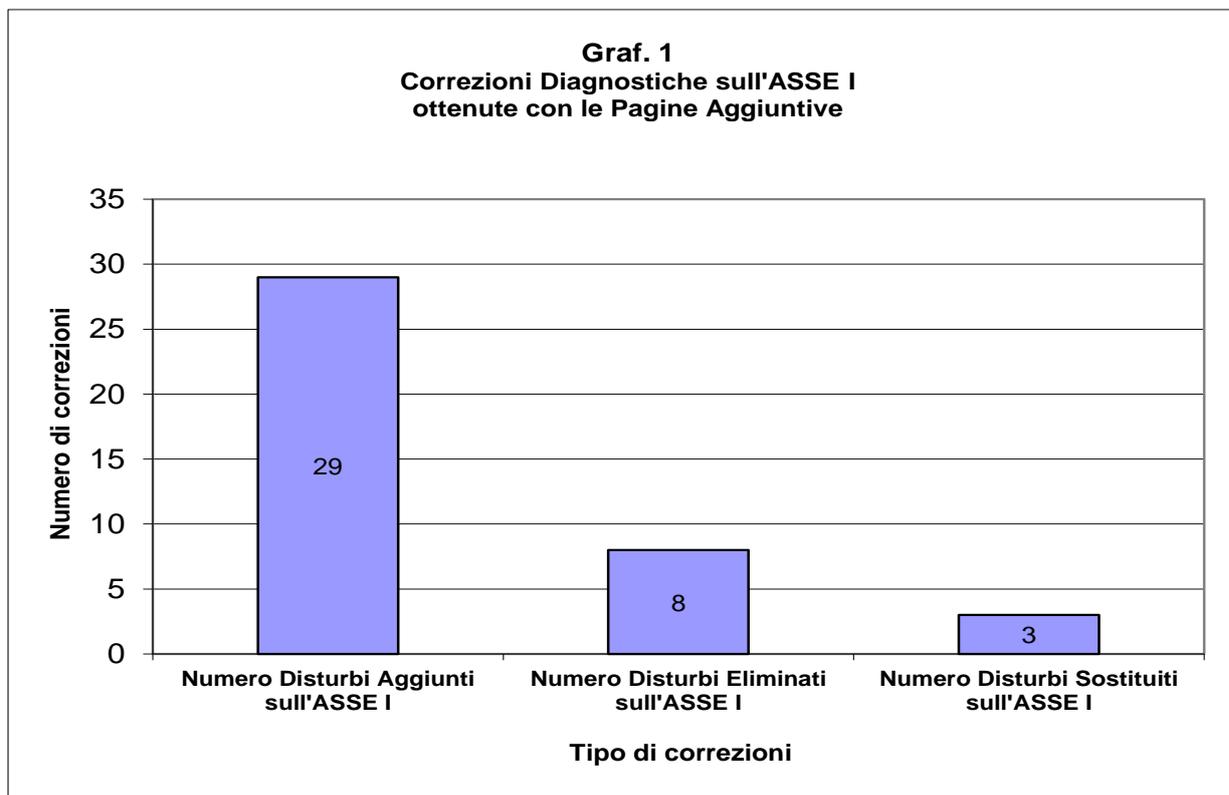
Abbiamo distinto **3 tipi di Correzioni in riferimento al loro contenuto:**

1. Correzioni che comportano *l'Aggiunta di Disturbi*
2. Correzioni che comportano *l'Eliminazione di alcuni Disturbi*
3. Correzioni che comportano la *Sostituzione di un Disturbo con un altro*

Tali correzioni *comprendono sia i Disturbi in Atto che i Disturbi Pregressi.*

La **Tab. 21 e il Graf. 1** presentano il numero delle correzioni effettuate dopo le Pagine Aggiuntive, distinguendo la tipologia e gli specifici Disturbi sull'ASSE I cui si riferiscono.

Tab. 21 Correzioni relative ai Disturbi effettuate dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive				
Disturbi sull'ASSE I	Numero Disturbi aggiunti	Numero Disturbi eliminati	Numero Disturbi sostituiti	Numero Totale dei Disturbi corretti
Disturbo Depressivo Maggiore	7	1	1 (con Disturbo dell'Umore Ind. da Sostanze)	N = 9
Disturbo Bipolare II			1 (con Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze)	N = 1
Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze	4			N = 4
Dipendenza da Cannabis	4			N = 4
Dipendenza da Cocaina	3		1 (Abuso sostituito con Dipendenza)	N = 4
Dipendenza da Oppioidi	3	2		N = 5
Dipendenza da Alcol	3			N = 3
Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze	2	1		N = 3
Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze	2			N = 2
Disturbo Delirante		2		N = 2
Disturbo d'Ansia Generalizzato		2		N = 2
Dipendenza da Sedativi Ipnocici e Ansiolitici	1			N = 1
TOTALE	N = 29	N = 8	N = 3	N = 40



