

# DIPENDENZA DA SOSTANZE E DISTURBI PSICHICI

Marco Faccio

Dipartimento delle Dipendenze

Azienda ULSS 20

# COMORBILITA'

Termine generico che indica la concorrenza di due o più  
entità morbose nello stesso individuo

# DOPPIA DIAGNOSI

Concomitanza di una patologia correlata a consumo di  
sostanze e di un disturbo psichiatrico che presenta una  
patogenesi indipendente

De Leon 1989; Salomon 1996

## RILEVANZA DEL PROBLEMA

- Nella popolazione in carico ai servizi psichiatrici si rileva un tasso di comorbidità per problemi correlati a sostanze (abuso/dipendenza) del 14,75 % (droghe) e del 29.9 % (alcolici) (ECA 1980-1984).
- Tra le persone con problematiche alcol correlate risulta un tasso di comorbidità per patologia psichiatrica del 37 % (Regier et al. 1990)
- Tra le persone con problemi di abuso/dipendenza da alcol e altre sostanze il tasso di comorbidità relativamente ai disturbi di personalità è risultato del 87% (ECA).
- Circa il 35 % dei soggetti con abuso/dipendenza da sostanze incontra i criteri lifetime per disturbo dell'umore; il 45 % per un disturbo d'ansia; il 50 % per un disturbo di personalità antisociale (Merikangas et al. 1998)

# DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

## SPECIFICI

- Abuso
- Intossicazione
- Dipendenza
- Astinenza

## ASPECIFICI

- Delirium
- Demenza
- Disturbo amnestico
- Psicosi
- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbo del sonno
- Disfunzione sessuale
- Disturbo percettivo

## DSM-IV-TR: valutazione multiassiale

ASSE I	ASSE II	ASSE III	ASSE IV	ASSE V
Disturbi Correlati a Sostanze	Disturbi di personalità	Condizioni Mediche generali	Problemi Psicosociali e ambientali	Valutazione Globale del funzionamento
Disturbi psicotici	Ritardo mentale			
Disturbi dell'umore				
Disturbi d'ansia				
Altri disturbi psichiatrici				

## ESEMPIO DI DIAGNOSI MULTIASIALE (DSM-IV-TR)

ASSE I	F32.2	Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo, Grave Senza Manifestazioni Psicotiche.
	F10.1	Abuso di Alcol

ASSE II	F60.7	Disturbo Dipendente di Personalità Frequente uso della negazione
---------	-------	---

ASSE III		Nessun disturbo
----------	--	-----------------

ASSE IV		Minaccia di perdita del lavoro
---------	--	--------------------------------

ASSE V		VGf (attuale) = 35
--------	--	--------------------

## CONSEGUENZE

- 1) I pazienti con doppia diagnosi spesso richiedono interventi complessi che comportano l'attivazione di risorse ora presenti in un contesto operativo, ora nell'altro.
- 2) Gli operatori dei servizi per le dipendenze hanno spesso scarsa dimestichezza nel lavoro con malati mentali.
- 3) Gli operatori della salute mentale mancano spesso di formazione e di esperienza pratica nella gestione di problemi connessi con comportamenti di abuso/dipendenza.
- 4) Il tentativo di collaborare nella cura di casi di doppia diagnosi fra servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze spesso genera frammentazione e dispersione con difficoltà nel mantenimento della presa in carico.



## MODELLI OPERATIVI

- 1) **SEQUENZIALE**: viene curato prima il disturbo emergente e, successivamente, da un'altra equipe, l'altro disturbo meno rilevante. Rischio di fenomeni di “rimballo” e/o di “scarico”.
- 2) **PARALLELO**: due équipes curanti instaurano contemporaneamente due interventi e trattamenti separati. Rischi derivanti da difficoltà di comunicazione fra operatori e quindi di lavorare perseguendo obiettivi divergenti o in conflitto con conseguente confusione per il paziente.
- 3) **COLLABORAZIONE-CONSULENZA**: un servizio è ‘titolare del caso’ per quanto riguarda l’elaborazione del progetto terapeutico e l’altro servizio collabora in forma di consulenza e/o supporto mettendo a disposizione competenze e risorse.
- 4) **INTEGRATO**: presa in carico del caso da un’ unica equipe specializzata nella gestione delle problematiche della doppia diagnosi.

