

ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA

EZIO MANZATO

**SER.T 1 Servizio Alcologia AZ.ULSS 21
Legnago (Verona)**

**Commissione Nazionale "Dipendenze e
Psichiatria" di FeDerSerD**

**Scuola Superiore di Formazione in Psicoterapia di
Cremona (Ric. D.M. Università e Ricerca
Scientifica e Tecnologica 24.10.1994)**



**DIPENDENZE Nuovi Scenari e Nuovi Approcci
aspetti tecnici e scientifici
Verona 31 maggio 1 giugno 2007**

E.Manzato



ASPETTI CLINICI

SETTING OPERATIVO

***ASSESSMENT
PSICODIAGNOSTICO***

STRUMENTI DIAGNOSTICI

VALUTAZIONE

E. Manzano



DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E COMORBILITA' PSICHIATRICA (ASPETTI DI CRITICITA')

- ❖ **Psicopatologia di Asse I e II del DSM IV TR come fattore di rischio per i Disturbi Correlati a Sostanze (DCS)**
- ❖ **Psicopatologia di Asse I e II de DSM IV TR come fattore in grado di condizionare il decorso dei DCS** (storia naturale, espressività sintomatologica, evolutività, risposta al trattamento, esito del trattamento a lungo termine, ...)
- ❖ **Sviluppo e manifestazione di sintomi psichiatrici aspecifici durante l'intossicazione o l'astinenza** (in condizioni cliniche di acuzie e di cronicità dei DCS)
- ❖ **Assenza di specifiche correlazioni tra DCS e altri disturbi psichiatrici** (eterogeneità dei quadri clinici)

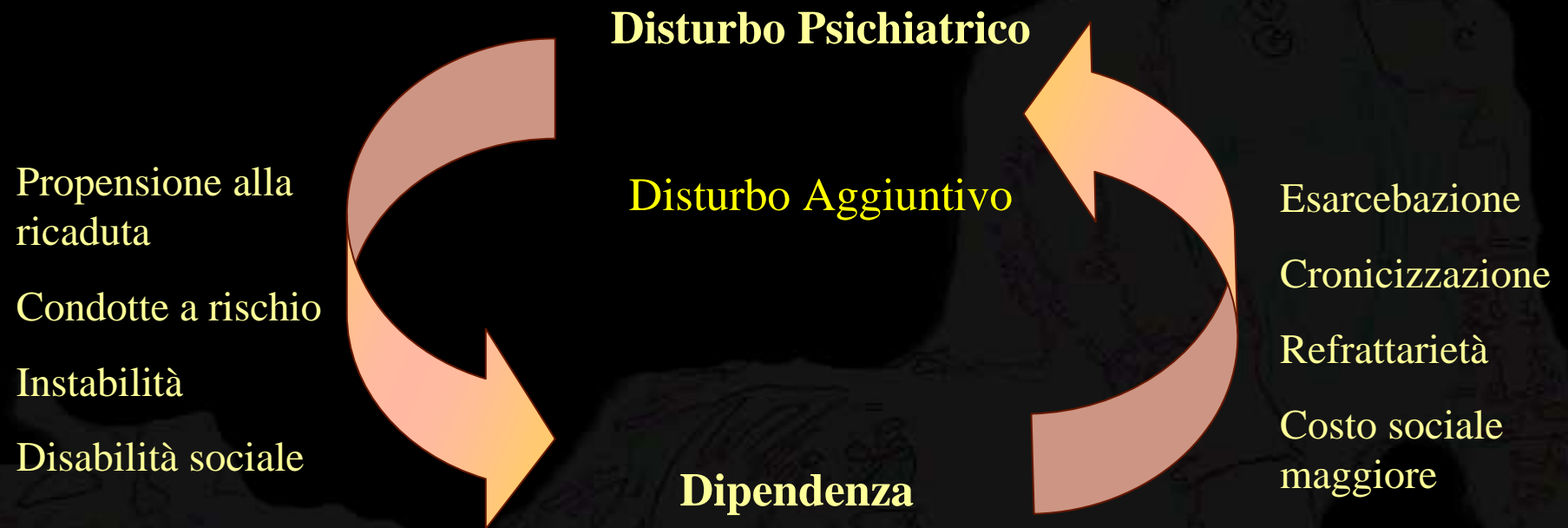
DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E COMORBILITA' PSICHIATRICA (ASPETTI DI CRITICITA')

- ❖ **Depressione:** *stabilizzazione dell'umore con oppiacei o alcol*
- ❖ **Disturbi bipolari:** *manipolazione del tono dell'umore con stimolanti o depressogeni*
- ❖ **Disturbo post-traumatico da stress:** *decremento dell'arousal con alcol*
- ❖ **Disturbo da deficit di attenzione e iperattività:** *miglioramento della concentrazione e rallentamento con cocaina e stimolanti*
- ❖ **Disturbo Schizofrenico:** *miglioramento dei sintomi negativi con stimolanti o incremento di quelli positivi con cannabis*
- ❖ **Disturbi di personalità:** *mantanimento o amplificazione di sensazioni piacevoli con stimolanti*

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DIPENDENZA DA SOSTANZE

(Dipendenza da eroina)

INTERRELAZIONI



(Maremmani e coll., 2000, 2001, 2002; Madeddu e coll., 2006)

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

Pancheri P. "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.



❖ DOPPIA DIAGNOSI E DSM-IV

❖ GERARCHIA DIAGNOSTICA (RAPPORTO DI CAUSALITA')

- ❖ 1) **Rapporto casuale** (indipendenza e diversità eziopatogenetica) dell'associazione in comorbilità tra assunzione di sostanze e disturbo psichiatrico. Trattamenti differenti dei due disturbi
- ❖ 2) **Disturbo sindromico primario** con cluster di sintomi caratteristici che rendono il soggetto più vulnerabile all'assunzione di sostanze (automedicazione). Trattamento principale del disturbo primario, con secondarietà per il disturbo da uso di sostanze
- ❖ 3) **Rapporto di causalità accertato** tra assunzione di sostanze e comparsa del quadro psicopatologico, con remissione del quadro sindromico alla sospensione dell'uso, o persistenza del quadro sindromico anche dopo l'eliminazione della sostanza. Trattamento prioritario del disturbo da uso di sostanze
- ❖ 4) **Comune matrice dei due disturbi**, disturbi psichiatrici-dipendenza da sostanze con determinanti e concause comuni. Trattamento sul meccanismo patofisiologico comune

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA NEI DIVERSI SETTING DI TRATTAMENTO

Fioritti A., Solomon J. "Aspetti clinici-Diagnosi". In Fioritti A., Solomon J. *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. FrancoAngeli, Milano, 2002.



❖ **PROBLEMI DIAGNOSTICI DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN DIVERSI CONTESTI TERAPEUTICI**

❖ **PRONTO SOCCORSO GENERALE**

❖ **REPARTO PSICHIATRICO OSPEDALIERO**

❖ **CENTRI PSICHIATRICI TERRITORIALI**

❖ **REPARTO INTERNISTICO/CENTRO DI DISINTOSSICAZIONE**

❖ **SERT TERRITORIALI**

❖ **COMUNITA' TERAPEUTICHE**

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA NEI DIVERSI SETTING DI TRATTAMENTO



❖ **PROBLEMI DIAGNOSTICI DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

❖ **CENTRI PSICHIATRICI TERRITORIALI**

- **Intossicazione cronica:** da uso di alcol o di sedativo-ipnotici (che simula depressione o ansia generalizzata o un disturbo borderline di personalità)
- **Intossicazione cronica:** da uso di cocaina o di amfetamine (che simula una mania o un disturbo paranoide o che si configura come disturbo esogeno di personalità)
- **Intossicazione protratta:** da uso di cannabis (che simula un disturbo del pensiero o un disturbo dissociativo o si configura come sindrome amotivazionale analoga a un disturbo dell'umore primario)

(Fioritti e Solomon, 2002)

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA NEI DIVERSI SETTING DI TRATTAMENTO



❖ **PROBLEMI DIAGNOSTICI DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

❖ **REPARTO INTERNISTICO/CENTRO DI DISINTOSSICAZIONE**

➤ **Depressione cronica secondaria:** da intossicazione cronica da sostanze o da farmaco agonista prescritto in eccesso (che simula disturbo affettivo primario)

❖ **SERT TERRITORIALI**

➤ **Compromissione Cognitiva:** da uso cronico di alcol, di cocaina, di solventi, ..., da malattie correlate

➤ **Disturbi concomitanti schizofrenici, affettivi e di personalità grave**

(Fioritti e Solomon, 2002)

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA NEI DIVERSI SETTING DI TRATTAMENTO



❖ **PROBLEMI DIAGNOSTICI DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

❖ **COMUNITA' TERAPEUTICHE**

- **Compromissione Cognitiva Avanzata:** demenza da alcol, da cocaina, da inalanti e solventi o da AIDS
- **Gravi Disturbi di Personalità:** marcati disturbi comportamentali e relazionali del cluster A e B
- **Disturbo dell'Umore Primario:** marcati problemi relazionali, di attenzione e di concentrazione
- **Disturbo Schizofrenico:** difficoltà di condivisione di programmi di giornata e di comunicazione di impressioni, emozioni, esigenze personali (si presentano svogliati, bizzarri o inaffidabili)

(Fioritti e Solomon, 2002)

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

□ 6 BUONI MOTIVI PER ATTENZIONE ALLA DIAGNOSI

1. Concentrazione sulla diagnosi rappresenta una guida per la conoscenza dei diversi aspetti (dimensioni) del paziente
2. Importanza delle implicazioni prognostiche delle due diagnosi
3. Definizione di programmi terapeutici mirati
4. Definizione della diagnosi multiassiale permette successivamente di valutare oggettivamente l'andamento del programma terapeutico
5. Costruzione di un database dei pazienti che ne permette l'utilizzo per ricerca e riflessioni cliniche
6. Facilitazione della comunicazione tra gli specialisti del settore e l'integrazione con altre specializzazioni della psichiatria e della medicina

(Fioritti e Solomon, 2002)

DIAGNOSI DSM

(Valutazione diagnostica multiprofessionale e multidimensionale)



DIAGNOSI MULTIASSIALE DSM IV TR	
Asse I	Disturbi clinici Altre condizioni che sono oggetto di attenzione clinica
Asse II	Disturbi di personalità (tratti di personalità) Ritardo Mentale Meccanismi di difesa
Asse III	Condizioni mediche generali
Asse IV	Problemi psicosociali e ambientali
Asse V	Valutazione globale del funzionamento (VGF)

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Gabbard G. “Valutazione psicodinamica del paziente”. In *Gabbard G. Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.

