

Mauro Cibirin

DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
Az. U.L.S.S. 13 - Regione del Veneto
Dolo - Mirano

SOSTANZE E DISTURBI MENTALI

P.F.T. - Verona 27.2.2002



DIAGNOSI

**Le Sostanze possono mimare qualunque Disturbo Mentale.
La diagnosi va posta a paziente astinente da almeno tre-quattro settimane.**

Le seguenti situazioni possono dare importanti indicazioni:

- **Presenza di sintomatologia psichica antecedente al Disturbo da Uso di Sostanze:**
 - a) Problematiche incorse nell'infanzia (Disturbo da deficit dell'attenzione/Iperattività, Maltrattamento o Abuso sessuale, Comportamento evitante, Mutismo selettivo).
 - b) Problematiche incorse nell'adulto.
- **Comparsa di sintomi psichici durante periodi di astinenza**

Familiarità per Disturbi Mentali.

DISTURBI MENTALI INDOTTI DALL'USO DI ALCOL

Delirium da Intossicazione ed Astinenza

Dist. Psicotico indotto dall'alcol

Dist. Umore indotto dall'alcol

Dist. D'Ansia indotto dall'alcol

Dist. Sessuale indotto dall'alcol

Dist. Del sonno indotto dall'alcol

Dist. Indotto dall'alcol N.A.S.



DISTURBI MENTALI INDOTTI DALL' USO DI COCAINA

Delirium d'Intossicazione da Cocaina
Disturbo psicotico indotto da Cocaina
Disturbo dell'umore indotto da Cocaina
Disturbo d'ansia indotto da Cocaina
Disfunzione sessuale indotta da Cocaina,
Disturbo del Sonno indotto da Cocaina



DISTURBI MENTALI INDOTTI DALL' USO DI OPPIACEI

Delirium da Intossicazione da	Oppiacei
Disturbo Psicotico indotto da	Oppiacei
Disturbo dell'Umore indotto da	Oppiacei
Disfunzione Sessuale indotta da	Oppiacei
Disturbo del Sonno indotto da	Oppiacei



STUDI DI COMORBILITÀ

Eterogeneità nei risultati (comorbidità dal 10 al 100% nei diversi studi)

- Problemi legati al disegno sperimentale

- ☐ Studi trasversali vs longitudinali vs anamnestici
- ☐ Popolazioni selezionate
- ☐ Diagnosi clinica vs testistica

▮ STATO ATTUALE DI INTOSSICAZIONE



STUDI DI COMORBILITÀ

TRIESTE (tot. 641)

Asse 1:	105	(53,5%)
Ansia :	20	(10%)
Umore :	40	(20%)
DUS :	1	(0,5%)
Aliment:	4	(2%)
Psicosi :	9	(4.5%)
DCI :	14	(7%)
Altri :	17	(8,5%)

DOLO (Tot. 192)

Asse 1 :	97	(74%) *
Ansia :	26	(20%)*
Umore :	23	(17.5%)
DUS :	12	(9%) *
Aliment.:	12	(9%) *
Psicosi :	13	(10%) *
DCI :	3	(2%) *
Altri :	8	(6%)

* p<0.05

CONCORRENZA "LIFETIME" DI DIPENDENZA DA ALCOL ED ALTRI DISTURBI MENTALI

	M%	F%
Asse 1	78.3	86.8
DISTURBI D'ANSIA	35,8	60,7
Fobia Sociale	19,3	30.3
Fobia Semplice	13.9	30.7
PTSD	10.3	26.2
Ansia Generalizzata	8.6	15.7
Agorafobia	6.5	18.5
Attacchi di Panico	3.6	12

CONCORRENZA "LIFETIME" DI DIPENDENZA DA ALCOL ED ALTRI DISTURBI MENTALI

	M%	F%
DISTURBI AFFETTIVI	28.1	53.5
Depressione	24.3	48.5
Distimia	11.2	20.9
Mania	6.2	6.8
DIST. USO SOSTANZE	40.6	47.1