# CASO CLINICO

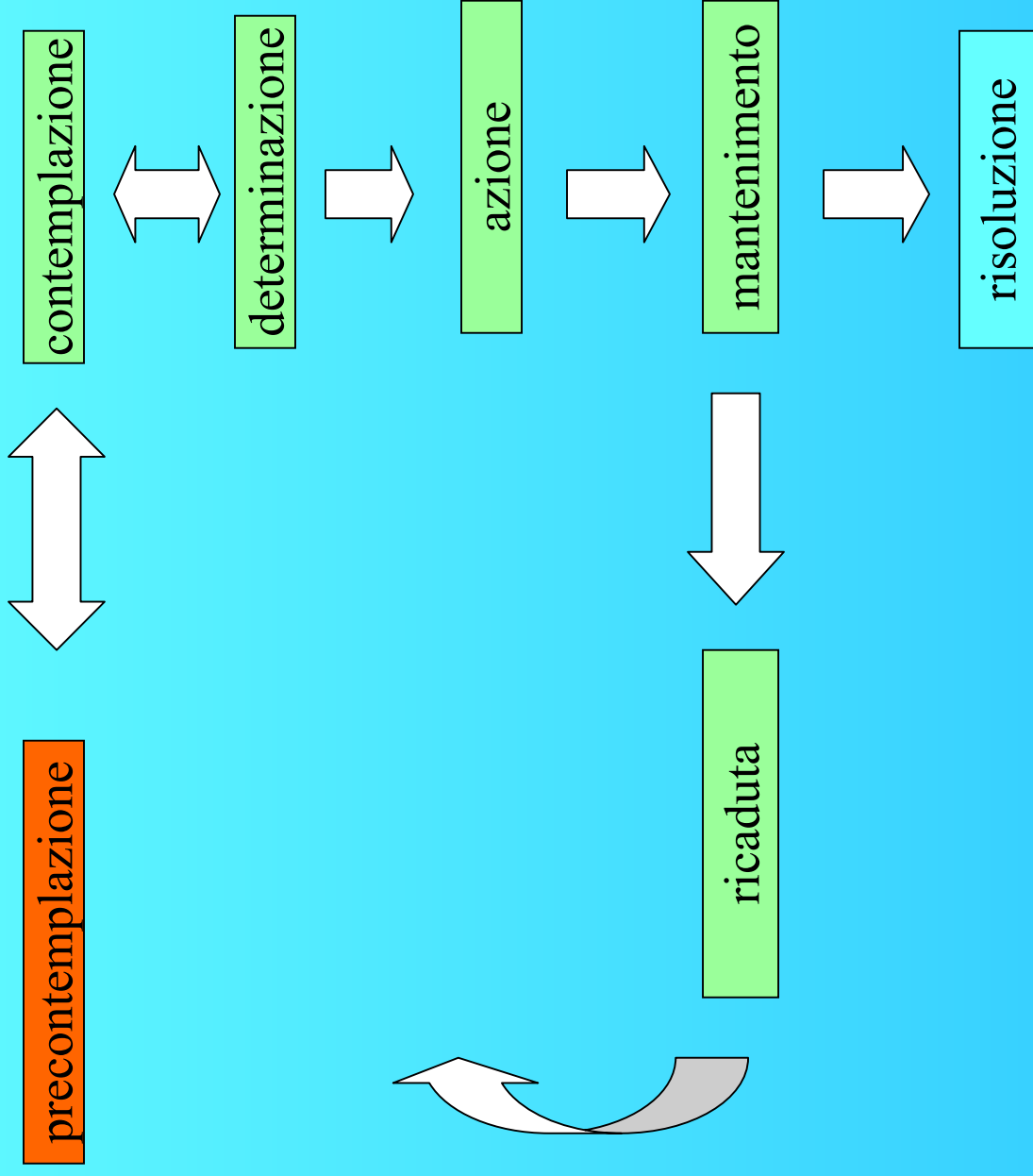


E' possibile nella pratica quotidiana un approccio al paziente con problemi correlati a sostanze che influisca sugli aspetti psicopatologici e motivazionali?

Il Modello Transteoretico basato sugli Stadi del  
Cambiamento

Miller – Rollnick 1994

# STADI DEL CAMBIAMENTO



## STADI DEL CAMBIAMENTO: PRECONTEMPLAZIONE

- Non consapevolezza di una condizione problematica e patologica
- Non preoccupazione per i problemi che ha per questo
- Non intenzione di applicarsi in sforzi per cambiare
- Meccanismi di difesa massicci (negazione, proiezione, razionalizzazione)
- Assenza di richieste spontanee di aiuto finalizzate al cambiamento
- Accesso ai servizi determinato da cause esterne (problemi legali, pressione del contesto relazionale, malattie o traumi)

# PRECONTEMPLAZIONE

## OBBIETTIVI

- Favorire e mantenere il contatto dell'utente con il servizio di cura
- Creare condizioni per una alleanza di lavoro
- Aumentare consapevolezza e dubbi sui comportamenti di abuso

## STRATEGIA

- Non forzare su obiettivi di astinenza da sostanze.
- Sviluppo di un rapporto di fiducia (ascolto ed empatia).
- Rispetto, pazienza e salvaguardia della libertà di scelta del paziente.
- Sollevare dubbi sui comportamenti assuntivi.
- Lasciare libertà e spazio di esprimersi sul problema.
- Non scontrarsi con le resistenze del paziente (evitare discussioni e dispute).
- Lavorare sul contesto per controllare inutili pressioni.

