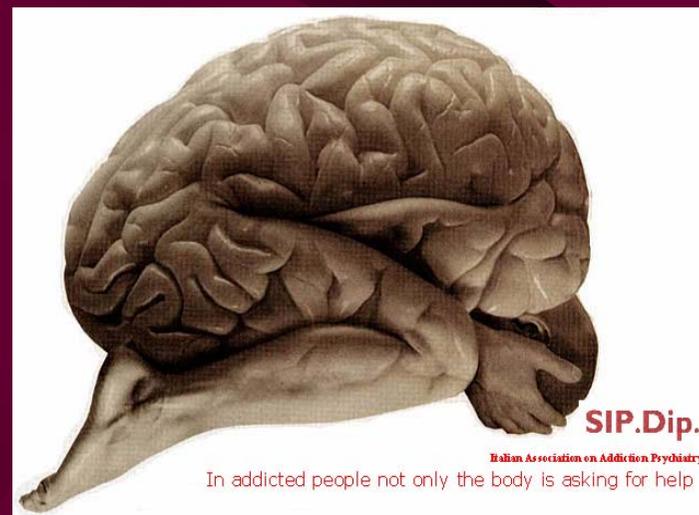


# La comorbidità psichiatrica nei consumatori di cocaina

*Congresso Nazionale  
“Cocaina”  
Verona, 5-6.06.2006*

**Massimo Clerici**

**DMCO - Polo Didattico AO San Paolo  
Università degli studi di Milano**



# LE POLITICHE IN MATERIA DI SOSTANZE IN EUROPA: LA SITUAZIONE

- **IL CONSUMO DI DROGHE NON ACCENNA A DIMINUIRE: SI STIMA CHE UNA PERSONA SU CINQUE (IN EUROPA) ABBAIA PROVATO ALMENO UNA VOLTA NELLA SUA VITA UNA DROGA ILLECITA**
- **I TOSSICODIPENDENTI DEFINITI COME “CRONICI” RAPPRESENTANO LO 0,5% DELLA POPOLAZIONE EUROPEA**



# Studi epidemiologici di popolazione

EPIDEMIOLOGICAL CATCHMENT AREA SURVEY (ECA, anni 80-92)

- Il 20% di chi ha assunto almeno una volta una droga ha poi sviluppato un DCS
- A partire da una diagnosi primaria di disturbo psichiatrico il 15% circa mostra una co-diagnosi di DCS per droghe e il 30% circa di DCS per alcool



## ...ma perche' tutto e' cambiato cosi' rapidamente in questi ultimi anni?

- l'uso di eroina non é più considerato *trendy* nè dal punto di vista culturale, nè in relazione all'incremento potenziale del mercato dei consumatori...
- chi entra nel mercato tende a differenziarsi sempre di più come stili di consumo e ad assumere una tipologia d'uso individuale: la droga come "bene di consumo" da cercare e utilizzare, possibilmente, senza rischi...
- l'abuso, dunque, sempre più frequentemente sfugge ai Servizi e alle possibilità di cura...



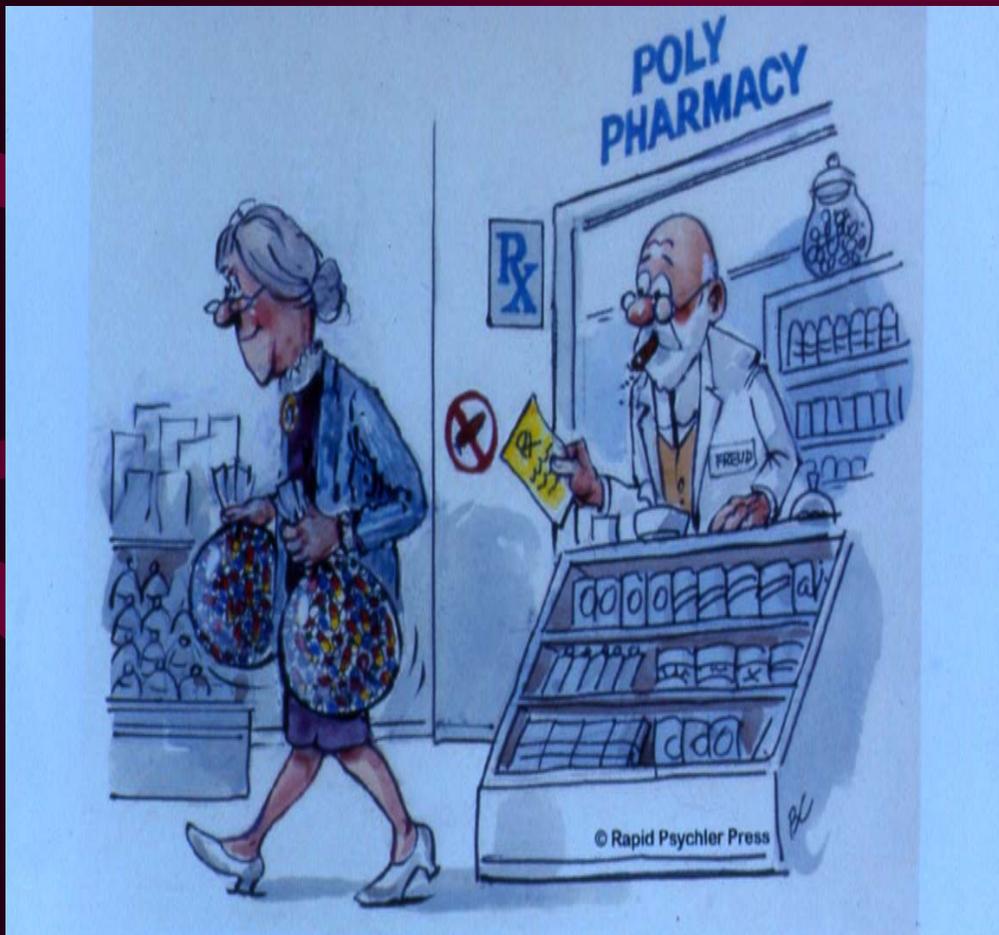
# Progress in Addiction Medicine and Psychiatry

(el-Guebaly, 2005; Section on Addiction Psychiatry – WPA)



NEGLI ULTIMI 20 ANNI,  
L'ALLARGAMENTO DEL  
MERCATO HA SENZA  
DUBBIO FACILITATO  
L'INGRESSO NEI  
SERVIZI DI  
**POPOLAZIONI CLINICHE  
A MAGGIORE  
VULNERABILITA'**  
**BIOPSIICOSOCIALE** IN  
PRECEDENZA NON  
INTERESSATE DAL  
PROBLEMA: CIO' HA  
SENSIBILMENTE  
COMPLICATO LE COSE

**...nella società post-industriale le condizioni di poliabuso sono ormai sempre più generalizzate...**



**un report del National Center on Addiction and Substance Abuse (1994) segnalava che i giovani dai 12 ai 17 anni che fumavano marijuana facevano successivamente uso di cocaina tra le 17 e le 85 volte di più dei controlli**

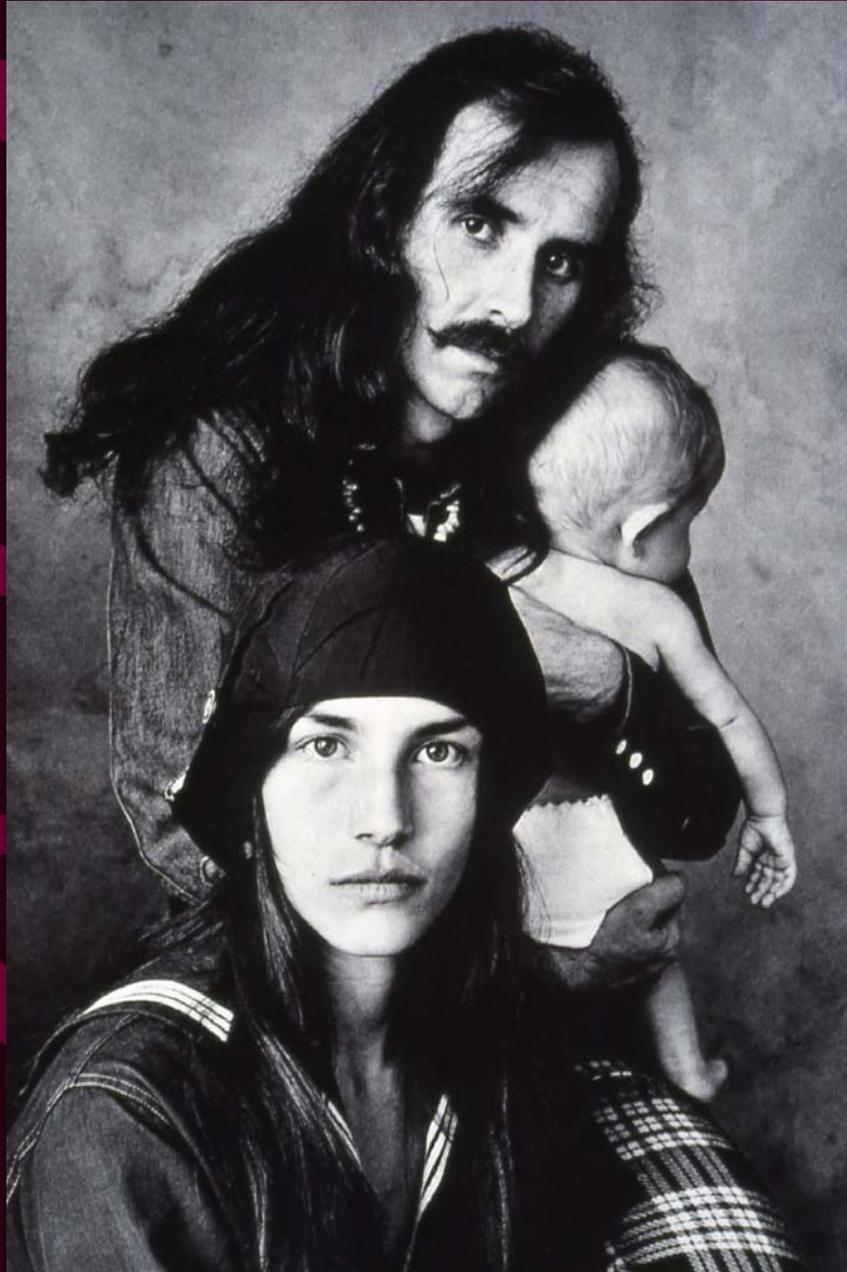
**droghe “leggere”, droghe “pesanti”,  
“doppia diagnosi”, comorbidità...**