Dalla **Tab. 21** e dalla **Fig. 1** emerge che **il numero delle correzioni effettuate dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive è abbastanza consistente (N = 40).**

La *prevalenza delle correzioni riguarda l'aggiunta di Disturbi* (N = 29). Un numero più ridotto di correzioni si riferisce ai *Disturbi eliminati* (N = 8) e solo alcune correzioni riguardano la *Sostituzione di un Disturbo con un altro* (N = 3).

Dalla tabella si può osservare che è il *Disturbo Depressivo Maggiore che viene sottoposto al maggior numero di correzioni* (N = 9), prevalentemente riferite all'aggiunta di Disturbi (N = 7).

Gli altri disturbi che subiscono diverse correzioni sono: la *Dipendenza da Oppioidi* (N = 5), la *Dipendenza da Cocaina* (N = 4), la *Dipendenza da Cannabis* (N = 4) e il *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze* (N = 4). Anche per questi disturbi le correzioni consistono prevalentemente nell'aggiunta di Disturbi.

Sembrebbe, quindi, che **se la SCID I/P viene somministrata senza le Pagine Aggiuntive, c'è il rischio di commettere l'errore diagnostico di non rilevare alcuni disturbi.**

Il rischio di non rilevare la patologia psichiatrica interessa soprattutto il Disturbo Depressivo Maggiore che, così, rischia di essere sottovalutato. Ma, in misura più ridotta, riguarda anche altri quattro disturbi, vale a dire la *Dipendenza da Oppioidi*, la *Dipendenza da Cocaina*, la *Dipendenza da Cannabis* e il *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*.

La **Tab. 22** riporta i Disturbi che hanno ottenuto un numero consistente di correzioni in seguito all'utilizzazione delle Pagine Aggiuntive. Poi abbiamo confrontato il *Numero dei Disturbi rilevati con la SCID I/P col Numero dei Disturbi corretti dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive*.

Tab. 22 Confronto tra i Disturbi rilevati con la SCID/IP e il numero di correzioni effettuate con le Pagine Aggiuntive			
Disturbi con il maggior numero di correzioni	Numero dei Disturbi rilevati con la SCID IP	Numero dei Disturbi corretti con le Pagine Aggiuntive	Percentuale delle correzioni rispetto a ciascun disturbo
Disturbo Depressivo Maggiore	N = 17	N = 9	53%
Dipendenza da Oppioidi	N = 49	N = 5	10%
Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze	N = 29	N = 4	14%
Dipendenza da Cannabis	N = 40	N = 4	10%
Dipendenza da Cocaina	N = 32	N = 4	13%

Si può notare chiaramente che **il disturbo che presenta la più alta percentuale di correzioni diagnostiche è il Disturbo Depressivo Maggiore.** Questo significa che l'applicazione della **Procedura COMOVAL** consente di migliorare la validità diagnostica della SCID I/P rispetto a questo disturbo. In altre parole la Procedura da noi ideata rende lo strumento molto più sensibile rispetto alla rilevazione del Disturbo Depressivo Maggiore.

Si nota che il *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze* presenta una percentuale di correzioni pari al 14%. Meno rilevanti invece appaiono le percentuali di correzioni riferite alla *Dipendenza da Cocaina* (13%), alla *Dipendenza da Oppioidi* (10%) e alla *Dipendenza da Cannabis* (10%).

Ciò significa che se si utilizza la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) senza le Pagine Aggiuntive il rischio di Errore Diagnostico è significativo e consiste in particolare nel sottovalutare soprattutto la presenza del Disturbo Depressivo Maggiore ma anche dei disturbi sopra riportati.

Correzioni relative alla Gravità dei Disturbi

Complessivamente sono state effettuate **N = 12 Correzioni relative alla Gravità dei Disturbi**, riportate nella **Tab. 23**.

Come si può notare il *maggior numero di correzioni della Gravità riguarda la Dipendenza da Oppioidi* (N = 5).

La prevalenza delle correzioni si riferisce all'aumento della Gravità.

