

## DOPPIA DIAGNOSI

**Fabio Venturella** – Docente di Tossicologia e Farmacognosia Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Palermo,

**Francesca Catania** – Dott.ssa in Farmacia,

**Guido Faillace** – Psichiatra, Responsabile Ser.T. di Alcamo, Responsabile U.O.C. Coordinamento Ser.T. Trapani,

**Vincenzo Trapani** – Internista, Dirigente Medico Ser.T. di Alcamo

### Summary

*A person with dual diagnosis is a subject that simultaneously presents psychiatric disorders and drug addiction. Below are presented seven cases of individuals with these conditions of the area of Alcamo and treatment conditions. Objectives: trace in general the concept of dual diagnosis and analyse cases at Ser.T. of Alcamo with the respective treatment.*

Con il termine “doppia diagnosi” ci si riferisce ad un’espressione utilizzata da alcuni autori per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico ed una condizione tossicomana. Il termine presenta un’ambiguità di fondo dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbile (nella maggior parte dei casi non esistono due diagnosi separate, bensì condizioni che si influenzano reciprocamente e quadri molto complessi in cui la dipendenza da sostanze sembra essere il sintomo di una psicopatologia definita). Sia l’assunzione di sostanze che il sintomo psichiatrico possono essere riferiti o meno ad una diagnosi di dipendenza o ad una diagnosi di disturbo psichiatrico: l’incrocio delle possibilità genera quattro diverse situazioni.

	DIAGNOSI PSICHIATRICA CODIFICATA	DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI ANOMALI NON CODIFICABILI
	1	2
DIAGNOSI DI DIPENDENZA	VERA E PROPRIA DOPPIA DIAGNOSI	DIPENDENZA CON DISTURBI PSICHICI
	3	4
ABUSO DI SOSTANZE O ALTRI USI PROBLEMATICI	PATOLOGIA PSICHIATRICA CON ABUSO DI SOSTANZE	CONDIZIONI NON CODIFICATE

1 = Ci troviamo nel primo caso solamente quando è possibile porre sia una diagnosi di disturbo psichiatrico sia una diagnosi di dipendenza

2 = Quando è possibile porre una diagnosi di dipen-

denza ma non quella psichiatrica

3 = Quando è possibile porre una diagnosi psichiatrica ma non ci sono elementi per porre una diagnosi di dipendenza

4 = Non si riesce a soddisfare né i criteri della diagnosi di dipendenza né quelli della diagnosi psichiatrica

Ovviamente procederemo in maniera diversa a seconda delle condizioni in cui ci troviamo. Una condizione di doppia diagnosi prevede l’integrazione dei servizi per tossicodipendenze e psichiatriche; nei casi in cui è invece possibile porre solo una delle diagnosi le competenze e gli strumenti di un servizio possono essere di supporto all’altro ma il trattamento può rimanere prevalentemente in una sola area specialistica. Ad esempio un soggetto depresso potrebbe essere indotto ad assumere eroina per alleviare le sofferenze ma non si può parlare di doppia diagnosi in quanto la modalità e frequenza di somministrazione non soddisfano i criteri per la diagnosi quindi il trattamento è gestito essenzialmente dal servizio psichiatrico con l’aiuto di specialisti per le tossicodipendenze. Successivamente si potrebbe sviluppare un quadro di dipendenza completo e si potrà parlare di doppia diagnosi. Il quarto punto invece è tipico di adolescenti che assumono sostanze di vario tipo senza un vero craving e hanno comportamenti disfunzionali, difficoltà relazionali senza che si configuri in un disturbo psichiatrico.

**Protocollo di trattamento:** i pazienti vengono trattati sia per quanto riguarda il trattamento delle tossicodipendenze sia per quanto riguarda i disturbi psichiatrici. Nel primo caso viene somministrato al paziente Metadone che poi viene sostituito con Buprenorfina, mentre per i disturbi psichiatrici vengono somministrate benzodiazepine e in base al tipo di disturbo antidepressivi o antipsicotici.

