

Disturbi psichiatrici correlati all'uso di sostanze



Graziano Bellio

Direttore dipartimento per le dipendenze – Az. ULSS n. 8
Castelfranco Veneto

La clinica delle dipendenze

non *solo*
V è V clinica psichiatrica

Controversie Diagnostiche

- Diagnosi di psicosi o disturbi maggiori dell'umore come delimitazione dell'area di competenza psichiatrica
- Primario vs secondario
- Disturbo di personalità antisociale
- Altri disturbi di personalità (borderline e cluster B)
- Dipendenza vs abuso vs uso

Controversie Diagnostiche

- Disturbo borderline
 - DSM IV TR Criterio 4:
 - impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate. **Nota** Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

Controversie Diagnostiche

- Nella discussione sulla comorbidità il problema della diagnosi è spesso sovradimensionato
- Una diagnosi unicamente nosografica rischia di diventare un elemento artificioso di marcatura del territorio e di delimitazione delle competenze

Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- La maggior parte dei tossico/alcooldipendenti mostra (o mostrerà) la presenza di altre diagnosi psichiatriche di asse I e II:
 - Disturbi di personalità
 - Disturbi dell'umore (d. bipolare II !!!)
 - Disturbi d'ansia
 - Disturbo post-traumatico da stress
 - ADHD dell'adulto
 - Disturbi psicotici
 - Altri disturbi (dell'alimentazione, dell'impulsività)

Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

DISTURBO ASSE I	PREVALENZA lifetime (%)
Disturbi dell'umore	27.0
• Depressione maggiore	20.6
• Disturbo bipolare	2.1
Disturbi d'ansia	14.9
• PTSD	5.9
Schizofrenia	< 1
Gioco d'azzardo patologico	12.6

Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

DISTURBO ASSE II	PREVALENZA lifetime (%)
Disturbo borderline	5.0 – 22.4
Disturbo paranoide	10.1
Disturbo narcisistico	5.3
Disturbo antisociale	3.0 – 27.0
Disturbo dipendente	4.6
Disturbo evitante	6.0

DISTURBI PSICHIATRICI E CONSUMO DI SOSTANZE



Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- **Disturbi mentali secondari e primari**
- Psicosi da eccitanti
- Psicosi da allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool
- Delirium / Delirium Tremens
- Disturbi affettivi
- Disturbo antisociale di personalità

Relazione tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici

1. L'uso di sostanze è causa del disturbo mentale (**disturbi da uso** di sostanze - **disturbi indotti** da sostanze)
2. L'uso di sostanze è secondario al disturbo mentale
 - a. con finalità di automedicazione
 - b. rinforzo dei sintomi psicopatologici
 - c. controbilanciamento di effetti degli psicofarmaci
3. L'uso di sostanze e il disturbo mentale sono indipendenti

Disturbi mentali indotti da sostanze

comparsa di sintomi psicopatologici che rappresentano la diretta conseguenza fisiologica dell'intossicazione (acuta o cronica) o dell'astinenza.

1. L'anamnesi, l'esame obiettivo o i test di laboratorio provano che:
 1. i sintomi si sviluppano durante, o comunque entro un mese da, una intossicazione (acuta o cronica) o astinenza
 2. l'uso della sostanza è correlato eziologicamente al disturbo
2. La sintomatologia non è meglio riferibile ad un disturbo non indotto da sostanze
 1. i sintomi precedono l'uso di sostanze
 2. i sintomi persistono oltre un mese dopo la cessazione dell'uso oppure sono in eccesso rispetto al tipo di sostanza, dose, durata d'uso
 3. ci sono indicazioni di indipendenza dei due disturbi (es. ricorrenze anche in periodi drug-free)

Disturbi mentali indotti da sostanze

1. I disturbi mentali indotti compaiono **solamente** in associazione con stati di astinenza o di intossicazione acuta o più frequentemente cronica e sono diagnosticabili solamente quando sono **in eccesso** rispetto a quelli che usualmente compaiono in quelle situazioni.
2. Il giudizio di “eccesso” è essenzialmente clinico
3. Pertanto la diagnosi differenziale sarà tra:
 1. sindrome di **intossicazione** (acuta o cronica) o **astinenza**
 2. **disturbi mentali primari**, non eziologicamente correlati alla sostanza
 3. **disturbi mentali indotti**, con psicopatologia eccedente le usuali sindromi di intossicazione o astinenza

Disturbi primari vs secondari

1. I disturbi mentali indotti non necessariamente devono rispettare tutti i criteri diagnostici richiesti dai disturbi primari (disturbi sottosoglia)
2. I disturbi indotti mostrano una plausibilità neurobiologica del sintomo con la sostanza usata e le sue caratteristiche farmacocinetiche, con la dose assunta e con la durata dell'abuso
3. Finestra temporale:



Disturbi primari vs secondari

<div> <div> → : CHRONIC INTOXICATION OR BINGE USE : ABSTINENCE OR MINIMAL USE </div> </div>		PRISM SECTION 2 - SUBSTANCE SCREENING	SUBJECT ID#: _____
1 year ago:		LAST 12 MONTHS	CURRENT:
Month/Year	Substance	Use	Month/Year
A L C			
C O C			
H E R			
C A N			
H A L			
S E D			
S T I			
O P I			
M E T			
O T			