Questo significa che:

- **l'applicazione della Procedura COMOVAL rende la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) uno strumento più sensibile rispetto alla rilevazione della Gravità dei Disturbi.**
- **se non si utilizzano le Pagine Aggiuntive si corre il rischio di commettere l'errore diagnostico di sottovalutare la Gravità dei Disturbi, con riferimento particolare a quelli riportati nella Tab. 23 tra i quali emerge la Dipendenza da Oppioidi.**

Tab. 23			
Correzioni relative alla Gravità dei Disturbi			
effettuate dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive			
Disturbi sull'ASSE I	Numero dei Disturbi corretti Aumentando la Gravità	Numero dei Disturbi corretti diminuendo la Gravità	Numero Totale dei Disturbi corretti rispetto alla Gravità
Dipendenza da Oppioidi	3	2	N = 5
Dipendenza da Cannabis	3		N = 3
Dipendenza da Alcol	2		N = 2
Fobia Sociale	2		N = 2

Correzioni relative alle Diagnosi Principali

Complessivamente, dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive, abbiamo effettuato **N = 5 Correzioni relative alle Diagnosi Principali.**

Le riportiamo nella **Tab. 24**.

Tab. 24
Correzioni relative alle Diagnosi Principali
effettuate dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive

Diagnosi Principali formulate con la SCID I/P		Diagnosi Principali formulate dopo aver utilizzato le Pagine Aggiuntive
Dipendenza da Alcol	→	Dipendenza da Oppioidi
Dipendenza da Oppioidi	→	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze
Dipendenza da Oppioidi	→	Dipendenza da Cocaina
Dipendenza da Oppioidi	→	Disturbo Bipolare I con aspetti psicotici

Considerando che la *Diagnosi Principale* è “la condizione che viene ritenuta responsabile del ricovero ... la condizione principalmente responsabile delle prestazioni mediche ambulatorialiche rappresenta il centro dell’attenzione o del trattamento”(DSM IV-TR, pag 19.), la sua individuazione è di particolare importanza.

L’errore diagnostico a questo riguardo, infatti, può essere responsabile della definizione di programmi terapeutici non adeguati poiché non rispondenti alle condizioni psicopatologiche dei Pazienti.

Anche se le correzioni diagnostiche effettuate sono un numero esiguo, osservando la **Tab. 24** possiamo notare che le Pagine Aggiuntive consentono di far emergere Diagnosi Principali diverse dalla Dipendenza da Oppioidi. Ciò significa che possono risultare particolarmente utili agli operatori dei SERT, che in genere tendono a focalizzare un po’ troppo la loro attenzione sull’uso di sostanze, trascurando così la ricerca di altri Disturbi sull’ASSE I.

2.4 Conclusioni

Concludiamo il nostro lavoro di ricerca con (i) i risultati più significativi ottenuti e con (ii) alcune considerazioni riferite allo sviluppo della ricerca futura.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti, possiamo sintetizzare quanto segue.

Il nostro lavoro di Validazione, attraverso l’Analisi della Varianza (test F- Fisher modello a due fattori a livelli incrociati) ha rilevato *un evidente cambiamento tra le valutazioni diagnostiche di comorbidità ottenute con la 1° “Procedura COMOVAL DSM III-R” e quelle ottenute con la “Procedura COMOVAL DSM IV-TR “Pagine Aggiuntive”*. Questo dato ha evidenziato **l’importanza dell’introduzione delle “Pagine Aggiuntive” e dei “Nuovi Punteggi”** (che consentono di uniformare e graduare la valutazione dei Disturbi sull’ASSE I). **L’ulteriore introduzione della Valutazione della Gravità Progressa Graduata dei Disturbi sull’ASSE I(5° e ultima Procedura Diagnostica), anche se sembra non apportare un sostanziale cambiamento dei risultati, in realtà rappresenta un indiscusso perfezionamento logico, rivolto ad applicare pienamente l’Approccio Dimensionale presentato all’inizio di questo nostro lavoro.**

L’analisi dei risultati di alcune Variabili della Procedura Longitudinale (“Indicatori di Sicurezza”) permette di rilevare che il passaggio dalla 1° alla 5° Procedura determina sia un aumento della **Sicurezza in termini di significatività media della comorbidità per $p \leq 0,05$** che una diminuzione del **Numero totale delle Comorbidità significative.**

Infine dallo studio degli effetti delle Pagine Aggiuntive emerge che **la loro introduzione permette di effettuare un numero consistente di correzioni diagnostiche.** Ciò significa chese si

utilizza la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) senza le Pagine Aggiuntive, il rischio di Errore Diagnostico è significativo e consiste in particolare nel sottovalutare soprattutto la presenza del Disturbo Depressivo Maggiore, ma anche di altri disturbi.

