

**“DOPPIA DIAGNOSI”:
PSICOPATOLOGIA E CLINICA
DEI SINTOMI-BASE (SB).
PREVENZIONE E TRATTAMENTO.**

Dr. Gilberto Di Petta
Dirigente medico-Neuropsichiatra
Resp.le UO Comorbidità Psichiatrica
Centro Diurno “Giano”
Area Dipendenze ASL NA 3

PROSPETTO DELLA RELAZIONE

- **CLINICA DI UNA “TERRA INCOGNITA”;**
- **RITORNO ALLA PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA;**
- **LA TEORIA DEI SINTOMI-BASE (S-B);**
- **INTERVENTO PRECOCE E PREVENZIONE DELLE RICADUTE.**

1

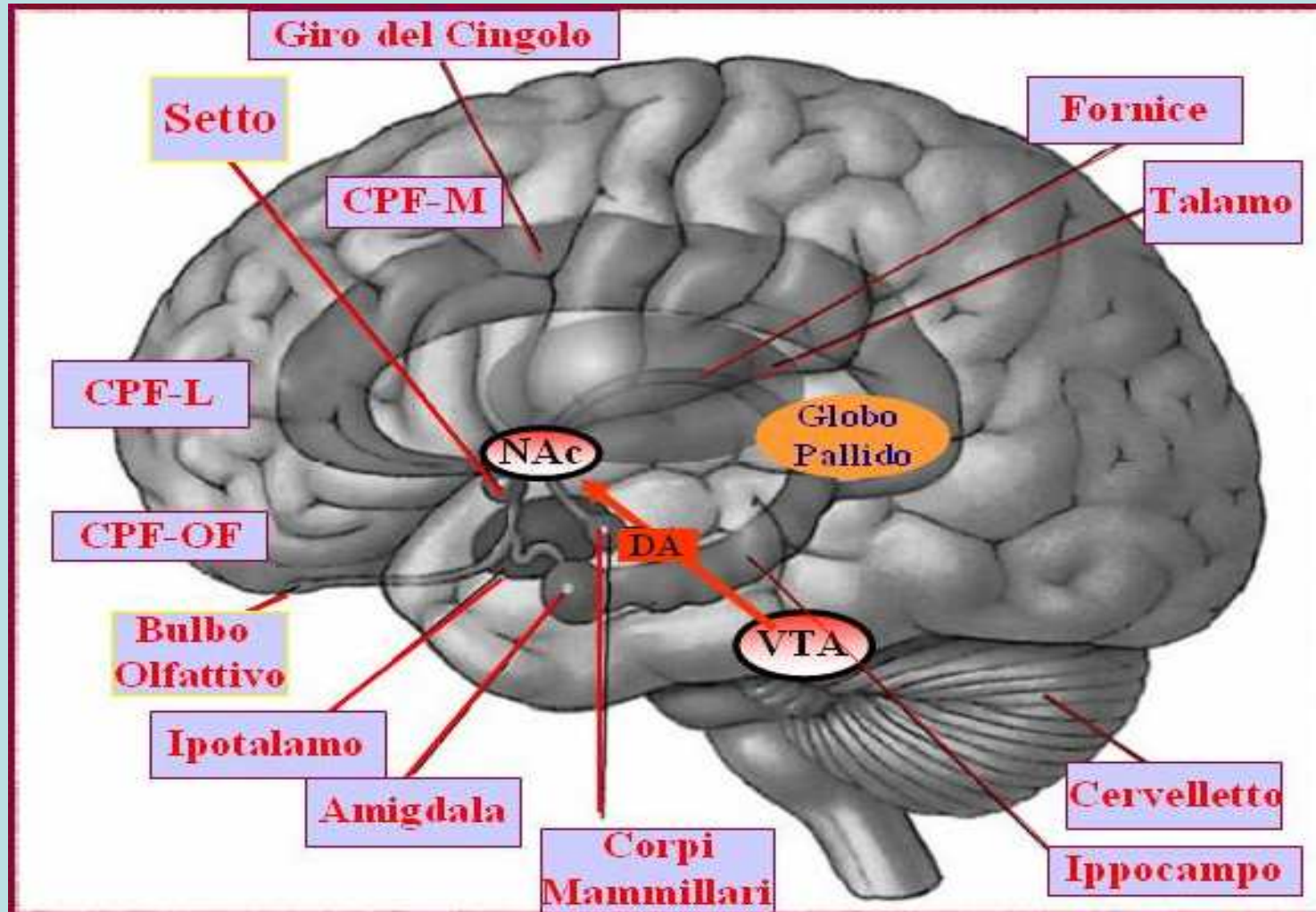
“DOPPIA DIAGNOSI”:

CLINICA DI UNA “TERRA INCOGNITA”

DOPPIA DIAGNOSI : LO SCACCO E LA SFIDA

- L'emergenza e la diffusione ubiquitaria della doppia diagnosi rappresentano un elemento “**catastrofico**” che segna una crisi profonda ed impone una svolta epocale alle consolidate modalita' di presa in carico e di assistenza alla popolazione tossicomane e psichiatrica da parte del sistema dicotomico dipendenze/salute mentale.

DD.: LE BASI NEUROANATOMOFUNZIONALI DELLA PSICOPATOLOGIA NEI TOSSICOMANI

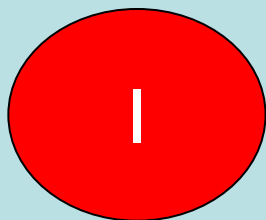


Modificata da Ferdico, 2005

“DD.”:

CONFIGURAZIONI CLINICHE POSSIBILI

- Condizione psichiatrica reversibile/temporanea indotta da sostanze;
- Slatentizzazione di fenomeni psicopatologici da parte delle sostanze stesse;
- Paziente psichiatrico che usa sostanze;
- Consumo cronico di sostanze che determina una patologia psichiatrica persistente;



Disturbi indotti da sostanze

	<i>delirium</i>	<i>demenza</i>	<i>amnesia</i>	<i>psicotici</i>	<i>umore</i>	<i>ansia</i>	<i>sessuali</i>	<i>sonno</i>
<i>Alcol</i>	I/A	P	P	I/A	I/A	I/A	I	I/A
<i>Amfetamine</i>	I	-	-	I	I/A	I	I	I/A
<i>Cannabis</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Cocaina</i>	I	-	-	I	I/A	I/A	I	I/A
<i>Allucinogeni</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Inalanti</i>	I	P	-	I	I	I	-	-
<i>Oppiacei</i>	I	-	-	I	I	-	I	I/A
<i>PCP</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Ansiolitici</i>	I/A	P	P	I/A	I/A	A	I	I/A

I: Intossicazione

A: Astinenza

P: probabile

DSM IV, TR

Pazienti psichiatrici che utilizzano sostanze



II

Lifetime Prevalence and Odds Ratios of Mental Disorders
by Substance Use Disorder: ECA

Comorbid Disorder	Alcohol		Drug	
	%	O.R.	%	O.R.
Any mental	36.6	2.3	53.1	4.5
Schizophrenia	3.8	3.3	6.8	6.2
Affective	13.4	1.9	26.4	4.7
Anxiety	19.4	1.5	28.3	2.5
Antisocial	14.3	21.0	17.8	13.8



III

Slantentizzazione di fenomeni psicopatologici da parte delle sostanze stesse

Soggetti con ***situazioni psicopatologiche*** latenti (o “sottosoglia”):

- Età di inizio di consumo di sostanze¹
- Severità dei disturbi psicotici provati in corso di stati di intossicazione¹
- Vulnerabilità neurobiologiche (disinibizione neurocomportamentale², fenotipi correlati alla schizofrenia³)
- Patologie correlate ad un impairment della corteccia prefrontale (ADHD con disturbi della condotta; disturbo oppositivo - provocatorio)⁴
- Alta temperamentalità (aggressività, disregolazione affettiva, comportamenti antisociali, tendenze paranoide, scarsa capacità empatica)⁵

1: Cubells, 2005

2: Tarter, 2003

3: Freedman, 1997

4: Clark, 1999

5: Kernberg, 2005

IV

Consumo cronico di sostanze che determina una patologia psichiatrica persistente

“Stimulant use can produce chronic psychosis. Supportive evidence is present in study of humans but is of lower quality, although supported by experimental animal studies.”

Curran, 2004

Soggetti che vivono in contesti in cui:

- **la droga è endemica**, e
 - l'abitudine all'uso è **socialmente accettata**,
- sono a grande rischio di assumere modelli di comportamento che portano:
- **all'uso protratto** ed eventualmente alla **dipendenza**, e
 - alla piena fenomenologia di un **disturbo psichiatrico** ulteriore.

Guelfi, 2002

“DD.”:

UNA CLINICA DELLA “CONFUSIONE”

- Quadri sovrapposti
- Quadri misti
- Stati misti
- Cicli rapidi
- Depressione agitata
- Mania disforica
- Decorsi frenati
- Associazioni spurie o composite
- Patomorfosi eterogenea
- Cronicizzazione di elementi “aurorali” e matriciali
- Intossicazione o astinenza
- Influenza di: terapia sostitutiva, NL, stabilizzanti, AD, BDZ
- Condizioni organiche e terapie mediche

“DOPPIA DIAGNOSI”: “NON DIAGNOSI” O “NUOVA DIAGNOSI” ?

- La DD si configura come un potente **“disorganizzatore nosografico.”**
- Nella DD si verifica un’alterazione della **processualità temporale** dei Mental Disorders classicamente descritti (acuzie, cronicità, ciclicità, remissione, scompenso, ricaduta, recidiva);
- Nella DD si osserva spesso una sorta di **“equivalente tossicomano”** della psicopatologia e di **“equivalente psicopatologico”** della tossicomania.

2

“DOPPIA DIAGNOSI”:

**RITORNO ALLA PSICOPATOLOGIA
DESCRITTIVA**

“DD.”: ESAME PSICHICO

- VIGILANZA
- COSCIENZA
- ORIENTAMENTO
 - IDEAZIONE
 - PERCEZIONE
 - AFFETTIVITA'
- COMPORTAMENTO
- ANAMNESI TOSSICOLOGICA
- ANAMNESI PSICHIATRICA

“DD.” : IL CONTINUUM PSICOPATOLOGICO

- SPETTRO DELL'UMORE
- DIMENSIONE DEL PENSIERO
- DIMENSIONE DELLA PERSONALITA'
- DIMENSIONE DEL COMPORTAMENTO
 - SPETTRO DELL'ADDICTION
 - MONDO SOCIO-RELAZIONALE
 - SITUAZIONE PENALE
 - COMPLIANCE AL TRATTAMENTO
- TRATTAMENTO PSICOSOCIORIABILITATIVO
 - ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO

FENOMENOLOGIA DEL MONDO TOSSICOMANE

- Le sostanze deformano il tempo vissuto e lo spazio vissuto;
- Le sostanze polarizzano la coscienza;
- Le sostanze deformano il mondo, le relazioni, la realtà;
- Le sostanze alterano la percezione del corpo vissuto;
- Le sostanze annientano la cura di se' e il progetto di mondo.

