

Tossicodipendenza e psichiatria

- *L'approccio medico*

Il craving, e le patologie organiche correlate

ICD(OMS)

DSM((APA)

- *L'approccio psico-sociale*

La persona , la sua storia il suo contesto di vita

Quali rischi.....Quali conseguenze..

- **Medicalizzazione dell'intervento**

1-Svalutazione di tutte le componenti psico-sociali, della storia della persona e della tipologia di trattamento

2-Ipervalutazione dell'aspetto sanitario

- **La prospettiva psico-sociale**

1-Sottovalutazione degli aspetti psicopatologici e/o psichiatrici

2-Rischio di cronicizzazione e inefficacia del trattamento

Prima l'uovo o.....?

- La tossicodipendenza è una malattia?
- Tutti i tossicodipendenti sono malati?
- Cosa nasce prima la tossicodipendenza o la patologia psichiatrica?
- Chi se ne deve occupare in modo prioritario sul piano del trattamento?

La doppia diagnosi

Un ponte tra la dipendenza e il disturbo

- Un Artefatto Nosografico che serve a indicare la presenza contemporanea nella persona di una situazione di dipendenza associata a un disturbo psichiatrico.

Doppia Diagnosi e Comorbidità

- Per **comorbidità** in ambito sanitario si intende la co-presenza di due disturbi di origine diversa nello stesso individuo
- Per **comorbidità psichiatrica e/o doppia diagnosi** si intende la co-esistenza temporale di due o più disturbi psichiatrici o psicopatologici uno dei quali è un comportamento di dipendenza o abuso

Criteri per la diagnosi di comorbidità'

- Astinenza di almeno 4 settimane
- Disturbo primario (slo-latentizzazione)
- Disturbo secondario (interazione)
- Disturbo co-presente (simultaneità)

Le Relazioni tra uso di sostanze, sintomi psichiatrici e sindromi psicopatologiche

L'uso di sostanze può:

- Causare sindromi e sintomi psichiatrici
- Esacerbare un disturbo psichiatrico
- Mascherare sindromi psichiatriche

L'astinenza da sostanze può:

- Innescare sintomi e mimetizzare disturbi

I disturbi psichiatrici possono:

- Nascondere problemi legati all'uso
- Coesistono indipendentemente

“DD.”: ESAME PSICHICO

- VIGILANZA
- COSCIENZA
- ORIENTAMENTO
- IDEAZIONE

- PERCEZIONE

- AFFETTIVITA’

- COMPORTAMENTO

- Anamnesi tossicologica
- Anamnesi psichiatrica

Sintomi di base , Craving e Ricadute

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

Il problema della diagnosi

- COSA E': La diagnosi è un processo di raccolta di informazioni e di valutazione analitica che serve a conoscere il funzionamento generale della persona e a ricondurlo all'interno di alcune categorie teoriche.
- SERVE A: stabilire una predizione rispetto al comportamento(prognosi) e a scegliere il tipo e la durata del trattamento
- QUALI SONO LE CARATTERISTICHE :Cambia nel tempo, richiede una relazione di affidamento, è multistrumentale

Diagnosi e Prognosi

- La prognosi rappresenta la valutazione delle condizioni attuali per arrivare a una ipotesi degli esiti
- La diagnosi è l'esame dei sintomi e dei segni per individuare le cause precedenti ad essi.

Diagnosi e Prognosi sono correlate ,il successo nel predire gli esiti dipende fortemente dal rendersi conto di cio' che è accaduto in passato.

diagnosi

TIPO I

- Disturbo psichiatrico primario associato a uso di sostanze e caratterizzato da una probabile automedicazione. (L'uso di sostanze deriverebbe dai tentativi di contenere e controllare i sintomi del disturbo psichico)
 1. Persistenza dei disturbi dell'umore molto tempo dopo l'intossicazione o l'astinenza
 2. Sviluppo dei disturbi dell'umore ,più consistenti di quanto farebbero supporre il tipo o la quantità di sostanze usate o la durata d'uso.
 3. Storia pregressa di episodi a carattere depressivo

Tipo II

- Persone con problema primario di abuso di sostanze, i cui sintomi psichiatrici sono associati a intossicazione o astinenza
 1. Sono presenti sintomi insorti nell'arco di un mese ,a partire dall'intossicazione o dall'astinenza
 2. Non sono presenti i requisiti del disturbo primario di tipo I
 3. I sintomi sono più rilevanti rispetto a quelli di solito associati a sindrome da intossicazione e astinenza.
 4. I sintomi presentano un'eclatanza tale da richiedere un'attenzione clinica indipendente.

Tipo III

- Persone con un disturbo psichiatrico primario e un disturbo primario da abuso di sostanze
 1. I due disturbi si verificano indipendentemente nel corso del tempo e hanno decorsi diversi
 2. In alternativa l'esistenza di uno dei due potrebbe scatenare, peggiorare o alterare il decorso dell'altro.

Prima l'uovo o.....? Atto II

- Non tutti i tossicodipendenti sono soggetti psichiatrici !
- *La percentuale oscilla ,secondo le indagini epidemiologiche ,tra il 10% e 70%*
- Molti pazienti psichiatrici sono abusatori di sostanze e/o manifestano comportamenti di dipendenza
- *La percentuale si aggira tra il 50% e il 75%*

I modelli di trattamento

- Trattamento Seriale
- Trattamento Parallelo
- Trattamento Integrato

In ogni caso.....

PER UN UTENTE IN DOPPIA DIAGNOSI :

Il decorso del disturbo è più lungo

La disabilità sociale è più grave

Gli episodi acuti sono più frequenti

La riabilitazione è più lenta e difficile

La riduzione dell'assunzione è più frequente della sobrietà

Il trattamento è più lungo

L'intervento è più costoso (in termini di risorse umane e/o economiche)

L'efficacia del trattamento in DD

- Approfondimento diagnostico e assesment specifico
- Sinergie tra il profilo diagnostico e il trattamento riabilitativo (personalizzato, flessibile, accessibile e di lunga durata)
- Definizione degli obbiettivi e priorità progressive nel trattamento (modello stadiale)
- Sperimentazione di nuove tecniche terapeutiche in funzione della tipologia e dei bisogni emergenti
- Miglioramento della professionalità e specializzazione del servizio
- Promozione del lavoro di rete (integrazione SerT /DSm e Privato Sociale)
- Presa in carico multidisciplinare e integrata

CHE FARE?

Il paziente in DD, specie se poliabusatore, generalmente tende ad essere assistito ma non curato permane nel servizio una presenza continua e pressante, finisce per caratterizzarsi come «cronico» e le risposte abituali degli operatori finiscono per rinforzare le problematiche di cui è portatore

Caratteristiche DD

- Polimorfismo sintomatologico
- Richieste pressanti e caotiche a Servizi e professionisti diversi
- Fallimento dialettico
- Autoinvalidazione
- Passività
- Tendenza all'evitamento
- Difficoltà nel problem solving



Risposte usuali

- Divisione tra più servizi
- Centramento sulle priorità
 1. del sintomo
 2. dei compiti istituzionali
 3. della domanda esplicita
 4. del contenimento della crisi