***what are the  
gateway drugs?***

**...marijuana, the  
not-so-innocent  
drug of  
adolescence...**

**da “Getting tough on  
Gateway Drugs. A guide  
for the family” (DuPont,  
American Psychiatric  
Press, 1984)**



## **LE AREE DI CONFINE IN PSICHIATRIA E LA “DOPPIA DIAGNOSI”**

**...ieri e oggi...**

**si descrivono vari stadi  
dell'intossicazione  
cronica da cannabinoidi  
in cui le anomalie del  
comportamento e i  
disturbi psichici  
acquistano gravità  
progressiva: gli ultimi  
stadi hanno  
caratteristiche psicotiche**

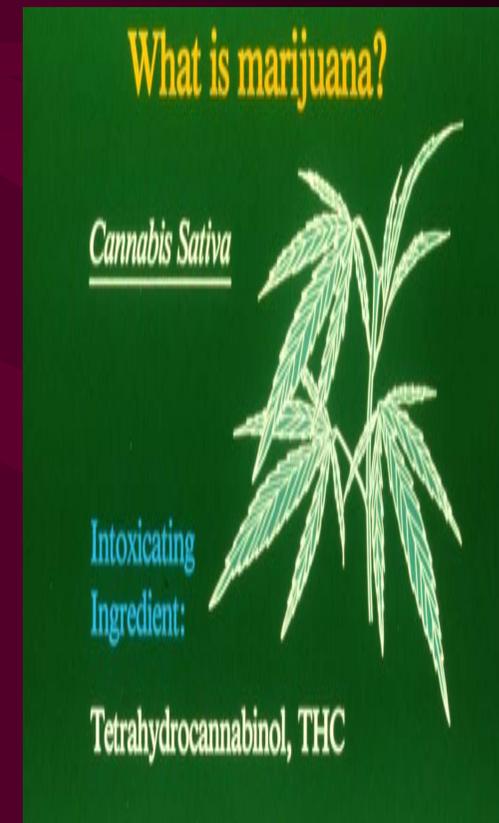
**(Steinbrecheer, 1964; Stringaris, 1972)**

## LE AREE DI CONFINE IN PSICHIATRIA E LA “DOPPIA DIAGNOSI”

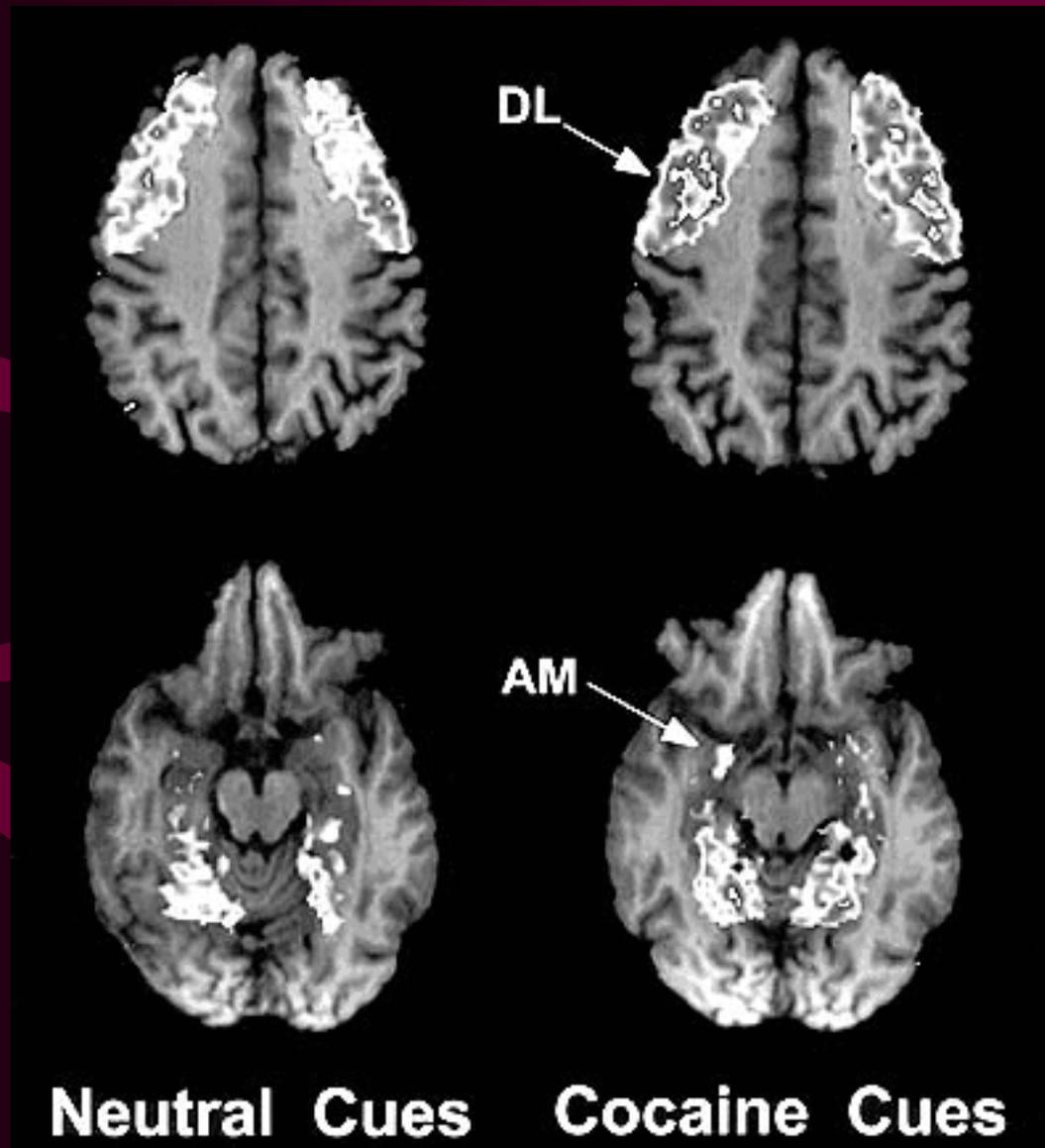
### ...ieri e oggi...la sindrome amotivazionale e le implicazioni neuropsicologiche

Studi realizzati su studenti di college che fumano marijuana in modo rilevante e per periodi di tempo significativi (da 6 mesi a 25 anni) hanno dimostrato **deficit neuropsicologici** quali: problemi a livello delle funzioni esecutive, dell'attenzione, dell'apprendimento di nuove parole, della fluenza verbale, indebolimento delle abilità sintetiche, analitiche e psicospaziali (capacità di differenziare tempo e spazio), difficoltà di selezionare e processare correttamente le informazioni e povertà di concentrazione, tutti elementi questi che persistono alla fase di intossicazione. Tali osservazioni suggeriscono che i deficit cognitivi riscontrati siano il derivato di disfunzioni temporanee a livello prefrontale

(Galanter, Kleber, 2006)



