

La diagnosi: punto di partenza ineludibile

Federico Durbano

Direttore

Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

ASST Melegnano e della Martesana



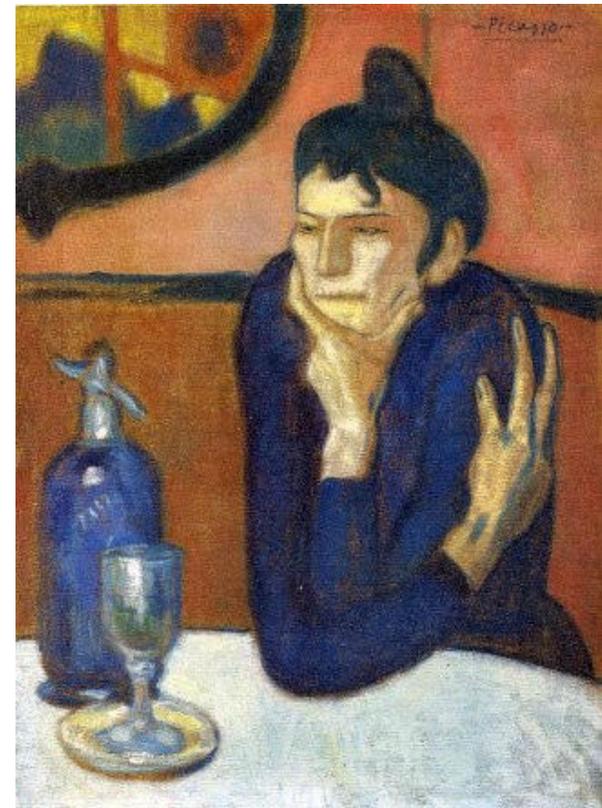
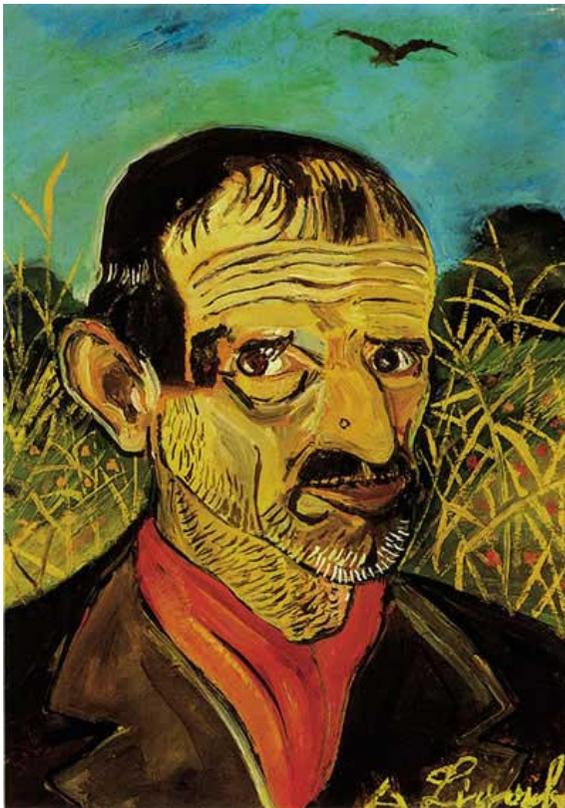
**FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE**

WEBINAR ECM

**Costruire reti territoriali di diagnosi e cura precoci per la
comorbilità dipendenze – psichiatria**

30 OTTOBRE 2020 – prima giornata / 6 NOVEMBRE 2020 – seconda giornata

Salute mentale e disturbi da uso di sostanze





CARTA DEI SERVIZI DEI PAZIENTI NELLE CONDIZIONI CLINICHE DI COMORBILITÀ TRA DISTURBI MENTALI E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E ADDICTION (“DOPPIA DIAGNOSI”)

