



**SOCIETA' ITALIANA
TOSSICODIPENDENZE**

WWW.SITD.IT INFO@SITD.IT

Aderisce a:



**EVENTO FORMATIVO NAZIONALE
IX CONGRESSO NAZIONALE
DALLA PREVENZIONE ALLA RIABILITAZIONE:
UN PERCORSO RAZIONALE DETTATO DALLE EVIDENZE
SCIENTIFICHE
23-25 NOVEMBRE 2017 ROMA**

**Sostanze che curano, sostanze che
ammalano.**

**Le diverse dinamiche della doppia
diagnosi**

Giampaolo Spinnato

DOPPIA DIAGNOSI

- Compresenza di DUS e Disturbo Psichiatrico
- (Asse 1 o Asse 2) ?



TIPI DI COMORBILITÀ RISPETTO AL DECORSO

- Cross morbidity
 - attuale
- Lifetime comorbidity
 - nella vita



Doppia diagnosi

	Diagnosi psichiatrica Codificata	Disturbi psichici e comportamenti anomali non codificabili
Diagnosi di dipendenza	1 Vera e propria doppia diagnosi	2 Dipendenza con disturbi psichiatrici
Abuso di sostanze o altri usi problematici	3 Patologia psichiatrica con abuso di sostanze	4 Condizioni non codificate

ANALISI QUANTITATIVA VS ANALISI QUALITATIVA

Figura 1. Distribuzione degli utenti in comorbidità per diagnosi

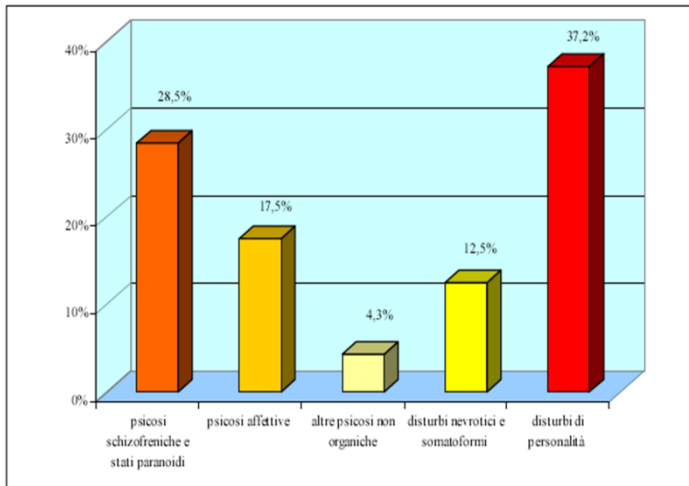


Figura 8. Distribuzione degli utenti in comorbidità per profili di utilizzo delle sostanze

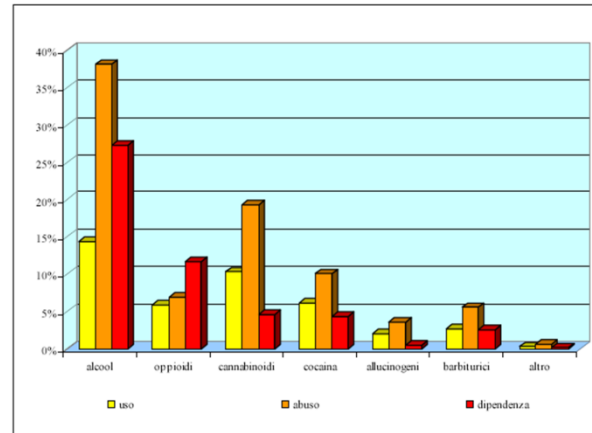
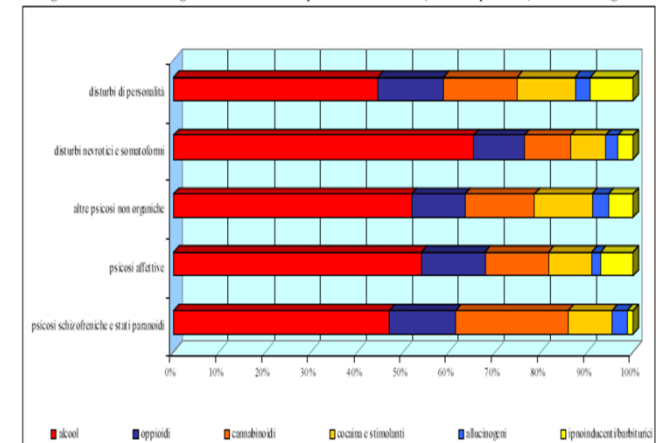