National Comorbidity Survey, Kessler e coll, 1997

ALTRI DISTURBI MENTALI IN DIPENDENTI DA OPPIOIDI

Attuali

Asse 1: 8 %

Ansia : 5 %

Umore: 3.6 %

DUS : 96 %

Asse 2: 35 %

Lifetime

Asse 1: 24 %

Ansia : 8.2 %

Umore : 19 %

DUS : 100 %



COMORBILITA': EPIDEMIOLOGIA E CLINICA

1. Dinamica e circolarita'
2. Variazione quadri clinici
3. Categoricalità e dimensionalità



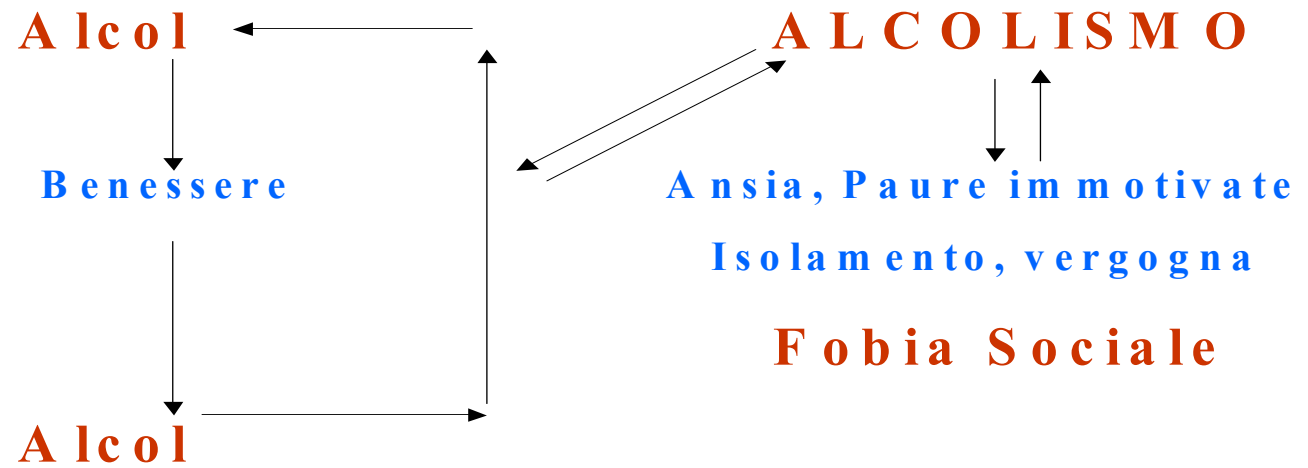
DINAMICA E CIRCOLARITA'/I

Caratteristiche della Fobia Sociale

1. Ansia marcata e persistente in situazioni sociali o prestazionali in relazione al giudizio altrui. Timore comportarsi in maniera umiliante o imbarazzante.
3. La paura viene riconosciuta come assurda o irragionevole.
4. Interferisce con abitudini personali e funzionamento sociale.
5. Il quadro non è spiegabile con gli effetti di farmaci, droghe, alcol, o da un altro disturbo mentale (es. Personalità Schizoide).