SUPERAMENTO DEL CONCETTO DI DOPPIA DIAGNOSI

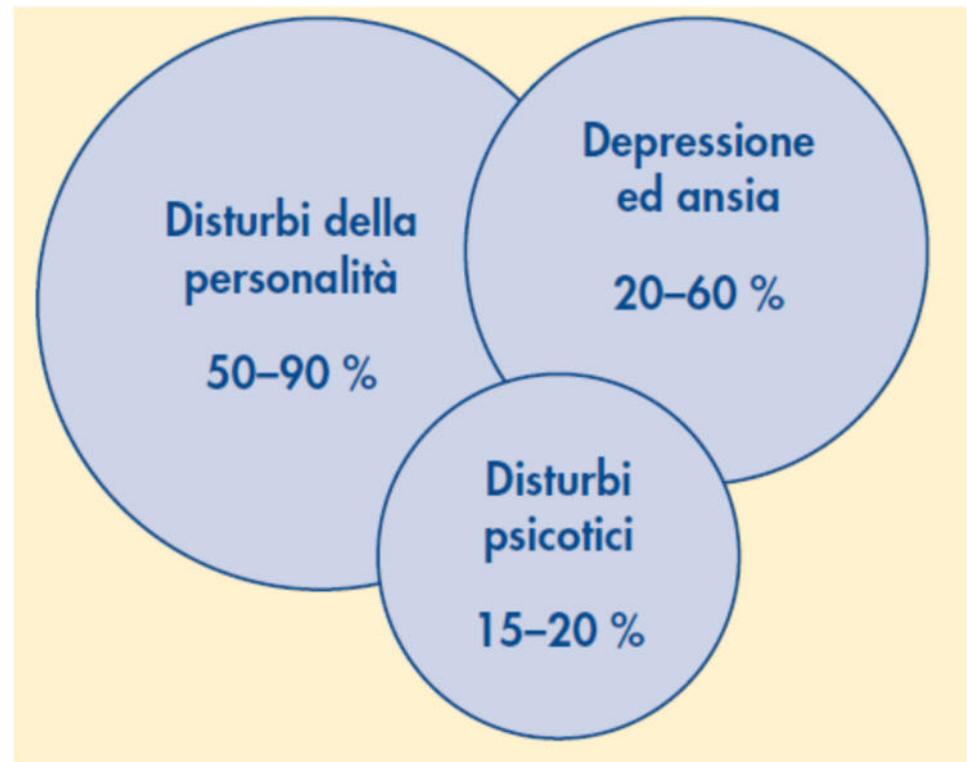
Si ritiene necessario superare, alla luce dello sviluppo delle conoscenze sul tema e della definizione di più appropriati criteri diagnostici, le definizioni del quadro clinico che rischiano di indurre una visione “frammentaria e segmentata per competenze” della stessa persona che ne è affetta. A tal proposito, l'evoluzione delle conoscenze disciplinari, l'esperienza clinica maturata dai professionisti e le storie dei pazienti impongono una necessaria evoluzione culturale nei diversi Servizi, a partire dalla condivisione di un diverso linguaggio.

DIAGNOSI E VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIDIMENSIONALE

I pazienti hanno diritto ad una valutazione diagnostica accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali. La persona è una ed indivisibile: l'approccio diagnostico deve pertanto essere integrato ed orientato a definire una valutazione specialistica interdisciplinare.

Una combinazione comune, una serie di problemi maggiori

- Circa l'80 % dei pazienti con una diagnosi di tossicodipendenza è affetto anche da disturbi psichiatrici concomitanti
 - in Europa il 30-50 % circa dei pazienti psichiatrici soffre non solo di disturbi mentali, ma anche di disturbi derivanti dal consumo di sostanze di vario tipo
 - Nei pazienti tossicodipendenti i disturbi della personalità rappresentano la forma assolutamente prevalente di comorbidità (50-90 %), cui fanno seguito i disturbi affettivi (20-60 %) e psicotici (15-20 %). Disturbi della personalità di carattere antisociale si ritrovano nel 25 % dei campioni clinici rappresentativi
 - I disturbi psicopatologici spesso anticipano i comportamenti di abuso



Una combinazione comune, **una serie di problemi maggiori**

- È difficile diagnosticare la comorbidità:
 - Sia le équipes psichiatriche sia i servizi per le tossicodipendenze spesso non riescono ad identificarla tra i propri pazienti
- I servizi spesso operano in maniera indipendente su aree sovrapposte
- I pazienti affetti da comorbidità soffrono di multimorbidità, poiché alla comorbidità si associano malattie somatiche gravi, nonché problemi sociali, abitativi ed occupazionali
- I tentativi di suicidio tra pazienti affetti da comorbidità arrivano fino al 50 % circa dei campioni studiati