Disturbi primari vs secondari

1. Disturbi mentali primari e secondari possono presentare diversità nella **natura psicopatologica** del sintomo e della sindrome (es. allucinazioni organiche vs allucinazioni in psicosi funzionali)
2. Disturbi primari possono avere una storia di **ricorrenze** anche precedente l'uso abituale
3. Può essere rilevabile **familiarità** per disturbi mentali primari e per disturbi da uso di sostanze
4. Un disturbo primario può essere comunque diagnosticabile in corso di uso abituale, in condizioni di relativa stabilità (intox. cronica senza acuzie particolari), specie dopo eventi stressanti

Strumenti per la diagnosi e l'assessment

- colloquio clinico
- raccolta anamnestica con il paziente
- raccolta anamnestica con l'Altro significativo
- scale e questionari standardizzati
- interviste (semi)strutturate
- esame obiettivo
- esami chimico-clinici e tossicologici

Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- Disturbi mentali secondari e primari
- Psicosi da eccitanti
- Psicosi da allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool
- Delirium / Delirium Tremens
- Disturbi affettivi
- Disturbo antisociale di personalità

Disturbi psicotici indotti

TABLE 2. Substances of Abuse That Can Cause Psychotic Symptoms

	Hallucinations		Delusions	
	<u>Intoxication</u>	<u>Withdrawal</u>	<u>Intoxication</u>	<u>Withdrawal</u>
Alcohol	X	X	X	X
Sedative/hypnotics	X	X	X	X
Cocaine/crack*	X		X	
Stimulants*	X		X	
Heroin/opiates	X		X	
Cannabis	X		X	
Hallucinogens* ¹ *	X		X	
Phencyclidine (PCP)*	X		X	
Inhalants	X		X	

* Substances that most commonly cause hallucination* and delusion* during intoxication

¹After cessation of use, hallucinogens can cause hallucinogen perception disorder (flashbacks)

Disturbi psicotici indotti

- L'uso di sostanze può facilitare ricadute psicotiche nei pazienti con disturbo primario
- Sembra esistere un sottogruppo di schizofrenici con un migliore funzionamento globale che abusano di sostanze → profilo tossicomane più marcato
- Differenziazione sindromi psicotiche primarie vs secondarie:
 - tempo sufficiente per la disintossicazione
 - presenza di sintomi caratteristici di schizofrenia (es. deliri bizzarri)
 - caratteristiche dei sintomi psicopatologici (es. all. tattili o visive vs all. uditive) (all. con esame di realtà conservato)
 - presenza di altri sintomi caratteristici (es. isolamento, deterioramento)

PSICOSI ACUTA DA ALLUCINOGENI

Psicosi acuta da allucinogeni

- Alterazioni fisiologiche
 - Midriasi
 - > Pressione arteriosa
 - Tachicardia
 - Nausea
 - Ipertermia
 - Tremori
 - Convulsioni, coma (ad alte dosi)
 - Alterazioni dell'equilibrio
 - Parola esplosiva o inceppata

Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni iniziali (20-30 min)
 - Senso di malessere, di disagio, di stanchezza
 - Senso di freddo, di caldo
 - Senso di tremito, ondulazione, vibrazione
 - Senso di leggerezza, di pesantezza
 - Senso di formicolio, di gonfiore alla bocca, sapori strani, contrazione delle mascelle
 - Bruciore agli occhi, sensazione di gonfiore, visione confusa
 - Iperacusia
 - Sensazioni parestesiche agli arti

Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni psicopatologici della coscienza
 - Forte tendenza a comunicare l'esperienza (effetto catartico)
 - Vigilanza mantenuta anche se talora oscillante
 - Difficoltà di concentrazione
 - Chiarezza nei contenuti della coscienza
 - Restringimento (per attrazione, fascinazione) e ampliamento del campo della coscienza
 - Coscienza dell'io presente, ma non attiva; talora compromesso il senso di indipendenza dall'esterno
 - Compromissione del senso di identità

Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni psicopatologici della affettività
 - Stato timico talora discordante rispetto ai contenuti mentali
 - Scoppi di risa talora immotivati o incongrui
 - Euforia, eccitamento (ma non fuga delle idee)
 - Senso di contatto mistico, estatico, di illuminazione
 - Ansietà, panico, depressione
 - Apatia, indifferenza
 - Labilità dell'umore