FENOMENOLOGIA DEL MONDO PSICOTICO

- Spazio coartato, manierato, strambo, esaltato, dilatato, frantumato, sproporzione antropologica, fuga delle idee (Binswanger);
- Perdita dello stare (Zutt);
- Insufficienza dinamica (Janzarich);
- Perdita dell'evidenza naturale (Blankenburg);
- Mutamento nella forma protopatica dell'esperienza, trema, anastrofe', apocalissi, apofania (Conrad);
- Perplessita' (Callieri);
- Esperienze di passivita', di essere agito dall'esterno (Schneider)
- Autismo (Bleuler);
- Necrosi, esistenza negativa, transitivismo, appersonazione (Benedetti);
- Indesertimento, impoverimento, (Kraepelin);
- Tempo immobile, precipitante, atomizzato, perdita del contatto vitale con la realta' (Minkowski).

ESPERIENZA TOSSICOMANE ED ESPERIENZA PSICOTICA : DISTURBI DELL'IDENTITA'

- Alterazione della coscienza, delle funzioni dell'io, dell'esperienza e del senso di sé e della propria esistenza.
- Frattura, dissociazione, disgregazione, destrutturazione, dispersione, dissoluzione, depersonazione della soggettività.
- Sensazione di “non esistere”, di “non essere reale”, oppure di muoversi in un “vuoto cosmico”, in un “deserto abitato da ombre”.
- Azione “imbalsamante”, “coagulante”, “stagnante” o “attivante” esercitata dalle sostanze su questa condizione.

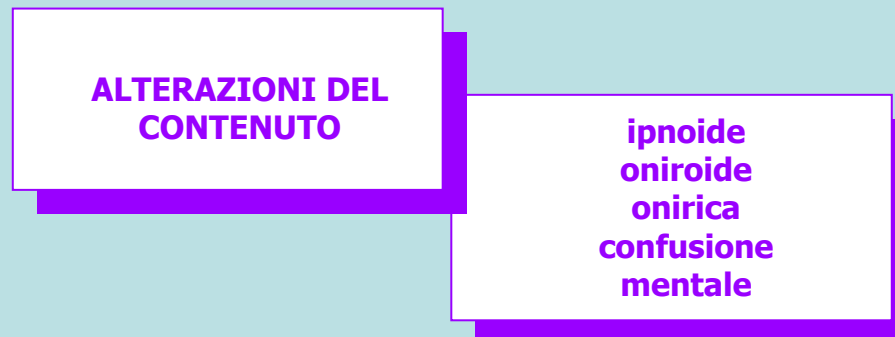
“DD.”:L’“ENIGMA” DELLO “SWITCH” TOSSICO-PSICOTICO

- Perché solo alcuni abusatori hanno un viraggio psicotico?
- Perché alcuni episodi psicotici rientrano ed altri no?
- Perché il poliabuso è un fattore di rischio maggiore?
- Perché i pazienti psichiatrici prediligono le sostanze d'abuso ai trattamenti psicofarmacologici?
- Dove si verifica il punto critico dello “switch” e fino a che punto è reversibile?
- È possibile la prevenzione delle ricadute?
- Ha senso ed è realizzabile l'intervento precoce?

PSICOPATOLOGIA DELLO “SBALLO”: IL “CARREFOUR” TRA GLI STATI DI COSCIENZA

- STATO CREPUSCOLARE: riduzione del campo di coscienza, dispercezioni, disturbi del pensiero, instabilità dell'umore, alterazioni del comportamento, depersonalizzazione, derealizzazione, altrazione dell'esperienza di sé.
- STATO CREPUSCOLARE : equivalente psicopatologico dello “sballo”, crocevia, “carrefour” o “cross-over” tra intossicazione ed esordio psicotico.

“DD.”: PSICOPATOLOGIA DEGLI STATI DI COSCIENZA



“SBALLO”: STATO DI COSCIENZA CREPUSCOLARE



LO “SBALLO”:

PSICOPATOLOGIA DI UNA “TRIGGER-ZONE”

- Nel soggetto vulnerabile la condizione di “sballo” diventa il terreno fertile per l’innescò dell’esordio psicotico.
- Manifestatasi l’esperienza psicotica essa può rientrare, ma non è detto che rientri, con la cessazione dell’abuso.
- Anche nel soggetto non vulnerabile l’esperienza ripetuta dello “sballo” può condurre all’esordio psicotico.
- L’esperienza dello “sballo” come anticamera, prodromo o atmosfera dell’esperienza psicotica vera e propria.

3

“DOPPIA DIAGNOSI”:

LA TEORIA DEI SINTOMI-BASE (S-B)

Alcuni Sintomi-Base (S-B) pre- intra- e post- psicotici

- **Interferenza dei pensieri**
- **Autoriferimento**
- **Fotopsie**
- **Micropsie – Macropsie**
- **Cambiamento nella percezione corpo/volto**
- **Acufeni**
- **Dettagli che attraggono**
- **Derealizzazione**
- **Perdita degli automatismi**
- **Insight di perdita di performance cognitiva**

LILLO SÜLLWOLD

FBF Questionario dei Sintomi-Base

Versione italiana del Frankfurter Beschwerde Fragebogen a
cura di G. Stanghellini, W.K. Strik e P.L. Cabras

Nome e Cognome _____ Et  _____
Sesso _____ Nato il _____ Stato civile _____
Residente a _____ Via _____
Dimora attuale _____ Scolarit  _____
Professione _____ Ultimo lavoro _____
Lavoro del padre _____
Quando si sono presentati per la prima volta i disturbi? _____
Prima terapia _____
Terapia attuale _____
_____ Data _____
Annotazioni _____

Esempi di item

I

ISTRUZIONI

Per ottenere un quadro più preciso del suo stato d'animo, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande su questi disturbi nervosi.

Le Sue risposte saranno trattate in modo strettamente confidenziale.

Per favore, risponda facendo una crocetta sul (SI) se osserva in sé il disturbo descritto. Risponda (NO) se il disturbo in causa non è presente. Nel caso che uno dei disturbi si fosse presentato alcuni mesi fa o ancor prima, e ora non sia presente, risponda con (SI) aggiungendo la parola "prima".

Sotto ogni domanda è stato lasciato uno spazio affinché Lei possa aggiungere qualcosa, ad esempio riguardo alla frequenza o alle particolarità del disturbo che Lei prova.

1. Ho paura che la mia capacità di pensiero diminuisca sempre di più. (SI) (NO)
(9) _____
2. Mi confonde il fatto che molti pensieri siano contemporaneamente nella mia testa. (SI) (NO)
(5) _____
3. Qualche volta tutto passa davanti a me come in un film, come se i miei occhi non potessero più fissare niente. (SI) (NO)
(10) _____
4. Talvolta i miei pensieri sono così invadenti, come se qualcuno pensasse in me a voce alta. (SI) (NO)
(5) _____
5. Spesso non riesco a parlare molto bene, anche se ho in testa le parole che voglio dire. (SI) (NO)
(7) _____
6. I piccoli lavori quotidiani non vanno più come al solito, devo riflettere di nuovo su ogni singolo passo. (SI) (NO)
(8) _____
7. Talvolta non posso reagire e devo semplicemente aspettare che passi. (SI) (NO)
(1) _____
8. Nella mia memoria ci sono grosse lacune, molto di ciò che sapevo è semplicemente sparito. (SI) (NO)
(6) _____

Sovrabbondanza di
stimoli

Qualche volta tutto passa davanti a me come in un film, come se i miei occhi non potessero più fissare nulla.

Talvolta i miei pensieri sono così invadenti, come se qualcuno pensasse in me a voce alta

Pensiero

Esempi di item

9. Talvolta non percepisco bene i movimenti dei miei arti. (SI) (NO)
(7) _____
10. Piccoli rumori molto normali a cui prima non facevo attenzione ora mi distraggono eccessivamente. (SI) (NO)
(10) _____
11. Mentre cammino talvolta divento cosciente di ogni singolo passo. (SI) (NO)
(7) _____
12. I miei propri pensieri possono improvvisamente farmi paura. (SI) (NO)
(5) _____
13. Mentre penso spesso mi distraggono idee non pertinenti. (SI) (NO)
(5) _____
14. È già successo che le facce delle persone mi siano sembrate strane e come deformi e distorte. (SI) (NO)
(3) _____
15. I miei bisogni sessuali sono diminuiti. (SI) (NO)
(9) _____
16. Non posso più provare vero divertimento. (SI) (NO)
(9) _____
17. Anche durante certe attività abituali inspiegabilmente non sono sicuro di fare tutto correttamente. (SI) (NO)
(8) _____
18. Talvolta ho la sensazione di stare sospeso. (SI) (NO)
(7) _____
19. Talvolta le cose sembravano come deformate e piegate. (SI) (NO)
(2) _____
20. Se voglio alzare il braccio, per esempio, capita che invece faccia un altro movimento oppure che non riesca a fare niente. (SI) (NO)
(7) _____
21. Spesso non riesco a distinguere bene i rumori e sento tutto come se fosse mescolato. (SI) (NO)
(10) _____
22. Non ho più sufficiente padronanza di quello che dico o faccio. (SI) (NO)
(1) _____

Depressività

Non posso più provare vero divertimento.

Motricità

Talvolta ho la sensazione di stare sospeso.

Perdita del controllo

Non ho più sufficiente padronanza di quello che dico o faccio.

Esempi di item

23. Talvolta ho la sensazione che il terreno sul quale cammino si alzi o si pieghi. (SÌ) (NO)
(3) _____
24. Talvolta i colori di cose familiari mi appaiono cambiati. (SÌ) (NO)
(2) _____
25. Talvolta percepisco i suoni diversamente dall'abituale. (SÌ) (NO)
(2) _____
26. Non percepisco più in modo sufficientemente chiaro e nitido quello che mi sta intorno. (SÌ) (NO)
(3) _____
27. Quello che vedo, nonostante sia davanti a me, spesso non arriva bene nella mia testa e io rimango insicuro. (SÌ) (NO)
(3) _____
28. Non ho più un buon appetito. (SÌ) (NO)
(9) _____
29. Talvolta tutto intorno a me sembrava piccolo. (SÌ) (NO)
(2) _____
30. Talvolta devo fissare con i miei occhi un punto altrimenti tutto si annebbia. (SÌ) (NO)
(3) _____
31. Mi risulta difficile comporre frasi lunghe. (SÌ) (NO)
(4) _____
32. Quando guardo intorno a me qualche volta un oggetto mi dà nell'occhio anche se non gli presto attenzione direttamente. (SÌ) (NO)
(10) _____
33. Spesso mi accorgo io stesso che dico tutt'altre parole da quello che vorrei. (SÌ) (NO)
(1) _____
34. Quando vorrei ad esempio alzarmi da una sedia o fare un altro movimento qualche volta non sono sicuro di poterlo fare immediatamente. (SÌ) (NO)
(7) _____
35. Mi costa continuamente fatica ordinare i pensieri (SÌ) (NO)
(5) _____
36. La mia concentrazione peggiora progressivamente perché i miei pensieri si rincorrono disordinatamente senza che io possa farci nulla. (SÌ) (NO)
(5) _____

Talvolta i colori di cose familiari mi appaiono cambiati.

