

## ABUSO DI SOSTANZE IN SCHIZOFRENICI

**Kavanagh D., McGrath J., Saunders J.B. et al.: *Substance misuse in patients with schizophrenia*, *Drugs*, 62: 744-55, 2002**

All'aumento dei casi di tossicodipendenza nella popolazione generale australiana ha fatto riscontro l'aumento di abuso fra i pazienti schizofrenici, specie se residenti in Comunità, con frequenze da 4 a 5 volte superiori. Questo per quanto riguarda le droghe pesanti in quanto la dipendenza da nicotina *de facto* è universale. E' comune l'associazione marijuana-nicotina e va rilevato come i consumi problematici si manifestano negli schizofrenici a dosaggi nettamente inferiori rispetto a quelli ordinari. Spesso, nei controlli che vengono effettuati fra i malati di mente, si omette la ricerca dell'abuso di droghe.

D'altra parte la separazione fra Servizi per la tossicodipendenza e Servizi per la salute mentale ha peggiorato la possibilità di gestione di queste problematiche in comorbidità. Eppure esistono trattamenti farmacologici che possono essere somministrati anche a schizofrenici. Ad es. il trattamento della dipendenza da nicotina con i sostituti come il bupropion nei malati di mente può indurre la comparsa di attacchi epilettici oppure un processo di esacerbazione psicotica per l'abbassamento della soglia dovuto all'azione concomitante dei farmaci antipsicotici. Comunque non essendo il bupropion un farmaco miracoloso per lo smoking cessation non è il caso di impiegarlo negli schizofrenici. Non vi sono, invece, controindicazioni per il naltrexone e l'acamprosato mentre per l'introduzione dell'antabuse è opportuna una intesa con un familiare ed comunque è necessario un monitoraggio stretto in quanto il disulforame potrebbe interferire con il metabolismo della dopamina attraverso l'inibizione della  $\beta$ -idrolasi della dopamina.

Non vi sono segnalazioni circa effetti avversi di agonisti ed antagonisti fra i tossicodipendenti da oppiacei con psicosi, anzi dosi elevate di metadone influiscono positivamente sulla malattia mentale. Il monitoraggio quotidiano è essenziale nelle prime due-tre settimane dell'induzione e la detossificazione va seguita con particolare attenzione in quanto l'astinenza da metadone può portare all'esplosione di sintomi psicotici. Si suggeriscono dosi basse di metadone (20 mg) con aumento quotidiano di 5 mg. fino a raggiungere i 50 mg.

Vengono, invece, a mancare esperienze *ad hoc* per l'estensione delle terapie per la cocainomania e per la dipendenza da anfetaminici. Se si sfogliano gli indici della gran parte dei periodici si constata la frequenza di comunicazioni relative alla doppia diagnosi ed è probabile che nel prossimo decennio si affermino nuovi approcci preventivi e terapeutici.