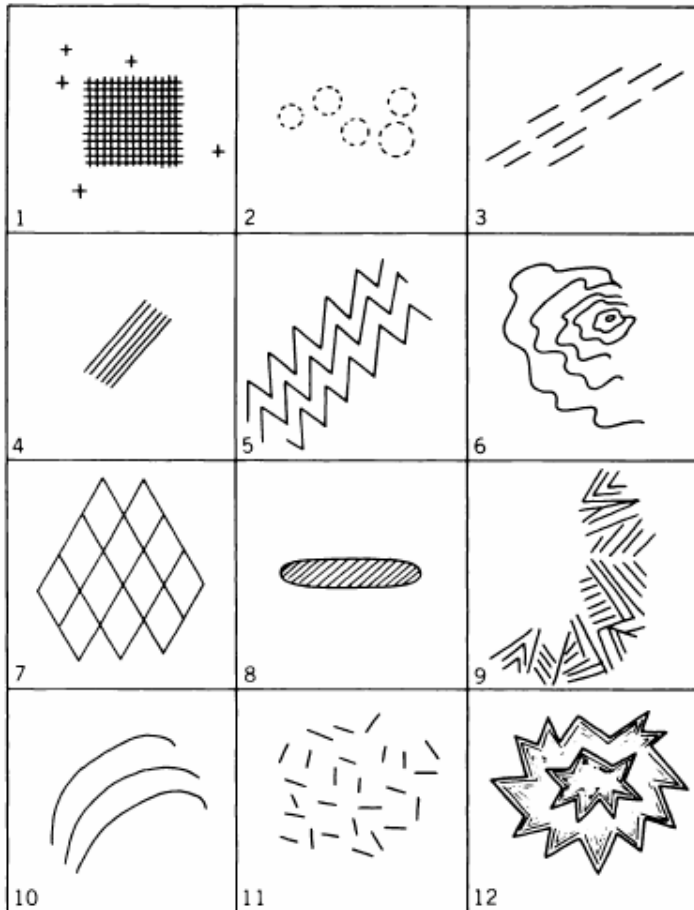


Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni dispercettivi visivi
 - Macropsie, micropsie
 - Distorsione delle forme, dei contorni, effetto alone
 - Rilevanza di alcuni oggetti su altri
 - Distorsione delle distanze (oggetti più lontani, più vicini)
 - Distorsione delle percezioni dei colori (più/meno vivaci, monocromatismo)
 - Disopsie chinestetiche (oggetti percepiti in movimento, effetto scia)
 - Paraeidolie (forme emergenti da stimoli inadeguati)

Psicosi acuta da allucinogeni

FIGURE 1
Visual Hallucinations Seen During Cocaine Intoxication



Lampi di luce

Figure geometriche

Figure a zigzag

Talora visti come proiettati su
uno schermo immaginario
posto a circa 30-50 cm dagli
occhi

Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni dispercettivi visivi
 - Allucinosi (o pseudoallucinazioni, riconosciute come non reali)
 - Elementari o complesse
 - Figure a sequenza caleidoscopica
 - Colori vivaci visibili anche a occhi chiusi
 - Figure, scene



Psicosi acuta da allucinogeni

- Fenomeni dispercettivi uditivi
 - Iperestesia acustica, talora ipoacusia
 - Acufeni
- Altri fenomeni dispercettivi
 - Alterazioni quantitative e qualitative del gusto, olfatto
 - Sinestesie
 - Alterazione dello schema corporeo
 - Senso di levitazione
 - Alterazione del vissuto temporale



Psicosi acuta da allucinogeni

- **Depersonalizzazione**
 - Alterazione del senso di appartenenza del proprio corpo o di parti di esso (questo corpo non è mio)
 - Alterazione del senso di identità (non sono più io)
- **Derealizzazione**
 - Alterazione del senso di consuetudine o di appartenenza al mondo (ciò che mi circonda è strano, mi è estraneo)

Psicosi acuta da allucinogeni

- Disturbi del pensiero

- Alterazioni del corso del pensiero

- Inafferrabilità dei pensieri
 - Scarso controllo del corso delle idee
 - Incoerenza del pensiero (senza turbe accentuate della vigilanza e dell'orientamento)
 - Onirismo
 - Perplexità ed intoppo del pensiero

- Contenuto del pensiero

- Riaffioramento di vissuti ed esperienze passate
 - Vissuti e idee persecutorie
 - Spunti deliranti

Diagnosi differenziale

- **Psicosi da allucinogeni**

- Allucinazioni elementari prevalentemente visive, tattili
- Allucinosi
- Pensiero più disorganizzato e incoerente
- Depersonalizzazione e derealizzazione
- Durata molto breve (ore o giorni)

- **Dist. Schizofreniforme**

- Allucinazioni prevalentemente uditive o visive complesse
- Deliri bizzarri
- Pensiero generalmente più organizzato
- Durata maggiore di un mese

PSICOSI ACUTA DA ECCITANTI

Psicosi acuta da eccitanti

- Irrequietezza, agitazione psicomotoria
- Euforia, irritabilità, aggressività
- Comportamenti stereotipati, aggressività
- Sospettosità, diffidenza
- Pensieri paranoidi persecutori, di nocumento, di gelosia
- Allucinazioni e illusioni (talora allucinosi) visive, tattili usualmente elementari
- Depressione, condotte suicidarie

Diagnosi differenziale

- **Psicosi da eccitanti**

- Delirio orientato in senso persecutorio per lo più poco sistematizzato
- Allucinazioni visive e tattili
- Durata generalmente breve (giorni), ma talora cronicità

- **Psicosi paranoidea**

- Delirio non bizzarro più sistematizzato
- Generalmente non allucinazioni (interpretazioni deliranti, percezioni deliranti)
- Durata lunga (settimane / mesi) e tendenza alla cronicità

Diagnosi differenziale

- **Psicosi da eccitanti**

- Intensa reattività emotiva
- Delirio orientato in senso persecutorio poco sistematizzato
- Allucinazioni visive e tattili
- Durata generalmente breve (giorni), ma talora cronicità

- **Disturbo psicotico breve**

- Aspetti confusionali
- Intensa reattività emotiva
- Delirio non sistematizzato
- Allucinazioni uditive e visive
- Compromissione cognitiva e dell'autosufficienza

DISTURBO PERCETTIVO PERSISTENTE DA ALLUCINOGENI

HPPD-Disturbo percettivo persistente da allucinogeni (**flashback**)

- L'uso anche episodico di allucinogeni può essere seguito a distanza di tempo, ed in forma cronica, dalla ricomparsa di alterazioni percettive transitorie (visive, quantitative o qualitative) spesso in grado di produrre significativa compromissione personale, sociale, lavorativa
 - Forme geometriche, flash e macchie colorate, false percezioni di movimenti alla periferia del campo visivo, effetto scia, effetto alone, immagini postume, macropsia, micropsia, pulsazioni, ecc.)