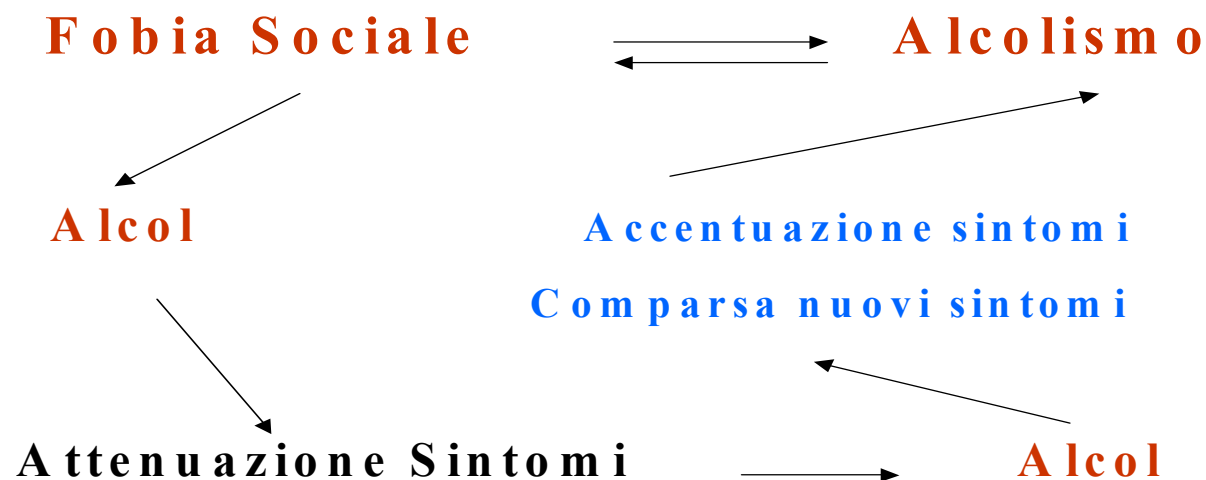
DINAMICA E CIRCOLARITA'/ II

Alcol e Fobia Sociale



DINAMICA E CIRCOLARITA'/ II

Alcol e Fobia Sociale



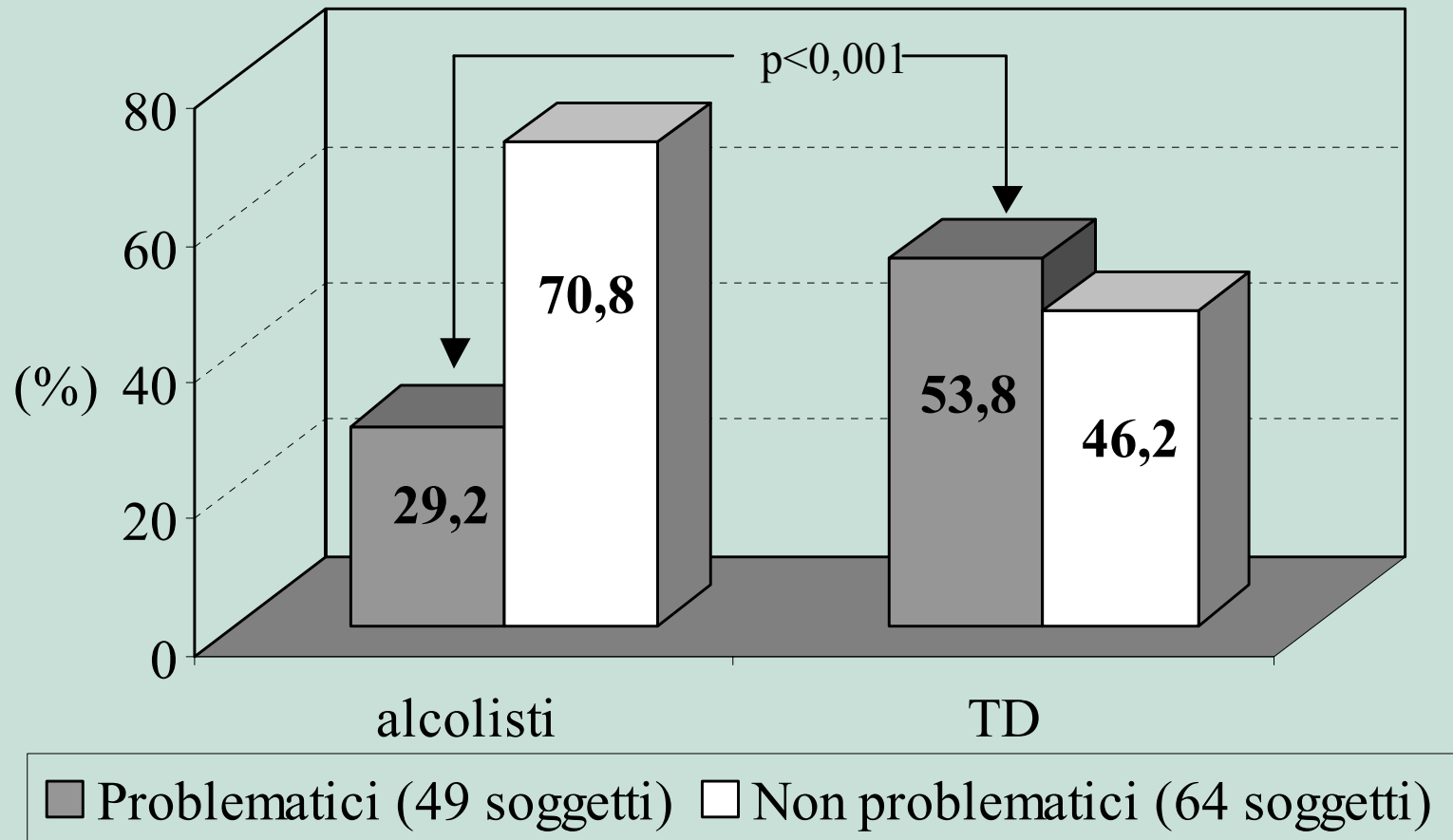
Impatto delle sostanze sui disturbi bipolari