L'applicazione della Procedura COMOVAL rende, inoltre, **la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002) uno strumento più sensibile rispetto alla rilevazione della Gravità dei Disturbi.**

Anche se le **correzioni diagnostiche effettuate relativamente alle Diagnosi Principali** effettuate sono un numero esiguo, possiamo notare che *le Pagine Aggiuntive consentono di far emergere Diagnosi Principali diverse dalla Dipendenza da Oppioidi.*

Ci sembra ora opportuno esprimere anche alcune considerazioni riferite all'attività clinica e allo sviluppo della ricerca futura.

Se dobbiamo aiutare una persona a trovare la via per il proprio benessere, è essenziale individuare quali sono, in quel momento della sua esistenza, i *“Fattori di Rischio”* per la sua vita, il tempo che abbiamo a disposizione per intervenire e il modo migliore per intervenire.

I fattori derivano dalla sua storia personale e dal modo in cui hanno preso vita ed agito, sia singolarmente che interagendo o sommandosi. La *“Gravità Dimensionale”* conseguente è la *“Forza”* con la quale questi fattori si sono presentati e si presentano. Tale *“Forza”* esprime il grado di rischio per la salute fisica e psichica della persona.

Il DSM ha chiamato questi fattori *“ASSI”* definendone, attraverso un lungo studio, i livelli (categorie) e gli indicatori (gravità). Riteniamo che lo strumento psicodiagnostico costruito per l'applicazione del DSM (SCID) (*i*) non prenda in considerazione tutti i Fattori necessari per la descrizione della Condizione Psicopatologica del Paziente e che (*ii*) non rappresenti tutti i livelli e gli indicatori che sono indispensabili per effettuare una misurazione valida.

Lo studio della *“Multiassialità”* è a nostro avviso in progress verso la *“Dimensionalità”*: la descrizione analitica e la sintesi globale dovrebbero arrivare ad armonizzarsi, perfezionate entrambe dall'arricchimento di altri tipi di Informazioni (per es. per la valutazione dell'Attaccamento) o di altri livelli del DSM.

Secondo noi l'armonizzazione potrebbe avvenire se il fenomeno venisse studiato utilizzando un'ottica longitudinale dello sviluppo dinamico e interattivo delle comorbidità.

Lo studio potrebbe essere perfezionato con la *“Rappresentazione quantitativa dell'interazione dei Fattori di Rischio”* espressi attraverso i propri livelli e indicatori.

Inoltre la *“Gravità Dimensionale”* potrebbe essere espressa in termini di *“Probabilità di accadimento di Fenomeni Patologici”*: un parametro globale in grado di indicare quanto tempo abbiamo per intervenire, come possiamo intervenire e quali risultati a breve, a medio e a lungo termine possiamo attenderci.

Questo può essere un obiettivo che va ancora oltre il DSM-5.

APPENDICE: CASO CLINICO ANALIZZATO CON LE 5 PROCEDURE DIAGNOSTICHE

Abbiamo pensato di presentare il Caso Clinico di un paziente tossicodipendente valutato applicando *le 5 Procedure Diagnostiche* da noi progressivamente ideate. *Lo scopo è quello di evidenziare la diversità dei risultati ottenuti.*

Al soggetto è stata somministrata la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*. Facciamo presente che i dati anamnestici sono stati raccolti attraverso l'I.N.A. (Intervista Narrativo-Anamnestica di Pecori D. e Perone R., contenuta nel libro di Perone R. e Pecori D. (2002) e che la maggior parte delle informazioni sul Decorso dei Disturbi sono state raccolte attraverso la somministrazione delle Pagine Aggiuntive.

C.R. è un uomo di 35 anni, di nazionalità italiana, analfabeta, convivente da 11 anni. Non ha svolto il Servizio Militare per problemi di tossicodipendenza.

Abita con la compagna che ha un'abitazione di proprietà. La partner ha 48 anni, è laureata in Scienze Politiche e lavora come grafica; in passato ha fatto uso di alcol per un anno.

Il paziente ha avuto problemi legali per ricettazione e furto, seguiti da varie carcerazioni. Durante il periodo di permanenza in carcere ha manifestato comportamenti autolesionistici.

C.R. è analfabeta e all'interno della sua famiglia di origine nessuno ha studiato.

Attualmente non lavora. In passato ha svolto lavori saltuari come giardiniere, autista, muratore, imbianchino ecc...

Il padre, morto quando il paziente aveva 16 anni, lavorava in un luna park; la madre (64 anni) è nata in Abruzzo ed è analfabeta. Il paziente è l'ultimogenito di 8 fratelli, quasi tutti coniugati.