Figura 15. Distribuzione degli utenti in comorbidità per sostanza utilizzata (abuso o dipendenza) in base alla diagnosi



CORRELAZIONI CAUSALI

- Primaria
 - Secondaria (autocura)
 - Disturbi indotti (automalattia)
-
- Autoterapia transitoria
 - Sviluppo di dipendenza
 - Evoluzione psicopatologica
 - Emersione psicopatologica
-
- Soffriamo per differenza
 - Sperimentare il vuoto per perdita
 - O per conoscenza del pieno



POSSIBILI RELAZIONI TRA DUS E I DISTURBI PSICHIATRICI

- dipendenza come causa di patologie psichiatriche «DUS primario complicato da un disturbo psichiatrico» (indotte)
- disfunzioni psichiche facilitano l'incontro con le sostanze e lo sviluppo di una dipendenza «Disturbo psichiatrico primario con DUS secondario» (autoterapia)
- DUS e disturbo psichiatrico a genesi indipendente
- dipendenza e disturbi psichici riconoscono cause comuni (vulnerabilità)
- la comorbidità è un artefatto classificativo dovuto al non riconoscimento dei sintomi psicopatologici della dipendenza



Elementi psicopatologici più frequentemente associati all'addiction

Componenti depressive

Aggressività, tono dell'umore disforico-irritabile, ipercriticismo eterodiretto, condotte sociopatiche

Sintomi dello spettro bipolare

sensation seeking behaviour

Ipoforia

dimensione affettiva, dell'ansia e del controllo/impulsività (spettro ossessivo)

Componenti ansiose: somatoformi, fobiche e generalizzate

“Locus of control” esterno (refrattarietà a ricompense e punizioni)

Anomalie ideative (elementi dissociativi, menzogna patologica)

Dimensioni psicopatologiche associate all'addiction

Sentimenti di inutilità - sentirsi in trappola

Sintomi somatici

Sensitività – psicoticismo

Ansia panica

Violenza - suicidio

ANALISI QUALITATIVA: PERCORSI

- Giovane con esordio psicotico conseguente ad uso di sostanze/slatentizzato da uso di sostanze (cannabis, cocaina)
- Esordio psicotico acuto in soggetto in trattamento oppioide da diversi anni in seguito a sospensione o brusca riduzione del dosaggio (ruolo preventivo degli oppioidi)
- Co-sviluppo di Disturbo borderline e DUS (prevalenza femminile), spesso a partire da DCA
- Co-sviluppo di Disturbo antisociale e DUS (prevalenza maschile) (*)
- Disturbo paranoideo con esordio subdolo in soggetto in trattamento oppioide da diversi anni (perdita di efficacia vs mascheramento di disturbo paranoideo)
- Disturbo affettivo (spesso bipolare) con sintomi della sfera del controllo degli impulsi in soggetto con DUS da cocaina o alcol
- Sindrome disforica in soggetto con DUS da cocaina che si manifesta nei periodi astinenziali (ADHD?)
- DUS in soggetti con storia di DAP
- Rapida evoluzione demenziale dopo raggiungimento dell'astinenza in anziani (e non solo) con DUS da alcol