# NIDA NOTES



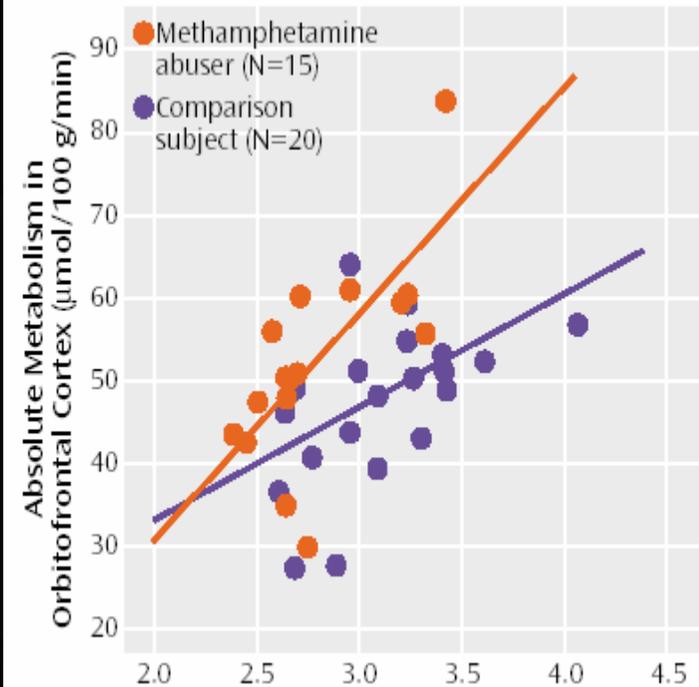
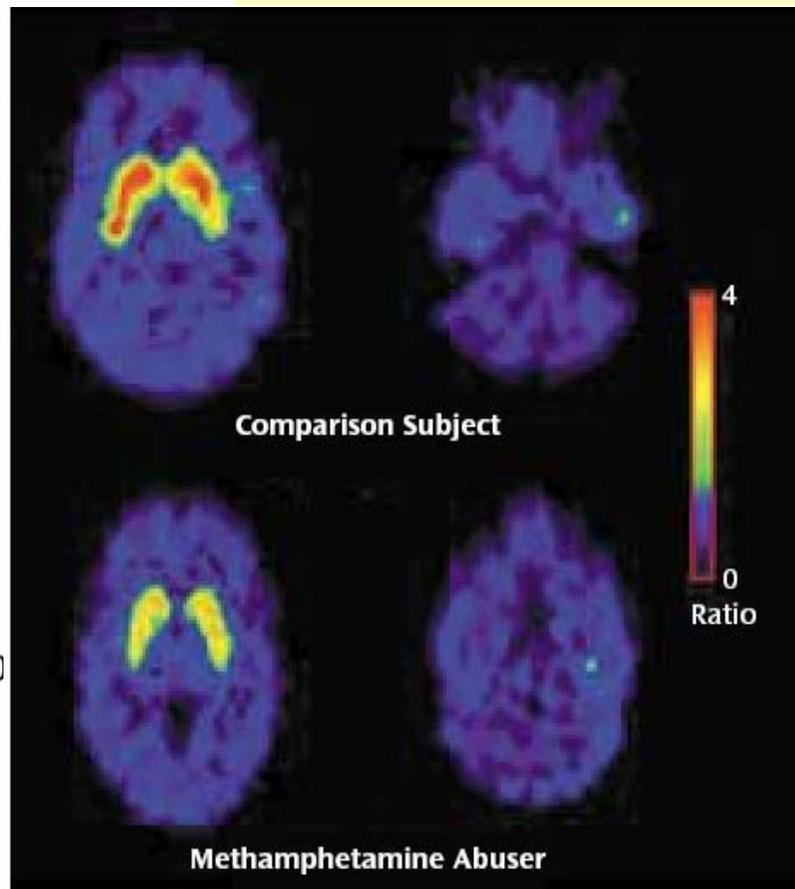
Agendo sulla corteccia prefrontale, quindi sui luoghi dedicati ai processi cognitivi e al **decision making (DM)**, nei soggetti con dipendenza si mostrano deficit di performance ai test di laboratorio basati sul DM e anche la loro attivazione emotiva agli eventi positivi o negativi è condizionata

IN RELAZIONE AI **COMPORAMENTI IMPULSIVI DI TIPO AGGRESSIVO** LE PERFORMANCES DEFICITARIE O GLI ERRORI NEL RICONOSCIMENTO DELLE RISPOSTE EMOTIVE ALTRUI INDUCONO DIVERSITA' DI COMPORAMENTO RISPETTO AGLI INDIVIDUI NON ASSUNTORI

## Article

# Low Level of Brain Dopamine D<sub>2</sub> Receptors in Methamphetamine Abusers: Association With Metabolism in the Orbitofrontal Cortex

Nora D. Volkow, M.D.  
Linda Chang, M.D.  
Gene-Jack Wang, M.D.  
Joanna S. Fowler, Ph.D.  
Yu-Sin Ding, Ph.D.  
Mark Sedler, M.D.  
Jean Logan, Ph.D.  
Dinko Franceschi, M.D.  
John Gatley, Ph.D.  
Robert Hitzemann, Ph.D.  
Andrew Gifford, Ph.D.  
Christopher Wong, M.S.  
Naomi Pappas, M.S.



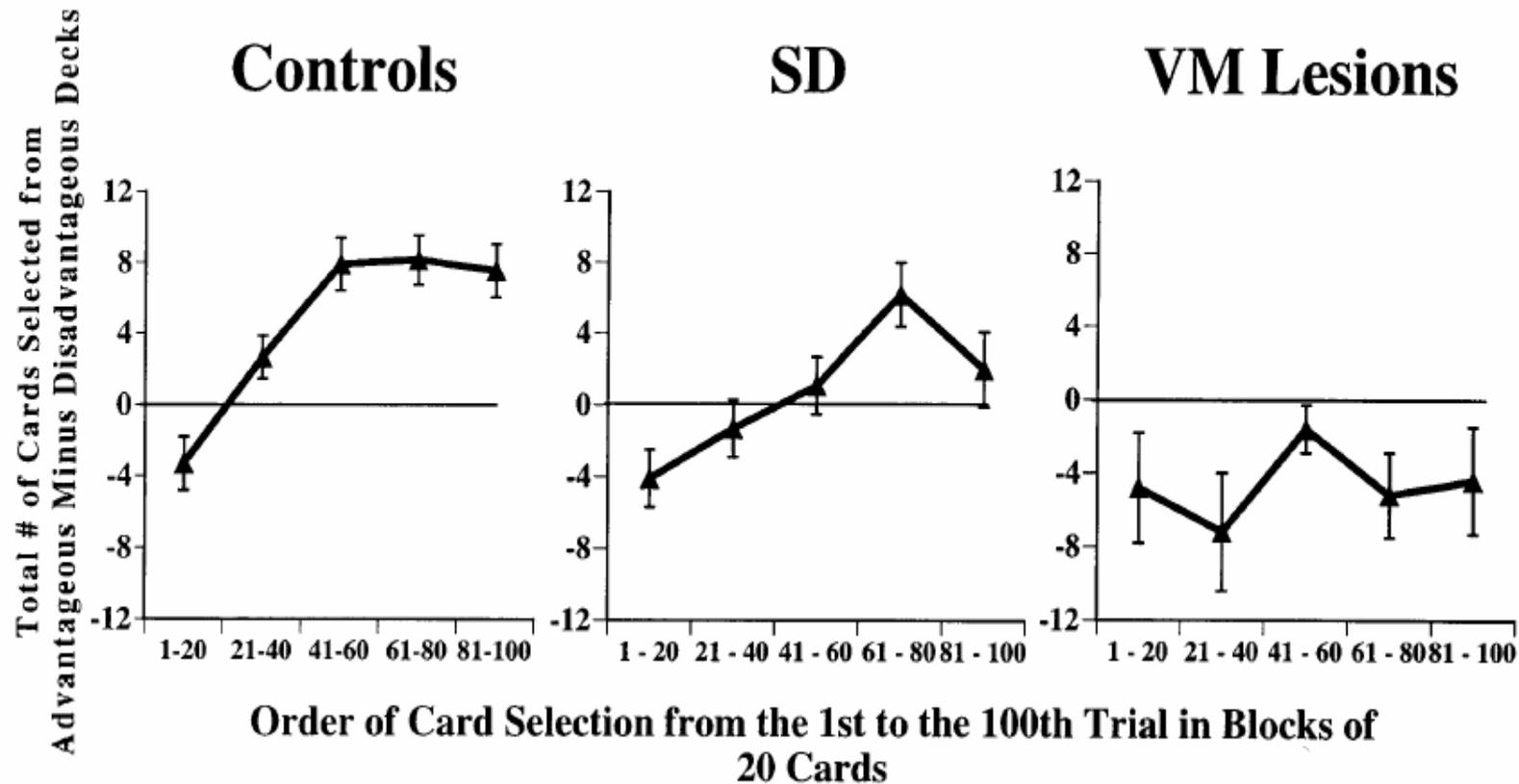


PERGAMON

# Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers<sup>☆</sup>

Antoine Bechara<sup>a,\*</sup>, Sara Dolan<sup>b</sup>, Natalie Denburg<sup>a</sup>, Andrea Hinds<sup>a</sup>,  
Steven W. Anderson<sup>a</sup>, Peter E. Nathan<sup>a</sup>