Età più giovane di inizio

- Ciclo più corto per riduzione "periodo di latenza" tra episodi
- Numero totale episodi aumentato
- Persistenza dei sintomi negli intervalli.
- Tasso più elevato di sintomi depressivi
- Alta frequenza di cicli rapidi, misti e sottotipi disforici
- Aumento dell'imprevedibilità e velocità del decorso
- Aumento Cronicità
- Aumento Invalidità
- **Aumento Mortalità**

E GIOCO PROBLEMATICO

Distribuzione percentuale per tipologia di tossicodipendenza e problematicità al gioco



ALCOLISMO E GIOCO PROBLEMATICO

MEDIE PUNTEGGI SCL 90

	Probl.	Non Probl.
Somatizzazione	1,4*	0,8
Ossessivo compulsivo	1,7*	1,1
Sensibilità interpersonale	1,1*	0,7
Depressione	1,4	1,0
Ansietà	1,4*	0,9
Ostilità	1,0*	0,6
Fobia	0,6	0,4
Psicoticismo	1,0*	0,5
Ideazione paranoie	1,0	0,8
Disturbi del sonno	1,6	1,2

CATEGORIALITA E DIMENSIONALITA

- Tutte le classificazioni attuali sono **CATEGORIALI**, cioè definiscono la presenza di un disturbo mentale sulla base del raggiungimento di un certo cut/off. Danno dunque una rappresentazione di tipo tutto/niente.
- Nella pratica clinica è importante valorizzare aspetti **DIMENSIONALI**, cioè aspetti di sofferenza psichica che non costituiscono una vera e propria diagnosi ma che sono importanti per la comprensione del paziente.



CATEGORIALITA E DIMENSIONALITA

CASO CLINICO

Giovane donna, con diagnosi di Dipendenza da Alcol.

La paziente presenta periodicamente periodi di eccitamento non sufficientemente gravi per configurare una diagnosi di disturbo affettivo.

Dopo circa una settimana dall'inizio della situazione sub-eccitata, la paziente ricade nell'uso dell'alcol. Questa situazione si ripete tre-quattro volte l'anno.



TRATTAMENTO/1

- La coesistenza di Alcolismo ed altri Disturbi Mentali non comporta una "somma" di patologie, ma una modificazione con quadri atipici.
- L'applicazione di concetti tradizionalmente associati al trattamento delle Dipendenze, quali la necessità di superare la negazione e la vergogna, l'importanza della richiesta di aiuto, l'uso del trattamento in modo attivo, sono utili anche rispetto al disturbo mentale concomitante.
- Il **modello integrato** è considerato il più efficace.
- Per un corretto approccio è necessaria la possibilità di ricovero in ambiente psichiatrico e riabilitativo, strutture intermedie (centro diurno, day hospital, lavoro protetto...).



TRATTAMENTO/2

- Le psicoterapie e gli interventi educazionali devono tenere conto della "doppia condizione" del paziente.
- L'inserimento in gruppi di autoaiuto per alcolisti è una importante opportunità, da valutare caso per caso.
- A paziente attivo, usare psicofarmaci solo in caso di necessità.
- Limitare le benzodiazepine. Preferire neurolettici sedativi (tioridazina o promazina) o il buspirone. Utili tecniche non farmacologiche (training autogeno, agopuntura...).
- Utilizzare antidepressivi serotoninergici (SSRI) come prima scelta, serotoninergici/adrenergici in caso di resistenza.





CONCLUSIONI

- Questi pazienti necessitano di interventi più complessi in termini professionali, più variegati e contenitivi in termini "ambientali". Necessitano di personale capace di cogliere e gestire problemi complessi.
- Particolarmente urgente appare la necessità di garantire la disponibilità di personale medico con competenze psichiatriche in tutte le situazioni in cui si trattino Disturbi da Uso di Sostanze.

CONCLUSIONI

- E' necessario inoltre disporre di trattamenti residenziale, ospedalieri o comunitari, e di "strutture intermedie" (centri diurni, programmi serali o "del week-end") con programmi specifici.
- Questo potrà realizzarsi a patto che i professionisti che si occupano di salute psichica, sia nella Psichiatria "Tradizionale" sia nel Sistema delle Dipendenze abbiano gli strumenti culturali per affrontare i problemi delineati, partendo dalla comune radice di operatori del *mentale*.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
DANKE FÜR EURE GEDULD



Mauro Cibilin, 2002