Disturbo Borderline di Personalità

Sforzi per evitare un reale o immaginario abbandono

Relazioni interpersonali instabili con idealizzazione e svalutazione

Alterazioni dell'immagine e della percezione di sé

Impulsività in aree potenzialmente dannose

Minacce gesti comportamenti suicidari o automutilanti

Instabilità affettiva

Sentimenti cronici di vuoto

Difficoltà a controllare la rabbia

Ideazione paranoide

Disturbo antisociale di Personalità

Incapacità a conformarsi alle norme sociali

Disonestà, **mentire**

Impulsività

Irritabilità e aggressività

Inosservanza della sicurezza propria e degli altri

Irresponsabilità

Mancanza di rimorso



Uso di sostanze (soprattutto precoce) tende a strutturare personalità più border

CONSEGUENZE

- Life time abbiamo sempre la co-costruzione attraverso le diverse correlazioni tra due disturbi di un disturbo terzo (disturbo duale)
- DUS che evolve verso un Disturbo Duale
- Disturbo Psichiatrico che evolve verso un Disturbo Duale
- La compresenza di due disturbi indipendenti sembra un costrutto teorico



CONSEGUENZE

- Non possiamo considerare la doppia diagnosi la presenza di un disturbo psichiatrico ed un DUS visto come nucleare
- La «scoperta» di una psicopatologia dell'addiction, non porta soltanto ad una riduzione dei casi di doppia diagnosi, ma colora peculiarmente il disturbo psichiatrico
- Siamo di fronte alla composizione di due psicopatologie (psichiatrica e da addiction)



COMPLESSITÀ DEL DISTURBO DUALE

- Psicopatologico
- Motivazionale
- Responsabilità
- Trattamenti (comunitari o ambulatoriali)
- Farmacologia



TRAUMA E DUS

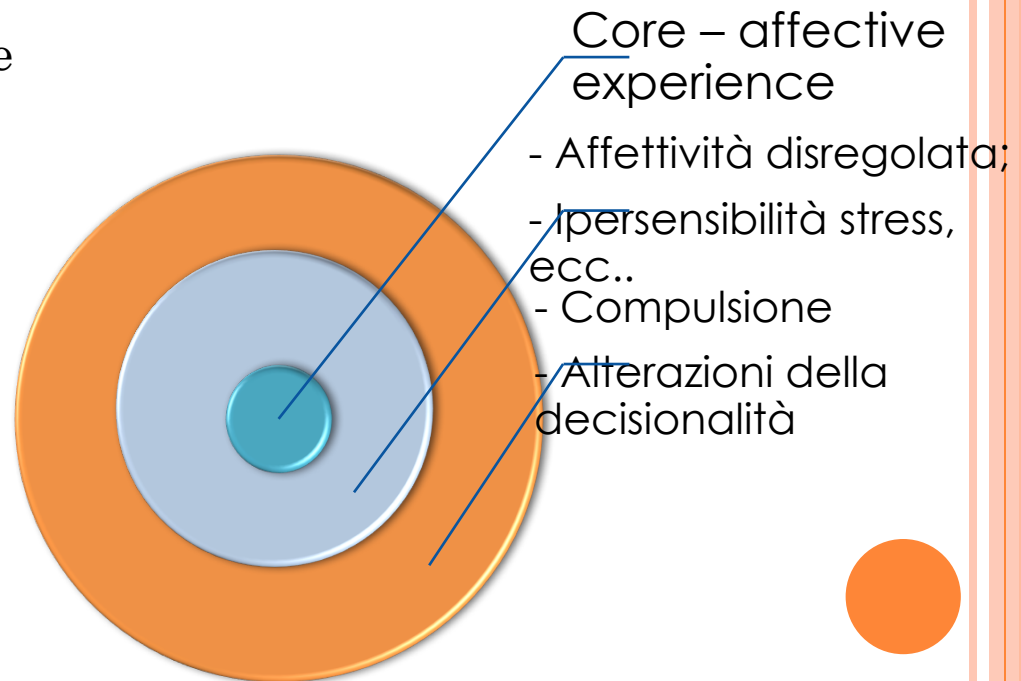
- DUS come trauma
- Psicopatologia dell'addiction e PTSD