C.R. manifesta una certa difficoltà a comunicare i ricordi della prima infanzia (0-3 anni), riferiti in particolare alla madre che il paziente descrive come "profondamente maligna, con una mente perversa". La madre ha avuto altri figli con altri uomini e li ha abbandonati.

Riferendosi al periodo dell'Infanzia (3-6 anni) racconta che la madre era violenta, lo picchiava con il tubo del gas e lo costringeva a letto. Picchiava anche gli altri figli e il marito, provocando anche lesioni fisiche.

Del periodo della Fanciullezza (6-11 anni) riferisce che la madre abbandonò la famiglia quando lui aveva 7-8 anni. Durante quel periodo i fratelli assumevano eroina.

Della Preadolescenza (12-15 anni) e dell'adolescenza parla poco; dice solo che "si è buttato nella vita". Dopo la morte del padre, avvenuta quando lui aveva 16 anni, ha avuto un periodo di forte depressione (per circa un anno), dopo di che ha iniziato ad assumere giornalmente l'eroina fino all'età di 25 anni. Ha anche iniziato l'assunzione di allucinogeni, durata fino all'età di 23 anni. Dai 21 ai 23 anni ha fatto uso di cocaina; durante questo periodo ha avuto sintomi di ansia. Dai 25 ai 27 anni non ha assunto droghe; durante questo periodo il paziente ha, però, sofferto di ansia generalizzata.

Dai 27 anni in poi il paziente ha vissuto vari periodi altamente stressanti, durante i quali ha fatto quasi costantemente uso di eroina per ridurre il suo disagio psichico. Di solito, quando peggioravano le sue condizioni di vita stressanti tendeva ad aumentare la quantità di droga assunta (eroina). Dopo un periodo di uso consistente di droga, a 28 anni ha sviluppato una forte depressione, tuttora presente.

Il paziente riferisce che, quattro mesi prima della somministrazione dell'Intervista, si è verificata la morte del compagno della madre, a cui era molto affezionato. Subito dopo ha ripreso l'uso di eroina in quantità consistente e successivamente ha avuto una forte ricaduta depressiva accompagnata anche da alcuni attacchi di panico. Da circa due mesi ha cessato l'assunzione di eroina.

Riportiamo *i risultati diagnostici ottenuti con le diverse Procedure* all'interno della seguente **Tab. 25.**

TAB. 25 - RISULTATI DIAGNOSTICI OTTENUTI CON LE 5 PROCEDURE					
DISTURBI RILEVATI	1. COMOVAL DSM III-R	2. COMOVAL DSM IV-TR Vecchi Punteggi	3. COMOVAL DSM IV-TR Nuovi Punteggi	4. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Con Pagine Aggiuntive	5. COMOVAL MULTIASSIALE DSM IV-TR Con Pagine Aggiuntive Gravità Pregressa
			PER TUTTI I DISTURBI RILEVATI: Con l'introduzione di punteggi omogenei la Valutazione di Gravità è possibile ma non troppo soddisfacente perché non vengono utilizzati i dati delle Pagine Aggiuntive	PER TUTTI I DISTURBI RILEVATI: Con l'ulteriore introduzione delle Pagine Aggiuntive la Valutazione di Gravità risulta soddisfacente. E' possibile, infatti, effettuare la Valutazione Complessiva di Gravità "centrata sul Decorso del Disturbo".	PER TUTTI I DISTURBI RILEVATI: Viene introdotto un livello ancora maggiore di accuratezza. E' prevista la Valutazione della Gravità Complessiva di ogni Disturbo, comprendendo anche la valutazione della Gravità Pregressa, graduata nello stesso modo della Gravità in Atto.
Diagnosi Principale	NON APPLICABILE	NON INDIVIDUABILE	Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale) Gravità Moderata	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (pregresso e in atto) - Gravità Moderata	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (pregresso e in atto) - Gravità Moderata
Altri Disturbi rilevati	NON APPLICABILE	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (Pregresso e in Atto) (Non è valutabile la Gravità)	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (Pregresso e in Atto) - Gravità Lieve	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (Pregresso e in Atto) - Gravità Moderata	Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (Pregresso e in Atto) - Gravità Moderata
	NON APPLICABILE			Disturbo Depressivo Maggiore (Pregresso)	Disturbo Depressivo Maggiore (Pregresso) - Gravità Lieve.
	NON APPLICABILE	Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale) (Non è valutabile la Gravità)	Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale) Gravità Moderata	Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale) Gravità Moderata	Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale) Gravità Moderata
	NON APPLICABILE	Disturbo d'Ansia Generalizzato (Pregresso) (Non è valutabile la Gravità)	Disturbo d'Ansia Generalizzato (Pregresso)	Disturbo d'Ansia Generalizzato (Pregresso)	Disturbo d'Ansia Generalizzato (Pregresso) - Gravità Lieve.
	NON APPLICABILE	Abuso di Allucinogeni (Pregresso) (Non è valutabile la Gravità)	Abuso di Allucinogeni (Pregresso)	Abuso di Allucinogeni (Pregresso)	Abuso di Allucinogeni (Pregresso)
	NON APPLICABILE	Abuso di Cocaina (Pregresso) (Non è valutabile la Gravità)	Abuso di Cocaina (Pregresso)	Abuso di Cocaina (Pregresso)	Abuso di Cocaina (Pregresso)
	NON APPLICABILE	Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (Pregresso) (Non è valutabile la Gravità)	Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (Pregresso)	Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (Pregresso)	Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (Pregresso)