❖ SCHEMA PER LA VALUTAZIONE PSICODINAMICA

❖ **Diagnosi psicodinamica:**

- **diagnosi descrittiva secondo il DSM-IV**
- **interazione tra gli Assi del DSM-IV**
- **caratteristiche dell'Io** (forze e debolezze, meccanismi di difesa, conflitti psicodinamici, rapporti con il Super Io, regolazione degli affetti e degli impulsi)
- **qualità delle relazioni oggettuali** (relazioni familiari, sociali, modalità di transfert e controtransfert, inferenze con le relazioni oggettuali interne)
- **caratteristiche del Sé** (stima e coesione del Sé, continuità e confini del Sé, rapporto mente e corpo)

❖ **Formulazione esplicativa delle informazioni sopraelencate**

DIAGNOSI PDM

(Psychodynamic Diagnostic Manual)

(Valutazione diagnostica multiprofessionale e multidimensionale)



DIAGNOSI MULTIASSIALE PDM

Asse P	Pattern e Disturbi di personalità (7 capacità: <i>identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli affetti, integrazione del Super-Io, concetti di Ideale dell'Io e di IO ideale, esame di realtà, forza dell'Io e resilienza</i>) 15 disturbi di personalità
Asse M	Profilo del funzionamento mentale (9 categorie: <i>capacità di regolazione, attenzione e apprendimento, capacità relazionale e di intimità, qualità dell'esperienza interna, capacità di esperire, esprimere e comunicare le emozioni, i pattern e le capacità difensive, capacità di formare rappresentazioni interne, capacità di differenziazione e di integrazione, capacità di auto-osservarsi e capacità di costruire o usare standard interni e ideali</i>)
Asse S	Pattern sintomarologici (secondo il DSM IV TR) (<i>con particolare attenzione all'esperienza soggettiva</i>) 13 categorie sintomatologiche

DIAGNOSI

❖ *“ Lo scopo della diagnosi non è come chiamare una malattia ma cosa fare di fronte alla malattia, per ciò formulare una diagnosi non significa applicare un’etichetta, ma capire come il paziente è malato, come lo è divenuto, in che modo ciò gli assicuri dei tornaconti, per arrivare a concludere quali interventi possono modificare il suo stato di disagio “*
(Gilson, 1988)

❖ *“ Il paziente viene per essere curato e qualunque cosa venga fatta per lui, nella misura in cui lo riguarda, è terapia, indipendentemente da come la chiama il medico. Pertanto, in un certo senso la terapia precede la diagnosi”* (Menninger, 1962)

❖ **DIAGNOSI E TRATTAMENTO SONO INTIMAMENTE LEGATI E TENGONO IN CONSIDERAZIONE IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE**



DIAGNOSI COME COMPrensIONE DEL PAZIENTE PER IL TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO

ASPETTI CLINICI

SETTING OPERATIVO

***ASSESSMENT
PSICODIAGNOSTICO***

STRUMENTI DIAGNOSTICI

VALUTAZIONE

E.Manzato



DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

TRATTAMENTI

“Linee Guida Cliniche per il trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze: alcol cocaina, oppioidi “. *APA, 2003.*



❖ **PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO** Affidabilità clinica considerevole (I), affidabilità clinica moderata (II), consiglio per circostanze individuali (III)

- **Valutazione**
- **Gestione psichiatrica**
- **Trattamenti farmacologici**
- **Trattamenti psicosociali**
- **Formulazione ed attuazione di un piano di trattamento globale**
- **Contesti di trattamento**
- **Caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento**

DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

TRATTAMENTI

“Linee Guida Cliniche per il trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze: alcol cocaina, oppioidi “. *APA, 2003.*



❖ **PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO** Affidabilità clinica considerevole (I), affidabilità clinica moderata (II), consiglio per circostanze individuali (III)

- **Valutazione** (I): anamnesi, esame obiettivo, anamnesi psicofarmacologica, sociale e familiare, esami di laboratorio e indagini strumentali
- **Gestione psichiatrica** (I), associata a trattamenti specifici condotti in collaborazione
- **Caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento** (I): condizioni mediche e psichiatriche concomitanti, sesso, età, ambiente di vita, caratteristiche familiari e fattori culturali

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA

MODELLO STADIALE

PERCORSO SPECIFICO

- ❖ **Diagnosi con un assessment completo**
- ❖ **Progettazione dell'intervento a lungo termine con obiettivi intermedi (Modello Stadiale)**
- ❖ **Integrazione delle tecniche terapeutiche con moduli di trattamento**
- ❖ **Valutazione dei risultati mediante indicatori di outcome e strumenti specifici**
- ❖ **Rivalutazione periodica dei programmi con introduzione di cambiamenti e standardizzazione**

(Milesi e Clerici, 2000; Milesi e coll., 2003)

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

DSM IV TR e ASI (Addiction Severity Index) permettono di valutare diverse aree:

- **medico-sanitaria** (area 1 ASI, Asse III DSM)
- **tossicologica** (area 3 e 4 ASI, ASSE I DSM)
- **lavorativa e sostentamento** (area 2 ASI, Asse IV DSM)
- **legale** (area 5 ASI, Asse IV DSM)
- **familiare e rete sociale** (area 6 ASI, Asse IV DSM)
- **psichica** (area 7 ASI, Asse i e II DSM)
- valutazione personale del trattamento proposto o in corso

(Fiocchi e coll., 2003; Greenfield e Hennessy, 2006; Madeddu e coll., 2006)

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

VALUTAZIONE DIAGNOSICA MULTIDIMENSIONALE CON STRUMENTI STANDARDIZZATI

- **questionari di screening** (CAGE, MALT, MAST, AUDIT, SDS, DAST)
- **scale di valutazione astinenziale** (VAS craving, CIWA-AR, WANG)
- **questionari psicopatologici autosomministrati** (SCL-90 R, BDI, SAS)
- **questionari per la motivazione** (MAC E/A, SOCRATES)
- **questionari sulle relazioni familiari** (FRT)
- **interviste strutturate** (SCID I e II)
- **scale di valutazione psichiatrica** (HDRS, HARS, STAI 1 2, STAXI, Y-BOCS, questionario FBF, SOGS, EAT, EDI, DIB, BPD scale)
- **test psicologici** (MMPI 2, MCMI-III)
- **test proiettivi** (Rorschach, TAT, WAIS)
- **strumenti di valutazione** (ASI, SATS, CGI, Client Satisfaction Questionnaire)

(Carey e Correia, 1998; Cifelli e coll., 2003; Fiocchi e coll., 2003; Greenfield e Hennessy, 2006; Madeddu e coll., 2006)

ESAMI DI LABORATORIO

ESAMI DI LABORATORIO PER LA PRESCRIZIONE DEGLI PSICOFARMACI

(questioni economiche e di responsabilità e rischi/benefici)

❑ **PROTOCOLLO DI BASE DI ESAMI DI LABORATORIO E INDAGINI STRUMENTALI**

- indicato per ricercare sulle diverse aree di possibile disfunzione organica
- indicato da: anamnesi, quadro clinico e valutazioni laboratoristiche e strumentali precedenti sul paziente
- breve e selettivo per i pazienti senza segni e sintomi di malattia organica
- con raccomandazioni per test di funzionalità epatica, renale, tiroidea, glicemia, elettroliti, emocromo con formula leucocitaria, ECG, TX Torace, EEG, esame tossicologico delle urine, ...

❑ **PROTOCOLLO SUPPLEMENTARE (di approfondimento)**

- esame tossicologico nelle urine o nel sangue, livelli plasmatici dei farmaci, rachicentesi, TC, RM, potenziali evocati (PE),

(Hall e Beresford, 1984; Hoffman e Koran, 1984; Rosse e coll., 1989; Morihisa e coll., 2003; Marangell, 2003)

ESAMI DI LABORATORIO

ESAMI DI LABORATORIO PER LA PRESCRIZIONE DEGLI ANTIPSICOTICI TIPICI (AP)

☐ **TIPICI**

- **test di funzionalità epatica** (epatiti con iperbilirubinemia diretta, ipertransaminasemia e aumento di fosfatasi alcalina da clorpromazina),
- **emocromo con formula leucocitaria** (leucopenia transitoria e raramente agranulocitosi da clorpromazina e tioridazina)
- **livelli sierici di potassio, glicemia, lipidemia**
- **prolattina** (iperprolattinemia per interferenza con la dopamina)

(Kaplan e Sadock, 2001; APA, 2003; Marangell, 2003; Woo e coll., 2005; Stahl, 2005)

INDAGINI STRUMENTALI

INDAGINI STRUMENTALI PER LA PRESCRIZIONE DEGLI ANTIPSICOTICI TIPICI (AP)

☐ **TIPICI**

- **monitoraggio pressorio** (ipotensione da clorpromazina e tioridazina, ipertensione associata a aumento del peso corporeo)
- **monitoraggio del peso corporeo IMC** (aumento ponderale nel 50%), nel breve termine (10 settimane) (aloperidolo Kg 1,1)
- **monitoraggio ECG** (tachicardia, allungamento dell'intervallo QT e PR, inversione e aspetto bifasico delle onde T, comparsa di onde U e aritmie ventricolari da clorpromazina, tioridazina e pimozide)
- **monitoraggio EEG** (abbassamento soglia convulsiva negli epilettici e nei soggetti con lesione cerebrale organica da clorpromazina e tioridazina, meno con flufenazina)

(Kaplan e Sadock, 2001; APA, 2003; Marangell, 2003; Wilkaitis e coll., 2005; Marder e Wirshing, 2005; Stahl, 2005)

ASPETTI CLINICI

SETTING OPERATIVO

***ASSESSMENT
PSICODIAGNOSTICO***

STRUMENTI DIAGNOSTICI

VALUTAZIONE

E.Manzato



ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Fiocchi A., Pianezzola P., Rigamonti S., Capellini P., Capellini C., Migliari E. “ La diagnosi e la valutazione di efficacia del trattamento nella pratica clinica della Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze”. *In Manzato E., Strpparola G. L'assessment diagnostico nella pratica clinica delle dipendenze, FrancoAngeli, in press 2007.*