SISTEMA A RICOMPENSA (MOTIVAZIONALE) E PSICOPATOLOGIA

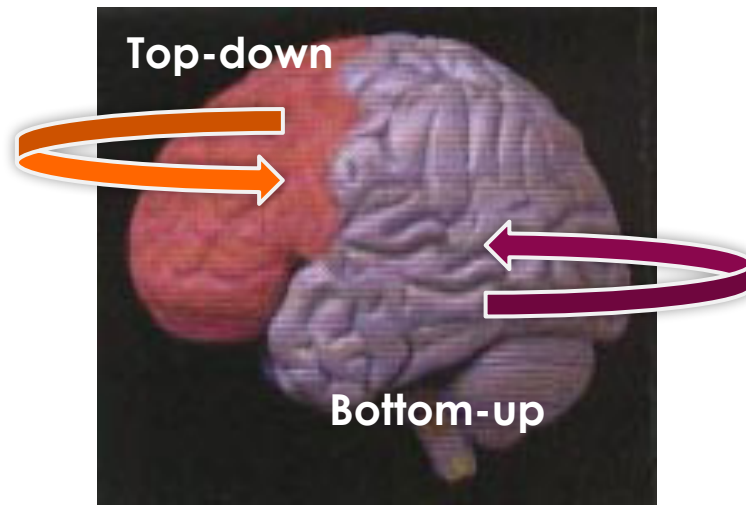
Correlazione tra disregolazione del sistema a ricompensa e psicopatologia

Correlazioni tra psicopatologia e sistema a ricompensa



EFFETTI SUI TRATTAMENTI

motivazione



craving



TRATTAMENTI ANTICRAVING

- Specificità
- Interrompere il circuito vuoto/pieno
- Correggere la disforia
- Disturbi da uso di oppioidi
- Nei disturbi da uso di alcol, cocaina, cannabis non abbiamo farmaci con queste caratteristiche



PERCORSI MOTIVAZIONALI

- Complessità nelle patologie psichiatriche, non solo rispetto al paziente, ma anche rispetto alla cornice epistemologica del terapeuta
- Libertà
- Responsabilità



LIBERTÀ

- Accettazione o rifiuto delle cure
- Daytop: «se un tossicomane viene da te, non rispondergli subito di sì. Digli di tornare il giorno dopo, in un ora precisa, se veramente desidera il tuo aiuto. Si offenderà perché è abituato a ottenere molte cose attraverso l'esibizione del suo bisogno d'aiuto e le sue promesse di cambiare. Si offenderà e non è affatto sicuro che torni. Se viene, tuttavia, sei partito col piede giusto e puoi cominciare il tuo lavoro con lui».
- Percorsi motivazionali
- Riduzione del danno



RESPONSABILITÀ

- non sarebbe in alcun modo accettabile (e, anzi, avrebbe una netta valenza criminogenica) una diminuzione della responsabilità penale (e, quindi, della pena) ogni qual volta l'*offender* fosse in grado di dimostrare una “semplice” dipendenza dalle sostanze stupefacenti **in difetto di un quadro clinico psichiatrico, psicologico ed organico effettivamente compromesso dall'abuso di droghe ed alcool (compromissione non collegata ad una intossicazione acuta).**



DOPPIA DIAGNOSI

- Inadeguatezza delle diverse epistemologie (addiction e psichiatrica)
- Aspetti di incompatibilità dei due approcci
- Un servizio vs due servizi
- Trattamenti contemporanei vs trattamenti sequenziali
- Difficoltà nel trattamento ambulatoriale di questi pazienti (tranne nel caso di comorbilità con DUS da oppioidi)
- Arretramento manicomiale



COMUNITÀ A DOPPIA DIAGNOSI

- Arretramento manicomiale (scacco e opportunità)
- Franco Basaglia ha chiuso i manicomi a partire dal manicomio e nel manicomio ha costruito il suo sapere
- Le Comunità a Doppia Diagnosi sono una opportunità che abbiamo il dovere (anche come società scientifica) di non lasciare all'improvvisazione, possono essere il luogo, in questa fase storica, da cui partire per costruire una cultura del Disturbo Duale



RINGRAZIO TUTTI
PER L'ATTENZIONE