1. Procedura COMOVAL DSM III-R

Non è stato possibile applicare questa Procedura al paziente poiché non gli è stata somministrata la *SCID I/P DSM III-R* prevista da questa Procedura, bensì la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*.

Facciamo comunque notare che, se fosse stato possibile applicarla, non avremmo potuto rilevare il Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (pregresso e in atto), diagnosi prevista dal DSM IV-TR ma non dal DSM III-R. Tale disturbo, invece, è stato rilevato attraverso la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)* e valutato attraverso le altre 4 Procedure diagnostiche.

2. Procedura COMOVAL DSM IV-TR –“Vecchi Punteggi”

Al paziente è stata somministrata la *SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)*, pertanto è stato possibile applicare sia questa Procedura sia le altre 3 che abbiamo preso in esame.

Questa seconda Procedura non prevede la somministrazione di Pagine Aggiuntive ed è caratterizzata dall'applicazione dei Vecchi Punteggi, vale a dire dei punteggi previsti dalla *SCID I/P DSM III-R*, che hanno la caratteristica di non essere omogenei per tutti i Disturbi previsti dall'Intervista.

Con questa Procedura è stato possibile individuare il Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (pregresso e in atto) che si manifesta dai 28 anni in poi, in seguito all'assunzione di consistenti quantità di eroina. Ma, *non potendo prendere in considerazione le informazioni che emergono dalle Pagine Aggiuntive, non è possibile valutare correttamente la gravità di tale Disturbo*. Riteniamo, infatti, che la valutazione di Gravità debba scaturire soprattutto dall'esame del Decorso del Disturbo nel Corso della Vita del paziente e non solo dalla valutazione del Disturbo in atto.

L'applicazione di punteggi non omogenei per tutti i Disturbi previsti dall'Intervista, rende poi la valutazione di gravità scarsamente affidabile o valida. I Disturbi rilevati, infatti, possono essere solo elencati; la loro misurazione non rende possibile il corretto inquadramento della loro gravità e l'individuazione della Diagnosi Principale, su cui deve essere centrato il trattamento.

Le stesse considerazioni valgono per gli altri Disturbi rilevati, vale a dire per la Dipendenza da Oppioidi (pregressa, Remissione Completa Iniziale, dai 17 ai 25 anni, poi dai 27 ai 35 anni, cessato

l'uso circa due mesi prima della somministrazione della SCID I), il Disturbo d'Ansia Generalizzato (pregresso, dai 25 ai 27 anni, periodo durante il quale non ha assunto droghe), l'Abuso di Allucinogeni (pregresso, dai 17 ai 23 anni), l'Abuso di Cocaina (pregresso, dai 21 ai 23 anni) e il Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (pregresso, dai 21 ai 23 anni).

L'impossibilità di effettuare correttamente la Valutazione di Gravità dei Disturbi quindi *non consente l'individuazione della Diagnosi Principale*.

3. Procedura COMOVAL DSM IV-TR –“Nuovi Punteggi”

Questa terza Procedura è caratterizzata dai *Nuovi Punteggi che vengono applicati in modo omogeneo a tutti i Disturbi* che così divengono confrontabili. La Valutazione di Gravità, pur continuando a riferirsi solo ai Disturbi in Atto, è *estesa a tutti i Disturbi sull'ASSE I*.

Con l'introduzione di punteggi omogenei *la Valutazione di Gravità è possibile ma non troppo soddisfacente* perché non vengono utilizzati i dati delle Pagine Aggiuntive.

La *Diagnosi Principale* individuata con questa Procedura è la Dipendenza da Oppioidi (Pregressa, Remissione Completa Iniziale – Gravità Moderata).