Percezione semplice

Quello che vedo, nonostante sia davanti a me, spesso non arriva bene nella mia testa e io rimango insicuro.

Percezione complessa

Esempi di item

37. Quando leggo testi lunghi spesso l'inizio sparisce e non afferro l'insieme.

(SI) (NO)

(6)

Quando leggo testi lunghi spesso l'inizio sparisce e non afferro l'insieme.

38. Anche durante i lavori più usuali devo prima riflettere faticosamente sulla sequenza delle cose da fare.

(SI) (NO)

(8)

39. Mi sembra di non poter più concentrare i miei pensieri su una cosa precisa.

(SI) (NO)

(5)

40. Spesso mentre leggo mi stupisco di fronte ad una parola usuale e devo riflettere sul suo significato.

(SI) (NO)

(4)

41. Non dormo più bene come prima.

(SI) (NO)

(9)

42. Mentre parlo spesso non c'è più la parola che volevo pronunciare.

(SI) (NO)

(4)

Mentre parlo spesso non c'è più la parola che volevo pronunciare

43. Talvolta è come se tutto fosse spazzato via dal mio cervello.

(SI) (NO)

(5)

44. Talvolta mi fermo in mezzo ad un movimento e rifletto su come devo continuare.

(SI) (NO)

(7)

45. Talvolta tutto sembrava fosse spostato lontano.

(SI) (NO)

(2)

46. La mia giornata spesso si sconvolge perché ho dimenticato le mie abitudini.

(SI) (NO)

(8)

47. Talvolta tutto scintilla di fronte ai miei occhi.

(SI) (NO)

(2)

48. Spesso comincio con un'attività e poi mi accorgo che non mi ricordo più cosa volevo ottenere con ciò.

(SI) (NO)

(8)

Spesso comincio con un'attività e poi mi accorgo che non mi ricordo più cosa volevo ottenere con ciò.

49. Non gusto più i cibi come prima.

(SI) (NO)

(9)

50. Mi è sembrato che, sulla strada o nella stanza, le pareti o gli oggetti si avvicinarono.

(SI) (NO)

(3)

Perdita degli automatismi

Memoria

Linguaggio

Quali sono le situazioni che mi aiutano a migliorare la mia condizione:

quando mi ritiro molto	(SÌ)	(NO)
quando lavoro lentamente	(SÌ)	(NO)
quando sto tranquillo e mi muovo poco	(SÌ)	(NO)
quando mi concentro su poche attività e lascio da parte tutto il resto	(SÌ)	(NO)
quando mi trattengo molto nelle stesse stanze	(SÌ)	(NO)
quando parlo poco	(SÌ)	(NO)
quando evito confusione intorno a me	(SÌ)	(NO)
quando evito le emozioni	(SÌ)	(NO)

Modalità di compenso spontaneo

Funzionamento globale

Ordine degli item per insiemi fenomenici

		Valori	
		grezzi	max
1. KO	= perdita del controllo (padronanza di sé)	...	8
2. WAS	= percezione (semplice, irritazione sensoriale)	...	10
3. WAK	= percezione (complessa, più organizzata)	...	10
4. SP	= linguaggio (espressivo e recettivo)	...	10
5. DE	= pensiero	...	10
6. GED	= memoria	...	10
7. MO	= motricità	...	10
8. AU	= perdita degli automatismi	...	10
9. AN	= anedonia e ansia (depressività)	...	10
10. REI	= sovrabbondanza di stimoli	...	10
Totale		...	98

perdita del controllo (padronanza di sé)

percezione (semplice, irritazione sensoriale)

percezione (complessa, più organizzata)

linguaggio (espressivo e recettivo)

pensiero

memoria

motricità

perdita degli automatismi

anedonia e ansia (depressività)

sovrabbondanza di stimoli

Totale

SEQUENZE DI TRANSIZIONE VERSO LE PERCEZIONI DELIRANTI (J. Klosterkoetter, 1988,1992, mod.)

FENOMENI
FINALI

PERCEZIONI DELIRANTI
COMPLETAMENTE REALIZZATE



PERCEZIONI DELIRANTI
NON ANCORA
COMPLETAMENTE REALIZZATE



FENOMENI
INTERMEDI

UMORE PREDELIRANTE



DEPERSONALIZZAZIONE
ALLOPSICHICA
(DEREALIZZAZIONE)



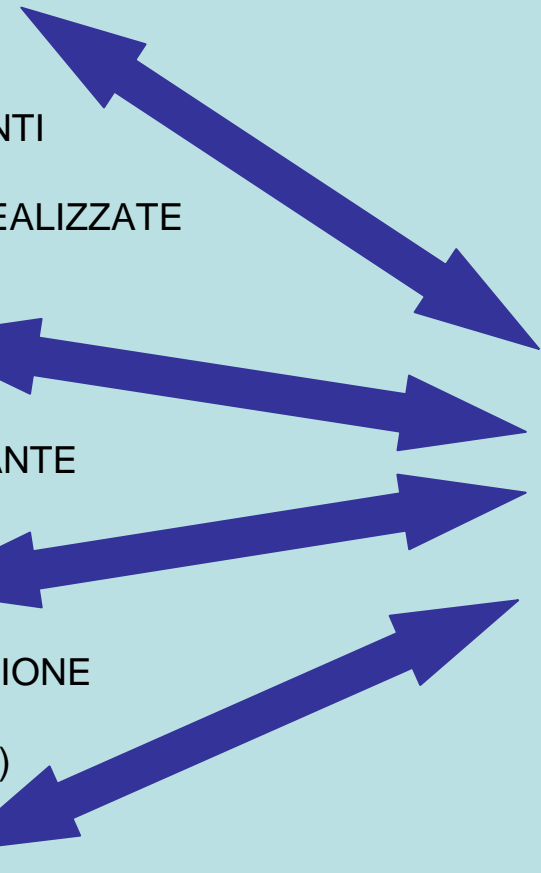
DEFICIT
INIZIALI

COMPLESSI DI LAMENTELE
REL. A DISTURBI PERCETTIVI
E/O DISTURBI DEL LINGUAGGIO
RECETTIVO

SOSTANZE

ASTINENZA

TRATTAMENTO



“DD.”: IL “GUADO” CRITICO DELLA COSCIENZA ALTERATA

- Lo stato di coscienza alterato dello “**sballo**” si configura già’ come fenomeno intermedio tra i deficit iniziali e i fenomeni finali caratterizzati da deliri e allucinazioni.
- Ogni volta che il tossicomane si “fa” cammina, in pratica, come un funambolo, in equilibrio instabile tra la realtà e la perdita della realtà’.
- La ricerca dello “**sballo**”, condotta attraverso sostanze diverse, con modalità pluriquotidiana e per diversi anni, **mette a dura prova i sistemi adattivi cerebrali e l’esperienza cognitivo-affettiva coerente, coesa e continua della propria coscienza di essere se stessi in relazione con gli altri e con il mondo esterno.**
- La perdita del contatto con la realtà, pur con modalità diverse, è il comune denominatore dell’esperienza tossicomane e di quella psicotica.

Continuum dei sintomi di primo rango ed esperienze associate

Continuum delle passività

- **Umore di passività**
- **Esperienza generale di influenzamento**
- **Esperienza specifica di influenzamento**
- **Esperienza di influenzamento-depersonalizzazione**
- **Esperienza positiva di alienazione**
(Es. inserzione del pensiero)
- **Esperienza negativo-attiva di alienazione**
(Es. furto del pensiero)
- **Esperienza negativo-passiva di alienazione**
(Es. diffusione del pensiero)

Continuum dei disturbi psicosensoriali

- **Voci pseudoallucinatorie**
- **Voci allucinatorie**

“DD”.: PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA

- SINTOMI DI BASE;
- SINDROMI DI AVAMPOSTO;
- STATI DI BASE;
- SINTOMI SOTTOSOGLIA;
- TRATTI CARATTERIALI E DI PERSONALITA’;
- FORME FRUSTE O PAUCISINTOMATICHE;
- CONDIZIONI SUBSINDROMICHE;
- STATI PRODROMICI;
- STATI RESIDUALI.