HPPD-Disturbo percettivo persistente da allucinogeni (**flashback**)

- Sebbene i criteri diagnostici prevedano le sole alterazioni percettive visive, altri fenomeni psicopatologici propri dell'intossicazione da allucinogeni possono essere presenti nell'HPPD (es. depersonalizzazione, derealizzazione)
- I flashback possono essere scatenati dall'oscurità, dalla volontà del soggetto, dalla intossicazione con altre droghe

HPPD-Disturbo percettivo persistente da allucinogeni (**flashback**)

- **Diagnosi differenziale**
 - Schizofrenia
 - Altre cause organiche di alterazioni percettive:
 - Epilessia, tumori, infezioni, intossicazioni...



Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- Disturbi mentali secondari e primari
- Psicosi da eccitanti
- Psicosi da allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool
- Delirium / Delirium Tremens
- Disturbi affettivi
- Disturbo antisociale di personalità

Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool

• INTOSSICAZIONE

- Ubriachezza
- Coma
- Intox. idiosincrasica
- Blackout

• ASTINENZA

- Sindrome minore
- Allucinosi alcoolica di Wernicke
- Convulsioni
- Delirium tremens

Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool

- **MALATTIE A PATOGENESI INCERTA**
 - Demenza alcoolica
 - Atrofia cerebrale
 - Mielinolisi pontina centrale
 - Malattia di Marchiafava-Bignami
 - Degenerazione cerebellare alcoolica
 - Miopatia e miocardiopatia alcoolica

Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool

- **MALATTIE NUTRIZIONALI**
 - Psicosi di Korsakoff
 - Encefalopatia di Wernicke
 - Polineuropatia periferica (beri-beri)
 - Neuropatia ottica retrobulbare (ambliopia alcool-tabagica)
 - Pseudopellagra alcoolica
- **ALTRE PATOLOGIE ALCOOL CORRELATE**
 - Encefalopatia porto-sistemica

Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool

- **DISTURBI MENTALI CORRELATI**
 - Delirio di gelosia
 - Altri disturbi psicotici indotti
 - Disturbo dell'umore indotto
 - Disturbo d'ansia indotto
 - Disfunzione sessuale indotta
 - Disturbo del sonno indotto

INTOSSICAZIONE IDIOSINCRASICA

Intossicazione idiosincrasica

- **PATOGENESI**

- Sovrapposizione di personalità, tratti psicopatologici, ed effetto di alcool
- Focus epilettico temporale (?)

- **SINTOMI**

Dopo assunzione di piccole quantità di alcool

- Forma eccitomotora (crisi pantoclastica, aggressività, tentativo di suicidio)
- Forma allucinatoria (a. visive e uditive)
- Forma delirante (persecutoria, gelosia)
- Forma epiletticoide (crisi convulsive)

ASTINENZA ALCOOLICA

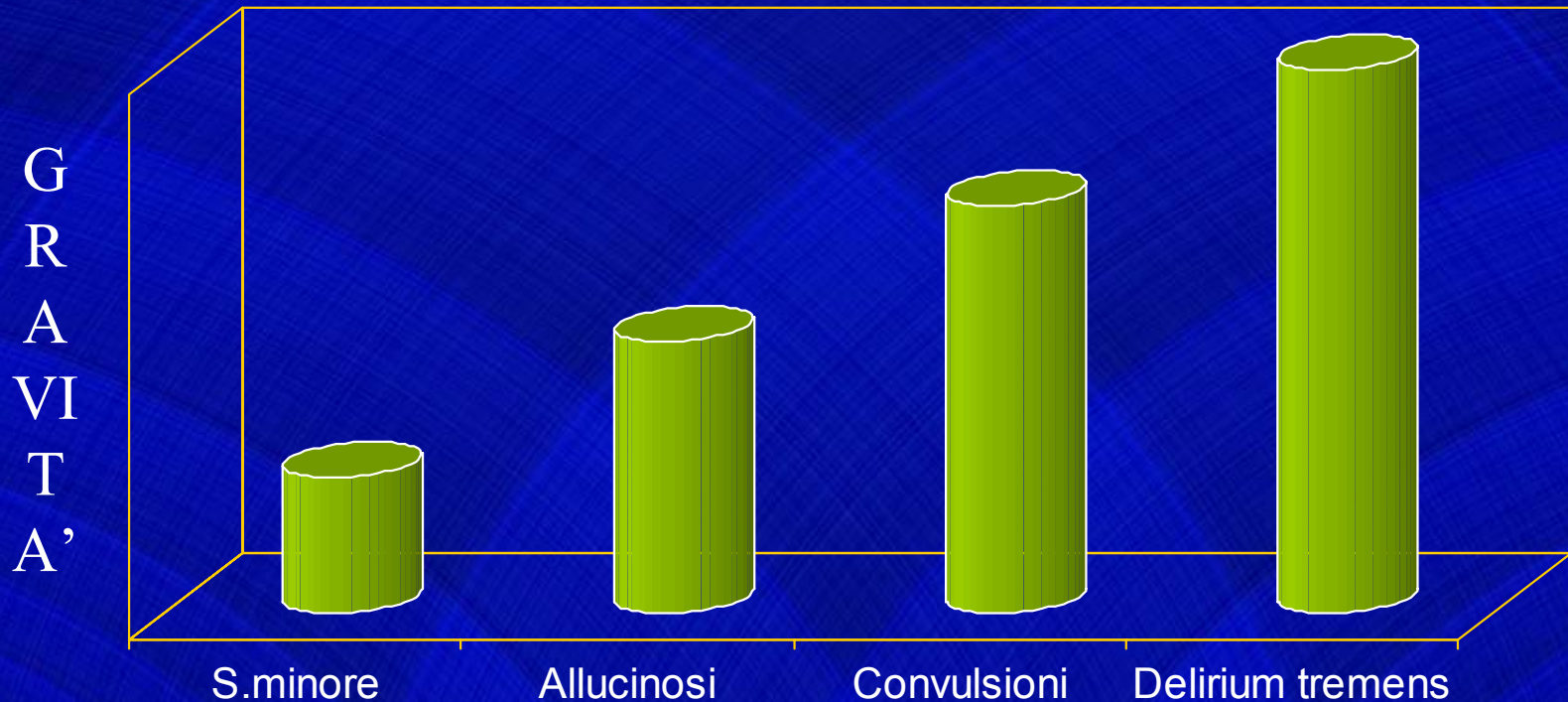
- SINDROME ASTINENZIALE MINORE
- CRISI CONVULSIVE
- ALLUCINOSI ALCOOLICA
- DELIRIUM TREMENS