## Decision-Making





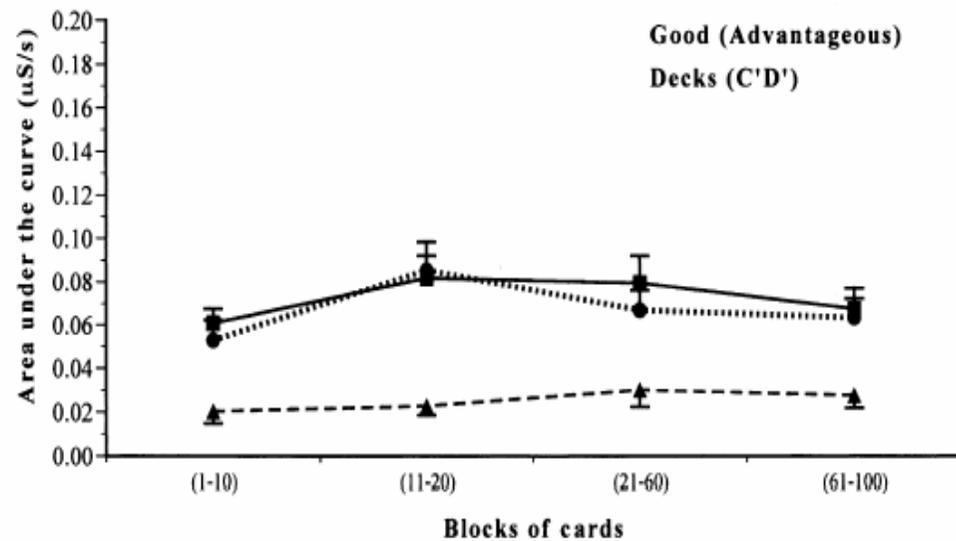
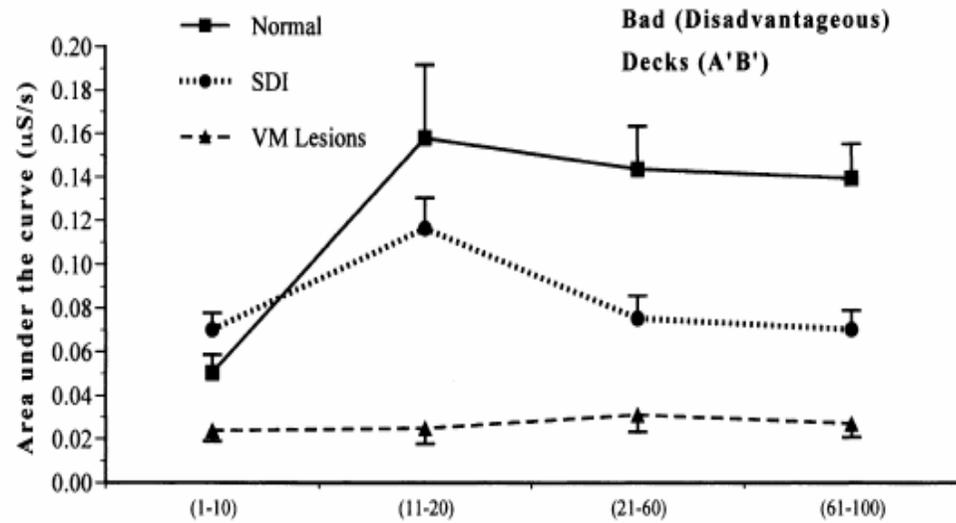
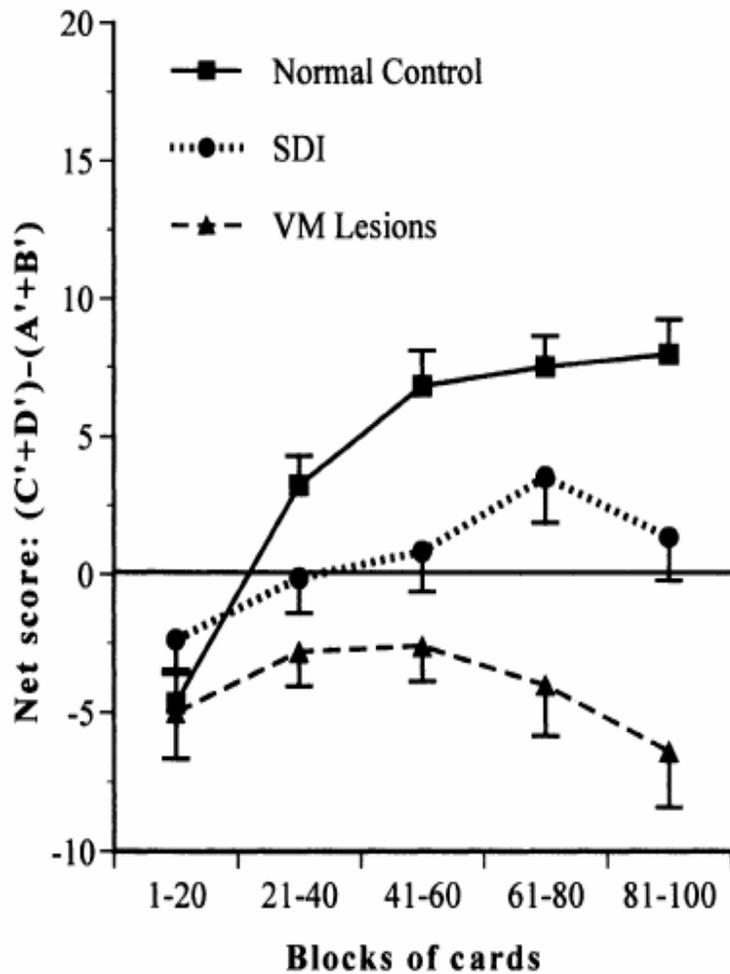
PERGAMON

# Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences

NEUROPSYCHOLOGIA

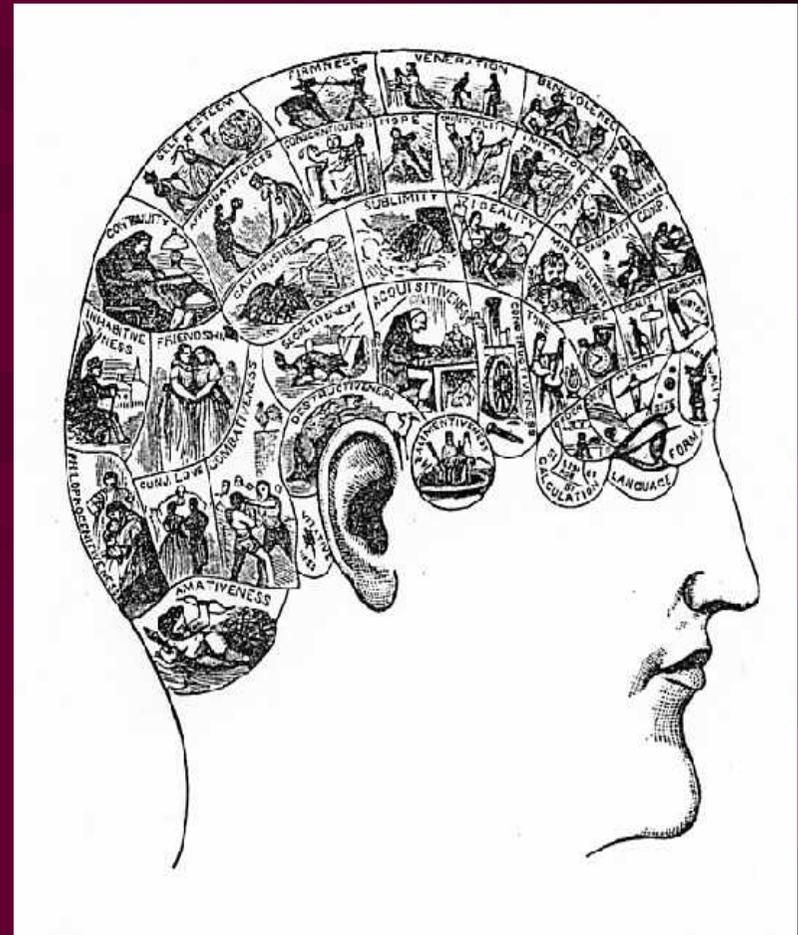
Antoine Bechara\*, Hanna Damasio

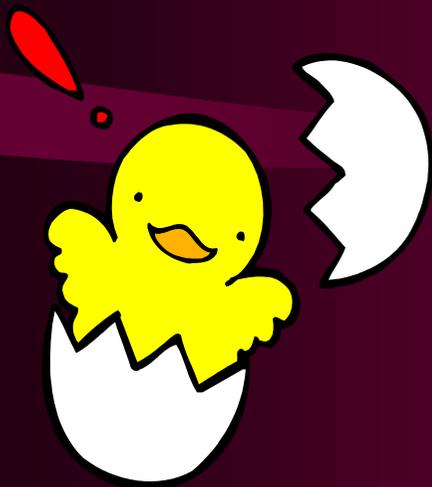
## Behavioral Performance on A'B'C'D'



# ...problemi aperti per i teen agers che oggi usano sostanze...

per milioni di giovani che fanno uso di THC e di stimolanti, gli effetti cumulativi sullo sviluppo intellettuale e sulla personalità saranno dannosi proprio in relazione alle sfide della condizione adulta. Considerando il potenziale educativo e lavorativo di un giovane che manifesta una compromissione a livello della memoria, delle abilità di apprendimento o delle motivazioni, la perdita di risorse umane e i costi sociali conseguenti si riveleranno negli anni sempre più drammatici (Galanter, Kleber, 2006)





# DIAGNOSI E TRATTAMENTO

...le complesse relazioni tra psicopatologia e disturbi correlati a sostanze: un altro esempio “dell’uovo e della gallina”...