4

**“DOPPIA DIAGNOSI”:
INTERVENTO PRECOCE E
PREVENZIONE DELLE RICADUTE**

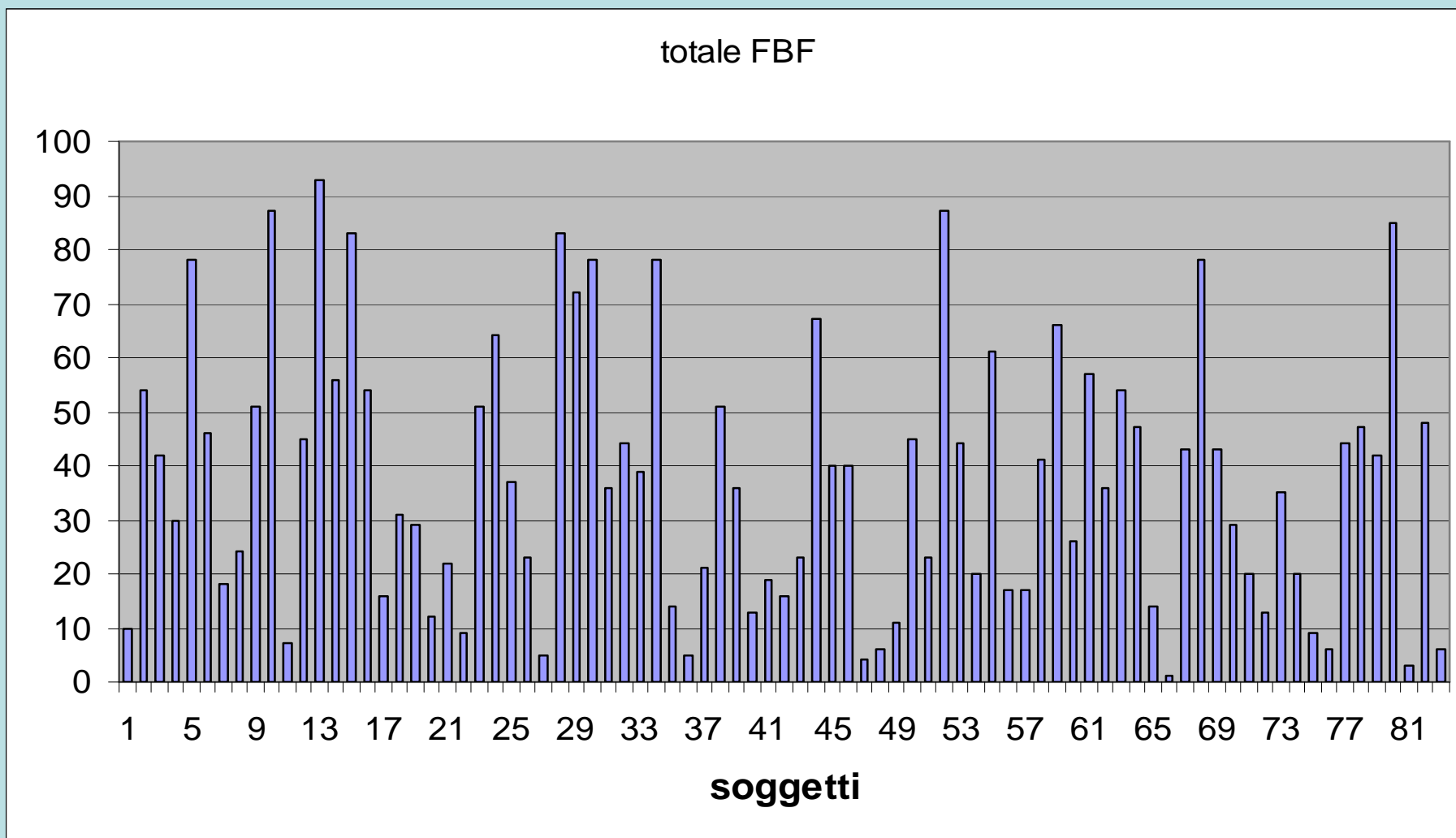
SINTOMI DI BASE, CRAVING, RICADUTE: PREVENZIONE E TRATTAMENTO

- Il soggetto che vive **l'esperienza interna disturbata** dei sintomi di base (S-B) sperimenta una **forte sensazione di inadeguatezza e di disadattamento** rispetto al proprio sé, agli altri e al mondo esterno.
- I sintomi di base (S-B), anche se non esitano in una sintomatologia psicotica conclamata, espongono il soggetto al **craving** e alla **ricaduta tossicomantica**.
- La **ricaduta tossicomantica** favorisce **l'esperienza psicotica**.
- **L'esperienza psicotica** sostiene, a sua volta, il comportamento tossicomantico.
- I **sintomi di base (S-B)**, pertanto, nel soggetto tossicodipendente, **vanno trattati** o adeguando i **farmaci sostitutivi** o instaurando una **terapia con NL atipici**.

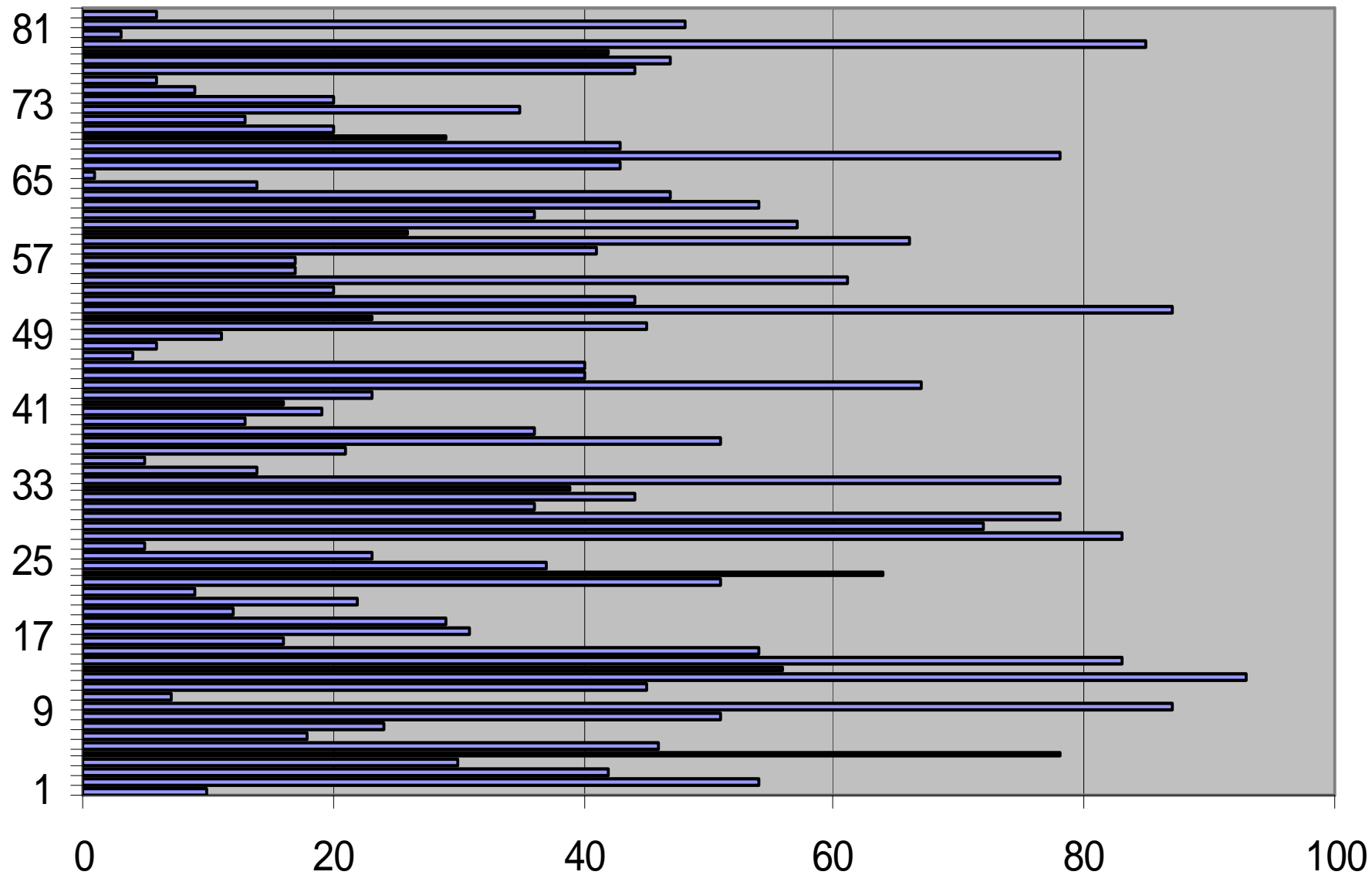
UTILITÀ DEL QUESTIONARIO FBF NELLE TOSSICODIPENDENZE

- **Accesso al SER.T.;**
- **Consulenza Psichiatrica;**
- **Invio in comunità;**
- **Accesso ai programmi di riabilitazione;**
- **Monitoraggio del percorso psicoterapeutico**
- **Verifica dello stato astinenziale;**
- **Nel dubbio trattare : con un antipsicotico atipico o con il ripristino della terapia sostitutiva discontinuata o “scalata”;**
- **Il tossicomane “non trattato” si “tratta” da solo con sostanze illegali e combinate, con il risultato di un aggravamento clinico;**

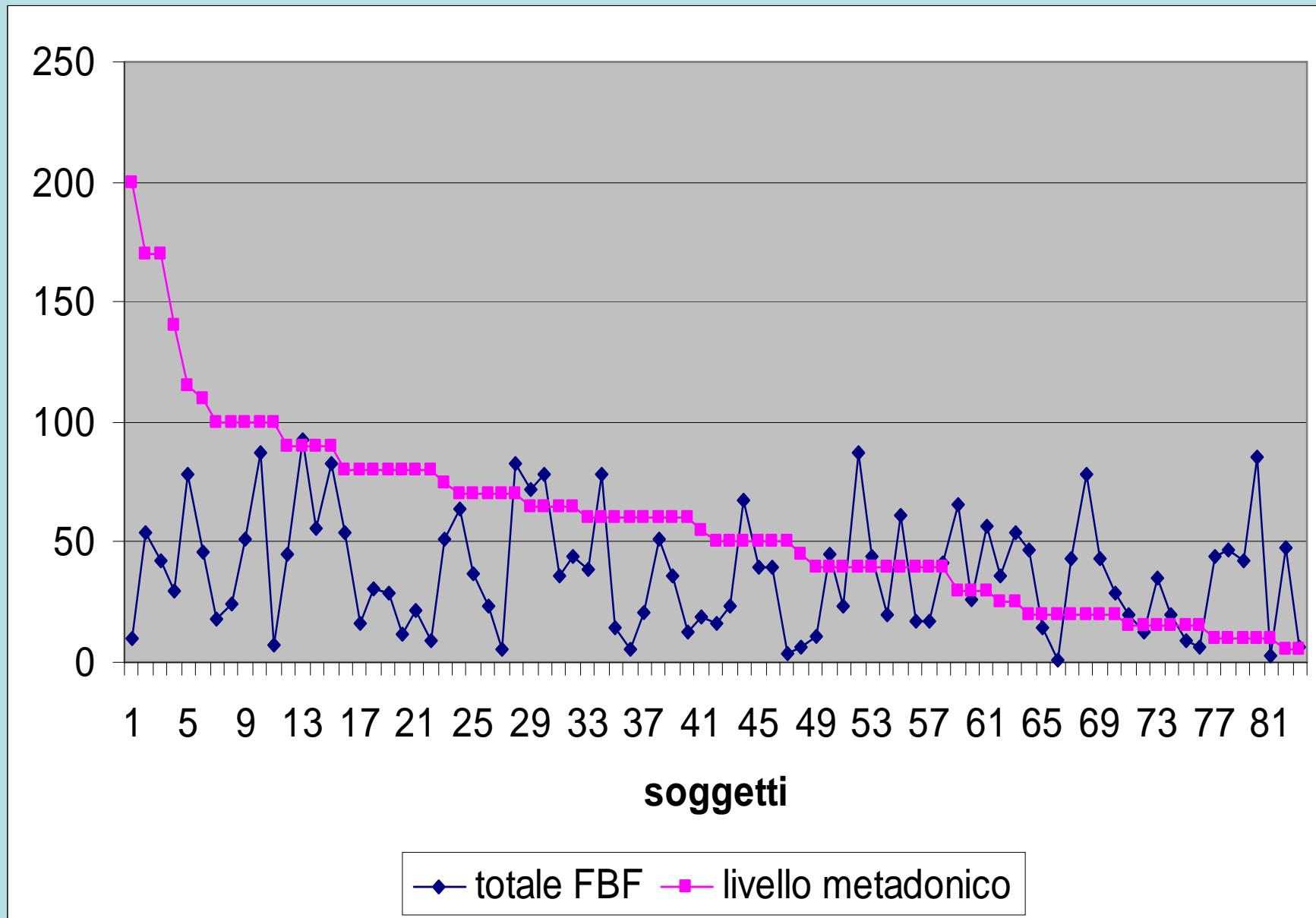
PRESENZA DIFFUSA DI SINTOMI DI CHIARO SEGNO PSICOTICO (S-B) IN UN GRUPPO DI SOGGETTI IN TRATTAMENTO METADONICO NON AFFETTI DA PSICOSI CLINICAMENTE CONCLAMATA.