Astinenza alcoolica

- E' frutto dell'instaurarsi dei meccanismi fisiopatologici della tolleranza e della dipendenza fisica dall'alcool.
- Segue l'interruzione o una diminuzione rilevante dell'introito dell'alcool
- Maggiormente coinvolti:
 - Iperattività sistema glutammatergico ed up-regulation dei recettori NMDA
 - Riduzione della attività GABAergica e, forse, up-regulation dei recettori GABA_A/BDZ
 - Up-regulation dei canali del calcio regolati dal voltaggio

Astinenza alcolica

**PROGRESSIONE SINTOMATOLOGICA E DELLA GRAVITA' NEL
CONTINUUM DELL'ASTINENZA ALCOOLICA**



Astinenza alcoolica

- **TEMPI DI PICCO DELLA SINTOMATOLOGIA**
 - Sindrome minore e lievi sintomi dispercettivi: 6-24 ore
 - Allucinosi: entro 36 ore
 - Convulsioni: 12-36 ore
 - Delirium tremens: 72 ore
- **EVOLUZIONE IN 5-7 GIORNI (escl. DT)**
- **FREQUENZA DEI SINTOMI NELL'ASTINENZA ALCOOLICA**
 - Convulsioni: 25% dei casi
 - Delirium tremens: 5% dei casi

Astinenza alcoolica

- **FATTORI DI RISCHIO PER ASTINENZA GRAVE**
 - Recente assunzione di alte dosi di etanolo
 - Pregresse sindromi astinenziali gravi all'anamnesi
 - Pregresse convulsioni o DT all'anamnesi
 - Comparsa di allucinazioni precoci associate a sintomi minori
 - Uso o abuso concomitante di sedativi/BDZ
 - Problemi fisici di salute
 - Elevati livelli d'ansia e/o problemi psichiatrici

Astinenza alcolica

- **SINDROME MINORE**

- Coscienza integra, volto arrossato, congiuntive iniettate, pupille allargate
- Tremori rapidi, grossolani, mattutini, delle mani e lingua
- Nausea, vomito, anoressia
- Ansia, depressione, irritabilità, irrequietezza
- Sudorazione, tachicardia, ipertensione, cefalea
- Insonnia, sonno agitato, incubi
- Illusioni o (pseudo)allucinazioni transitorie

Astinenza alcolica

- **ALLUCINOSI ALCOOLICA (di Wernicke)**
 - Coscienza integra, no alterazioni della memoria
 - Sintomi preliminari di AA minore con insorgenza di alterazioni percettive uditive elementari (fischi, suoni indistinti, borbottii)
 - Esordio acuto, prevalentemente notturno
 - Comparsa di allucinazioni uditive complesse (voci di parenti, amici, vicini) a contenuto accusatorio, giudicante, persecutorio
 - Spesso le voci parlano tra loro del soggetto in terza persona

Astinenza alcolica

- **ALLUCINOSI ALCOOLICA** (continua)
 - Più raramente allucinazioni visive
 - Strutturazione progressiva del pensiero in senso delirante coerentemente con le allucinazioni
 - Vissuto ingravescente di importante disagio, ansia e tensione crescente
 - Agitazione psicomotoria
 - Comportamenti di evitamento e di difesa, aggressività, suicidio

Astinenza alcolica

- **EVOLUZIONE DELLA ALLUCINOSI ALCOLICA**
 - Decorso acuto o subacuto (alcuni giorni o settimane)
 - Remissione dei sintomi affettivi e successiva “lisi” dei sintomi dispercettivi
 - Decorso cronico
 - Persistenza di allucinazioni e idee persecutorie e di riferimento incistate con appiattimento affettivo
 - Quadro indistinguibile da una schizofrenia
 - Evoluzione verso demenza, S. di Korsakoff

Diagnosi differenziale

- **Allucinosi alcolica cronica**

- Età di esordio tardiva
- Mancanza di tratti schizoidi/schizotipici premorbosi
- Prevalenza della sintomatologia allucinatoria
- Delirio poco strutturato
- Non familiarità per schizofrenia