**from “evolutionistic ornithology” to treatment**

da Meyer RE (ed), Psychopathology and Addictive Disorders, Guilford, New York (1986)

# quali fattori di rischio psicopatologici per i DCS?

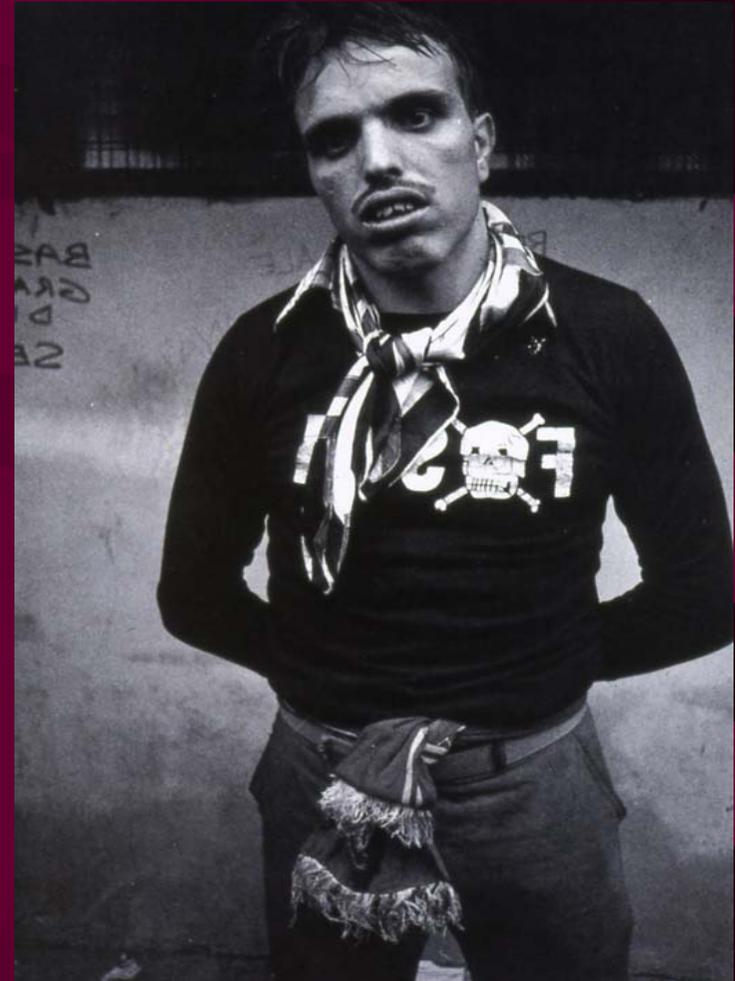
---

## Auto-medicazione

- **Schizofrenia:** Riduzione dei sintomi negativi (stimolanti)
- **Mantenimento o amplificazione del tono dell'umore:**
  - a) disturbi bipolari:** “manipolazione” delle sensazioni piacevoli (stimolanti)
  - b) depressione:** stabilizzazione dell'umore (cocaina + oppiacei)
- **PTSD:** Incremento/Decremento dell'attivazione spontanea (cocaina + alcool)
- **ADHD:** Incremento della concentrazione e “rallentamento” (cocaina)

# psicopatologia di Asse I e II come fattore di Rischio per i DCS

- Superamento dell'isolamento sociale, vissuto a seguito di disturbi diversi o dell'impairment psicosociale correlato al disturbo, mediante supporto fornito dall'inserimento in gruppi sociali più tolleranti (*peer group*)



# disturbi della personalità, impulsività e abuso di sostanze

...comportamento, impulsività, violenza...

- **effetti diretti:** la droga induce un aumento dei livelli di impulsività mediante disinibizione
- **effetti indiretti:** impulsività/violenza vengono sollecitate dalla necessità di procurarsi la droga
- **spesso i comportamenti sostenuti dalle caratteristiche di base della personalità, quelli correlati all'intossicazione e/o alla deprivazione degli effetti della sostanza vengono ampiamente confusi tra di loro in ambito diagnostico**

## SINTOMI, DISTURBI O SINTOMI E DISTURBI?

Molte sostanze causano sintomi di ordine psicopatologico che non permangono come disturbi, ma - nel contempo - molti disturbi interferiscono sull'uso di sostanze:

- uso sporadico, intossicazione e astinenza possono indurre sintomi psicologici o veri e propri disturbi
- abuso/dipendenza possono indurre solo sintomi psicologici aspecifici
- la morbilità psicopatologica che non si esprime necessariamente in un vero e proprio disturbo può precipitare l'uso di sostanze
- l'uso di sostanze può esacerbare un disturbo psichiatrico sottostante
- disturbi psichiatrici primari possono indurre disturbi correlati a sostanze
- disturbi psichiatrici primari possono indurre disturbi correlati a sostanze che, a loro volta, possono portare a sindromi psichiatriche

# studi epidemiologici di popolazione nella “doppia diagnosi”

## PROBLEMI APERTI

- Quadri subsindromici
- Gerarchia diagnostica e sequenza temporale dei disturbi
- Precursori
- La familiarità come fattore di confondimento



# quali sistemi di classificazione per la “doppia diagnosi”?

## ICD-10

- *Viene classificata nel gruppo diagnostico denominato “Disturbi mentali e comportamentali dovuti all’uso di sostanze psicoattive”*
- *Prevede per ogni sostanza 9 sottoclassi, descrittive delle caratteristiche del quadro clinico (intossicazione acuta, uso dannoso, dipendenza, astinenza, ecc.)*
- *Viene inquadrata sulla base di un principio eziopatogenetico, dove l’assunzione di sostanze è primaria e il disturbo psicopatologico secondario*

**CRITICHE** stabilisce a priori un nesso di causalità; l’abuso/dipendenza non viene considerato di per se stesso come disturbo psichiatrico indipendente

## DSM IV-TR: il sistema più usato in campo di ricerca

- *Disturbi da uso di sostanze (abuso, dipendenza)*
- *Disturbi indotti da sostanze (intossicazione, astinenza, disturbi sindromici secondari)*
- *Entrambi questi tipi di disturbo possono coesistere con qualsiasi altro di asse I*

**CRITICHE** tende a produrre diagnosi multiple; la doppia diagnosi finisce per avere un approccio eccessivamente medico e psichiatrico.

# ALGORITMI DIAGNOSTICI (DSM-IV-TR)

- **A. CONDIZIONI MEDICHE GENERALI**
- **B. DIPENDENZA DA SOSTANZE**
- **C. ABUSO DI SOSTANZE**
- **D. INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE E DISTURBI INDOTTI**
- **E. ASTINENZA DA SOSTANZE E DISTURBI INDOTTI**
- **F. DEMENZA PERSISTENTE INDOTTA DA SOSTANZE**
- **G. DISTURBO AMNESTICO PERSISTENTE INDOTTO DA SOSTANZE**
- **H. DISTURBO CORRELATO A SOSTANZE NAS**

# PER QUANTO STABILE LA DIAGNOSI?

AD ESEMPIO, AD 1 ANNO DI FOLLOW-UP:

- 44.3% mantengono la diagnosi di DCS
- 40.2% hanno un disturbo dell'umore/d'ansia attuale
- 66% mantengono la loro diagnosi di Asse II

**Verheul, R. Kranzler, H.R., Poling, J et al, (2000) Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? J. Stud Alcohol 61, 101-110**

# Quali tipologie di pazienti?

Usando due dimensioni ne derivano 4 categorie (Ries, 1993) basate sul concetto di “alta/bassa” severità dei disturbi psichiatrici e correlati a sostanze:

- 1) Abuso e psicopatologia non grave: PSI ↓ DCS ↓
- 2) Dipendenza complicata: PSI ↓ DCS ↑
- 3) Disturbo mentale in abuso di sostanze: PSI ↑ DCS ↓
- 4) Disturbo mentale in dipendenza da sostanze: PSI ↑ DCS ↑

**Ries RK, Miller NS. Dual diagnosis: concept, diagnosis, and treatment, in Current Psychiatric Therapy. Ed. Dunner DL. Philadelphia, WB. Saunders, 1993.**

# *Europ - ASI*



- **European Official Version of  
Addiction Severity Index - ASI**

Kokkevi & Hartgers, 1995; Pozzi & Tempesta, 1995

# *Maudsley Addiction Profile-MAP*



- **European Official Version**

Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M., Prada De Castro, I., Stewart, D. & Gossop, M. (2000) New European instruments for treatment outcome research: reliability of the Maudsley Addiction Profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal

**NON SOLO  
DSM IV-TR  
(Gerra, 2006)**

- Low self esteem
- Weak social competence
- Lack of interest
- Insecure identity
- No long term vocation
- No ideological values
- Immature relationships
- Peer rejection
- Lack of family monitoring
- Poor family bonding
- Lack of school engagement

# L'intervento sul paziente complesso in comorbidità

UN VALIDO PERCORSO DI LAVORO CON QUESTI PAZIENTI SI COSTITUISCE IN RELAZIONE A (Goldfinger, et al. 1996):

- RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI DA FONTI DIVERSE
- DEFINIZIONE “TIPOLOGICA” PRELIMINARE (PER ORIENTARE L'INTERVENTO SPECIFICO SUL DCS):
  - **A) CLUSTER A “BASSA” SEVERITA’**
  - **B) CLUSTER MULTIPROBLEMATICO “IN COMPENSO”**
  - **C) CLUSTER MULTIPROBLEMATICO IN CONDIZIONI DI DISTRESS ATTUALE NELLE AREE PSICHIATRICA, FAMILIARE, DI LAVORO, LEGALE/ALTRO**

(a questo proposito si segnalano in letteratura strette correlazioni tra dati SCID e ASI; Appleby, et al. 1997)