Un pericoloso dualismo pregiudiziale

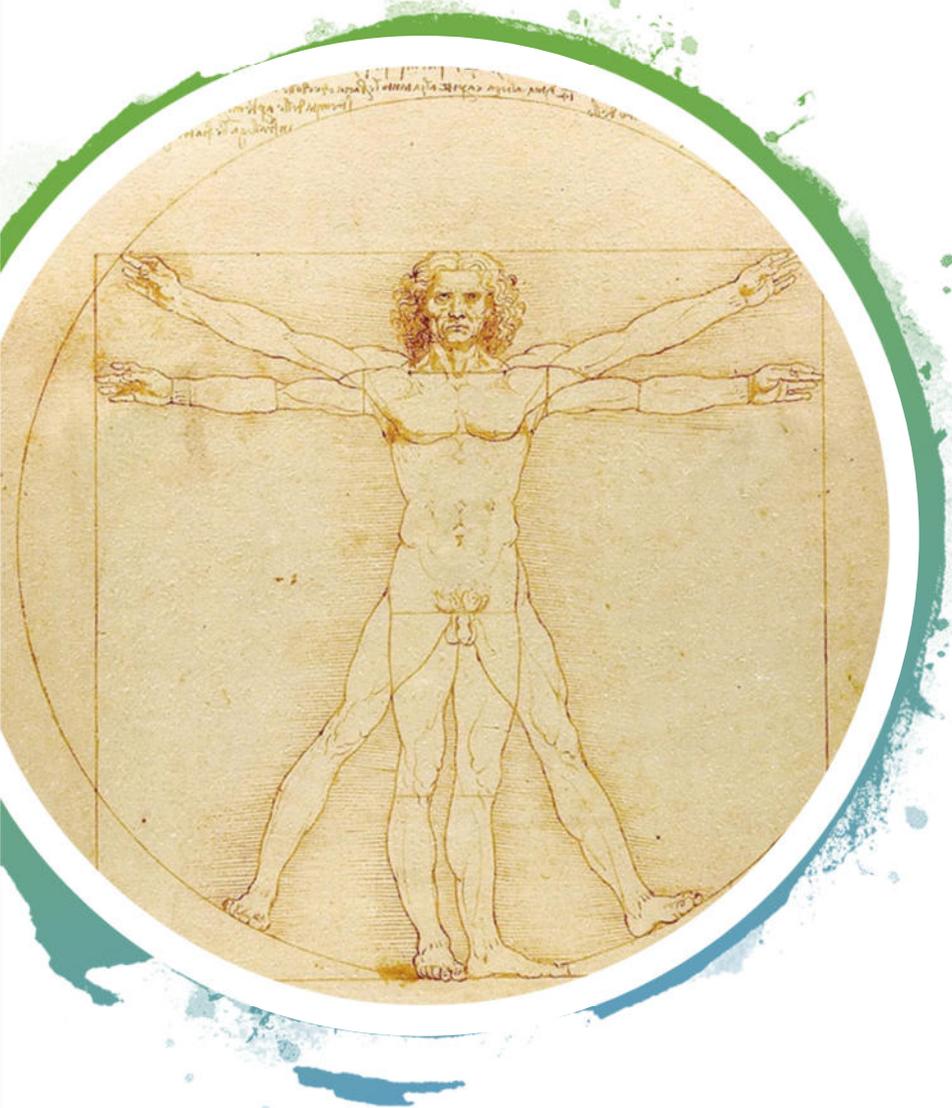
Uso di sostanze

- Pregiudizio: l'uso di sostanze è una libera scelta dell'individuo
 - Si parte dal presupposto che la volontà di cura sia il primo passo
 - Consapevolezza del problema
- Si lavora con l'alleanza consapevole

Disturbi psichici

- Pregiudizio: la malattia mentale inibisce la libertà di scelta dell'individuo
 - Si parte dal presupposto che la volontà di cura sia un punto di arrivo
 - Assenza di critica
- Si lavora per creare una alleanza consapevole

Nuovi modelli di consumo / uso / abuso di sostanze e i nuovi modelli di salute mentale mettono in crisi gli attuali modelli organizzativi



Dove è finita l'unitarietà dell'essere umano?

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Comorbidità o Doppia Diagnosi la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico.

Ma sempre l'OMS...

Droga è ogni sostanza che
modifica il funzionamento
mentale dell'individuo





Un finto
problema?