Gli altri disturbi rilevati sono i seguenti: il Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (pregresso e in atto - Gravità Lieve), il Disturbo d'Ansia Generalizzato (pregresso), l'Abuso di Allucinogeni (pregresso), l'Abuso di Cocaina (pregresso) e un Valore Sottosoglia riferito al Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (pregresso).

4. Procedura COMOVAL DSM IV-TR – “Pagine Aggiuntive”

L'introduzione delle Pagine Aggiuntive consente la rilevazione del Decorso dei Disturbi sull'ASSE I e la raccolta dei dati riferiti agli altri ASSI applicando un' "*ottica temporale*". Ciò significa che permette di effettuare la *Valutazione Complessiva di Gravità “centrata sul Decorso del Disturbo”*.

Possiamo notare dalla Tab. 25 che l'applicazione di questa Procedura consente di individuare *una Diagnosi Principale diversa* da quella rilevata con la 3° Procedura: *il Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze anziché la Dipendenza da Oppioidi*.

Inoltre la sistematizzazione del maggior numero di informazioni raccolte permette di *correggere il livello di Gravità del Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze: Gravità Moderata anziché Lieve*.

Infine questa Procedura permette di individuare un altro disturbo, il *Disturbo Depressivo Maggiore* (Pregresso) che risale al periodo successivo alla morte del padre (dopo i 16 anni, per circa un anno).

Gli altri disturbi rilevati sono gli stessi rilevati dalla 3° Procedura.

5. Procedura COMOVAL DSM IV-TR - “Gravità Pregressa”

Questa Procedura prevede un maggior grado di accuratezza della Valutazione della Gravità. Infatti, per la Valutazione Complessiva di ogni Disturbo, comprende anche la Valutazione della Gravità Pregressa, graduata nello stesso modo della Gravità in Atto.

Dalla Tab. 25 possiamo osservare che i risultati diagnostici del caso clinico preso in esame sono molto simili a quelli ottenuti con la 4° Procedura.

È possibile notare, però, che la valutazione della Gravità Pregressa, graduata nello stesso modo della Gravità in Atto, *consente di:*

- *aggiungere la Valutazione di Gravità del Disturbo Depressivo Maggiore pregresso: Gravità Lieve*
- *individuare la Valutazione di Gravità del Disturbo d'Ansia Generalizzato Pregresso: Gravità Lieve.*

Gli altri disturbi rilevati sono gli stessi rilevati dalla 4° Procedura.

In sintesi l'analisi dei risultati diagnostici relativi al caso esaminato, ottenuti applicando diverse Procedure Diagnostiche, mette in evidenza che passando dalla 1° alla 5° Procedura si ottiene una progressiva correzione diagnostica che consente:

- "la riduzione della probabilità di errore diagnostico" e
- una maggior appropriatezza del trattamento farmacologico.

In particolare si nota che l'introduzione delle Pagine Aggiuntive della 4° Procedura appare una condizione fondamentale per la formulazione di diagnosi valide. Infatti permette:

- la correzione della Diagnosi Principale (non Dipendenza da Oppioidi ma Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze)
- la valutazione corretta del livello di Gravità del Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (Moderata anziché Lieve) e
- la rilevazione di un altro disturbo, vale a dire del *Disturbo Depressivo Maggiore (Pregresso)*.

La 5° Procedura, poi, consente un ulteriore perfezionamento della diagnosi del caso esaminato poiché consente di individuare con maggior precisione il livello di Gravità

- del Disturbo Depressivo Maggiore *Pregresso (Gravità Lieve)*
- del Disturbo d'Ansia Generalizzato *Pregresso (Lieve)*.

Concludiamo la presentazione di questo caso con la **Tab. 26** che intende rappresentare l'applicazione dell'Ottica Temporale durante la Valutazione Diagnostica del paziente.

Tab. 26 -DESCRIZIONE DI ALCUNE FASI SIGNIFICATIVE DEL CORSO DELLA VITA DEL PAZIENTE IN TERMINI DI EVENTI DI VITA E DI DISTURBI E/O SINTOMI PSICOPATOLOGICI				
Alcune fasi significative del Corso della Vita del Paziente	Dai 16 ai 17 anni	Dai 17 ai 25 anni	Dai 25 ai 27 anni	Dai 27 ai 35 anni
Eventi della vita	Morte del padre	(Periodo della vita caratterizzato dall'uso di droghe per ridurre il disagio)	(Periodo della vita più tranquillo)	Periodo della vita altamente stressante. A 35 anni (4 mesi prima della somministrazione della SCID) morte del compagno della madre, a cui era molto affezionato.
Disturbi e/o sintomi psicopatologici	Disturbo Depressivo Maggiore (Pregresso)	Dipendenza da oppioidi (17 - 25 anni); Abuso di Allucinogeni (Pregresso 17 - 23 anni); Abuso di Cocaina (Pregresso 17 - 23 anni)	Disturbo d'Ansia Generalizzato (Pregresso 25 - 27 anni)	Dipendenza da oppioidi (Pregressa. Remissione Completa Iniziale, 27 - 35 anni; cessato l'uso da 2 mesi); Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze (vari episodi dai 28 ai 35 anni; peggioramento dopo la morte del compagno della madre; tuttora presente); Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze (Valore Sottosoglia)