# **BACKGROUND ITALIANO**

**L'esperienza italiana nel campo dei disturbi correlati a sostanze è abbastanza diversa da quella della maggior parte degli altri paesi**

- **One of the most peculiar elements of Italian health culture in the addiction field has been an ideologically oriented approach to addiction as a phenomenon, and to the organization of related services**

**(Carrà G. & Clerici M, 2003; 2006) Addiction; American J Addiction**

## **LA GESTIONE DELLA CRISI NELLA “DOPPIA DIAGNOSI”. CENNI STORICI E LEGISLATIVI**

**LEGGE n° 685 (22.12.1975) – “DISCIPLINA DEGLI  
STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE.  
PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEI RELATIVI  
STATI DI TOSSICODIPENDENZA”**

- **E' FORTEMENTE INNOVATIVA SOPRATTUTTO PER:**
  - A) LA SCOMPARSA DELLA PSICHIATRIA  
DAL SISTEMA D'INTERVENTO**
  - B) LA DEPENALIZZAZIONE DELL'USO PERSONALE DELLA  
DROGA. LA DIZIONE “MODICA QUANTITA'” DETERMINA  
PERO' VIVACI POLEMICHE E, CERTAMENTE, SI PRESTA A  
SENTENZE DIFFORMI DA PARTE DELLA MAGISTRATURA.**
  - C) L'INTERVENTO REGIONALE DIVENTA  
PREPONDERANTE**

## **LA GESTIONE DELLA CRISI NELLA “DOPPIA DIAGNOSI”. CENNI STORICI E LEGISLATIVI**

### **LEGGE n° 309 DEL 9.10.1990 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI (legge n°45/18.2.1999)**

- **HA PORTATO ALLA MESSA A REGIME DI SERVIZI  
CAPILLARMENTE DIFFUSI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE  
(SERT) ED ALLA COSTITUZIONE DI EQUIPES DI LAVORO  
MULTIPROFESSIONALI**
- **HA LEGITTIMATO IL RUOLO COMPLEMENTARE – NEL SISTEMA  
DEI SERVIZI – DEL “PRIVATO SOCIALE”**
- **HA, DI FATTO, FAVORITO LA COSTITUZIONE  
DI UN SISTEMA PARALLELO, SEPARATO DA  
QUELLO DELLA PSICHIATRIA**

# **come intervenire sul problema**

- 1. Cambiare mitologie e modelli di riferimento operativi**
- 2. Intervenire sulle resistenze al cambiamento**
- 3. Migliorare la definizione dei problemi**
- 4. Aumentare la percezione della trattabilità dei problemi**
- 5. Addestrare su evoluzione/prognosi e sul progetto terapeutico**

# **compiti principali del progetto terapeutico**

- **Consolidare la capacità di ottenere soddisfazione senza ricorrere a sostanze**
- **Rafforzare i cambiamenti nello stile di vita**
  - **Prevenire le ricadute**
- **Rinforzare i nuovi comportamenti adattivi**
- **Aiutare il cliente a identificare ed esemplificare sorgenti di piacere *drug-free***
  - **Sostenere i cambiamenti di stile di vita conseguiti**

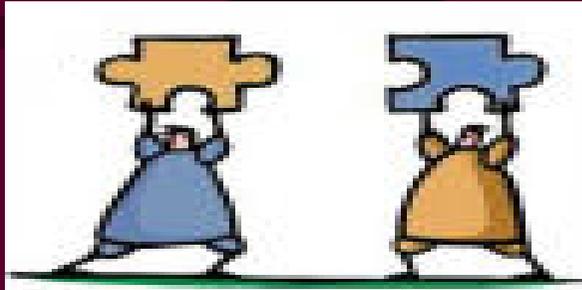
# come organizzare un Servizio terapeutico

- Il Servizio può avere due impostazioni generali:
  - essere un'organizzazione che mette gli operatori "solo" nella condizione di svolgere il proprio lavoro
  - avere una connotazione terapeutica nella sua architettura organizzativa

# **come organizzare un Servizio terapeutico**

- **nella prima ipotesi, il Servizio si modella sulle esigenze dei professionisti e sulle risorse (quantitative e qualitative) disponibili**
- **nella seconda ipotesi, il Servizio si costruisce sulla visione della patologia (filosofia del Servizio)**

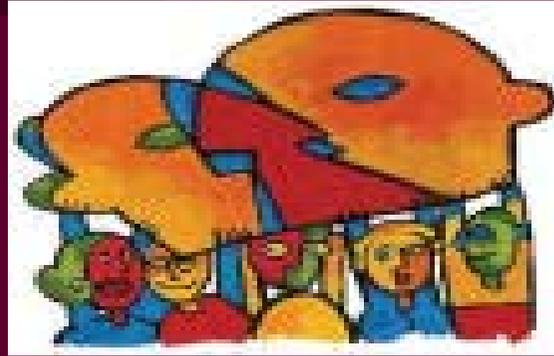
## Salute Mentale vs. Servizi per le Tossicodipendenze



- **Staff:** nei Servizi psichiatrici più medici, gli altri operatori sono formati secondo un'ideologia “forte” di Servizio; maggiore presenza dello psicosociale, identità di Servizio meno “forte” e training meno definito nei Servizi per le Tossicodipendenze
- **Presenza in carico:** più assertiva e mirata al mantenimento in trattamento nei primi; più determinata all'obiettivo della responsabilizzazione alla guarigione nei secondi.
- **Trattamento:** più formalizzato nei primi; più centrato sulla confrontazione verso la malattia (induzione dello stress per attivare il cambiamento), la ricerca di aiuto e l'obiettivo dell'astinenza da tutte le sostanze che alterano il funzionamento psichico nei secondi

Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software

## Salute mentale vs Servizi per le Tossicodipendenze



- Lo staff dei Servizi di Salute Mentale manca di formazione e di esperienza nel managing dei soggetti con disturbi correlati a sostanze
- Lo staff dei Servizi per le Tossicodipendenze manca di esperienza nel lavoro con pazienti affetti da in psicosi, (perché) ... viene usato un approccio generalmente confrontativo e si riscontrano limiti abbastanza stretti di tolleranza alla recidiva

**Johnson, S. (1997). Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services ? British Journal of Psychiatry, 171: 205-208**

# **Opportunità di Training: generalizzare il modello di lavoro e le competenze psichiatriche nel campo delle tossicodipendenze**

**I paesi europei con un forte SSN e dove i Servizi di Salute Mentale territoriali sono ben organizzati possono facilitare un assessment più comprensive dei bisogni di cura per pazienti in “doppia diagnosi” sviluppando stretti collegamenti tra Servizi esistenti con formazione specifica per gli staff piuttosto che attivare nuovi Servizi specialistici**

**(Johnson S., 1997) Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? British Journal of Psychiatry, 171: 205-208**

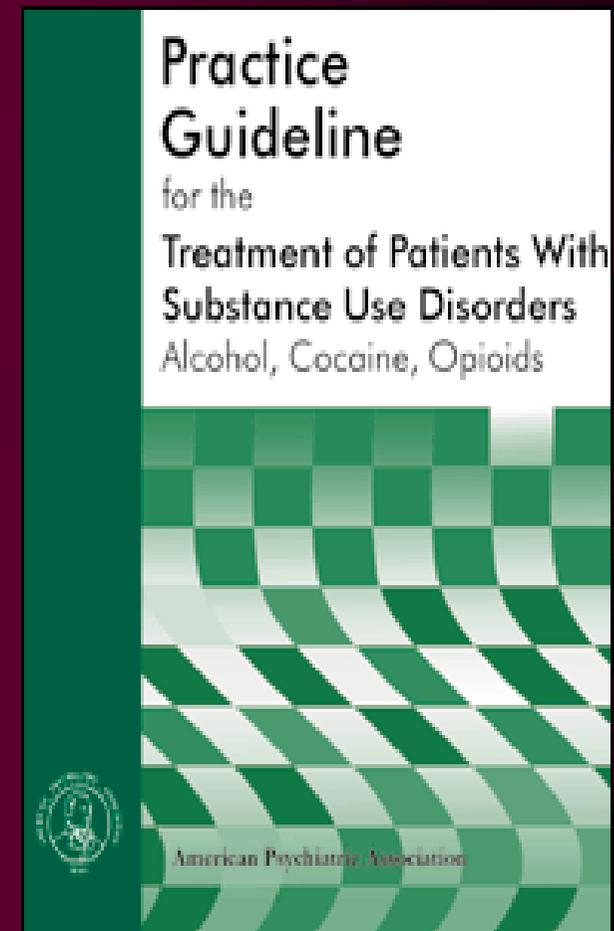


Welcome to the  
**American Psychiatric Association**  
www.psych.org

The American Psychiatric Association -- the world's largest psychiatric organization --  
represents over 38,000 psychiatric physicians from the U.S. and around the globe.

## **LINEE-GUIDA: si o no...**

- Come/dove realizzare un trattamento integrato per la “doppia diagnosi”?
- Come/dove integrare trattamenti già esistenti?
- Quali Servizi coinvolgere (DSM, SerT, Privato accreditato, Servizi specialistici DD, etc.)?
- Quali percorsi attivare (territorio, ospedale, residenzialità comunitaria, rete informale, etc.)?
- Quale intensità dare al programma/cure?