- 2016 U.S. National Survey on Drug Use and Health
 - Center for Behavioral Health Statistics. “Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health.” SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, Sept. 2017
- Più di 8 milioni di adulti >18 anni presentano sia un disturbo mentale che un DUS nell’anno precedente
- 2.6 mln di adulti hanno un grave disturbo mentale in associazione ad un DUS nell’anno precedente



Una visione «unificatrice»

- la relazione tra una sintomatologia correlata al disturbo psichiatrico di un individuo e quella relativa ad una Dipendenza Patologica può essere di vario tipo

Una relazione biunivoca

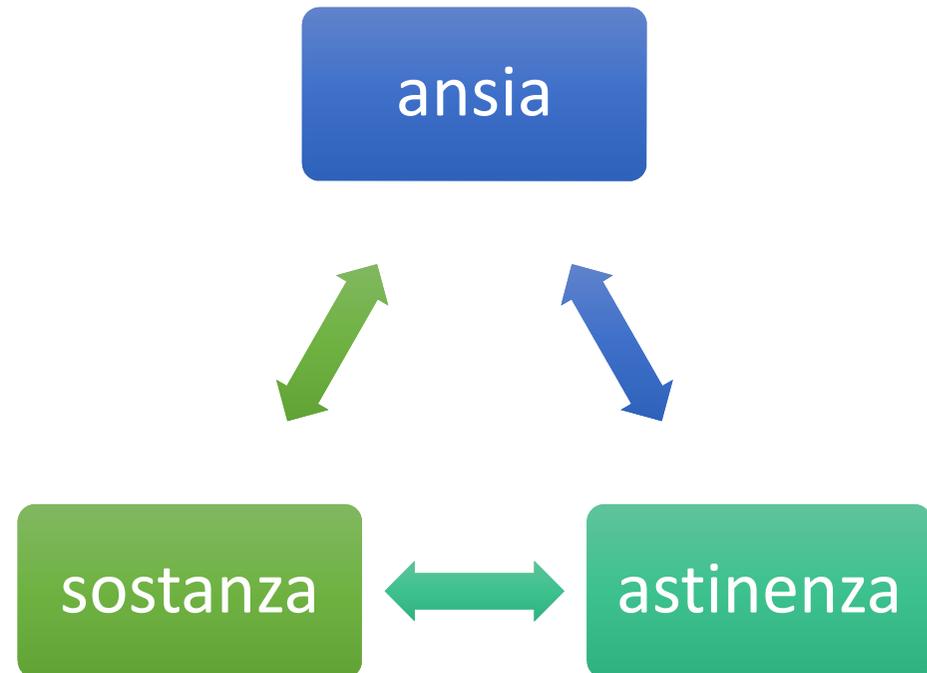
- Da un lato, la dipendenza può manifestarsi come conseguenza di una problematica psichiatrica (solitamente l'impiego della sostanza può rappresentare una sorta di automedicamento / autoterapia), il soggetto tenta di curare il proprio disturbo mentale da solo e l'utilizzo della sostanza (o dipendenza comportamentale) subentra in un secondo momento.
- Dall'altro, l'impiego della sostanza (o della dipendenza comportamentale) può precedere, causare o slatentizzare una sintomatologia psichiatrica indotta da uno stato di intossicazione, da una crisi di astinenza o dagli effetti persistenti del consumo prolungato della sostanza.
- Infine, disturbo mentale e dipendenza patologica possono coesistere parallelamente e non necessariamente influenzarsi, in una causalità del tutto indipendente.

Le comorbidity più frequenti

- Disturbi dell'umore
 - circa 2 pazienti bipolari su 3 (60-65%) incontreranno una sostanza durante il proprio decorso clinico (Clerici et al., 2006)
- Disturbi d'ansia
 - i pazienti che presentano un disturbo d'ansia tendono ad assumere principalmente sostanze ad azione sedativa con giustificazioni auto-terapiche improprie
 - Ad esempio cannabis considerata ansiolitica in realtà aumenta il rischio di attacchi di panico
 - Ogborne et al., 2000; Gandhi et al., 2003; Tournier et al., 2003; Zvolensky, Cougle, Johnson, Bonn-Miller, e Bernstein, 2010