Si tratta di una tabella che descrive alcune fasi significative del corso della vita del soggetto esaminato, in termini di eventi di vita e di disturbi e/o sintomi psicopatologici. Lo scopo è quello di evidenziare l'importanza delle informazioni relative alla storia di vita per l'inquadramento della condizione psicopatologica del paziente.

Prevediamo di costruire di un programma computerizzato per l'elaborazione dei dati ottenuti con la SCID, in grado di produrre anche una rappresentazione grafica chiara delle informazioni raccolte sui 5 ASSI e riferite al corso della vita della persona valutata. Tale rappresentazione potrebbe offrire al Clinico anche la possibilità di ottenere elementi utili alla comprensione delle problematiche del paziente e alla definizione del programma terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- ¹**Perone R., Pecori D.** (2002) *Tossicodipendenze, Metodo Diagnostico, Comorbidità, Ricerca* Franco Angeli 2002.
- ²**Perone R, Pecori D.**(2007) *La Procedura COMOVAL MULTIASSIALE per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). Guida integrativa di istruzioni per l'applicazione e la validazione della procedura.* Numero speciale della Rivista Quaderni di S & P La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze
- ³**Perone R**(2007) *Traduzione in Italiano della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002)* indicata sul sito americano della Columbia University di New York riferito alla SCID IV www.scid4.org .
- ⁴**DSM-5** (2014) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* Raffaello Cortina Editore
- ⁵**DSM-III-R** (1990) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision* Masson
- ⁶**DSM IV-TR** (2002) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision* Masson
- ⁷**WHO**(1985)*Targets for health for all, Copenagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.*
- ⁸**WHO**(1986),*Ottawa Charter for Health Promotion – Charted'Ottawa pour la Promotion de la Santé*, International Conference on Health Promotion, Ottawa, World Health Organization.
- ⁹**Houts, A.C.**(2000),*Fifty years of psychiatric nomenclature: Reflections on the 1943 War Department. Technical Bulletin, Medical 203.* Journal of Clinical Psychology, 56 (7), 935 – 967
- ¹⁰**Alonso, Y.**(2003), *The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades.* Patient Education and Counseling, 53 (2), 239-244.
- ¹¹**Zucconi, A.** (2003).*La promozione della salute.* Molfetta (BA): La Meridiana.
- ¹²**Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M.** (1992) “*The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID) I: History, Rationale and Description*” Arch. Gen. Psychiatry, 49, aug.
- ¹³**Stanghellini G, Ambrosiani A., Ciglia R.** (2009) “*Analisi qualitative e ricerca psicopatologica*” in Atti Abstract del Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica dell’AIP (Associazione Italiana di Psicologia), Chieti, 18-20 settembre 2009, pp. 91-92.
- ¹⁴**Del Corno F., Rizzi P.** (2010) “*La Ricerca Qualitativa in Psicologia Clinica*” Raffaello Cortina Editore.
- ¹⁵**Forrester, M.A.** (2010) *Doing Qualitative Research in Psychology A Practical Guide.* Sage, London
- ¹⁶**Lucca A., Burigana L.**(1980)*Disegni sperimentali e analisi statistica* .CLEUP Padova
- ¹⁷**Fisher R.A., Yates F.** (1943)*Statistical Tables for biological, agricultural and medical research.* Oliver&Boyd, Edinburgh
- ¹⁸**Grant B. F., PhD; Stinson F. S., PhD; Dawson D.A., PhD ; Chou S.P. ; Ruan J. ; Pickering R.P.** (2004)*Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* Arch. Gen. Psychiatry Vol. 61 pag 364.
- ¹⁹**Back S., M.A., Damsky B.S., PhD, Coffey S.F., PhD, Saladin M.E., PhD, Sonne S., PharmD., Brady K.T., M.D., PhD.** (2000)*Cocaine Dependence with and without Post-traumatic Stress Disorder: A Comparison of Substance Use, Trauma History and Psychiatric Comorbidity* The American Journal on Addictions 9:51-62, pag. 51 and 52.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga** Relazione Annuale 2001