❖ Gli strumenti utilizzati per l'assessment diagnostico nelle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (*Progetto Mosaico ASL Provincia di Milano 3*) sono:

- **Colloquio clinico, visita psichiatrica, visita medica**
- **Esami di laboratorio ed indagini strumentali** (screening ed approfondimento)
- **Strumenti psicodiagnostici standardizzati** (assessment diagnostico- I° e II° livello e di monitoraggio 3, 6, 12, 24 mesi, follow-up 2, 5 anni)
- Strumenti di I° livello: **EuropASI, MAC**
- Strumenti di II° livello: **SCL-90-R, SCID-I, SCID-II, WAIS-R , SAT-P, TPQ**

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Strumenti scelti per la valutazione di “primo livello”

Strumenti di “primo livello”	Variabili indagate	Tempo di somministrazione	Chi lo somministra
EuropASI (Blanken, 1995)	Indice di gravità per area: <ul style="list-style-type: none"> ▪ medica ▪ lavoro/sostentamento ▪ uso di sostanze psicoattive ▪ uso di alcol ▪ situazione legale ▪ relazioni familiari/sociali ▪ compenso psichico 	50 minuti	Assistente Sociale
MAC (Spiller, 1998)	Motivazione al cambiamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ stadio della motivazione ▪ disponibilità al cambiamento ▪ autoefficacia 	5 minuti	Assistente Sociale
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ frattura interiore 		
Esami medici e metaboliti urinari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stato della dipendenza/abuso ▪ stato di salute 		Medico del SERT e Medico Curante

(Fiocchi e coll., 2007 in press)

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Strumenti scelti per la valutazione di “secondo livello”

Strumenti di “secondo livello”	Aree indagate	Tempo di somministrazione	Chi lo somministra
SCID-I (First, 1997)	Disturbi psichiatrici (DSM-IV-TR)	60 minuti	Psichiatra
SCID-II (First, 1997)	Disturbi di personalità (DSM-IV-TR)	60 minuti	Psicologo
WAIS-R (Wechsler, 1997)	Livello intellettivo (QI)	60 minuti	Psicologo
SCL-90 (Derogatis, 1994, 1997)	Screening sintomatologia psichiatrica <ul style="list-style-type: none"> ▪ somatizzazione ▪ depressione ▪ ossessività e compulsività ▪ sensibilità ai rapporti interspers. ▪ ansia ▪ ostilità ▪ ansia fobica ▪ ideazione paranoide ▪ psicoticismo ▪ altre 	10 minuti	Psicologo
SAT-P (Majani, 1998)	Soddisfazione circa la qualità di vita <ul style="list-style-type: none"> ▪ funzionalità psicologica ▪ funzionalità fisica ▪ lavoro ▪ sonno, alimentazione, tempo libero ▪ funzionalità sociale 	5 minuti	Educatore o Psicologo
TPQ (Marsden, 2000a, b)	▪ grado di soddisfazione circa il trattamento in corso	5 minuti	Educatore o Psicologo

(Fiocchi e coll., 2007 in press)

E.Manzato



ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Tempi di somministrazione degli strumenti durante il trattamento residenziale

	Assessment (30-90 giorni)	Monitoraggio (ogni 3-6 mesi e al bisogno)	Alla dimissione (12 o 24 mesi)	Follow-up (a 2 e 5 anni dalla dimissione)
SCID-I	X			
SCID-II	X			
WAIS-R	X			
EuropASI	X		X	X
Cataboliti urinari	X	X	X	
MAC	X	X	X	X
SCL-90	X	X	X	X
SAT/P	X	X	X	X
TPO		X	X	

(Fiocchi e coll., 2007 in press)

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Madeddu F., Fiocchi A., Rigliano P., Migliari E., Pianezzola P., Violino A. “ I servizi specialistici per la cura di tossicodipendenti con complicanze psichiatriche e psicopatologiche”. *In Madeddu F., Fiocchi A., Pianezzola P. Tossicodipendenze, marginalità e fragilità sociale. Interventi specialistici nelle strutture residenziali e semiresidenziali del welfare lombardo. FrancoAngeli, 2006.*



- ❖ La fase di accoglienza e di presa in carico nei servizi pubblici ambulatoriali, nei centri semiresidenziali e nelle comunità terapeutiche prevede:
 - **valutazione multidisciplinare e multidimensionale standardizzata con diagnosi secondo i criteri diagnostici del DSM IV** (standardizzazione del “linguaggio diagnostico”)
 - **valutazione psichiatrica** (disturbi psichiatrici e di personalità) **clinica e con strumenti psicodiagnostici** (SCL-90, SCID I e II, MMPI, Wais-R, Rorschach).
- ❖ I criteri adottati dall'equipe per la definizione dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati per la comorbidità psichiatrica si riferiscono a:
 - ❖ **paziente, contesto di provenienza e sistema di intervento**
 - ❖ **gravità stimata in base alla tipologia di paziente e alla gravità psicosociale:**
 - ❖ **1 condizione medica, 2 lavorativa/di sostentamento, 3 uso di alcol e/o sostanze, 4 condizione legale, 5 relazioni familiari/sociali, 6 condizione psichica**

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Tab. 42 - Valutazione della gravità del paziente con strumenti standardizzati

Strumenti	Punteggio/Descrizione gravità		
	Lieve	Moderata	Grave
SCID1/Criteri clinici DSM-IV	Disturbo lieve (criterio DSM-IV-TR)	Disturbo moderato (criterio DSM-IV-TR)	Disturbo grave (criterio DSM-IV-TR)
SCID2/MMPI2	Disturbo lieve (criterio DSM-IV-TR)	Disturbo moderato (criterio DSM-IV-TR)	Disturbo grave (criterio DSM-IV-TR)
EuropASI (per area)	2-3	4-5	6-9

(Madeddu e coll., 2006)

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

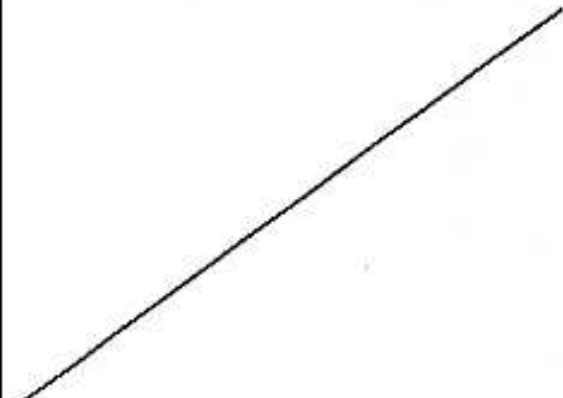
Tab. 40 - Tipologia di pazienti con comorbidità psichiatrico-tossicomantica

Tipologie pazienti	Paziente con complessa dipendenza da sostanze o abuso e contemporanei problemi psichiatrici in buon compenso	Paziente con prevalente disturbo psicopatologico e contemporanea dipendenza da sostanze o abuso	Paziente con dipendenza da sostanze o abuso e disturbo psichiatrico scompensato
Criterio asse I	Dipendenza da sostanze o abuso (senza poliassunzione) Disturbi dell'umore meno gravi e/o compensati e disturbi d'ansia pregressi	Dipendenza da sostanze o abuso (poliassunzione) Diagnosi attuale di disturbi d'ansia e disturbi dell'umore	Dipendenza da sostanze o poliabuso Diagnosi di disturbi del pensiero e/o gravi disturbi dell'umore
Criterio asse II	Disturbi di personalità cluster A e C	Disturbi di personalità di cluster B eventualmente associati ad altri disturbi di personalità	Gravi disturbi di personalità borderline anche associati ad altri disturbi di personalità
Trattamento	Seriale o parallelo	Parallelo o integrato	Integrato
Ruoli	Presa in carico ambulatoriale DDD Consulente = DSM	Presa in carico DDD e residenziale EAA Consulente = DSM	Doppia presa in carico DDD/DSM e residenziale EAA

(Madeddu e coll., 2006)

ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICO

Tab. 41 - Livelli di gravità assistenziale

<i>Livello di bassa gravità</i>	<i>Livello di media gravità</i>	<i>Livello di alta gravità</i>
Paziente con complessa dipendenza da sostanze o abuso e contemporanei problemi psichiatrici in buon compenso con meno di 3 aree in cui il trattamento sia necessario o assolutamente necessario	Paziente con prevalente disturbo psicopatologico e contemporanea dipendenza da sostanze o abuso con meno di 3 aree in cui il trattamento sia necessario o assolutamente necessario	Paziente con dipendenza da sostanze o abuso e disturbo psichiatrico scompensato
	Paziente con complessa dipendenza da sostanze o abuso e contemporanei problemi psichiatrici in buon compenso con più di 3 aree in cui il trattamento sia necessario o assolutamente necessario	Paziente con prevalente disturbo psicopatologico e contemporanea dipendenza da sostanze o abuso con più di 3 aree in cui il trattamento sia necessario o assolutamente necessario

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

Delle Chiaie R. "Alcol". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.



❖ PROBLEMI OPERATIVI

❖ Valutazione scrupolosa ed evolutiva del disturbo ed un' osservazione prolungata

❖ Operazioni diagnostiche sequenziate:

➤ **prima operazione:** verifica dell'effettiva presenza di una diagnosi doppia (disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze)

➤ **seconda operazione:** verificare dell'età di insorgenza del disturbo psichiatrico

➤ **terza operazione:** valutazione della presenza di disturbi psichiatrici durante i progressi periodi di astinenza dalle sostanze

➤ **quarta operazione:** monitoraggio scrupoloso delle condizioni cliniche per verificare la tendenza alla regressione dei sintomi psicopatologici con la progressione dell'astinenza dalle sostanze

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

Sullivan J.K., Evans K. "Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent". *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 4, 1994.