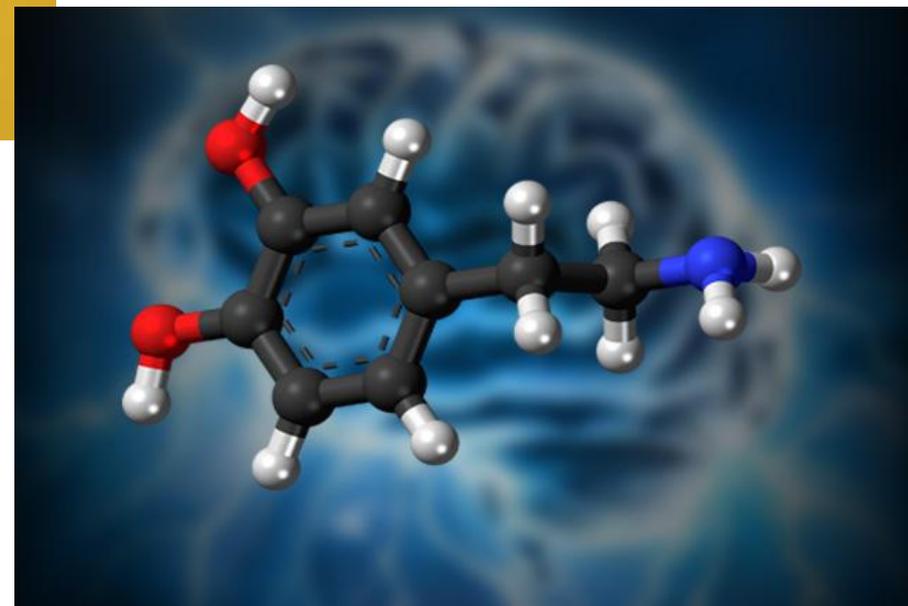
Modelli analoghi possono essere disegnati, con più o meno dettagli, per la maggior parte delle sindromi psichiatriche maggiori e dei disturbi di personalità del cluster B

Il circolo vizioso dell'ansia



Buckner, Heimberg, Ecker, e Vinci, 2013

Psicosi e sostanze, una via finale comune



La dopamina ti frega...

Può essere molto difficile operare una distinzione tra i sintomi che sono dovuti all'intossicazione da sostanze ed episodi psicotici non indotti dall'uso di sostanze

Tutte le droghe e l'alcol, soprattutto se assunte durante l'adolescenza, possono causare anomalie anche gravi nel funzionamento neuro-psichico dell'individuo, soprattutto creando una memorizzazione distorta delle percezioni, delle esperienze, delle sensazioni ed anche degli schemi cognitivi e logici che si utilizzano sotto l'effetto di sostanze. Le alterazioni funzionali vengono memorizzate e spesso sono collegate a variazioni della struttura cerebrale.

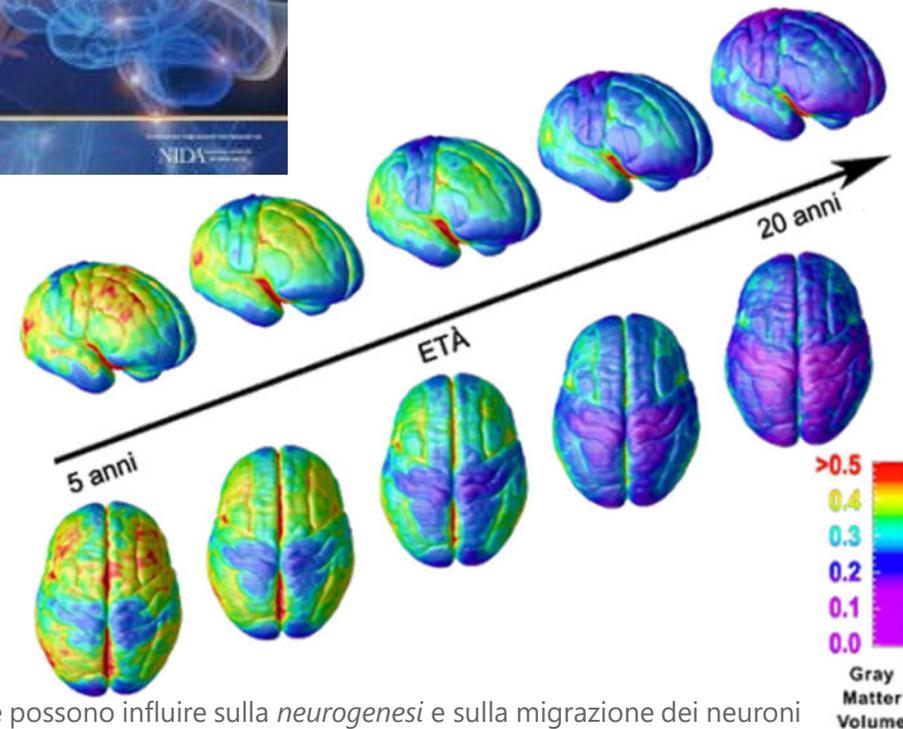
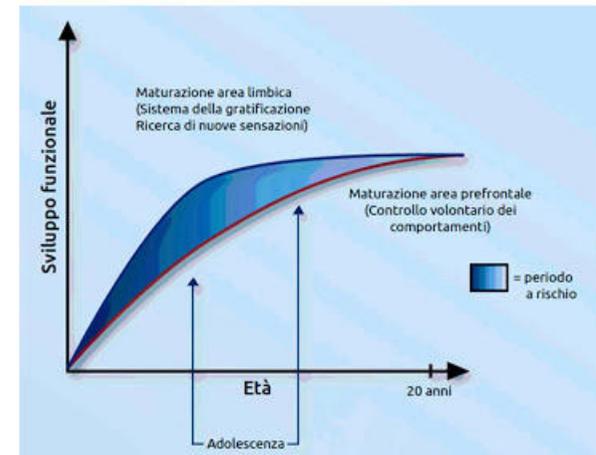
marijuana => **anandamide**, neurotrasmettitore coinvolto nei meccanismi di regolazione dell'appetito, della memoria, della riproduzione e della proliferazione cellulare;