Il Metadone (noto con diversi nomi tra cui: Polamidon, Eptadone, Dolophine, ecc) è un oppioide sintetico, usato in medicina come terapia sostitutiva (disuasente) nella dipendenza da Eroina. È stato sintetizzato in Germania nel 1937; pur chimicamente differente dalla morfina o dall’eroina, agisce come questi primariamente sul  $\mu$ -recettore degli oppioidi comportandosi da agonista puro, con effetti clinici simili.

Semplicemente ha la proprietà di consentire l’inizio della cura senza passare attraverso l’astinenza, cosa che facilita l’aggancio terapeutico in molte situazioni. Caratteristica tecnica del trattamento: il “blocco narcotico”:

- La persona sentirà meno l’eroina se la dovesse usare “sopra il Metadone”
- Il Metadone ha caratteristiche farmacocinetiche diverse: cioè il modo in cui la sostanza entra e si distribuisce nel cervello, violento e immediato per l’eroina, lento e ritardato per il Metadone
- Viene eliminato molto lentamente dal nostro organismo per cui la sindrome d’astinenza insorge più tardi (dopo almeno due giorni dall’ultima assunzione), ed è meno intensa



- Elimina il rischio da rituale del 'buco' e i rischi da sostanze da taglio
  - Il Metadone va somministrato solo ad un individuo sicuramente dipendente da eroina
  - Il primo approccio alla terapia consiste nello stabilire in modo empirico la dose utile al paziente.
- Il Metadone in eccesso viene immagazzinato nel fegato e nel flusso sanguigno.

Meccanismo per il quale il Metadone compie il suo "trucco di rilascio nel tempo" ed agisce per 24 ore ed oltre. Più il dosaggio è alto, e più Metadone viene immagazzinato. Questo è anche il motivo per cui i pazienti che assumono dosi bloccanti (oltre 70 mg al giorno) hanno la possibilità di rimanere un giorno intero senza la loro dose di farmaco. Naturalmente, lo svantaggio sta nel fatto che quando un paziente salta una dose incomincia a "destabilizzarsi" e ciò lo mette a rischio di overdose, se egli tentasse di usare dell'eroina. Il paziente perde lentamente l'effetto di bloccaggio del Metadone e può incominciare a sentire "fame e voglia di droga". Si fa una terapia a scalare

- Metadone a scalare: si comincia a diminuire di 5 mg ogni 3 giorni a partire dalla dose iniziale (100/80 mg) fino a raggiungere 20 mg. Da questa dose in poi si riduce di 2 mg ogni 3 giorni fino alla fine.
- In genere la percentuale di ricadute nel primo anno dopo l'assuefazione è elevatissima
- Metadone e gravidanza: la gravidanza è un'indicazione specifica all'uso del Metadone a mantenimento. La dose è quella necessaria perché la paziente non usi eroina da strada. Il Metadone ha minima tossicità per il feto, comunque irrilevante di fronte ai rischi di overdose e di astinenza.

Quando si raggiunge uno stato di equilibrio con "urine pulite" (per 3 volte consecutive), si può prendere in considerazione un diverso sistema di somministrazione. Si vanno a ricercare i METABOLITI DELL'EROINA:

- 3-MONOACETILMORFINA (3-MAM)
- 6-MONOACETILMORFINA (6-MAM)

Presenti nelle urine solo poco dopo l'assunzione:

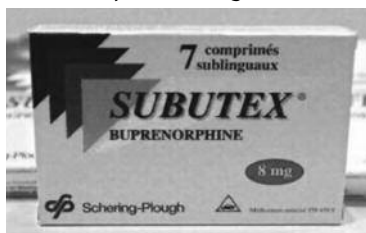
- MORFINA LIBERA 5% del totale
- MORFINA 3 GLUCORONIDE 90% del totale
- MORFINA 6 GLUCORONIDE 1% del totale
- MORFINA 3 SOLFONATA 2% del totale
- CODEINA

A questo punto il medico può valutare la possibilità di una "terapia domiciliare". Il medico decide di affidare una terapia domiciliare in base alla compliance.

#### Buprenorfina

Molecola di sintesi utilizzata da qualche anno nei trattamenti sostitutivi in alternativa al Metadone, si tratta di un oppiaceo semisintetico derivato della tebaina. È un analgesico centrale.