❖ Per fare una **diagnosi corretta ed accurata** nella condizione clinica di doppia diagnosi, è necessario seguire **6 regole decisionali (3 maggiori e 3 minori)**:

- 1. momento di esordio** dell'episodio depressivo (precedente o successivo all'abuso di sostanze)
- 2. persistenza** del disturbo depressivo dopo quattro settimane dalla disintossicazione
- 3. caratteristiche sintomatologiche** del quadro clinico (sintomi qualitativamente differenti)
 1. familiarità positiva per disturbi dell'umore
 2. precedenti tentativi terapeutici falliti per dipendenza da sostanze psicoattive e/o per disturbi psichiatrici
 3. eventuale risposta terapeutica a pregressi trattamenti psicofarmacologici

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE

ASPETTI OPERATIVI

Pancheri P. "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

Pancheri P. "La schizofrenia". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

❖ La procedura diagnostica nel caso di una condizione clinica con storia e stato di sintomatologia psicotica ed assunzione pregressa o attuale di sostanze prevede 3 livelli:

- **I° Livello DIAGNOSI CATEGORIALE**
- **II° Livello INQUADRAMENTO DIMENSIONALE**
- **III° Livello DEFINIZIONE INTERPRETATIVA**

3 criteri di massima sul rapporto causale:

familiarità

sequenza temporale

reversibilità da sospensione

ASPETTI CLINICI

SETTING OPERATIVO

***ASSESSMENT
PSICODIAGNOSTICO***

STRUMENTI DIAGNOSTICI

VALUTAZIONE

E.Manzato



STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI

Tab. 1 - Tempi medi di somministrazione, di elaborazione e di restituzione di questionari e di test psicologici

Test	Tempo di somministrazione	Tempo di codifica/elaborazione	Tempo di restituzione	Tempi Totali (ore/min)
MAC/E	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
ASI	1.30 ore	20 min.	1 ora	2.50 ore
VGf	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
SVFSL	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
CGI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
HDRS	20 min.	10 min.	1 ora	1.30 ore
STAI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore
STAXI	20 min.	20 min.	1 ora	1.40 ore
MMPI 2	2 ore	1.30 ore	1 ora	4.30 ore
SCID P	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
SCID II	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore
TGI	1 ora	40 min.	1 ora	2.40 ore
RORSCHACH	1.30 ore	2 ore	1 ora	4.30 ore
TAT	2 ore	2 ore	1 ora	5.00 ore
WAIS-R	2 ore	30 min.	1 ora	3.30 ore
FRT	1 ora	45 min.	1 ora	2.45 ore
CBA 2.0	45 min.	1 ora	1 ora	2.45 ore
SCL 90	15 min.	30 min.	1 ora	1.45 ore

(Manzato e Fea, 2004)

HDRS- HAMD

Hamilton Depression Rating Scale

HDRS (Scala per la misurazione dello stato depressivo) elaborata da Hamilton (1960)

E' una scala di valutazione composta da vari item (17, **21**, 26) che indagano aspetti clinici riferibili alla condizione depressiva. Alcuni sono **segni obiettivi** rilevabili dall'esaminatore (perdita di peso, rallentamento,...), altri sono **sintomi riferiti** dal paziente (senso di colpa, idee di suicidio,...)

La scala fornisce una valutazione quantitativa e sintetica della situazione clinica del paziente. In ogni caso i punteggi sono un modo di registrare il giudizio dell'esaminatore e la valutazione deve tener conto di tutte le informazioni disponibili da parte del clinico

Viene utilizzata:

- per valutare sintomi depressivi in diversi disturbi psichiatrici
- per valutare sintomi depressivi in diverse categorie
- per valutare la relazione del disturbo depressivo con altre variabili
- per verificare il trattamento farmacologico e i trattamenti psicoterapeutici dei disturbi depressivi

HDRS- HAMD

Hamilton Depression Rating Scale

La scala è compilata dall'esaminatore dopo il colloquio clinico, gli item sono valutati secondo varie scale: 10 a 5 punti (0-4), 2 a 4 punti (0-3) e 9 a 3 punti (0-2).

La scala **consente di misurare la condizione clinica attuale** del paziente e **le modificazioni della sintomatologia nel tempo**, considerando gli ultimi giorni fino ad una settimana prima dell'intervista (valutazione pre-trattamento, intermedia e post-trattamento)

Generalmente i primi 17 item sono considerati quelli nucleari della depressione ed è su questi che viene definito il cut off di gravità

GRAVE	MODERATA	LIEVE	ASSENZA
≥ 25	18 - 24	8-17	≤ 7

Fattorializzazione di Cleary e Guy (1977)

Fatt. I: Ansia/Somatizzazione, 6 item (n° 10, 11, 12, 13, 15, 17)

Fatt. II: Peso, 2 item (n° 16A, 16B)

Fatt. III: Disturbi cognitivi, 6 item (n° 2, 3, 9, 19, 20, 21)

Fatt. IV: Variazioni diurne, 2 item (n° 18A, 18B)

Fatt. V: Rallentamento, 4 item (n° 1, 7, 8, 14)

Fatt. VI: Disturbi del Sonno, 3 item (n° 4, 5, 6)



HDRS- HAMD

Hamilton Depression Rating Scale

Liappas J., Paparrigopoulos T., Malitas P., Tzavellas E., Christodoulou G. "Mirtazapine improves alcohol detoxification". *Journal of Psychopharmacology*, 18, 1, 2004.

- ❖ **Viene valutata la mirtazapina (30-60 mg/die) (doppia azione serotoninergica e noradrenergica e sicurezza) combinata con psicoterapia cognitivo-comportamentale a breve termine per il trattamento di sintomi ansioso e depressivi durante la fase post disintossicazione (1 settimana di disintossicazione + 4-5 settimane) di 77 alcolisti.**
- ❖ Viene fatta una valutazione di due gruppi: il I di 39 pazienti (controlli) (6 dropouts 15.4%) trattati con protocollo standard, il II di 38 pazienti (3 dropouts 7.9%) con associazione di mirtazapina.
- ❖ Viene eseguito un assessment clinico e con strumenti psicodiagnostici: **CIDI** (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), **scala del funzionamento globale (GAS)**, **HDRS** (Hamilton Depression Rating Scale), **HARS** (Hamilton Anxiety Rating Scale), **CIWA-AR**
- ❖ **Vengono evidenziati a patire dal time point 2 fino alla fine (time point 3) significative riduzioni nell'HDRS, nell'HARS, nella VAS dep e anx e miglioramenti nella GAS nel gruppo mirtazapina (p < 0.001)**
- ❖ Viene evidenziato per la mirtazapina una sostanziale riduzione di ansia, depressione, malessere soggettivo (senza effetti indesiderati sessuali) e una migliore compliance nel trattamento e nell'inizio del programma a lungo termine per la dipendenza

HDRS- HAMD

Hamilton Depression Rating Scale

Table 1 Mean \pm SD scores of the various measures of psychopathology and sequential comparisons between the control and the mirtazapine augmentation group (independent samples *t*-test) at the different time points of assessment (time 0 to time 3)

Variable (mean \pm SD) Controls versus mirtazapine	First assessment (time 0)	Second assessment (time 1)	Third assessment (time 2)	Fourth assessment (time 3)
HDRS	37.5 \pm 7.1	30.0 \pm 9.0	20.7 \pm 8.9	8.6 \pm 6.5
	39.8 \pm 8.3	33.8 \pm 6.4	9.4 \pm 4.2***	3.9 \pm 3.2**
HARS	27.7 \pm 11.6	22.3 \pm 11.1	16.8 \pm 8.6	9.2 \pm 6.7
	32.3 \pm 10.3	25.9 \pm 8.9	8.4 \pm 4.4***	4.9 \pm 4.3**
HARS psychiatric	16.5 \pm 7.6	13.9 \pm 6.5	10.4 \pm 5.5	6.0 \pm 4.7
	19.0 \pm 4.6	16.1 \pm 4.1	5.4 \pm 2.9***	3.1 \pm 3.1**
HARS somatic	9.8 \pm 6.7	8.4 \pm 6.3	6.4 \pm 5.2	3.5 \pm 4.1
	12.5 \pm 6.5	10.0 \pm 5.6	2.6 \pm 2.1**	1.6 \pm 1.9*
GAS	47.5 \pm 5.7	56.2 \pm 7.1	67.2 \pm 9.2	80.9 \pm 9.6
	46.0 \pm 5.5	55.1 \pm 5.6	78.9 \pm 7.9***	86.9 \pm 5.8**
VAS _{anx}	78.7 \pm 18.5	67.8 \pm 17.0	50.0 \pm 18.2	20.9 \pm 15.5
	88.3 \pm 14.7*	72.1 \pm 16.2	23.4 \pm 17.8***	4.3 \pm 6.3***
VAS _{dep}	81.2 \pm 16.1	66.2 \pm 14.7	50.6 \pm 14.9	17.3 \pm 14.6
	88.6 \pm 13.5*	70.8 \pm 15.9	22.7 \pm 18.3***	5.3 \pm 9.5***

Degrees of freedom = 48, **p* < 0.05, ***p* < 0.01, ****p* < 0.001. HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; HARS, Hamilton Anxiety Rating Scale; GAS; Global Assessment Scale; VAS_{dep}, visual analog scales for depression; VAS_{anx}, visual analog scales for anxiety.

(Liappas e coll., 2004)

ASI

Addiction Severity Index

E' un'intervista **semistrutturata**, elaborata da McLellan e colleghi (1979), (adattamento italiano di Consoli e Bennardo, 1995) specifica del settore delle dipendenze da sostanze psicoattive che **permette di descrivere il profilo di gravità dei problemi** del singolo paziente mediante l'analisi in **sette aree problematiche**:

Condizione Medica

Condizione Lavorativa

Uso di Droga

Uso di Alcol

Status Legale

Relazioni Familiari/Sociali

Stato Psicico

La dipendenza da sostanze psicoattive è un complesso di problemi medici, sociali, familiari, penali e psicologici

Questi problemi si combinano tra di loro in vario modo nel sostenere la dipendenza da sostanze psicoattive e nel creare **diverse necessità di cura**

ASI

Addiction Severity Index

La Valutazione della Gravità

La **gravità** è intesa come **bisogno di trattamento ulteriore o di cure aggiuntive o di cure nuove** se il paziente sta già svolgendo un trattamento

Per ognuno dei 7 settori esaminati viene svolta una valutazione della gravità

La gravità è basata sugli indici di quantità, di durata e di intensità dei sintomi: al crescere di questi, cresce la necessità di cure

La valutazione della gravità è indipendente dall'efficacia stessa del trattamento

La valutazione di gravità (**severity rating**) può essere utilizzata **a scopo clinico o come predittore di risultato (prognosi)**, ma per la **misura dei risultati** si usano i **punteggi composti (composite score)**

ASI

Addiction Severity Index

PUNTEGGIO DI GRAVITA' – SEVERITY RATINGS

0 – 1	Nessun problema reale, trattamento non indicato
2 – 3	Lieve problema, trattamento probabilmente non necessario
4 – 5	Problema moderato, indicato qualche trattamento
6 – 7	Problema considerevole, trattamento necessario
8 - 9	Problema grave, trattamento assolutamente necessario

BASSO	0 - 3
MEDIO	4 - 6
ALTO	7 - 9

EUROP-ASI

Di Furia L., Pizza M., Caverzan F., Rizzo M., Savani N., Scivittaro F.” Comorbidità psichiatrica nelle dipendenze. Studio su un campione di pazienti afferenti al Dipartimento per le Dipendenze”. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l’Alcoolismo*, 1-2, 2005.