cocaina => **dopamina**, neurotrasmettitore implicato nei processi di genesi e gestione del movimento, dell'umore e delle funzioni cognitive;

eroina => **endorfine**, coinvolte nei processi di gestione del dolore (ne innalzano la soglia), del comportamento, dell'apprendimento, delle emozioni e del sonno;

alcol => **acido gamma aminobutirrico**, il principale acido inibitorio del sistema nervoso centrale, che svolge un ruolo chiave nella trasmissione degli stimoli ai neuroni;

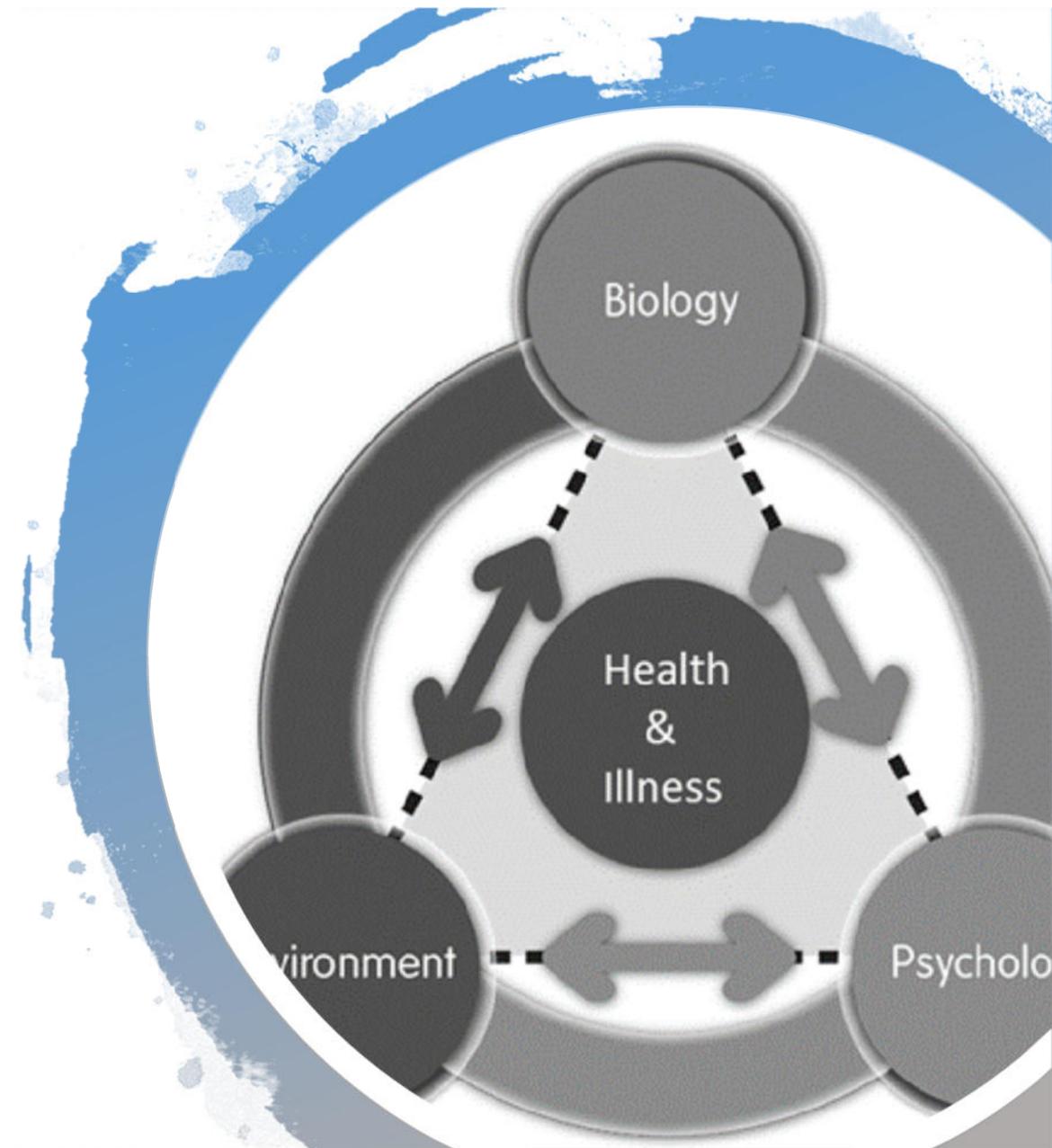
ecstasy => **serotonina** | | > **dopamina**; l'effetto combinato stimola una sensazione di forza inesauribile fino a un collasso cerebrale fatto di ansia, depressione e incapacità di elaborare informazioni sensoriali.