Agonista parziale dei recettori  $\mu$  e Antagonista dei recettori  $\kappa$ , genera scarsa dipendenza fisica, ha un elevato profilo di sicurezza dovuto all'effetto "tetto" ed una breve emivita plasmatica, notevole emivita tissutale.



Lunga durata d'azione (dosaggio ogni 2-3 gg). Sintomi astinenziali a lenta insorgenza e di lieve entità moderata. Per le sue caratteristiche farmacodinamiche la Buprenorfina è più sicura rispetto al Metadone e per questo non è necessario conoscere i livelli di tolleranza del soggetto per iniziare il trattamento e, soprattutto, per incrementare il dosaggio della stessa. È soltanto necessario iniziare il trattamento con un intervallo di almeno 6 ore dall'ultima dose di eroina o di 24 ore dall'ultima di Metadone assunti per evitare lo scatenamento di una sindrome astinenziale acuta da spiazzamento di queste due molecole da parte della Buprenorfina.

#### Suboxone

(BUPRENORFINA 2 o 8 mg E NALOXONE 0,5 o 2 mg)

- Somministrato per via sublinguale: Max effetto della Buprenorfina, nessuna azione del Naloxone
- Se il paziente lo somministra Endovena: nessun effetto Buprenorfina per azione del Naloxone.



Da un punto di vista farmacodinamico Metadone e Buprenorfina interagiscono con i recettori degli oppiacei occupandoli ed attivandoli in maniera differente. Il Metadone è un agonista "full" dei recettori  $\mu$  e  $\kappa$  degli oppiacei. Li occupa totalmente e li attiva completamente. Questa capacità è alla base del cosiddetto effetto oppiaceo (eroina-like) proprio del Metadone e non della Buprenorfina. L'effetto sui recettori  $\kappa$  sviluppa un'azione anti-disforica. L'associazione dei due effetti favorisce una migliore condizione generale del soggetto che appare più vigile e meno depresso.

#### Casi clinici

Soggetto num.1: inizia eroina all'età di 17 anni.

Diagnosticata schizofrenia paranoide. Terapia tossicodipendenza: inizia con Metadone cloridrato sciroppo, la prima dose è di 20 mg e sale fino 30 mg, poi terapia a scalare fino a 20 mg e si sostituisce con Buprenorfina (si inizia da 4 mg e si alza la dose gradualmente fino a 8 mg, successivamente si scala fino a 4 mg), dalla terapia con Buprenorfina si ripassa a quella con Metadone, si parte da 20 mg e si aumenta la dose fino a 50 mg, successivamente interrompe il programma arbitrariamente. Interrompe e riprende più volte la terapia. Terapia psichiatrica: il medico prescrive Sereupin (1/2 compressa al mattino), Isimet 400 (una fiala al di) e Minias gocce. Il soggetto ha assunto l'antidepressivo un solo giorno, non ha mai fatto le iniezioni e ha consumato un flacone di Minias in tre giorni. Il paziente dice che sta bene e che ormai visto che non si buca più non ci sono problemi. La madre racconta che nei primi tempi dell'arresto (nella maggior parte dei casi questi soggetti hanno anche problemi legali) ha continuato a bucarsi perché la roba gliela portavano alcuni amici, quando si è resa conto ha impedito che lo andassero a trovare a casa. Si prescrive terapia con TAVOR 2,5 (una compressa la sera) che vengono tenute dalla madre. Successivamente presenta insonnia, allucinazioni uditive e visive e disturbi comportamentali. Si prescrivono

15 gocce di Serenase la sera. Negli anni seguenti viene detenuto presso un carcere e trattato con Risperdal 2mg (una compressa due volte al giorno) e Alprazolam 0,5 (una compressa la sera), e ricoverato presso una comunità per doppia diagnosi dove segue un trattamento con neurolettici (Risperdal 2 mg una compressa due volte al giorno) e ansiolitici (Xanax 0,5 una compressa la sera) e Imovane una compressa la sera. Il soggetto comunque abbandona prima la terapia e muore in carcere.