- ❖ **Viene valutata la prevalenza della comorbidità psichiatrica in un campione di tossicodipendenti** gestiti dal Dipartimento per le Dipendenze di Padova ed afferiti da dicembre 2001 a dicembre 2002
- ❖ **Viene analizzato un gruppo di 75 tossicodipendenti** che completano l’EuropASI, di questi **47** concludono anche la CIDI-C, 11 non accettano di continuare lo studio e 17 interrompono l’intervista in corso
- ❖ Viene fatta **una valutazione clinica, una valutazione tossicologica, una valutazione multidimensionale** con l’intervista semistrutturata **Europ-ASI** e con l’intervista strutturata **CIDI-C (OMS 1998)**, che permette di formulare diagnosi psichiatriche lifetime sia secondo il DSM-IV che l’ICD-10. I due strumenti EuropASI e CIDI-C presentano una corrispondenza nel rilievo dei disturbi psichici tra EuropASI e CIDI-C
- ❖ **Viene evidenziata la necessità di studiare meglio i pazienti e di eseguire una valutazione diagnostica completa prima della presa in carico e dell’ inizio del trattamento**, in modo da individuare dei sottogruppi di pazienti che necessitano di interventi diversificati, multidisciplinari e integrati per evitare il rischio di cronicizzazione

EUROP-ASI

Tabella 4. Europ Asi-Condizione psichica riferita (N=75)

	<i>n</i>	%
Ansia (*)	25	33.8
Depressione (*)	20	20.3
Prescrizioni farmacologiche	15	20.0
Pensieri suicidari (lifetime)	31	41.3
Comportamento suicidario (lifetime)	13	17.3
Comportamento violento	9	12.0
Allucinazioni	4	5.3

(*) Statistica su 74 risposte valide

(Di Furia e coll., 2005)

EUROP-ASI

Tabella 5. CIDI: Frequenza di comorbidità con diagnosi DSM-IV (N=47)

<i>Diagnosi</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Disturbo d'ansia	16	34.0
Disturbi somatoformi	5	10.6
Disturbi dell'umore	2	4.5 ^(°)
Disturbi del comportamento alimentare	1	2.6 ^(*)
Disturbi psicotici	1	2.1
Comorbidità assoluta	20	42.6

(°) Percentuale calcolata su 44 risposte valide

() Percentuale calcolata su 39 risposte valide*

(Di Furia e coll., 2006)

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

E' uno strumento elaborato da Derogatis e colleghi (1970) per la valutazione generale della sintomatologia psichiatrica

E' **autosomministrata** e può essere utilizzata con pazienti che non sono gravemente psicotici

Si può usare per valutare il decorso clinico: valutazione pretrattamento, intermedia e post-trattamento

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

E' composta da 90 domande che si raggruppano intorno a **9 dimensioni** che sottendono la maggior parte dei sintomi manifestati da pazienti psichiatrici ambulatoriali, non gravemente psicotici

Le dimensioni

Somatizzazione

Ossessività-Compulsività

Sensitività

Depressione

Ansia

Collera-Ostilità

Ansia-Fobia

Ideazione Paranoide

Psicoticismo

E.Manzato

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

Fiocchi A., Pianezzola P., Rigamonti S., Capellini P., Capellini C., Migliari E. “ La diagnosi e la valutazione di efficacia del trattamento nella pratica clinica della Strutture Riabilitative del Sistema delle Dipendenze”. *In Manzato E., Strepparola G. L'assessment diagnostico nella pratica clinica delle dipendenze, FrancoAngeli, in press 2007.*

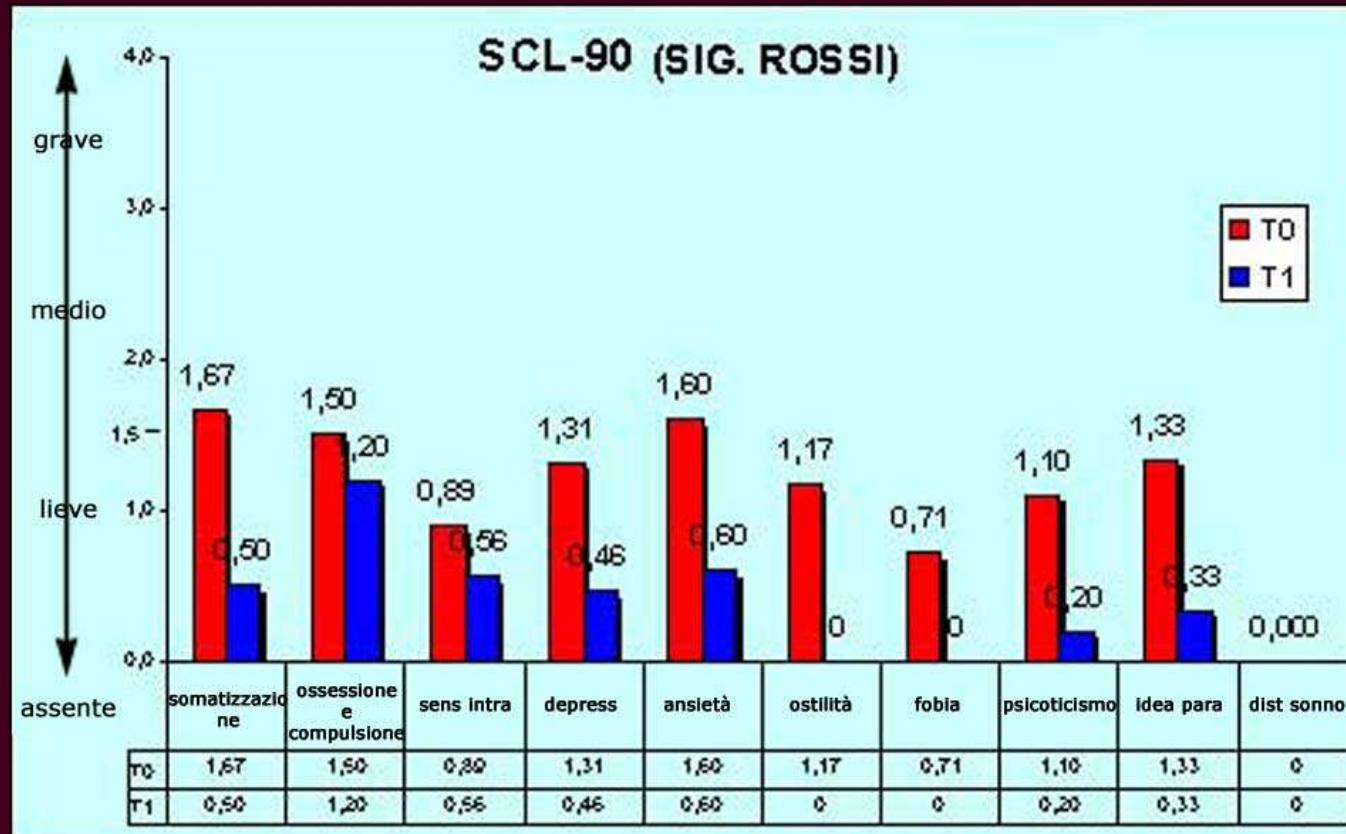


- ❖ **Gli strumenti utilizzati per l'assessment diagnostico** nelle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (*Progetto Mosaico ASL Provincia di Milano 3*) sono:
 - **Colloquio clinico, visita psichiatrica, visita medica**
 - **Esami di laboratorio ed indagini strumentali** (screening ed approfondimento)
 - **Strumenti psicodiagnostici standardizzati** (assessment diagnostico- I° e II° livello e di monitoraggio 3, 6, 12, 24 mesi, follow-up 2, 5 anni)
 - Strumenti di I° livello: **EuropASI, MAC**
 - Strumenti di II° livello: **SCL-90-R, SCID-I°, SCID-II°, WAIS-R , SAT-P, TPQ**

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

Profilo della sintomatologia psicopatologica di sig. Rossi al tempo (T0) e a 6 mesi di trattamento (T1)



	T ₀	T ₁
GT – TOTALE GENERALE	113	41
GSI – Indice di gravità globale	1,26	0,46
PST - Totale sintomi positivi	53	27
PSDI – Indice del distress dei sintomi positivi	2,13	1,52

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
È un questionario di personalità ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo ideato da Hathaway e McKinley (1940)

Pur mantenendo una continuità con lo strumento originale, è stato sottoposto a nuova standardizzazione apportando cambiamenti alle scale originali, validandone di nuove, rendendolo più rappresentativo per i soggetti contemporanei da parte di Butcher e colleghi (1989)

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Scale Cliniche

scala 1 – Hs: Ipocondria (*Hypochondrias*), valuta la preoccupazione abnorme, psiconevrotica del proprio stato di salute

scala 2 – D: Depressione (*Depression*), è una misura della depressione sintomatica

scala 3 – Hy: Isteria (*Hysteria*), è una misura del disturbo di conversione

scala 4 – Pd: Deviazione Psicopatica (*Psychopathic Deviate*), è considerata una misura della tendenza antisociale o di comportamento psicopatico

scala 5 – Mf: Mascolinità-Femminilità (*Masculinity-Femininity*), valuta tratti di personalità riguardanti l'inversione sessuale maschile e gli omosessuali maschi che presentano interessi di tipo femminile

scala 6 – Pa: Paranoia (*Paranoia*), valuta la rigidità, l'ostilità, la sospettosità e la sensibilità interpersonale eccessiva che generalmente sono presenti nei disturbi di tipo paranoide

scala 7 – Pt: Psicastenia (*Psychastenia*), evidenzia la presenza di ansia generalizzata, libera e più profonda; valuta i rituali fobici, le tendenze ossessive fino ad un'ideazione delirante

scala 8 – Sc: Schizofrenia (*Schizophrenia*), valuta la presenza di pensieri o comportamenti bizzarri, distorsioni o peculiarità della percezione che si possono riscontrare nel disturbo schizofrenico

scala 9 – Ma: Ipomania (*Hypomania*), è una misura del comportamento maniaco o ipomaniaco

scala 0 – Si: Introversione Sociale (*Social Introversion*), è una misura dell'introversione ed estroversione sociale

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Pieri M.C., Del Re A., Petio C., Saracino F., Guidotti V., Petrosemolo P., Comaschi C.A. “Uno studio osservazionale sul decorso clinico del paziente affetto da un disturbo da dipendenza da oppiacei con comorbilità psichiatrica in trattamento con sostitutivo e antipsicotico atipico”. *Mission*, 16, 2005.