## BEST PRACTICES

Concurrent Mental Health and  
Substance Use Disorders





Department of Health Publications  
PO Box 777  
London SE1 6XH  
Tel 08701 555455



**Co-existing Problems of Mental Health  
and Substance Misuse  
(‘Dual Diagnosis’)**

**A Review of Relevant Literature**

**Vanessa Crawford**

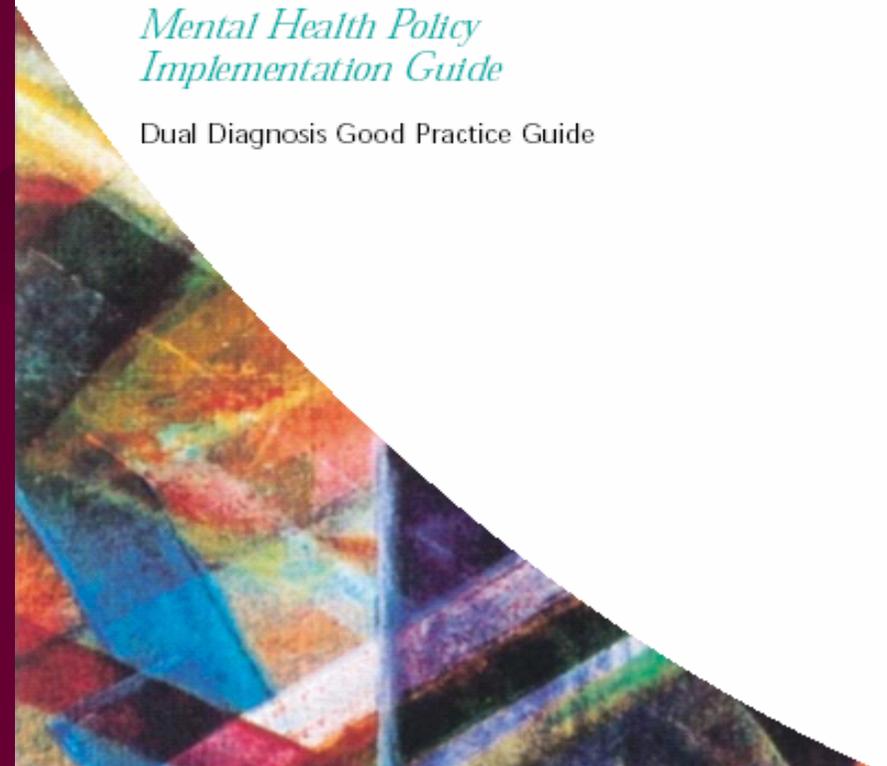
**Editor  
Ilana Crome**

**2001**



*Mental Health Policy  
Implementation Guide*

Dual Diagnosis Good Practice Guide



The Management of People  
with a co-existing

## **Mental Health and Substance Use Disorder**

Service Delivery Guidelines

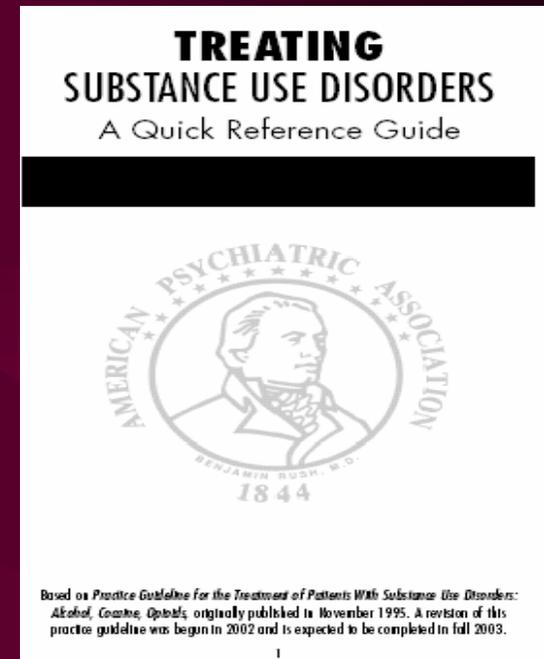
Better Health Good Health Care

**Sono disponibili, a tutt'oggi, differenti tipologie di soluzione per le difficoltà di gestione della DD:**

- a) **adattare i Servizi Psichiatrici alle esigenze dei pazienti DD cercando di incrementare la terapia del DCS in quel contesto (in genere, agevolando l'impiego di farmaci sostitutivi)**
- b) **aumentare la competenza psicopatologica o la presenza di psichiatri all'interno delle più diverse strutture per le tossicodipendenze**
- c) **erogare, reciprocamente, Servizi di consulenza mirata alla gestione degli aspetti più problematici della diagnosi o della terapia**

# Modelli di intervento sul paziente complesso comorbile

- **Trattamento sequenziale**
- **Trattamento parallelo**
- **Trattamento integrato**
  - **all'interno di uno staff**
  - **all'interno di un Servizio**
  - **tra staff/Servizi diversi**



## NECESSITA' DI INTERVENTO MULTIMODALE

- **Sul disagio (prima che sulla psicopatologia) adolescenziale prevenendo lo sviluppo di un DP**
- **Sul disturbo di personalità prima che si instauri un DCS**
- **Sulle comorbidità**

# L'INTERVENTO SUL PAZIENTE COMPLESSO IN COMORBIDITA'

“CHI CONTINUA AD ASSUMERE SOSTANZE RAPPRESENTA UNA PIATTAFORMA PARTICOLARMENTE INSTABILE SULLA QUALE COSTRUIRE UNA FARMACOTERAPIA IL PIU' POSSIBILE OMEOSTATICA” (Gastfriend, 1997)

**NONOSTANTE I RISCHI NON CI SI PUO'  
QUASI MAI PERMETTERE L'ATTESA DEL  
RAGGIUNGIMENTO DI UNA PIENA  
CONDIZIONE DI ASTINENZA**

NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI, INFATTI, IL TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO RISPONDE ALLA NECESSITA' DI:  
(Clark, McClanahan, 1998)

- INTERVENIRE SULLE SEQUELE DELL'USO DI SOSTANZE,
- SUI DISTURBI PSICHIATRICI NON CORRELATI ALL'USO,
- AD UNA COMBINAZIONE DI ENTRAMBE LE CONDIZIONI

# La psicofarmacoterapia nel paziente complesso in comorbidità

Segue 3 diversi modelli concettuali

## 1) La farmacoterapia tratta direttamente i disturbi di Asse II in comorbidità

Questo approccio si basa sull'assunto che i farmaci vanno ad agire sulle alterazioni neurobiologiche che sono alla base dei tratti maladattativi. Secondo questa prospettiva, la "manipolazione" farmacologica può modificare la disposizione al disturbo e promuovere un migliore funzionamento, producendo gradualmente cambiamenti del comportamento e dell'adattamento

## 2) La farmacoterapia tratta i disturbi di Asse I in comorbidità

Questo approccio si basa sull'evidenza che, frequentemente, i disturbi di Asse I si presentano in comorbidità ai DP. Il primo bersaglio della terapia è quindi il disturbo di Asse I, la cui remissione determinerebbe un miglioramento del DP e la possibilità di intervenire con altre forme di terapia. Questo approccio riceve, nell'attuale riconcettualizzazione, poco consenso

# La psicofarmacoterapia nel paziente complesso in comorbidità

## 3) La farmacoterapia tratta i cluster sintomatologici nucleari

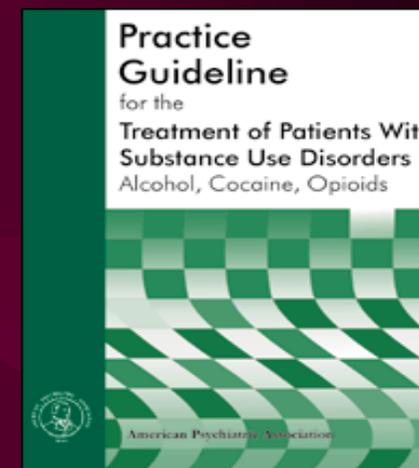
È un approccio dimensionale, che ha come bersagli le quattro dimensioni che riflettono una compromissione nelle aree dell'organizzazione cognitiva/percettiva, del controllo del comportamento, della stabilità affettiva e della soppressione dell'ansia. Questo approccio è quello privilegiato in clinica

**NEI FATTI LE AREE DI MAGGIORE INTERESSE CLINICO PER LA PSICOFARMACOTERAPIA DEI PAZIENTI COMPLESSI IN COMORBIDITA' SONO:**

- **Cognitiva/Percettiva**
- **Impulsività/Aggressività** (correlata anche ai disturbi del Cluster B, in particolare il disturbo borderline di personalità)
- **Disregolazione affettiva**
- **Ansia/Inibizione**

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE COMPLESSO IN COMORBIDITA'

(“TREATMENT FRAMEWORK”; APA, 2001)



- **DISREGOLAZIONE AFFETTIVA**

- \* TRATTARLA INIZIALMENTE CON SSRI (IN MEDIA 12 SETTIMANE)