Soggetto num.2: inizia a 18 anni con *THC* e a 20 *eroina*. Presenta *allucinazioni* e *delirio*. Fino a settembre 2004 ha effettuato terapia sostitutiva per la dipendenza a oppiacei, prima con Metadone cloridrato e successivamente con Buprenorfina cloridrato, tale trattamento è stato sospeso nel settembre 2008 perché il paziente è stato ricoverato presso l'ospedale di Alcamo in stato di coma. Il pz si riprende dallo stato di coma dopo circa 48 ore, è stato evidenziato un calo dei valori di emoglobina, si è notata la presenza di melena e sono state trasfuse due unità di eritrociti concentrati. Terapia consigliata: Kinakion (una fiala due volte al giorno), un cucchiaino di Laevolac, Meptral 20 (una cp), Risperdal 4 mg (1 cp al mattino), Risperdal 20 mg (una cp la sera), Tavor 2,5 mg (1 cp due volte al giorno). È affetto da psicosi schizofrenica di tipo disorganizzato con prevalente sintomatologia di tipo negativo (tendenza all'isolamento, inadeguatezza affettiva e tendenza alla regressione) trattata fino al settembre 2008 con neurolettici e benzodiazepine e da cirrosi epatica HCV correlata (il soggetto ha avuto anche problemi di alcol), in trattamento presso il reparto di medicina dell'ospedale di Alcamo in atto è sottoposto a terapia con benzodiazepina Clonazepam 2,5 mg una compressa tre volte al giorno. Il pz ha effettuato terapia con Metadone cloridrato sciroppo, poi sostituito con Buprenorfina cloridrato. Allo stesso presso il Ser.T veniva effettuato un trattamento psicofarmacologico con Risperidone 2mg/die, Lorazepam 7,5 mg/die, Citalopram 20 mg/die e Zolpidem 10 mg/die. Il soggetto, spesso ricoverato in ospedale, è deceduto in attesa di trapianto.

Soggetto num.3: *alcol* e *cannabinoidi*. Il padre, alcolista e violento convive con una donna affetta da schizofrenia da cui è nato un bimbo disabile con ritardo mentale. Due zie paterne sono schizofreniche, il nonno paterno è stato ricoverato in ospedale psichiatrico. Un zio paterno e uno materno sono morti per overdose. Una zia materna presenta insufficienza mentale. Nonno materno e zio alcolisti. Il soggetto già all'età di 16 anni ha comportamenti violenti, rompe i vetri della scuola perché rimproverato in quanto in possesso di alcol e spinelli. Sembra infantile e ha cattive compagnie. Messo davanti alla scelta di comportarsi bene o andare via di casa ha optato per la seconda opzione. Il soggetto presenta vari precedenti penali. È stato seguito dal centro di salute mentale di Alcamo per sindrome schizofrenica paranoide con turbe relazionali e comportamentali sociopatici. Estrema vulnerabilità e slatentizzazione delle patologie psichiatriche dovute all'uso ed abuso di alcol e cannabinoidi.

Ricoverato presso C.T.A. e O.P.G. segue trattamento psichiatrico con Akineton una fiala i.m., Aloperidolo 2 mg una fiala e per il trattamento della dipendenza da alcol con Alcover.

Soggetto num.4: inizia all'età di 20 ad usare cannabinoidi e successivo passaggio ad *eroina*, qualche volta fa anche uso di cocaina. Presenta *psicosi*. Si procede al trattamento con Metadone cloridrato e si inizia con 25 mg. Il pz riferisce che il dosaggio non è sufficiente a coprire il craving e si passa a 35 mg. Il pz riferisce che la somministrazione mattutina lo copre solo in parte durante la giornata e si concorda la somministrazione in tarda mattinata. Si pone l'attenzione sulla possibilità di somministrare anche farmaci psichiatrici per meglio controllare il soggetto dal punto di vista psicopatologico ma viene rifiutata questa possibilità dal pz. Successivamente decide di interrompere il trattamento con Metadone, piuttosto irrequieto e tende ad aggredire verbalmente gli operatori. Riprende il trattamento con Buprenorfina 8 mg a scalare. Entra presso la C.T. di Trabia e inizia terapia con Veclam 250 (due compresse due volte al giorno). È stato ricoverato in psichiatria a causa di un ictus cerebrale. Inserito in diverse comunità per allontanare l'utente dal gruppo tossicofilo ma la richiesta era spesso legata a situazioni contingenti piuttosto che ad una reale motivazione di cambiamento o alle richieste continue dei familiari che non riescono a gestire il loro rapporto con il figlio sia per le continue richieste di soldi necessari all'acquisto di stupefacenti sia per la scarsa capacità di accettare i disturbi psichiatrici. Si presenta una vota al servizio ubriaco e l'alcolometro segna un valore di 2,48. È in cura presso il D.S.M: di Alcamo perché affetto da disturbo schizofrenico di tipo paranoide e in trattamento con neurolettici long-acting (HALDON DECANOAS 150 mg ogni 28 giorni). Abbandona per ictus.