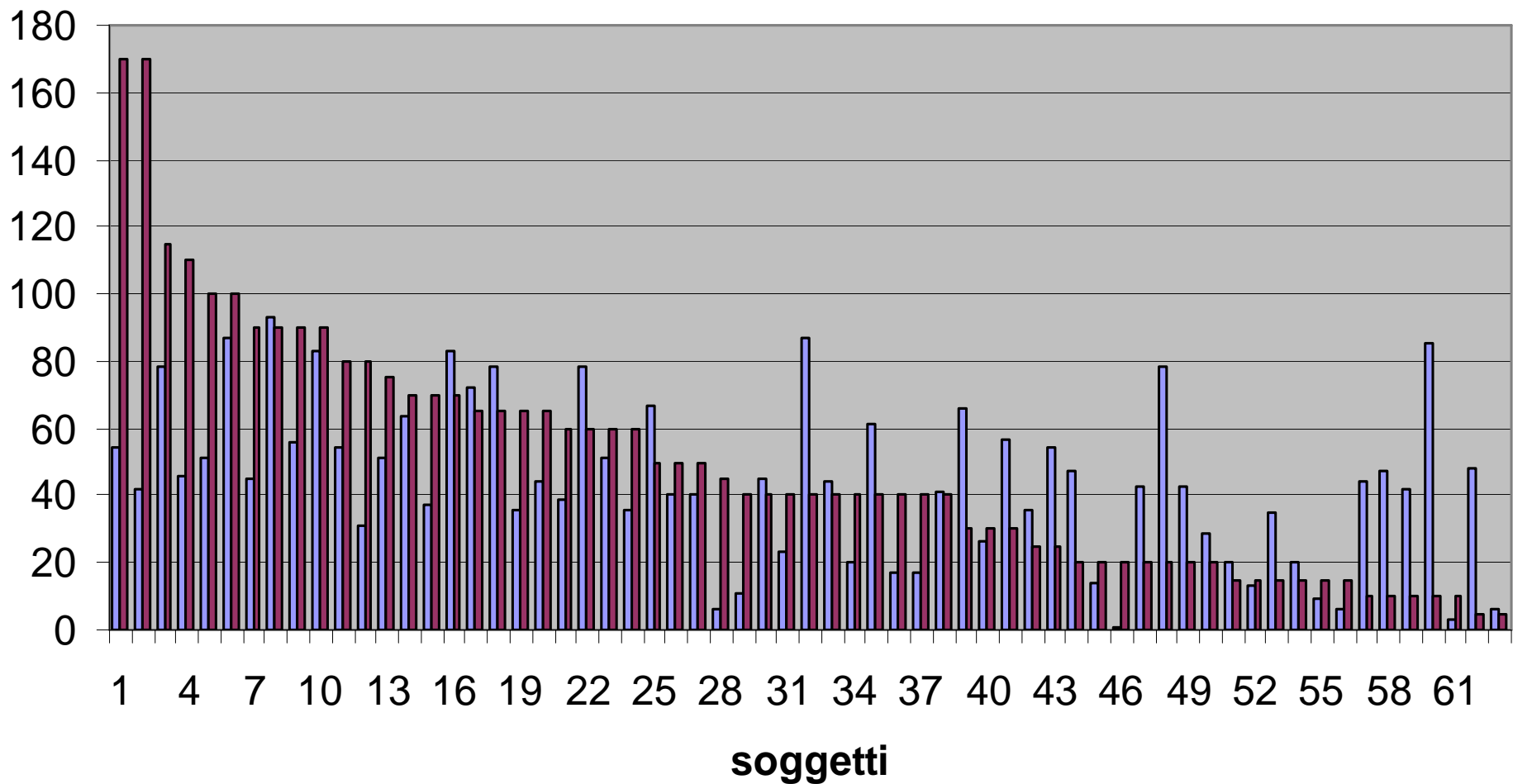


DOSAGGIO METADONICO NELLO STESSO GRUPPO DI SOGGETTI ESAMINATI CON L'FBF.



SINTOMI DI BASE E "COPERTURA" METADONICA NELLA POPOLAZIONE PRESA IN ESAME





■ punteggio fbf
 ■ livello metadonico

SINTOMI DI BASE E "COPERTURA" METADONICA

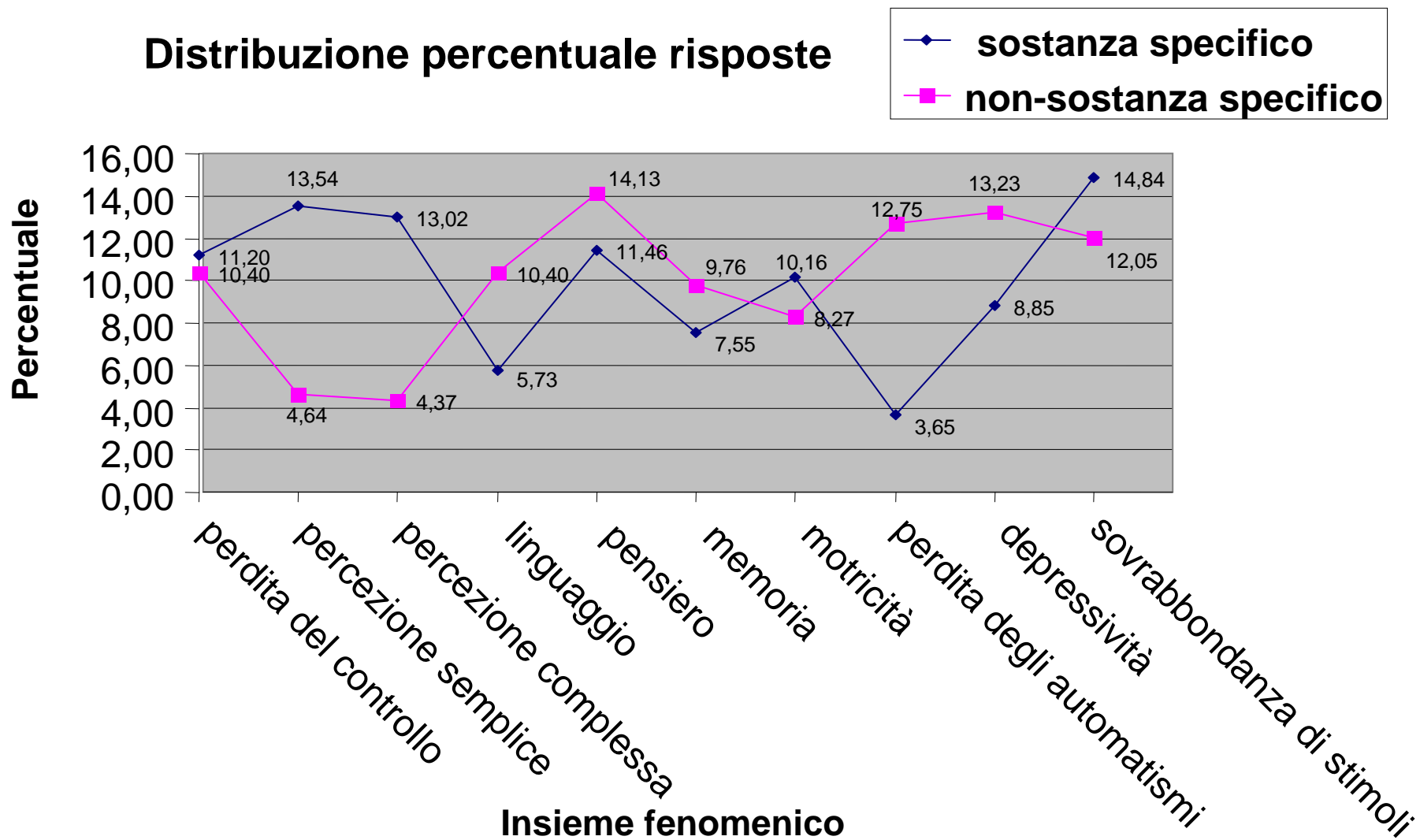
Stato di Base → Insieme di Sintomi Base

- **Sindrome di Avamposto**
- **Fase Prodromica**
- **Esordio Psicotico**
- **Stato di Base intra-psicotico**
- **Compensazione clinica**
- **Stato di Base post-psicotico**

GLI INDICATORI DI SCOMPENSO NELLA DOPPIA DIAGNOSI

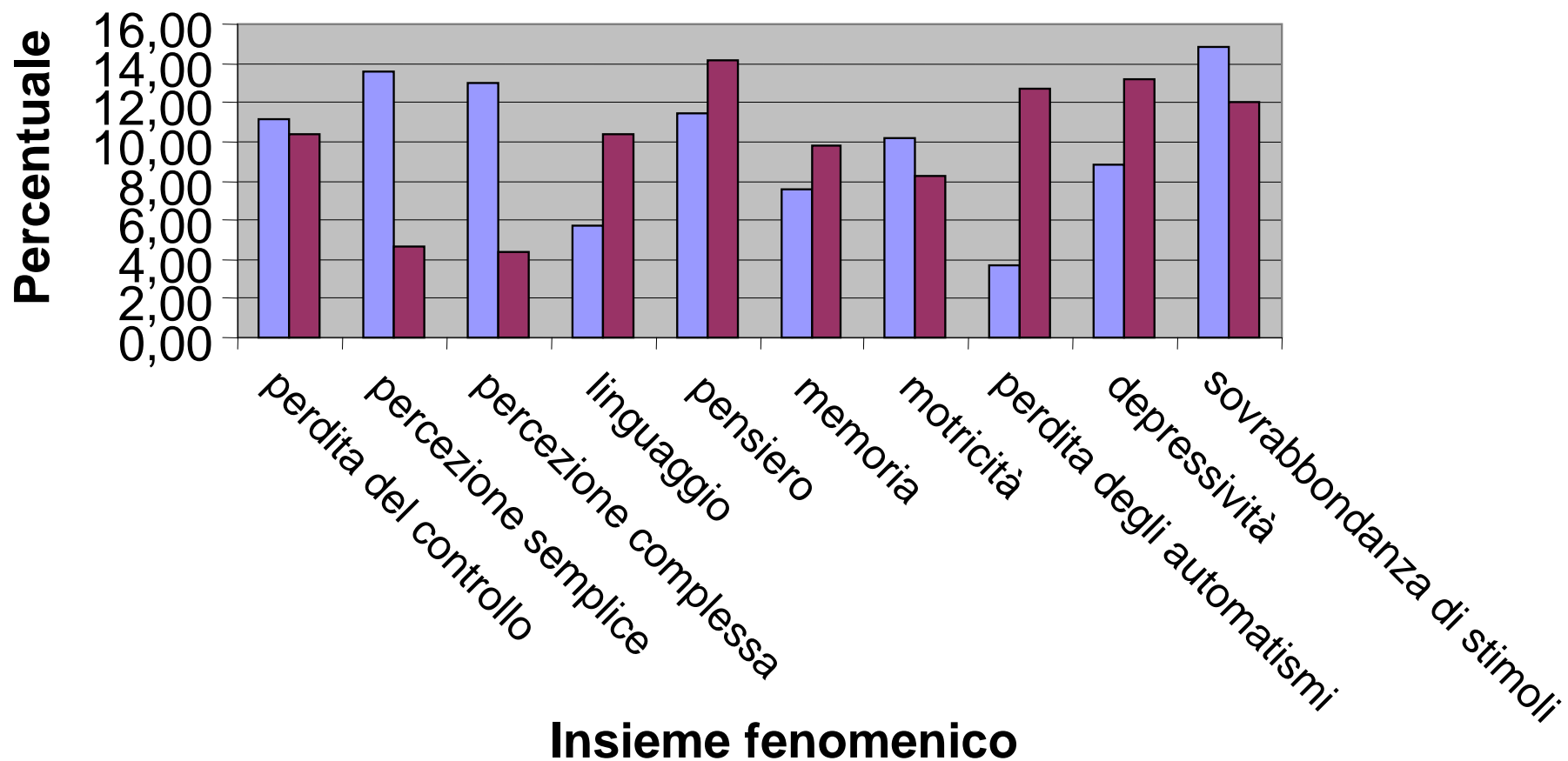
- Ciò che in genere è psichiatricamente irrilevante, come una leggera deflessione del tono dell'umore, può diventare fattore di ricaduta tossicomantica;
- La ricaduta tossicomantica si allarga allo scompenso psicopatologico;
- Quando il paziente è **astinente**, e quindi di nessun interesse tossicologico, o quando sta scalando la terapia sostitutiva, è maggiormente vulnerabile allo scompenso psicopatologico e potrebbe richiedere, pertanto, un aggiustamento del trattamento sostitutivo, anche con morfinuria negativa;
- Lo sviluppo di una dipendenza nuova o collaterale richiede un immediato adeguamento della lettura psicopatologica e del trattamento sostitutivo;
- I sintomi di base (S-B) si sono dimostrati sensibili e specifici nel cogliere i movimenti della psicosi quando è ancora ad uno stadio indifferenziato, prima che si ossifichi in forme nosograficamente cristallizzate.