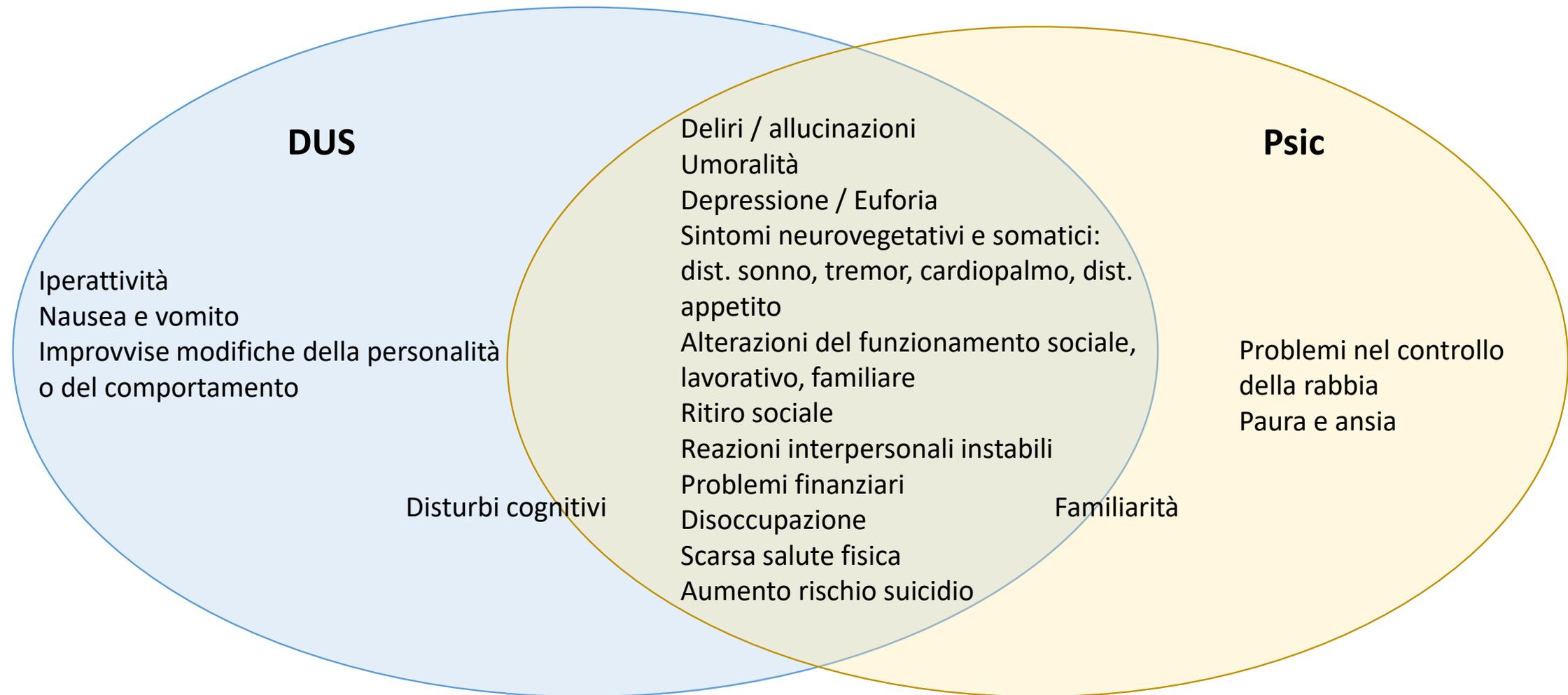
Le droghe possono influire sulla *neurogenesi* e sulla migrazione dei neuroni nel cervello del feto e sui meccanismi di maturazione cerebrale