- **Schizofrenia paranoide**

- Età di esordio entro i 35 anni
- Personalità schizoide / schizotipica premorbosa
- Deliri bizzarri, più strutturati
- Sintomatologia negativa maggiormente in evidenza
- Frequente familiarità per schizofrenia

Astinenza alcolica

- **CONVULSIONI (rum fits)**
 - Episodi tonico-clonici tipo *grande male* isolati o in serie di 2-6
 - Raro lo stato di male ($\sim 2\%$)
 - No aura
 - Coma postictale breve
 - EEG intercritico normale, ma sensibilità alla SLI nel 50% dei casi
 - Rischio di evoluzione in DT (fino al 30% dei casi)

Astinenza alcolica

- **DELIRIUM TREMENS**

- Il DT è una forma di delirium che si caratterizza per:

- Comparsa in un contesto di astinenza alcolica
 - Accentuata ansietà e iperattività sistema nervoso autonomo
 - Presenza di tremori grossolani
 - Frequente presenza di alterazioni metaboliche, convulsioni, polineuropatia

Astinenza alcoolica

- **DELIRIUM TREMENS**

- Quadro completo (sindrome confuso-onirica acuta) oppure incompleto (sindrome confuso-onirica subacuta)
- Insorgenza acuta, ma con prodromi, spesso a seguito di ospedalizzazione, incidente o malattia intercorrente che interrompono l'assunzione di alcool
- Più frequente nei maschi con storia di DT

Astinenza alcolica

- **DELIRIUM TREMENS** (Fase prodromica)
 - Sintomi di AA minore
 - Insonnia, incubi, disturbi percettivi prevalentemente notturni e transitori
 - Spesso convulsioni

Astinenza alcolica

- **DELIRIUM TREMENS** (Fase conclamata)
 - Sintomi psichici
 - Improvviso disorientamento spazio-temporale fino allo stato confuso-onirico; talora conservato l'orientamento su di sé; falsi riconoscimenti;
 - Fluttuazione dell'attenzione e dello stato di coscienza nel corso della giornata, gravi alterazioni del ritmo sonno-veglia, ipervigilanza e ipersensibilità agli stimoli
 - Allucinazioni visive terrifiche e microzoopsia
 - Allucinazioni tattili e cenestesiche

Astinenza alcoolica

- **DELIRIUM TREMENS** (Fase conclamata)
 - **Sintomi psichici**
 - Delirio poco strutturato, sostenuto dalle allucinazioni, di tipo persecutorio o professionale
 - Affaccendamento, agitazione psicomotoria
 - Ansia, umore assai labile, talora euforico e fatuo, spesso a tonalità affettiva mista e oscillante
 - Confabulazioni, pensiero sconnesso, incoerenza, alterazioni della memoria

Astinenza alcoolica

- **DELIRIUM TREMENS** (Fase conclamata)
 - **Sintomi neurologici**
 - Tremori a grandi scosse, irregolari, diffusi agli arti, testa, lingua
 - Atassia, riflessi patologici (suzione, grasping), disartria
 - Convulsioni, polinevrite periferica

Astinenza alcoolica

- **DELIRIUM TREMENS** (Fase conclamata)
 - Sintomi somatici
 - Paziente defedato, incapace di nutrirsi e di bere
 - Sudorazione profusa, segni di disidratazione
 - Iperensione, ipotensione, tachicardia
 - Febbre
 - Aritmie cardiache, talora miocardiopatia alcoolica concomitante

Astinenza alcolica

- **DELIRIUM TREMENS** (evoluzione)
 - Decorso breve (2-3 giorni) nelle forme medio-lievi trattate, più lungo nelle forme gravi, con amnesia residua
 - Prognosi condizionata dal trattamento, condizioni generali, età
 - Mortalità ~ 2-5% per collasso cardiocircolatorio, convulsioni, emorragie da varici esofagee, infezioni
 - Non infrequente l'evoluzione verso la S. di Korsakoff o la demenza

Diagnosi differenziale

	DELIRIUM TREMENS	ENCEFALOPATIA PORTO-SISTEMICA
COSCIENZA	ipervigile	ottundimento
ATT.PSICOMOTORIA	++	-
AGITAZIONE	++	-
PAROLA	rapida	impastata
ALLUCINAZIONI	++	-
TREMORI	grossolani	flapping tremor
FREQ.CARDIACA	+	-
CONVULSIONI	+	rare (in fase tarda)

Diagnosi differenziale

	DELIRIUM TREMENS	DEMENZA
INSORGENZA	acuta	progressiva
ATTENZIONE	fluttuante	stabile
DISORIENTAMENTO S/T	++	++
DEFICIT MNESICO	++	++
AGITAZIONE	++	se deterioramento grave
ALLUCINAZIONI	++	+
SINTOMI NEUROVEGETATIVI	++	-

SINDROME DI KORSAKOFF - WERNICKE

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- Associazione, frequente nell'alcoolista, della **psicosi di Korsakoff** (disturbo amnestico) e della **encefalopatia di Wernicke** (disturbo atassico-polineuritico)
- Causata da deficit di tiamina (vitamina B₁), ma talora anche da traumi cranici, vasculopatie, ipoglicemia, procedure chirurgiche
- Possibile esito di un DT
- Lesioni simmetriche bilaterali dei corpi mammillari e regione periacqueduttale del mesencefalo