Soggetto num.5: inizia *eroina* a 19 anni. Fa anche uso di cocaina. Diagnosi di *schizofrenia*. Terapia con Subutex, abbandona e riprende la terapia più volte. Subutex 8 mg/die, Lorazepam 2,5 mg (una compressa tre volte al giorno), Halcion 0,25 (una compressa la sera), TAVOR 2,5 mg. Viene diagnosticata la schizofrenia pseudo-nevrotica cronica e fa terapia con neurolettici e benzodiazepine. Prescrizioni: Seroquel 200 mg (1 al mattino e 1 a pranzo), Seroquel 300 mg (2 la sera), Tavor 2,5 mg (una compressa tre volte al giorno), Halcion 0,25 (1 la sera), Ranitidina 150mg (1 compressa due volte al giorno), Entact 10 mg (1 al mattino). Entra nella C.T. Samen per seguire il programma terapeutico di doppia diagnosi. Terapia psichiatrica:

- ABILIFY 15 mg cpr ore 8:00
- CARBOLITHIUM 300 mg 1 cpr ore 8:00 e 1 ore 21:00
- SEROQUEL (QUETIAPINA) 400 mg RP 2 ore 21:00
- TAVOR(O LORAZEPAM) 2,5 mg cpr 1/2 ore 8:00, 1/2 ore 14:00, 1/2 ore 21:00
- EN (O DELORAZEPAM) 2 mg 1 cpr ore 21:00
- HALDON gocce 10 ore 8:00, 10 ore 14:00, 10 ore 21:00
- FELISON (O VALDORM) 30 mg 1 ore 21:00
- TERAPIA METADONICA SOSTITUTIVA
- TERAPIA AL BISOGNO: 1 CPR TAVOR 2,5 mg per rilas-

sarsi ed addormentarsi.

Sospende tre mesi dopo. Successivamente è stato ricoverato in psichiatria una volta in seguito ad overdose da eroina, la volta successiva in seguito ad uso di cocaina. Dice di essere dipendente dal gioco (gioca tutti i pomeriggi da 10 a 15 euro) e vuole entrare in una C.T.A. rifiuta l'ingresso in una C.T. per doppia diagnosi. Sostiene di poter riuscire a sospendere l'uso di stupefacenti. Successivamente entra nella C.T.A. di Trapani.

Soggetto num.6: inizia a bere durante il periodo militare perché a suo dire "così fan tutti". Si presenta con scarsa affettività, umore instabile con tendenza alla disforia, pensiero povero e ripetitivo. Le funzioni psichiche superiori sono globalmente compromesse con distraibilità e deficit della concentrazione e della comprensione. Le capacità critiche e di giudizio sono compromesse. Assente la coscienza di malattia con relativa incapacità a comprendere il significato protettivo di una terapia a lungo termine. Tendenza al passaggio all'atto con incapacità nel prevedere le conseguenze dei propri gesti, insieme ad una scarsa tolleranza alle frustrazioni. Per le sue vicende legali e giudiziarie subirà diversi periodi di carcerazione. Viene diagnosticato il *disturbo schizofreniforme in alcolista cronico*. Fa anche uso di eroina. Ha iniziato ad assumere cannabinoidi all'età di 10 anni, cocaina per via nasale a 18 anni ed eroina a 18 anni. Ha tentato il suicidio, vi sono stati tentativi di disintossicazione e ricoveri psichiatrici. Presenta inoltre fegato ingrandito e steatosi con calcoli. Terapia: TAVOR 2,5 mg (4 al giorno), ELOPRAM 20 mg (1 al giorno), RISPERDAL 3 mg (1 al giorno). Successivamente inserito presso una comunità per doppia diagnosi.