Distribuzione percentuale risposte

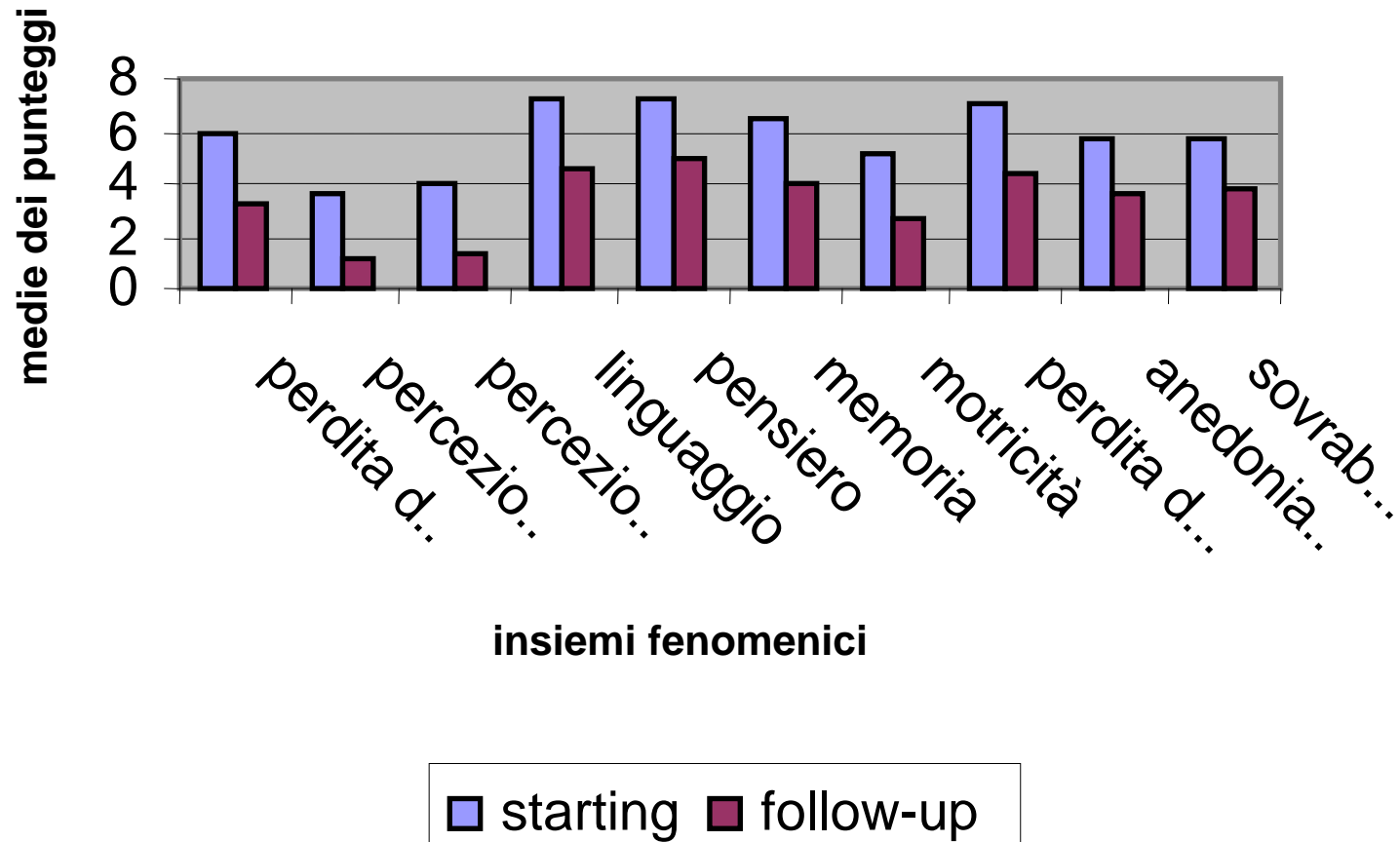


Distribuzione percentuale risposte

■ sostanza specifico
■ non-sostanza specifico



S-B: MIGLIORAMENTO A SEI MESI



APPENDICE

Principali *items Sostanza Specifici 1/2*:

53	Sovrabbondanza di stimoli	Un qualsiasi rumore normale improvvisamente può sembrarmi troppo forte.
74	Perdita del controllo	Talvolta mi vengo a trovare in condizioni curiose che mi sembrano strane e mi fanno paura.
10	Sovrabbondanza di stimoli	Piccoli rumori molto normali a cui prima non facevo attenzione ora mi distraggono eccessivamente.
19	Percezione semplice	Talvolta le cose sembravano come deformate e piegate.
21	Sovrabbondanza di stimoli	Spesso non riesco a distinguere bene i rumori e sento tutto come se fosse mescolato.
92	Percezione semplice	Mi vedevo così strano nello specchio che mi sono spaventato.
12	Pensiero	I miei propri pensieri possono improvvisamente farmi paura.
3	Sovrabbondanza di stimoli	Qualche volta tutto passa da vanti a me come in un film, come se i miei occhi non potessero più fissare nulla.
50	Percezione complessa	Mi è sembrato che, sulla strada o nella stanza, le pareti o gli oggetti si avvicinassero.
59	Motricità	L'espressione della mia faccia spesso riesce diversa da come vorrei.

APPENDICE

Principali *items Sostanza Specifici 2/2*:

96	Perdita del controllo	Mi accorgo spesso che mi comporto diversamente da come vorrei: non lo posso più decidere a sufficienza.
22	Perdita del controllo	Non ho più sufficiente padronanza di quello che dico o faccio.
23	Percezione complessa	Talvolta ho la sensazione che il terreno sul quale cammino si alzi o si pieghi.
25	Percezione semplice	Talvolta percepisco i suoni diversamente dall'abituale.
28	Depressività	Non ho più un buon appetito.
41	Depressività	Non dormo più bene come prima.
67	Percezione semplice	Talvolta vedo tutto come sfocato senza che abbia le vertigini.
76	Percezione complessa	Talvolta vedo qualcosa e per un attimo non sono sicuro se me lo immagino soltanto.
14	Percezione complessa	È già successo che le facce delle persone mi siano sembrate strane e come deformi e distorte.
26	Percezione complessa	Non percepisco più in modo sufficientemente chiaro e nitido quello che mi sta intorno.

APPENDICE

Principali *items Non-Sostanza Specifici* 1/2:

57	Perdita degli automatismi	Quando tutto va regolarmente nel modo abituale me la cavo meglio.
2	Pensiero	Mi confonde il fatto che molti pensieri siano contemporaneamente nella mia testa.
41	Depressività	Non dormi più bene come prima.
7	Perdita del controllo	Talvolta non posso reagire e devo semplicemente aspettare che passi.
17	Perdita degli automatismi	Anche durante certe attività abituali inspiegabilmente non sono sicuro di fare tutto correttamente.
36	Pensiero	La mia concentrazione peggiora progressivamente perché i miei pensieri si rincorrono disordinatamente senza che io possa farci nulla.
61	Sovrabbondanza di stimoli	Spesso mi disturba troppo quando ci si affaccenda e si parla intorno a me, e mi devo ritirare per ritrovare il mio equilibrio.
96	Perdita del controllo	Mi accorgo spesso che mi comporto diversamente da come vorrei: non lo posso più decidere a sufficienza.
12	Pensiero	I miei propri pensieri possono improvvisamente farmi paura.
13	Pensiero	Mentre penso spesso mi distraggono idee non pertinenti.

APPENDICE

Principali *items Non-Sostanza Specifici 2/2*:

16	Depressività	Non posso più provare vero divertimento.
89	Sovrabbondanza di stimoli	Tutto ha un effetto troppo forte su di me, non mi posso più schermare, difendere a sufficienza.
58	Sovrabbondanza di stimoli	Sono eccessivamente sveglio: presto attenzione a tutto quello che succede anche se non lo vorrei affatto.
65	Sovrabbondanza di stimoli	Quando parlo con qualcuno niente mi deve distrarre altrimenti non riesco a seguire la conversazione.
98	Depressività	Temo che la mia concentrazione diminuisca sempre più.
1	Depressività	Ho paura che la mia capacità di pensiero diminuisca sempre di più.
55	Depressività	Ho paura di quasi tutto quello che devo affrontare quotidianamente.
56	Perdita degli automatismi	Tutte le cose inconsuete mi rendono irrequieto senza che possa indicarne una causa.
35	Pensiero	Mi costa continuamente fatica ordinare i pensieri.
5	Motricità	Spesso non riesco a parlare molto bene, anche se ho in testa le parole che voglio dire.