❖ **Viene valutato un campione di tossicodipendenti** arruolati presso il SER.T Est di Bologna composto da **32 pazienti a metadone** e **13 pazienti a buprenorfina** suddivisi con la costruzione di **3 gruppi da 12 pazienti** scelti con metodologia statistica tra coloro che avevano accettato di partecipare allo studio osservazionale

❖ **I 3 gruppi (I metadone+olanzapina, II metadone, III buprenorfina)** vengono valutati ogni 2 mesi per un periodo di 6 mesi, l'assessment di valutazione prevede:

➤ al T 0: **MMPI-II** (Questionario a 567 item) e **SCID-II** (intervista semistrutturata a 112 domande)

➤ al T 0, 1, 2, 3 **BRMES** (Beck Rafaelsen Melancholia Scale) e **BRMAS** (Beck Rafaelsen Mania Scale)

➤ a tempi non programmati **controlli dei metaboliti urinari** (eroina, cocaina e cannabinoidi)

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Pieri M.C., Del Re A., Petio C., Saracino F., Guidotti V., Petrosemolo P., Comaschi C.A. “Uno studio osservazionale sul decorso clinico del paziente affetto da un disturbo da dipendenza da oppiacei con comorbidità psichiatrica in trattamento con sostitutivo e antipsicotico atipico”. *Mission*, 16, 2005.

❖ Lo studio evidenzia come **36** soggetti (100%) sono **dipendenti da eroina**, **16** (44,4%) usano sostanze stimolanti, **20** (55,5%) usano cocaina e **6** (16,7%) sono dipendenti da cocaina, **12** (33,3%) usano allucinogeni, **22** (61, 1%) usano cannabinoidi, **14** (38, 9%) abusano di alcol, **9** (25%) usano benzodiazepine; **29** soggetti (**80,5%**) presentano un uso lifetime di diverse classi di sostanze (**poliassuntori**)

❖ La **SCID-II** rileva **almeno 1 disturbo di personalità** in **26** soggetti (72,2%) con maggior prevalenza per i **disturbi del cluster B** in **22** soggetti (61,1%), in **12** soggetti (33,3%) **disturbo antisociale** e in **16** soggetti (44,4%) **disturbo borderline**

❖ L'**MMPI-II** evidenzia:

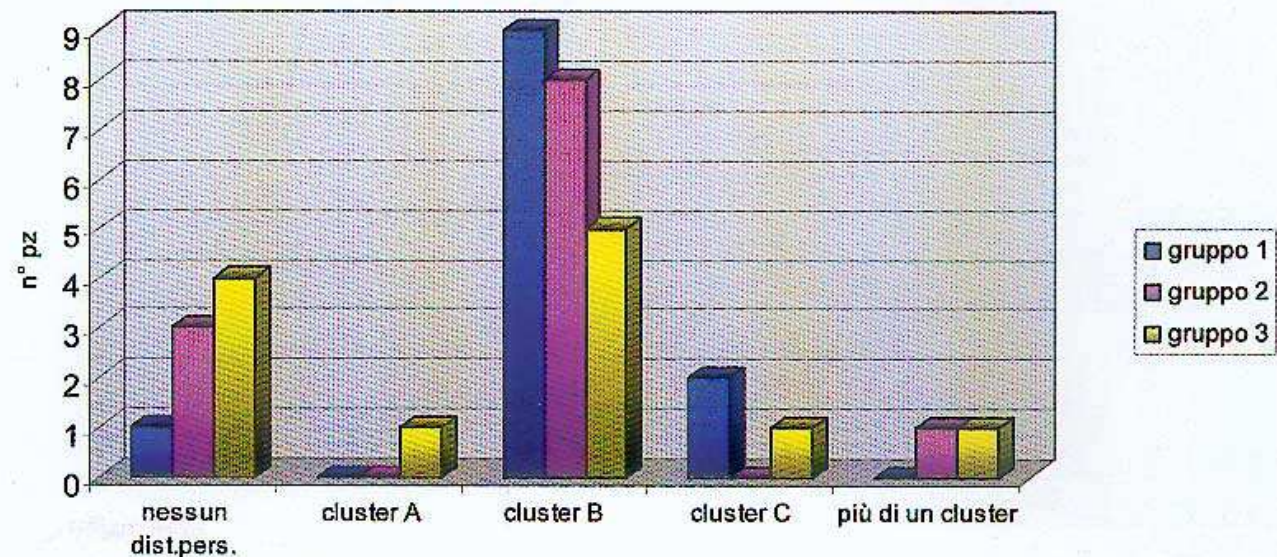
➤ i 3 gruppi si differenziano per il numero di soggetti che ottengono punteggi **>** a 65 (cut-off patologico) **nelle Scale di Base, Supplementari e di Contenuto**, il numero più alto è nel gruppo 2, il più basso nel 3 e l'1 è intermedio

➤ i 3 gruppi sono simili per il **numero altissimo di soggetti** (12 nel gruppo 1 e 2 e 11 nel 3) oltre il cut-off **nella Scala AAS** (scala di ammissione di tossicodipendenza) ed **alto** (9 nel 1, 7 nel 2 e 6 nel 3) **nella Scala Mac-R** (scala Mac Andrew di alcolismo rivista)

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Fig. 9 - Disturbi di personalità nei tre gruppi

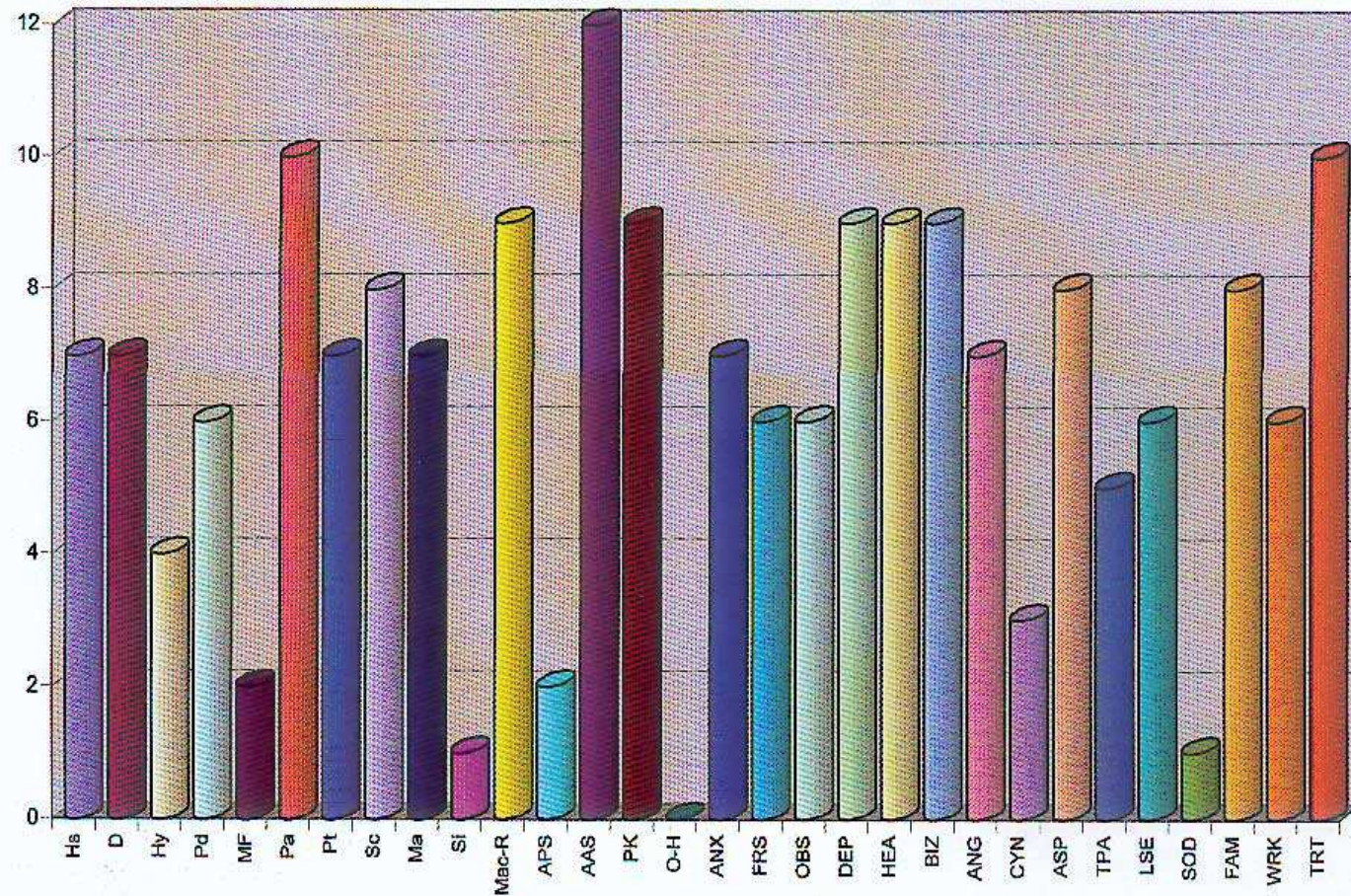


(Pieri e coll., 2005)