- \* NELLE FORME PIU' SEVERE, CONSIDERARE L'AGGIUNTA DI BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI

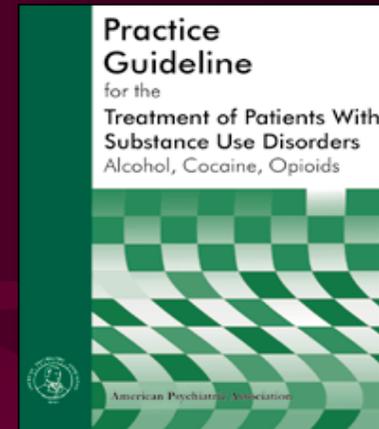
- **SINTOMI DI DISCONTROLLO IMPULSIVO-COMPORTAMENTALE**

- \* TRATTARLI INIZIALMENTE CON SSRI

- \* NELLE FORME CHE SI ESPRIMONO CON CHIARI RISCHI PER IL PAZIENTE, O SE GLI SSRI RISULTANO INEFFICACI, CONSIDERARE L'AGGIUNTA DI BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE COMPLESSO IN COMORBIDITA'

(“TREATMENT FRAMEWORK”; APA, 2001)



- **SINTOMI DI TIPO COGNITIVO-PERCETTIVI**

- \* BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI SONO IL TRATTAMENTO DI SCELTA PER I SINTOMI PSICOTICO-SIMILI

- \* I NEUROLETTICI ATIPICI POSSONO ANCHE MIGLIORARE LA DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE, L'IMPULSIVITA' E LA RABBIA-OSTILITA' CORRELATE A SINTOMI COGNITIVI

- \* SE LA RISPOSTA E' BASSA NEL PERIODO 4-6 SETTIMANE, AUMENTARE LA DOSE AL RANGE USATO NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI ASSE I

## La scelta dell'anticonvulsivante

### Considerare:

- la generale bassa **compliance** ai trattamenti osservata in questa popolazione
- la frequente connotazione disforica o “mista” della **patologia affettiva** nel DCS
- la frequente associazione di **patologie organiche**, infettive (HIV, HBV, HCV) ed epatiche tossiche
- la frequente presenza di **polifarmacoterapie** (per il DCS e per i concomitanti disordini fisici e psichici)

# La scelta dell'anticonvulsivante

Considerare che:

- il **litio** ha un indice terapeutico relativamente basso
- il trattamento richiede una costante collaborazione del paziente
- che nel DCS sono più facili a presentarsi condizioni organiche che possono innalzare i livelli plasmatici del farmaco (vomito, diarrea, febbre, complicanze renali)
- che il DCS non rappresenta una controindicazione all'uso
- la **carbamazepina** accelera il metabolismo del metadone (in pazienti trattati con metadone può innescare una sindrome d'astinenza)
- può interferire con altri farmaci utilizzati per le patologie organiche correlate (inibitori delle proteasi)
- i parametri epatologici ed ematologici andrebbero monitorati con maggiore attenzione
- Anche con il **valproato** i parametri epatologici ed ematologici andrebbero monitorati con maggiore frequenza.

## **Conclusioni: limiti dell'intervento**

**CONVERGENZA DI TIPOLOGIE DI PAZIENTI MOLTO DIVERSE TRA LORO. LA RISPOSTA AL TRATTAMENTO SEMBRA DIVERSIFICARSI IN FUNZIONE DEL TIPO DI CAMPIONE SELEZIONATO: l'effetto placebo é più rilevante nelle popolazioni che non raggiungono l'astinenza**

**Secondo alcuni autori il carattere autolimitante del sintomi nella fase di **disassuefazione** non renderebbe necessaria un specifica terapia farmacologica che andrebbe riservata ai protocolli di mantenimento a lungo termine**

# **PERCEIVED NEED AND HELP-SEEKING IN ADULTS WITH MOOD, ANXIETY OR SUBSTANCE USE DISORDERS (Mojtabai et al., 2002)**

**UN GRAN NUMERO DI ADULTI CON PROBLEMI TALI DA IDENTIFICARE UN DISTURBO MENTALE NON CHIEDE AIUTO AI PROFESSIONISTI.**

**LA NATURA E LA GRAVITA' DELLA PSICOPATOLOGIA SI CORRELANO, IN GENERE, CON UN LIVELLO PIU' ALTO DI PERCEZIONE DI BISOGNI E DI RICHIESTA DI AIUTO.**

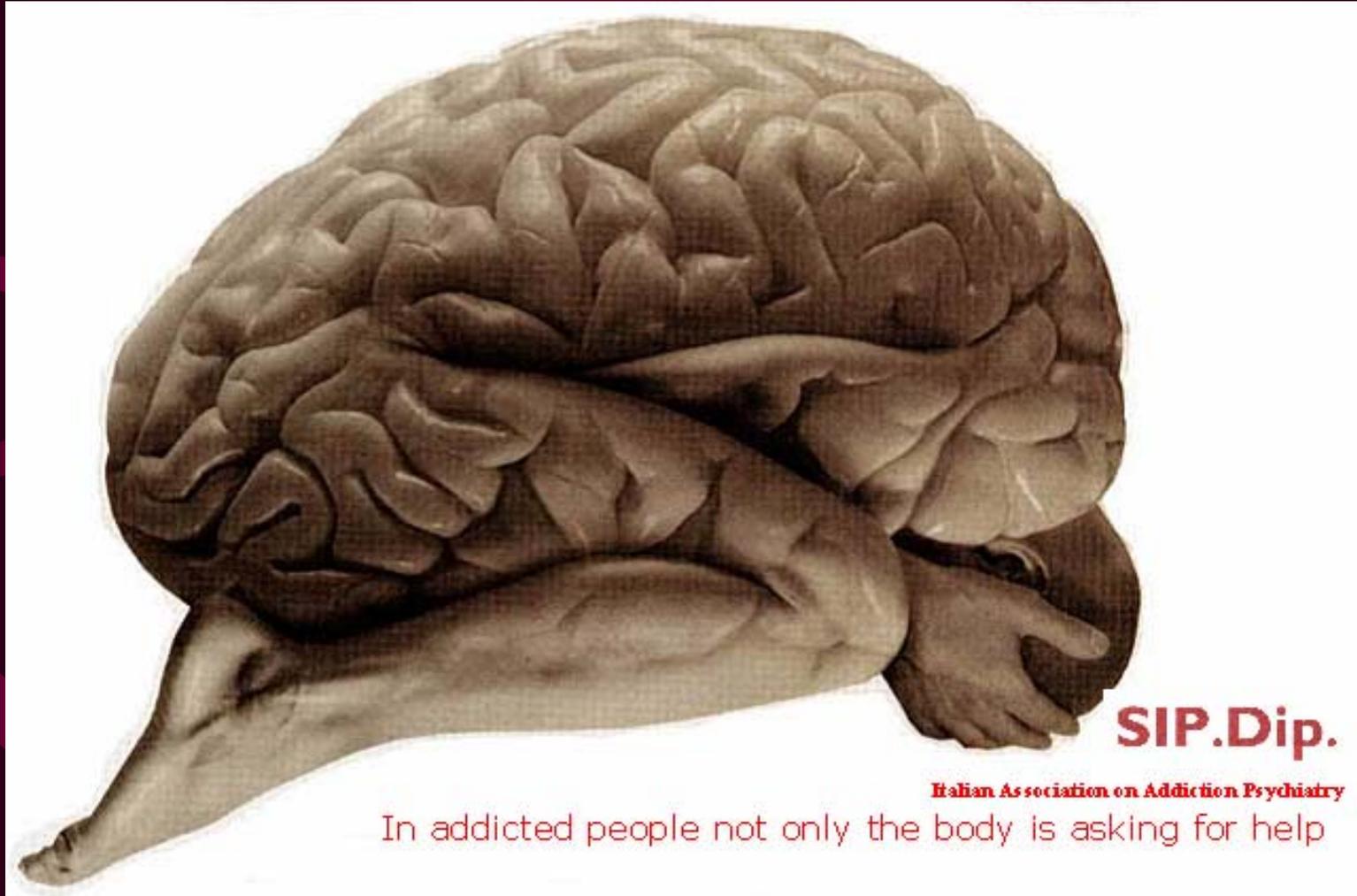
**PAZIENTI CON DCS PRESENTANO I LIVELLI PIU' BASSI SIA DI PERCEZIONE DEL BISOGNO, SIA DI RICHIESTA DI AIUTO (IN PARTICOLARE, TRA GLI ALTRI, AI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE) RISPETTO AI SOGGETTI IN DD O ALTRI DISTURBI**

## Conclusioni: requisiti fondamentali dell'intervento

- INGAGGIO E SOSTEGNO ASSERTIVI  
ALLA COMPLIANCE
- MONITORAGGIO CON INTERVENTI DI “RINFORZO”
- APPROCCIO *COMPREHENSIVE* E INTENSIVO
- REPERIMENTO DI AMBIENTI ABITATIVI SANI E IN GRADO DI OFFRIRE PROTEZIONE AL PAZIENTE
- FLESSIBILITA' DI OPERATORI E DI PROGRAMMI
- ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO “PER FASI E LIVELLI” A PARTIRE DA UN *TIMING* PRE-DEFINITO
- PROSPETTIVA LONGITUDINALE CONGRUENTE CON LA CRONICITA' DEL DISTURBO
- OTTIMISMO NELL'APPROCCIO COMPLESSIVO

(Drake et al, 1993)

...allora, grazie dell'attenzione  
e non dimenticate...



**SIP.Dip.**

Italian Association on Addiction Psychiatry

In addicted people not only the body is asking for help