“DD.”: IL PARADIGMA DELL’INTERVENTO PRECOCE

Il “periodo critico” dei primissimi anni di malattia

→↓ Morbilità

“Guarigione” possibile

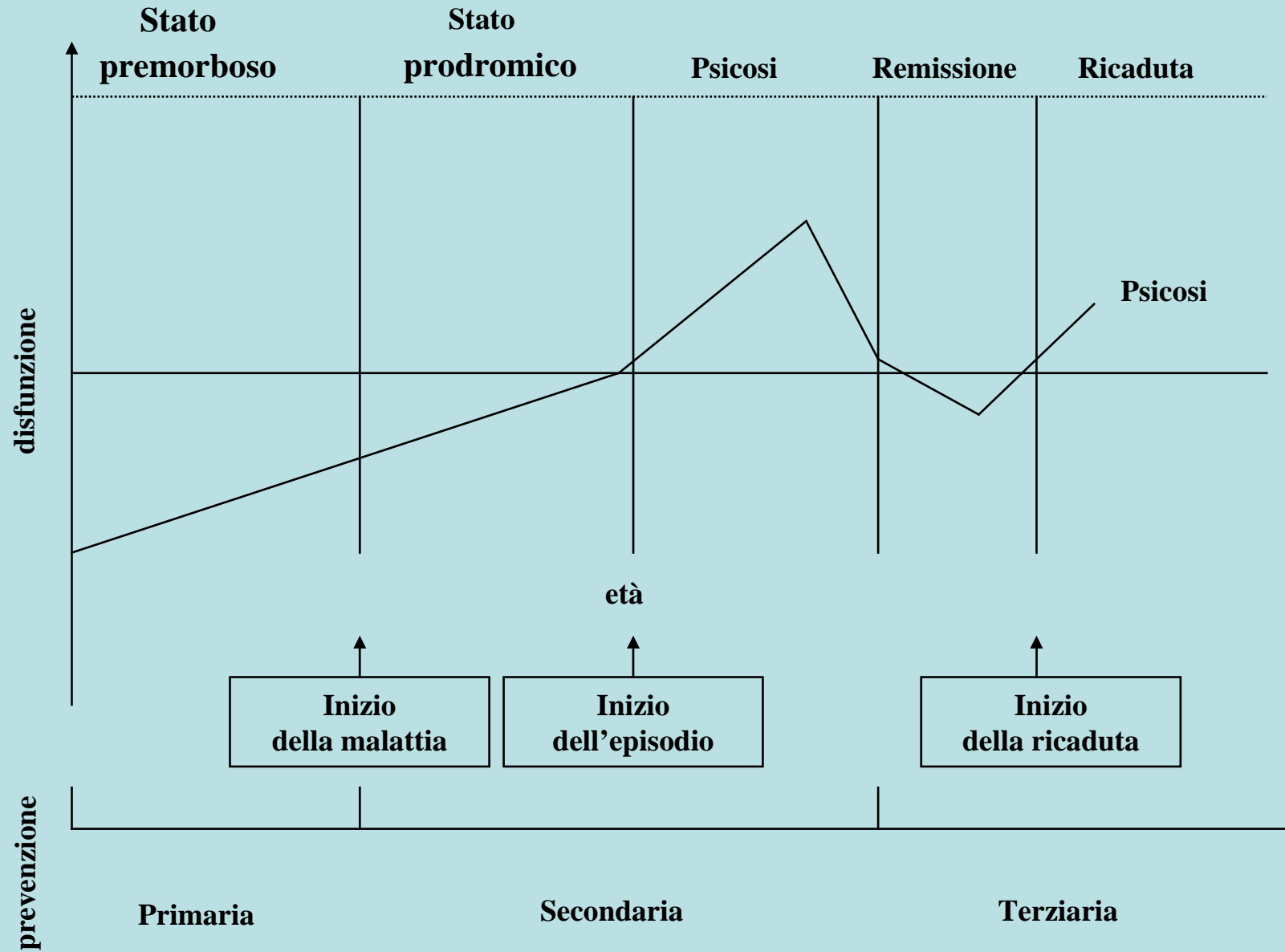
Prognosi più favorevole

Mantenimento Abilità

Conservazione della rete

↓ Ospedalizzazione

LA "LUNGA MARCIA" DELLA SCHIZOFRENIA



DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITA' (ICD-10)

- Incapacità di provare piacere;
- Freddezza, distacco, appiattimento affettivo;
- Incapacità di esprimere calore, tenerezza o rabbia;
- Indifferenza alle critiche;
- Scarso interesse alle esperienze sessuali;
- Tendenza alle attività solitarie;
- Eccessiva fantasia e introspezione;
- Mancanza di amici intimi e di relazioni confidenziali;
- Marcato disinteresse per le norme e le convenzioni sociali.

Prevenzione : conseguenze dello scompenso e del ritardo nel trattamento

- Remissione più lenta e meno completa
- Prognosi meno favorevole
- Aumento del rischio di suicidio e di depressione
- Interferenze nello sviluppo psichico e sociale
- Relazioni sociali messe a dura prova
- Diminuzione di sostegno sociale e familiare
- Interruzione delle cure parentali (per i pazienti con i figli)
- Disturbi e aumento dei problemi psicologici all'interno della famiglia del paziente
- Interruzione degli studi e delle attività lavorative
- Abuso di sostanze
- Condotte violente o criminali
- Ospedalizzazione superflua
- Perdita di autostima e di sicurezza
- Aumento dei costi della presa in carico

“DD.”:

IL TRATTAMENTO COMBINATO

- La gestione del paziente va effettuata tenendo conto della doppia possibilità di ricaduta, poiché l'una attiva l'altra;
- **Terapia sostitutiva** : prima linea e fondamento di ogni approccio ulteriore; da sola non previene lo scompenso psicopatologico;
- **Neurolettici atipici**: complemento necessario in tutte le condizioni sottosoglia; preferibili agli AD. Stabilizzatori in associazione. Da soli non prevengono la ricaduta tossicomane.
- La **prevenzione** è fondata sul **trattamento precoce** e sulla **ritenzione a lungo termine in trattamento combinato**.
- I pazienti a “doppia diagnosi” possono essere curati meglio dei tossicodipendenti e dei pazienti psichiatrici.

“DD.”: SINTOMI PSICOTICI NEGATIVI

E/O

DEFICIT COGNITIVI - NEUROPSICOLOGICI

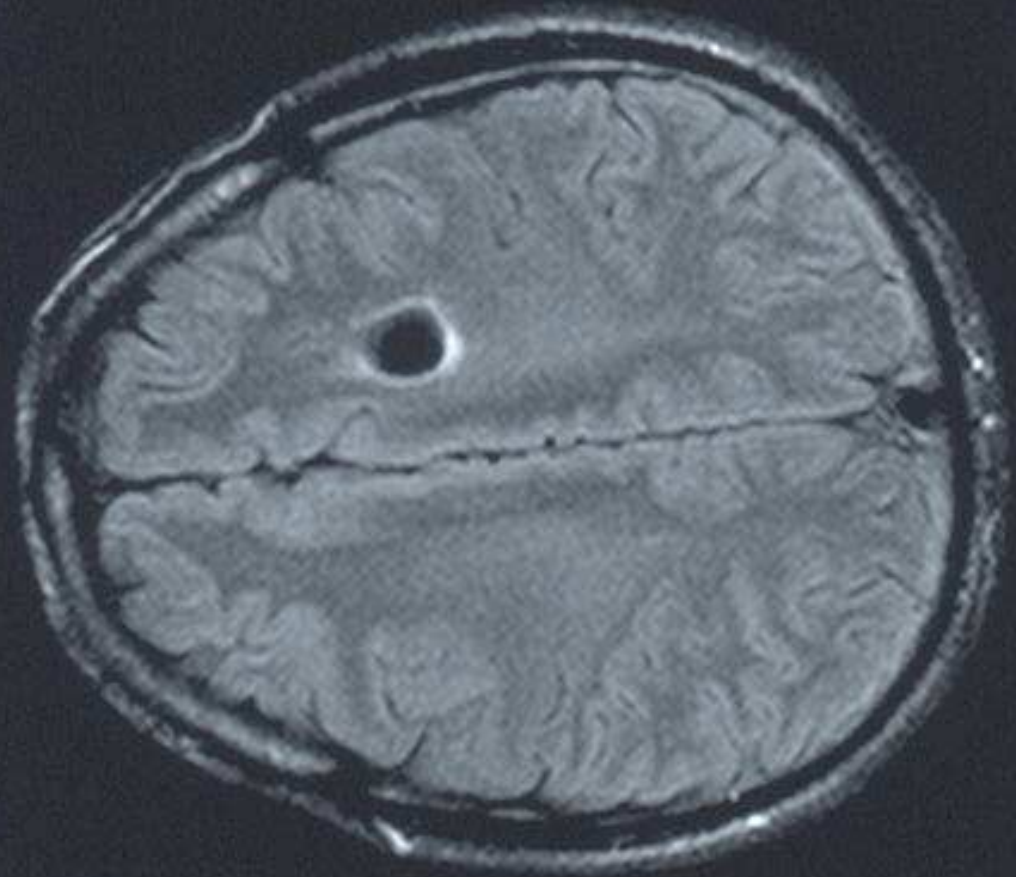
La dimensione psicopatologica negativa, in alcuni casi interdigitata con **deficit cognitivi** veri e propri, funge da “trigger” per la ricaduta tossicomantica, spesso mista di eroina-cocaina, poiché’ il soggetto cerca un’attivazione controllata, vuole accendersi, vuole risvegliarsi, vuole migliorare il quadro complessivo della sua *performance* sociale e relazionale.

Questo modo di utilizzare le sostanze innesca nuovamente lo scompenso psicotico.

MEDICINA FUTURA
Symphony
MR 2002B
HFS
+LPH

AH

A.C.
*02-Jan-82;21Y
STUDY 1
25-Nov-03
17:50:38
5 IMA 15 / 20



RFA

MF 1.12
TI 2500.0
TR 8200.0
TE 143.0
TA 01:14*2
BW 130.0
M/ND
A1/IR
HE
*tir2d1 21 / 150

5cm

E
SP H28.6
SL 5.0
FoV 180*240
346*512s I
Tra>Cor(-5.0)>Sag(2.0)
W 406
C 2/4

ENCEFALO

D.D.: PSICOPATOLOGIA DEL “DEFICIT” O DEI SINTOMI NEGATIVI E TRATTAMENTO

La **psicosi**, fuori dalle fasi acute, si configura come una dimensione psicopatologica negativa, caratterizzata da anergia, apatia, anedonia, amotivazione, ritiro, abulia.

La dimensione negativa è rappresentata dai sintomi di base (S-B).

Su questa condizione il **trattamento sostitutivo** (MTDN o BPNF) agisce nel senso di sostenere l'attivazione, soprattutto in associazione ai **NL atipici**, quali olanzapina e risperidone *long acting*, con il risultato di contrasto alla progressione del deterioramento relazionale, al fine di ottenere un migliorato funzionamento sociale, anche attraverso una aumentata compliance al trattamento psico-riabilitativo.