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

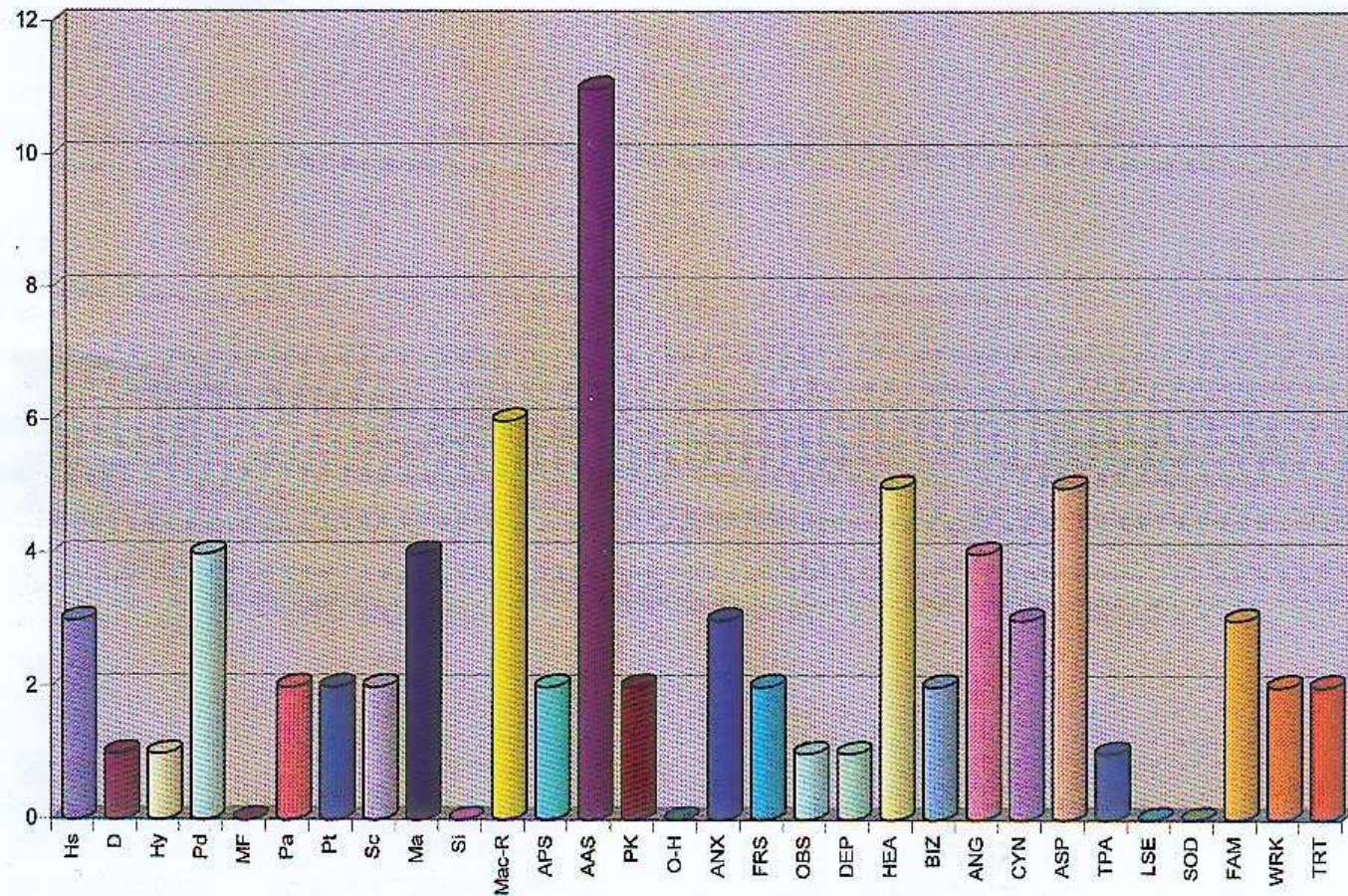
Fig. 10 - Gruppo 1



MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Fig. 11 - Gruppo 2

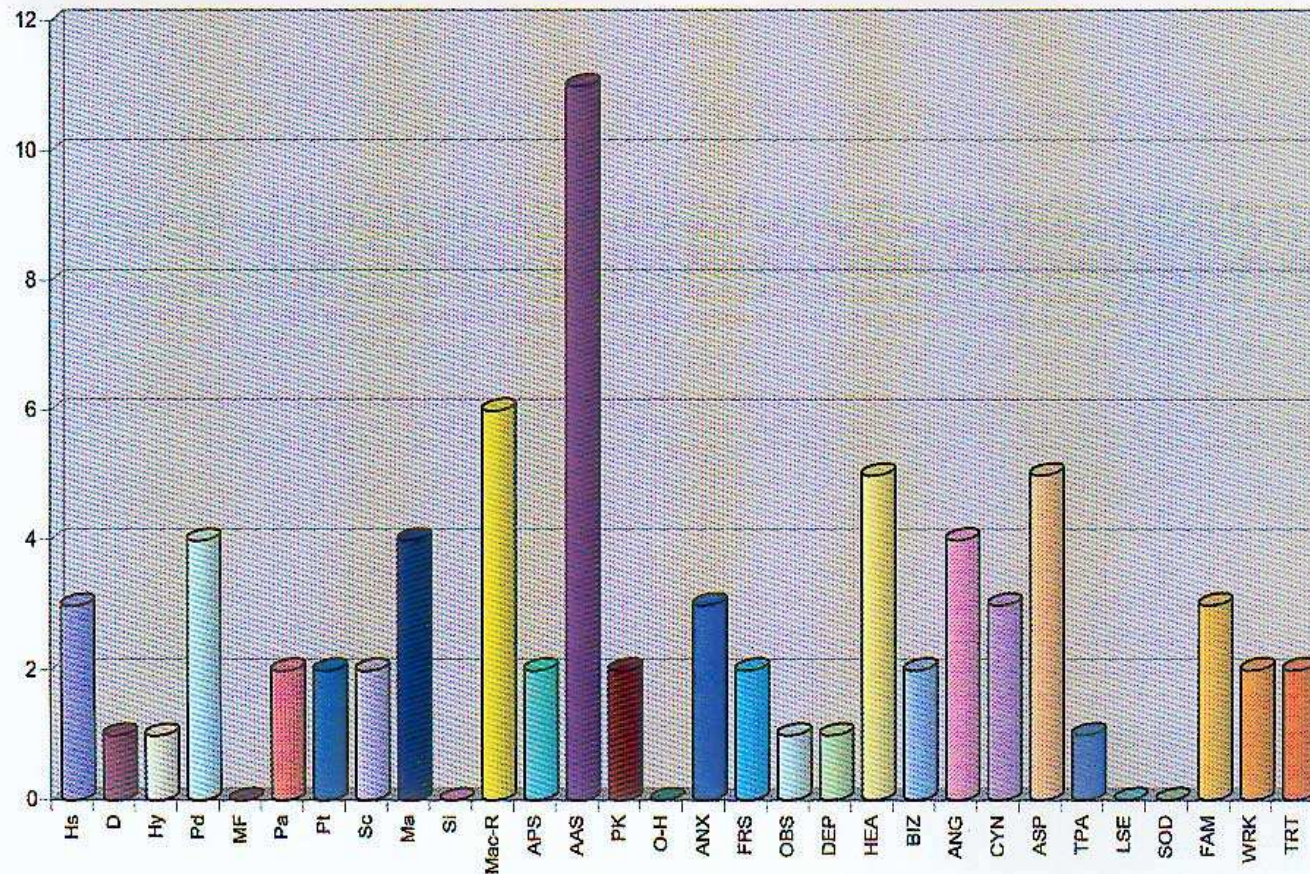


(Pierrelou, 2005)

MMPI-2

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Fig. 12 - Gruppo 3



(Tiere con., 2005)

SCID

Intervista Clinica Strutturata

1. **SCID-P**: (edizione per pazienti), somministrata in una seduta di 60/90 minuti, è destinata all'uso con soggetti identificati come pazienti psichiatrici e contiene i moduli diagnostici relativi all'ASSE I
2. **SCID-NP**: viene utilizzata in studi in cui i soggetti non sono identificati come pazienti psichiatrici (studi familiari e ricerche mediche). I moduli diagnostici della SCID-NP sono gli stessi della SCID P con screening psicotico
3. **SCID-PD**: viene usata per i disturbi psicotici non dell'umore
4. **SCID UP-R**: viene usata per i disturbi d'ansia, in particolare gli attacchi di panico e per l'angoscia anticipatoria
5. **SCID-NP-V**: viene usata per i disturbi post traumatici da stress
6. **SCID II**: viene usata per valutare 12 diversi disturbi di personalità dell'ASSE II, 11 sono nel DSM-III-R e il 12°, Disturbo Autofrustrante di personalità appare nell'Appendice A del DSM-III-R

Per rendere più agibile l'uso della SCID-II è possibile utilizzare il Questionario di Personalità autocompilato dal soggetto che permette di ottenere uno screening dei disturbi di personalità orientando l'intervista alle aree critiche individuate

SCID

Intervista Clinica Semistutturata

La **SCID-CV (SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder-CV)** è divisa in sei moduli relativamente autonomi

modulo A: episodi dell'umore

modulo B: sintomi psicotici

modulo C: disturbi psicotici

modulo D: disturbi dell'umore

modulo E: disturbi da uso di sostanze psicoattive

modulo F: ansia e altri disturbi

Per ognuno di questi disturbi la diagnosi è basata sulla valutazione dei criteri diagnostici: l'intervistatore deve formulare un giudizio clinico per valutare se un criterio diagnostico è soddisfatto o no

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

Boi G., Alberghina G., Baraldi F. “ Aggressività e struttura di personalità: indici testistici e loro applicazione su pazienti tossicodipendenti”. *Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo*, 3, 2001.



- ❖ **Lo studio è relativo ad una ricerca testistica riguarda 26 soggetti dipendenti da eroina in condizione drug free da almeno 2 mesi in programma ambulatoriale (SER.T di Ferrara, Copparo, Portomaggiore e Codigoro) o residenziale (CT di Cona, di Bondeno, di Argenta e di Migliaro) nel periodo 1998-2001.**
- ❖ **Lo scopo dello studio era di verificare se negli stessi pazienti fosse presente una differenza statisticamente significativa rispetto alle **valenze aggressive di personalità, non influenzate dall'uso delle sostanze.****
- ❖ **Sono stati somministrati alcuni strumenti testistici: **SCID-II** (Intervista Clinica per il DSM-III-R), **TCI** (Temperament and Character Inventory), **BDHI** (Inventario dell'Aggressività di Buss e Durkee) e **Rorschach****

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

Boi G., Alberghina G., Baraldi F. “ Aggressività e struttura di personalità: indici testistici e loro applicazione su pazienti tossicodipendenti”. *Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo*, 3, 2001.