Il modello bio-psico-sociale

- All'espressione di sintomi di natura psicopatologica concorrono diversi fattori come la personalità premorbosa, la presenza di una patologia psichiatrica sottosoglia, la predisposizione genetica-biologica e la storia familiare, i fattori socioambientali tra cui l'esposizione alle sostanze di abuso, nonché le spinte motivazionali



Differenziare o unificare





Prima l'uovo o la gallina?

- Il nesso tra tossicodipendenza e psicopatologia è quindi più descrittivo che sostanziale.
- Per definizione tra gli effetti delle droghe vi sono alterazioni cognitive, emozionali e comportamentali.
- Due modelli di base:
 - un disturbo psichico di base, pre-esistente al consumo di droghe, conduce all'addiction,
 - un consumo di droghe può slatentizzare una condizione psicopatologica strutturale silente prima dell'abuso



Un modello di approccio diagnostico trans- specialistico

- Indagine anamnestica personale e familiare
 - Prodromi di sindromi mentali, comportamenti sociali, accesso alle sostanze
- Verifica della stabilità dei sintomi psicopatologici
 - Presenza o assenza di correlazione temporale tra sintomi psicopatologici ed esposizione alle sostanze
- Indicatori di vulnerabilità allo stress
 - Diversi modelli esplicativi di correlazione, da quelli biologici puri a quelli biopsicosociali
 - Concetto di resilienza
 - Fattori ambientali di protezione
 - Carico familiare
- Indicatori ambientali
 - Problematiche del nucleo familiare
 - Ambiente sociale di sviluppo, vita, studio, lavoro
- Indicatori di sviluppo personologico
 - Temperamento (aspetto nucleare biologico)
 - Personalità (interazione tra temperamento e società)
 - Patrimonio cognitivo e culturale
 - Eventi di vita precoci



La «doppia diagnosi» non è una somma

- Non si tratta di sommare due o più diagnosi, ma di comprendere il funzionamento individuale, le sue criticità, le ripetitività patologiche, le spinte compulsive e le disfunzioni comportamentali.
 - L'osservazione è ovviamente più significativa se stabile nel tempo (almeno 3-4 mesi) e in un contesto che isoli la maggior parte delle variabili
- Non è solo una questione di setting
 - Disponibilità degli operatori
 - Assetto relazionale degli operatori (ideologico, distanziante, tecnologico, emozionale/fusionale...)
 - Assetto relazionale dell'utente (acritico, manipolativo, ambivalente, dipendente ma aggressivo e distruttivo del legame...)



Evitare il modello del ping-pong

- Approccio non nosografico-diagnostico ma (dis)funzionale, condiviso tra i servizi che si occupano del paziente
 - Logica del «disturbo con bisogni prevalenti» come filo rosso delle operazioni diagnostico-terapeutiche
- Sviluppare equipe stabili dedicate alla valutazione e case management
 - Utili anche tavoli di confronto sovra-servizi, se non possibili equipe dedicate
 - Riconoscimento istituzionale con mandato chiaro e condiviso da tutti gli operatori del dipartimento
- Dinamicità per adeguarsi ai bisogni fase-specifici del paziente
 - Ripensare ai modelli organizzativi dei servizi
- Rete con le risorse formali e informali del territorio
- L'astinenza non è l'obiettivo primario immediato



GRAZIE PER L'ATTENZIONE