## STADI DEL CAMBIAMENTO: CONTEMPLAZIONE

- Consapevolezza di aspetti positivi e negativi collegati alla situazione di consumo che genera forte ambivalenza
- Coesistenza di spinta al cambiamento e resistenza ad esso (incapacità di risolversi in una decisione)
- Paura del cambiamento
- “So che devo smettere ma non ci riesco”
- Richieste di aiuto a volte drammatiche agli operatori e, dopo una risposta o una proposta di questi, un repentino ritorno nel problema (non disponibilità ad un programma proposto, appuntamenti successivi saltati oppure il presentarsi successivamente in condizioni di intossicazione)



# CONTEMPLAZIONE

OBIETTIVI	
-	Tollerare la condizione di ambivalenza e comprenderla insieme al paziente per contestualizzarla e normalizzarla
-	Maturare consapevolezza sui pro e contro dei poli dell'ambivalenza
STRATEGIA	
-	Costruire un sistema di valutazione dei pro e contro rispettivamente dell'uso e dell'astinenza (Bilancia Decisionale).
-	Sostenere il paziente nella sua libertà di scelta e stimolare sentimenti di responsabilità e di autoefficacia.
-	Rispondere alle affermazioni automotivanti del paziente.
-	Aiutare a sondare fantasie, preoccupazioni, incertezze e paure rispetto agli scenari del cambiamento.

# LA BILANCIA DECISIONALE

CONSUMO		ASTENSIONE	
PRO	CONTRO	PRO	CONTRO
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>

## STADI DEL CAMBIAMENTO: DETERMINAZIONE

- Raggiungimento di un momento decisionale rispetto al cambiamento e scelta consapevole di cambiare
- Consapevolezza di bisogni che la sostanza soddisfaceva e degli aspetti positivi del consumo
- La pregnanza emotiva di questa consapevolezza è affievolita e prevale quella legata alla constatazione degli aspetti negativi
- Ambivalenza meno forte
- Condizione di breve durata che può evolvere verso l'azione o ritornare agli stadi precedenti
- Il paziente ha deciso ma non sa cosa fare in concreto.

# DETERMINAZIONE

## OBBIETTIVI

- Concordare su opportunità di percorsi emancipativi praticabili
- Aiutare a definire delle scelte

## STRATEGIA

- Chiarire bene obiettivi e strategie del paziente
- Esaminare gli ostacoli
- Verificare le esperienze passate per trarne suggerimenti
- Offerta di risorse per aiutarlo nel cambiamento
- Se lo chiede, fornire dei consigli fondati sull'esperienza professionale
- Fare ipotesi concrete sul futuro
- Negoziare un progetto
- Sviluppare un piano d'azione

## STADI DEL CAMBIAMENTO: AZIONE

- Interruzione dei comportamenti assuntivi
- Disintossicazione
- Inizio di un progetto di trattamento adeguato
- Cambiamenti nello stile di comportamento
- Incorporazione di un nuovo stile di comportamento con passaggio alla fase successiva.

## AZIONE

### STRATEGIA

- Sostegno e conferma dei successi
- Riconoscimento e valutazione delle difficoltà
- Stimolare una visione del cambiamento come esperienza di progresso a piccoli passi
- Identificare situazioni di rischio e sviluppo di strategie appropriate per affrontarle
- Aiutare a identificare risorse e sostegno nell'ambiente

### OBBIETTIVI

- Sostenere i cambiamenti avvenuti

## STADI DEL CAMBIAMENTO: MANTENIMENTO

- Raggiunto l'obiettivo dell'astinenza
- Uscita definitiva dalla condizione problematica
- Adozione di un nuovo modello comportamentale

# MANTENIMENTO

## OBBIETTIVI

- Consolidamento delle capacità raggiunte di ottenere soddisfazione ed equilibrio senza ricorrere a sostanze
- Consolidamento dei cambiamenti di stile di vita raggiunti
- Prevenzione delle ricadute

## STRATEGIE

- Supporto nella ricerca di sorgenti di gratificazione drug free
- Conferma del sentimento di autodeterminazione e autoefficacia
- Chiarire le condizioni di potenziale vulnerabilità ed elaborare strategie comportamentali adeguate
- Aumentare la consapevolezza e capacità di riconoscimento dei segnali di ricaduta.



## STADI DEL CAMBIAMENTO: RICADUTA

- Condizione di ritorno dei comportamenti sintomatici
- Evento fisiologico possibile e probabile
- Condizione delicata e carica di sentimenti contrastanti

# RICADUTA

## OBBIETTIVI

- Facilitare il rientro in terapia

## STRATEGIE

- Dare una lettura della ricaduta come occasione di riflessione e di acquisizione di importanti dati circa gli elementi di vulnerabilità su cui lavorare in futuro
- “Normalizzare” la percezione della ricaduta
- Riesaminare la “Bilancia Decisionale”
- Fornire sostegno all’autostima

## RIFERIMENTI

- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. – Milano 2001
- Miller W.; Rollnick S. – Il colloquio di motivazione – Trento 1994
- Bignamini E. et al. Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. – Bologna - 2002
- Guelfi G. P.; Scaglia M.; Spiller V.; Il colloquio motivazionale nella dipendenza da alcool e droghe. ADD – anno 2001 – N. 3
- Kaplan H. I.; Sadock B. J. – Psichiatria – Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. - Torino 2001
- Bara B. (a cura di) – Manuale di Psicoterapia Cognitiva – Torino 1997
- Pancheri P. – La Doppia Diagnosi – disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze – Firenze - 2002