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- Insorgenza acuta o subacuta
- Triade Korsakoff: disturbo amnestico, confabulazioni e polinevrite periferica
- Triade Wernicke: paralisi oculare, atassia, confusione mentale
- Prognosi variabile, condizionata dalla tempestività del trattamento, spesso con reliquati, evoluzione verso la demenza, mortalità del 10 - 20%

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- **DISTURBO CONFUSIONALE**
 - Disturbi dell'attenzione e della coscienza di grado variabile; apatia, indifferenza, disattenzione
 - Euforia fatua, talora ansia e agitazione; appiattimento
 - Disorientamento s/t; eloquio ridotto;
 - Talora torpore e improvvisi addormentamenti
 - Possibili allucinazioni e spunti deliranti

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- **DISTURBO AMNESTICO**

- Amnesia prevalentemente anterograda, ma in certa misura anche retrograda:
 - Disfunzione della memoria a breve termine
 - Falsi riconoscimenti
 - Presenza di lacune mnesiche e di ricordi isolati
- Coscienza integra se assente la encefalopatia di Wernicke
- Confabulazioni spontanee o di compenso
- Suggestionabilità

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- **DISTURBO NEUROLOGICO**

- Atassia di grado variabile con andatura a base allargata
- Alterazioni del tono muscolare (ipotonia, talora rigidità)
- Turbe dei movimenti oculari mono-bilaterali
 - paralisi oculare
 - nistagmo a scosse ritmiche orizzontali e verticali
- Miosi
- Fotofobia

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- **DISTURBO POLINEVRITICO**
 - Gravità variabile
 - **Sensitivo**: parestesie e senso di bruciore alle estremità; dolore alla pressione; deficit tattile
 - **Motorio**: deficit della forza muscolare bilaterale e simmetrico; andature steppante; alterazioni dei riflessi
 - **Atrofico**: disturbi trofici muscolari e della cute

Sindrome di Korsakoff - Wernicke

- **SINTOMI NEUROVEGETATIVI**

- Vasodilatazione
- Tachicardia
- Ipotensione posturale
- Dispnea da sforzo
- Crisi di sudorazione

DELIRIO DI GELOSIA

Delirio di gelosia

- Idee di gelosia sono molto frequenti negli alcoolisti maschi, anche astinenti, e possono assumere diversi livelli di pervasività fino a divenire idee fisse o deliranti
- Frequentemente queste idee si caricano di intense valenze affettive, mentre altre volte c'è indifferenza emotiva

Delirio di gelosia

- Delirio basato sul meccanismo dell'interpretazione delirante
- Coscienza lucida, non allucinazioni
- Le idee deliranti possono talora assumere caratteri di realismo, altre volte invece appaiono del tutto abnormi e assurde
- Il delirio di gelosia ha un andamento cronico non distinguibile da altri quadri psicotici paranoidei

Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- Disturbi mentali secondari e primari
- Psicosi da eccitanti
- Psicosi da allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool
- Delirium / Delirium Tremens
- **Disturbi affettivi**
- Disturbo antisociale di personalità

DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO

Disturbi dell'umore indotti

TABLE 1. Substances of Abuse That Can Cause Symptoms of Mood Disorders

	Major Depression		Dysthymia*		Mania/Hypomania	
	<i>Intoxication</i>	<i>Withdrawal</i>	<i>Intoxication</i>	<i>Withdrawal</i>	<i>Intoxication</i>	<i>Withdrawal</i>
Alcohol	X	X	X	X		
Sedative/hypnotics	X	X	X	X		
Cocaine/crack	X	X	X	X	X	
Stimulants	X	X	X	X	X	
Heroin/opiates	X		X			
Cannabis						
Hallucinogens	X		X			
Phencyclidine (PCP)	X		X		X	
Inhalants	X		X			

Disturbi dell'umore indotti

- La cannabis è l'unica sostanza che non induce disturbi dell'umore
- I rapporti tra depressione e dipendenza da sostanze sono complessi
 - Depressione indotta
 - Depressione reattiva
 - Depressione primaria
- Frequente disforia nelle prime fasi di astensione dall'uso
- Valutazione attenta del rischio suicidario, anche dopo un periodo lungo di astinenza

Disturbi dell'umore indotti

- Il disturbo maniacale indotto non compare in relazione all'astinenza
- Brevi reazioni euforiche possono evidenziarsi come effetto di una disintossicazione riuscita
 - non esiste storia di disturbo bipolare
 - l'esordio è strettamente legato alla riuscita della disintossicazione
 - mancanza di altri sintomi maniacali (fuga idee, insonnia grave)
- L'associazione tra abuso/dipendenza da sostanze e disturbo bipolare è molto frequente
- Episodi ipomaniacali (D. bipolare II) spesso non sono riconosciuti e non vengono trattati