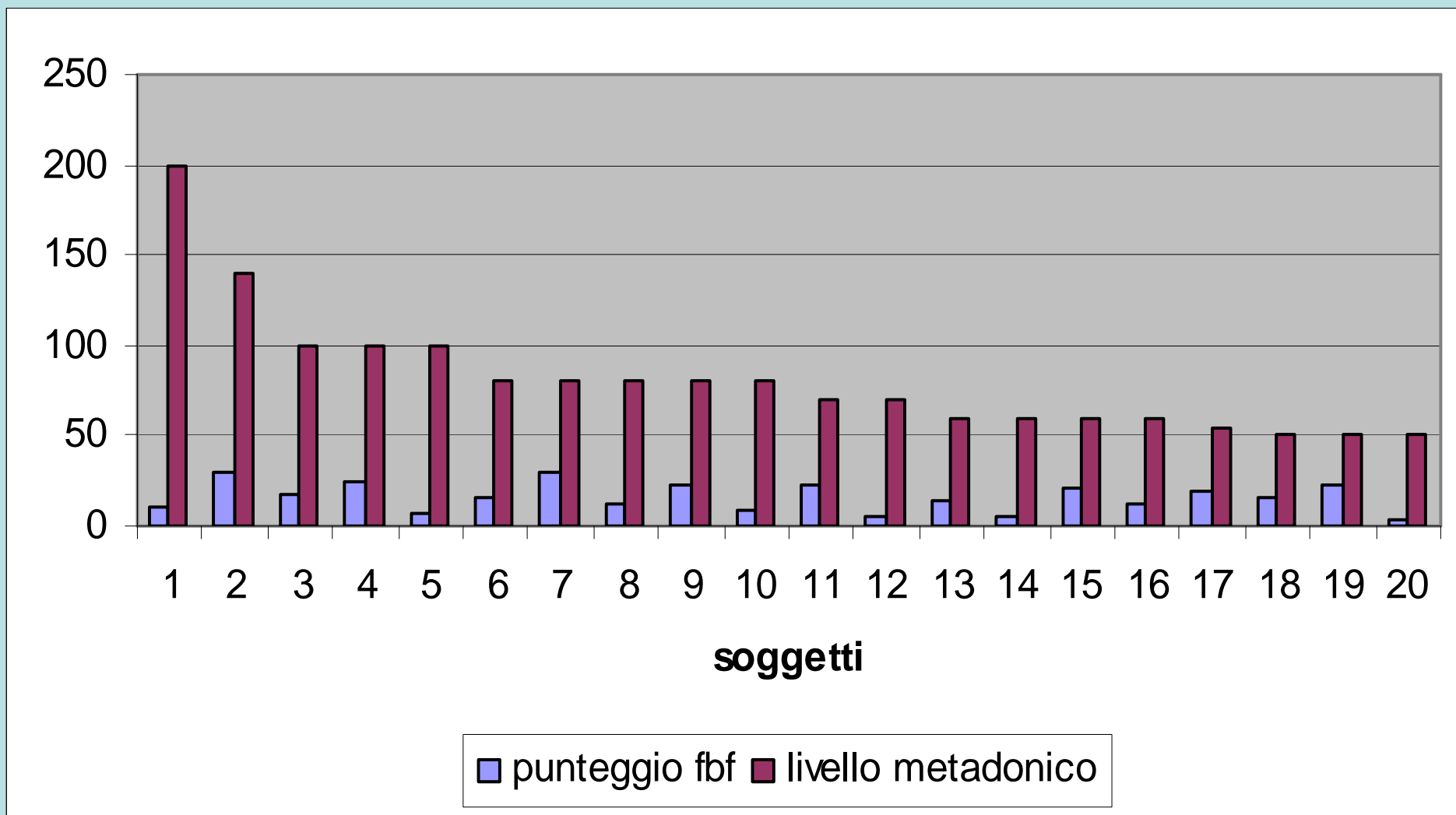
“DD.”: UNA PSICOPATOLOGIA “DI CONFINE” O “DI FRONTIERA” AL SERVIZIO DEL TRATTAMENTO PREVENTIVO

- Scardinamento delle categorie nosografiche standardizzate (contenitori vuoti, inadeguati, forzati e vincolanti);
- Conferimento di significato ad elementi semeiologici subsindromici (S-B), quali indicatori sensibili e specifici;
- **Trattamento preventivo combinato “di copertura”** (con psicofarmaci o sostitutivi) delle condizioni di rischio o di vulnerabilità (contrassegnate dalla presenza di sintomi di base) anche in assenza di sindromi psichiatriche ben definite;
- Presa in carico psico-riabilitativa: ambulatoriale, diurna, residenziale. attivazione di fattori terapeutici specifici.

DALLA “DOPPIA DIAGNOSI” ALLA PSICOSI “UNICA” O PSICOSI “DI BASE”

- COMPROMISSIONE DELLA COSCIENZA DI SE’;
- DISTURBI DEL PENSIERO;
- DISPERCEZIONI;
- ALTERAZIONE DISFORICA DELL’UMORE;
- AGGRESSIVITA’;
- TURBE DEL COMPORTAMENTO;
- DISSOCIALITA’;
- DISTACCO DALLA REALTA’;
- DISAUTONOMIA;
- CRAVING ELEVATO;
- SINTOMI NEGATIVI.

SINTOMI DI BASE E DOSAGGIO METADONICO ADEGUATO



MTDN DI ELEZIONE NELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA

- Scompensi psicotici acuti
- Stati maniacali
- Agitazione psico-motoria
- Violenza / aggressivita'
- Disforia / discontrollo degli impulsi
- Psicosi da astinenza
- Sintomi di base

BPNF DI ELEZIONE NELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA

- Sindromi depressive reattive o nevrotiche
- Depressioni maggiori (endogene)
- Depressioni post-psicotiche
- Sintomi psicotici negativi
- Sintomi psicotici residuali
- Deficit cognitivi e/o neuro-psicologici
- Sintomi di base

COCAINA – SINTOMI DI BASE – OLANZAPINA

1. Riduzione del *craving* per la sostanza;
2. Controllo-gestione della sindrome di astinenza e dei sintomi di base (SB) associati;
3. Attenuazione-reversibilità dei disturbi soggettivamente provati e oggettivati dalla ricognizione con l' FBF;
4. Protezione dal rischio di esordio psicotico e dall'ospedalizzazione;
4. Incremento della *compliance* al trattamento di riabilitazione psicosociale;
5. Riduzione dei costi sociosanitari;
6. Riduzione del rischio di *shift* verso l'eroina o l'alcol.

“DD”.: VERSO UNA PSICOTERAPIA FONDATA SULLA PSICOPATOLOGIA

- L'esame psichico (il colloquio psicopatologico-clinico) come sfondo ad ogni incontro terapeutico;
- Il questionario dei sintomi-base come *follow-up* periodico.
- La conoscenza profonda, intuitiva ed empatica dei modi psicotici e tossicomani di “essere-nel-mondo”.
- Il rispetto estremo e il conferimento di dignita' e di senso all'esistenza tossicomane e psicotica in quanto esistenza altra dalla nostra, ma non estranea.
- Gruppi misti ed eterogenei, centrati sull'espressione e sulla **condivisione** dell'esperienza emotiva tragica, lacerata e dolorosa, e sul **senso di esserci** qui, adesso, insieme.

CONCLUSIONI

- La doppia diagnosi rischia di diventare, da straordinaria, ordinaria, dato l'*overlapping* sempre maggiore della popolazione tossicomane con quella psichiatrica e viceversa.
- I Servizi (UOSERT e UOSM), impreparati a farsi carico di questo rapido e drammatico viraggio della domanda, rischiano l'inadeguatezza operativa con complicanze medico-legali, peggioramento degli standard di qualità, aggravio della spesa sanitaria, dell'ospedalizzazione, della mortalità e della diffusione di patologie infettive.
- Le ordinarie e rigide categorie diagnostiche, le limitazioni prescrittive e la burocratizzazione delle competenze rendono, allo stato attuale, ancora più difficile l'integrazione degli interventi.
- La psicopatologia e la clinica, su questo complesso scenario, riacquistano un ruolo dominante nella presa in carico integrata del soggetto tossicomane affetto da comorbidità psichiatrica, in quanto strumenti sensibili e specifici, capaci di guidare la diagnosi, il trattamento adeguato, l'intervento precoce e la prevenzione delle ricadute.

UO DD-CENTRO DIURNO “GIANO” AREA DIPENDENZE ASL NA 3 (2004-2006)

Luogo intermedio dove il trattamento combinato (psicofarmacologico e sostitutivo) è strettamente correlato alla presa in carico psicoterapeutica individuale e di gruppo e/o alla riabilitazione psicosociale.

- La maggiore efficacia del trattamento combinato si ottiene nella presa in carico diurna, rispetto a quella ambulatoriale.
- Utilizzo del diurno come **Drop-in a soglia zero** per:
 - l'inquadramento clinico,
 - l'osservazione del comportamento,
 - il monitoraggio tossicologico ed ematologico,
 - la definizione della terapia farmacologica,
 - la motivazione al trattamento,
 - l'instaurarsi di relazioni significative con altri utenti e con gli operatori.
- Eventuale dimissione a breve e continuità terapeutica ambulatoriale con possibilità di rientro

“DD.”: LA BUONA PRASSI

Buona prassi nel trattamento **COMBINATO** (sostitutivo e psicofarmacologico) e **INTEGRATO** praticato sul territorio, con modalità ambulatoriale o diurna, da un' équipe integrata, è far sperimentare al paziente una condizione di compenso clinico che gli consenta di esprimere le sue risorse e le sue progettualità.

Evitando

- 1) Il trattamento sanitario obbligatorio (stigmatizzante);
- 2) Il ricovero in Cliniche private convenzionate;
- 3) L'invio in comunità per **“Doppia Diagnosi”** (dubbie procedure e dubbia razionalità del trattamento);
- 4) La carcerazione per reati correlati al comportamento antisociale (non terapeutico);
- 5) L'aggravarsi delle condizioni psicopatologiche cliniche e del comportamento tossicomane;
- 6) La ricaduta sul Sert del paziente scompensato e di cui il DSM ha difficoltà a farsi carico con implicazioni medico legali;
- 7) La contrazione di malattie infettive correlate;
- 8) L'overdose;
- 9) L'aggressione degli operatori;
- 10) Il suicidio del paziente.

PROSPETTIVE

- Assessment psicopatologico su tutta la popolazione di tossicodipendenti in carico ai SERT.
- Esame tossicologico di routine e ripetuto a tutti i pazienti psichiatrici in carico alle UOSM.
- Trattamenti combinati flessibili e adeguati.
- Sviluppo di équipes di valutazione integrata composte da operatori con esperienze in entrambi i settori.
- Occasione per superare il Burn Out e recuperare una contrattualità con il Territorio e con la Politica basata sulle competenze e sulla capacità di offrire risposte congrue a bisogni che coinvolgono trasversalmente strati sempre più ampi della popolazione giovanile con aggravio di spesa sanitaria, ad elevata cronicità e a scarsa risoluzione.
- Costituzione di strutture “intermedie”, tra UOSM e UOSERT, a carattere ambulatoriale, diurno o residenziale, in cui sviluppare un'accoglienza competente e flessibile e un trattamento veramente integrato.

L'INCOLUMITA' NELLA RELAZIONE SUFFICIENTEMENTE BUONA



Thank you for your attention