Soggetto num.7: inizia ad assumere alcol a 14 anni e fa uso continuo. Nel 2007 inizia trattamento con Alcover 10ml/3 volte al dì, Lorazepam 2,5 mg (una compressa mattina e sera). Successivamente il dosaggio scende a Alcover 5 ml x 3 e Tavor 2,5 mg una compressa la sera, ma dopo essersi presentato ubriaco si riporta la dose di Alcover a quella iniziale. La madre affetta da disturbi psichici non assume la terapia prescritta e scatena le sue problematiche su di lui e sul marito. Il soggetto più volte abbandona il programma in varie comunità e poi rientra. Nel 2014 entra nella comunità SAMAN e segue una terapia con Depakin 500mg mattina e sera e Tavor 2,5 mg 1/2 la mattina e 1 la sera. In seguito alla prima ricaduta la terapia viene modificata come segue:

- DEPAKIN 500 mg 1 la mattina e una la sera
- DIAZEPAM 2,5 20 gocce la mattina e 20 il pomeriggio
- 172 CITALOPRAM 20 mg
- 1 SEROQUEL 300 mg la sera
- RIVOTRIL 10:30 gocce la mattina, 10 il pomeriggio e 10 la sera
- TAVOR 2,5 mg la sera

Nel corso di numerosi colloqui sono emersi vissuti depressivi correlati ad insicurezza, incapacità reale a strutturare un pensiero costruttivo sulla propria volontà, notevoli tratti di immaturità affettiva, tendenza ad evitare i propri conflitti interiori piuttosto che affron-

tarli, grande difficoltà di adattamento. L'adattamento in campo affettivo, sociale, lavorativo è reso meno possibile dalla personale soglia di tolleranza alle frustrazioni notevolmente ridotte le spinte volitive e pragmatiche con deficit sostanziale dell'autostima ed evidente povertà emotiva. Scarsa capacità di giudizio e di verità. La memoria è lacunare e la capacità intellettuale inadeguata rispetto all'età cronologica.

L'atteggiamento verso la malattia, dipendenza da alcol associata ad evidente disturbo di personalità, è di scarsa consapevolezza con capacità di giudizio e di critica inesistente. Presenta sintomi organici quali allucinazioni, fobia, deliri di persecuzione e aggressività.

#### Conclusioni

In molti casi si può solo prendere atto che "due diagnosi" coesistono in un definito soggetto ad un definito punto della sua storia creando un circolo vizioso di aggravamento del disturbo mentale e dell'abuso di sostanze con maggiori rischi di ricaduta reciproca, scarsa compliance al trattamento e difficoltà di gestione del caso. La "comorbidità" tra abuso di sostanze e disturbo psichiatrico si associa ad un peggior profilo clinico, ad una peggiore prognosi e ad un peggior outcome per entrambi i disturbi. Di questi sette casi riportati nella maggioranza (6 su 7) è insorta prima la tossicodipendenza e successivamente, presentandosi disturbi psichiatrici sono stati mandati al Centro di salute mentale ed è stata identificata la doppia diagnosi. Solo un caso su sette aveva prima problemi psichiatrici e successivamente ha fatto uso di sostanze d'abuso probabilmente come auto-terapia. Il trattamento integrato si è visto essere il migliore per questa condizione in quanto si caratterizza per il fatto che è la stessa équipe di clinici ad occuparsi di entrambi i disturbi del paziente, coordinando i programmi specifici. Gli obiettivi sono il recupero del soggetto e il miglioramento di entrambe le problematiche. Secondo molti autori il modello integrato rappresenta la forma di trattamento ideale per la popolazione con doppia diagnosi. Nel modello integrato i servizi di psichiatria coesistono con quelli per tossicodipendenti in un unico sistema, in grado di andare incontro alle esigenze dei pazienti con comorbidità. La presenza di clinici preparati in entrambe le aree è necessaria per identificare il tipo di trattamento più adeguato (farmaci, terapia di gruppo, psicoterapia individuale). I pazienti che presentano deficit significativi a livello relazionale e comunicativo, possono essere avvantaggiati da un trattamento integrato, che prende in considerazione queste difficoltà. Il modello è anche proposto con i pazienti con disturbi tossicomani cronici, in terapia metadonica di mantenimento (per stabilizzare sintomi psichiatrici). Nella maggior parte dei soggetti con doppia diagnosi vi è la tendenza alla recidiva e proprio per questo motivo bisognerebbe stimolare la motivazione di questi soggetti. La motivazione del paziente è essenziale per determinare il successo del trattamento ed è inoltre associata alla riduzione dell'uso di sostanze d'abuso e anche con l'aderenza al trattamento nel caso di pazienti con problemi psichici o con doppia diagnosi. L'importanza della valutazione della