❖ Alla **SCID-II**: 16 soggetti su 26 (61.5%) presentavano almeno un disturbo di personalità; 12 (46.1%) un disturbo di personalità antisociale (DPA) e 3 (11.5%) un disturbo di personalità borderline (DPB); 5 (19.2%) più di un disturbo di personalità

❖ Sono state rilevate correlazioni significative tra differenti aspetti del comportamento aggressivo; **il DPA e il DPB implicano la tendenza al passaggio all'atto**

➤ nel **DPA** si esprime come **vandalismo, distruttività, violenza ed irritabilità**

➤ nel **DPB** si esprime in **impulsività, comportamenti suicidari o automutilanti, rabbia immotivata**

❖ I test utilizzati rilevano **correlazioni significative tra differenti aspetti del comportamento aggressivo**, legato sia alla **strutturazione della personalità** dei soggetti (aspetti bio-neuro-fiso-psicologici), sia all'**immaturità affettiva dovuta alla carenza delle cure parentali**, inadeguate per sviluppare nei figli le competenze necessarie alla gestione delle emozioni. **Tali soggetti sono incapaci di gestire le valenze aggressive in modo costruttivo** (come risultante di un modello difettoso personale e familiare- non sviluppo sano)

DSQ 36

Defense Style Questionnaire

Il DSQ 36 è **strumento autosomministrato** che permette di rilevare la presenza degli stili difensivi lungo un continuum

I meccanismi di difesa (inconsci), che sono costrutti di provenienza psicoanalitica, possono essere descritti e misurati come correlati fenomenologicamente osservabili, che sono i **comportamenti difensivi consci (stili difensivi)**

permette di rilevare la presenza di uno dei tre stili difensivi lungo un continuum: **immaturo (stile 1)**, **nevrotico (stile 2)** e **maturo (stile 3)**.

immaturo (stile 1)

acting out, aggressione passiva, fantasia schizoide, proiezione, dissociazione, scissione, diniego, razionalizzazione, somatizzazione, svalutazione, isolamento, spostamento

nevrotico (stile 2)
idealizzazione, altruismo

formazione reattiva, pseudoaltruismo,

maturo (stile 3)
anticipazione

umorismo, repressione, sublimazione,

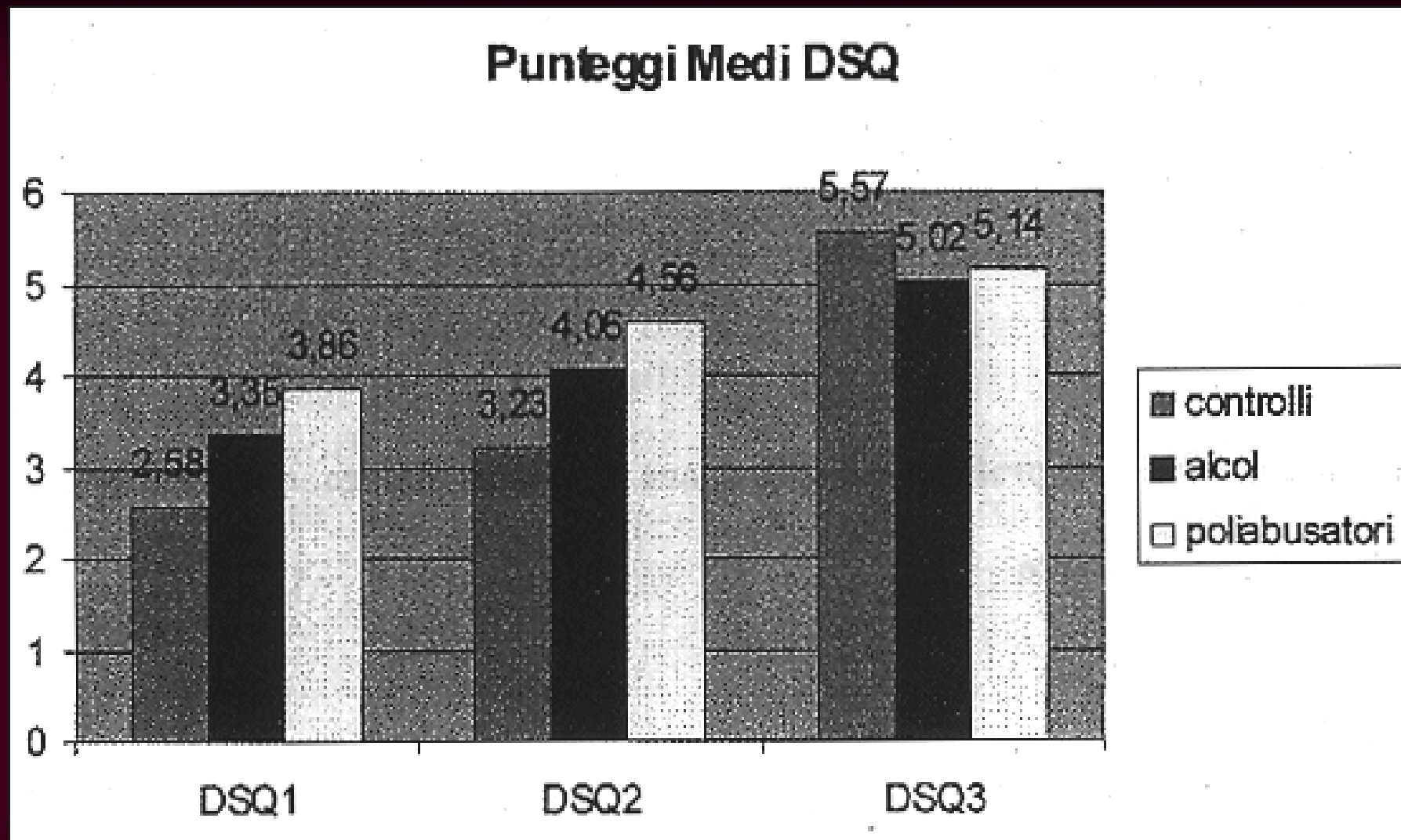
Defense Style Questionnaire DSQ 36

Madeddu F., Delucchi F., Prunas A., Di Mattei V., Masini M.G. "Stili difensivi e dipendenza da alcol". *Alcolologia*, 15, 1-2-3, 2003.



- ❖ **Viene valutato l'assetto difensivo (meccanismi difensivi = comportamenti difensivi) in un campione di alcolodipendenti (79 pazienti), in un campione di poliabusatori (55 pazienti, con uso di cannabinoidi, cocaina, amfetamine, benzodiazepine) (con un totale di 134 pazienti) e in un campione di controllo non clinico (120 volontari). I pazienti sono afferiti al Servizio Alcolodipendenze dell'Ospedale San Raffaele di Milano nel 1999-2001**
- ❖ Per l'assessment vengono utilizzati: **Questionario standardizzato per la raccolta dei dati anagrafici, una valutazione clinica per la valutazione di altri disturbi di Asse I e il Defense Style Questionnaire (DSQ-36)**, strumento autosomministrato che permette di rilevare la presenza di uno dei tre stili difensivi lungo un continuum: immaturo (**stile 1**), nevrotico (**stile 2**) e maturo (**stile 3**).
- ❖ Viene evidenziato come **gli stili difensivi degli alcolisti e dei poliabusatori:**
 - sono **sovrapponibili** rispetto ai punteggi medi rilevati sulle 3 scale del DSQ
 - sono **più disadattivi (prevalenza di difese di tipo immaturo e nevrotico)** rispetto al campione di controllo
 - gli **alcolisti poliabusatori utilizzano difese di "action" (acting out, ipocondriasi e aggressione passiva)**

Defense Style Questionnaire DSQ 36



(Madeddu e coll., 2003)

ASPETTI CLINICI

SETTING OPERATIVO

***ASSESSMENT
PSICODIAGNOSTICO***

STRUMENTI DIAGNOSTICI

VALUTAZIONE

E.Manzato



VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO

VARIABILI RELATIVE AL PAZIENTE

(Fattori predittori di esito)

❖ **VARIABILI DI COMORBILITA' PSICHIATRICA**

- **Abuso e dipendenza da altre sostanze (associata a esito peggiore)** (Rounsaville, 1987; Kranzler, 1996) (**nessuna associazione**) (Booth et al., 1991)
- **Gravità psichiatrica (associato a esito peggiore)** (McLellan, 1983; Kranzler et al., 1996) (**nessuna associazione**) (Booth et al., 1991)
- **Depressione maggiore (esito peggiore-uomini, esito migliore-donne)** (Rounsaville, 1987) (**associata a esito peggiore**) (Hesselbrok, 1991) (**associata a esito migliore**) (Kranzler et al., 1996) (**nessuna associazione**) (Schickit et al., 1985; O'Sullivan, 1988)
- **Disturbi di Personalità Cluster B (associati a ricadute e a esito peggiore)** (DeJong, 1993; Verheul, 1998) (**nessuna associazione**) (Sellman et al., 1997)
- **Disturbo di personalità Antisociale (associato a esito peggiore)** (Rounsaville, 1987; Hesselbrok, 1991; Kranzler et al., 1996; MATCH, 1997; Galen et al., 2000) (**nessuna associazione**) (Powell, 1992; Cacciola et al., 1995; Cannon et al., 1997; Verheul et al., 1999)

(Movalli, 2003)

ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA

EZIO MANZATO

SER.T 1 Servizio Alcolologia AZ.ULS 21
Legnago (Verona)

Commissione Nazionale "Dipendenze e
Psichiatri" di FederSerD

Scuola Superiore di Formazione in Psicoterapia di
Cremona (Ric. D.M. Università - Ricerca
Scientifica e Tecnologia 27.10.1994)

GRAZIE PER
L'ATTENZIONE



DIPENDENZE Nuovi Scenari e Nuovi Approcci
aspetti tecnici e scientifici
Verona 31 maggio 1 giugno 2007

E.Manzato