motivazione deriva da molti elementi: aiuta a pianificazione al trattamento, aiuta a prevedere il risultato del trattamento e aiuta ad identificare immediatamente i pazienti che hanno bisogno di aumentare la motivazione prima di cominciare qualsiasi forma di terapia. Attraverso domande o dei questionari potremmo riuscire a comprendere in quale fase del cambiamento si trova il soggetto ma ricordiamo anche che la motivazione è una condizione psicologica che cambia da un'interazione all'altra, è qualcosa che varia e che è possibile modificare attraverso il giusto approccio. Non si può costringere una persona alla diagnosi o ad un determinato trattamento. Dovremmo partire dal punto di vista del paziente piuttosto che da un sistema o una prospettiva teorica. È necessario partire dal paziente, non dalle nostre idee, ma dalle necessità del paziente. Inoltre i pazienti dovrebbero essere trattati come persone adulte e consentire loro di avere la possibilità di una scelta. A volte i pazienti non sono disponibili a riconoscere i loro problemi quindi bisogna evitare raccomandazioni specifiche perché spesso non ascoltano. Bisognerebbe piuttosto porre domande aperte, aiutare il paziente a vedere la differenza tra la situazione nella quale si trova e quello che vuole diventare, non quello che noi vogliamo che diventi ma quello che vuole diventare. Devono sapere di poter cambiare. Si possono fare loro delle domande in maniera tale da esortarli a dare risposte, non criticarli, evitare discussioni e conflitti ma cercare di capirli ed aiutarli. La terapia farmacologica è sicuramente efficace ma a mio parere la motivazione è alla base di tutto, rappresenta l'inizio di tutto il percorso. Infatti, anche se diamo al paziente il programma per così dire "su un piatto d'oro", non significa che il paziente sia pronto ad aderire e a crederci. Quindi l'intervista motivazionale serve a capire dove si trova il paziente, a ragionare insieme a lui e infondergli fiducia e prospettiva.

### *Bibliografia*

- 1) Emanuele Begnamini, Marina Cortese, Sabrina Garau, Sabrina Sebastiano Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica percorsi di ricerca sulla comorbidità (2002)
- 2) L. Annunziato, G. Di Renzo Trattato di Farmacologia (2010) CASA EDITRICE IDELSON-GNOCCHI srl.
- 3) Fioritti A, Solomon J (2002) Doppia Diagnosi: epidemiologia clinica e trattamento. Franco Angeli, Milano
- 4) Alfio Lucchini la diagnosi nei disturbi da uso di sostanze
- 5) CANCRINI L., NOCERINO S. Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità
- 6) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5. Edizione italiana a cura di Massimo Biondi
- 7) CANCRINI L., NOCERINO S. Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità
- 8) CAPUTO F., LORENZINI F., DEL RE A., GASPARRINI G., BERNARDI M., ADDOLORATO G. L'acido gammaidrossibutirrico nel trattamento della dipendenza da bevande alcoliche. Medicina delle tossicodipendenze (2003)
- 9) Maremmani I; Daini L. Sintomi di comorbidità psichiatrica durante il trattamento della dipendenza da eroina (2000)