TABLE 3. Substances of Abuse That Can Cause Symptoms of Anxiety Disorders

	Panic Attacks		Generalized* or Persistent Anxiety	
	<u>Intoxication</u> <u>Withdrawal</u>		<u>Intoxication</u>	<u>Withdrawal</u>
Alcohol		X	X	
Sedative/hypnotics		X		
Cocaine/crack	X		X	X
Stimulants	X		X	
Heroin/opiates				
Cannabis	X		X	
Hallucinogens	X		X	
Phencyclidine (PCP)	X		X	
Inhalants	X		X	
Caffeine	X		X	

da: Miele, Trautman, Hasin, 1996

TABLE 4. Prescribed Medications That Can Cause Psychiatric Symptoms

	<i>Major Depression</i>	<i>Dysthymia</i>	<i>Mania</i>	<i>Psychosis</i>	<i>Panic Attacks</i>	<i>Generalized or Persistent Anxiety</i>
Anti-hypertensives (e.g., reserpine)	X	X		X		X
Corticosteroids	X	X	X	X		X
Anabolic steroids	X	X		X		X
Anticonvulsants	X	X		X		X
Anti-Parkinsonian agents	X	X	X	X		X
Anti-ulcer medications	X	X	X	X		X
Oral contraceptives	X	X		X		X
Cardiac medications (e.g., digitalis, clonidine)	X	X		X		X
Sulfonamide antibiotics	X	X		X		X
Asthma medications						
Insulin						X
Antihistamines						X
Thyroid medications						X

Source: Miele, Trautman, Hasin, 1996

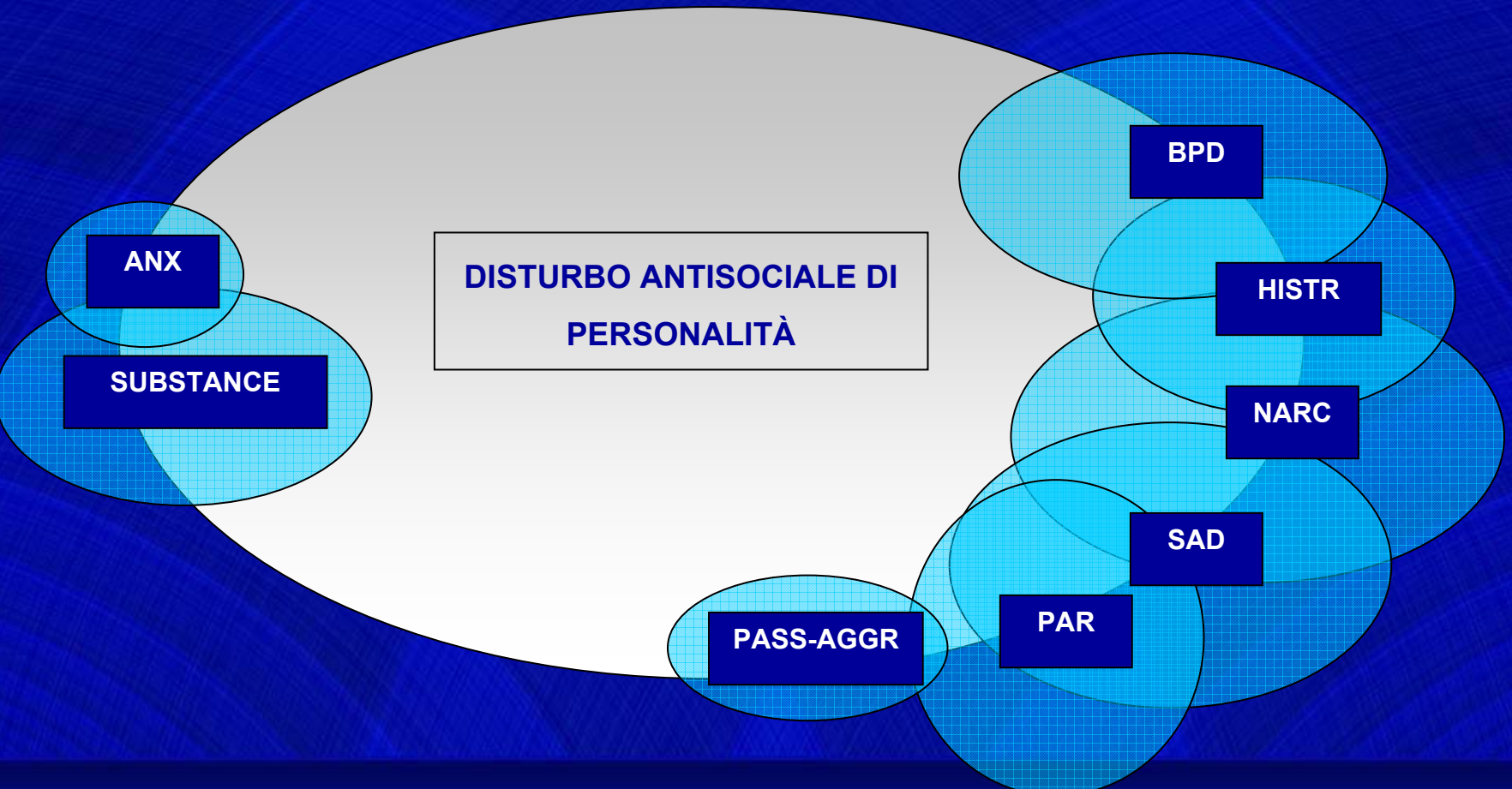
Disturbi psichiatrici e consumo di sostanze

- Disturbi mentali secondari e primari
- Psicosi da eccitanti
- Psicosi da allucinogeni
- Disturbo percettivo persistente da allucinogeni
- Disturbi neuropsichiatrici indotti da alcool
- Delirium / Delirium Tremens
- Disturbi affettivi
- **Disturbo antisociale di personalità**

Comorbidità

ASSE I

ASSE II



Disturbo di personalità antisociale

- **ELEMENTI PSICHICI E COMPORTAMENTALI COMUNI TRA PSICOPATICI E TOSSICODIPENDENTI:**
 - Ricerca del rischio e di sensazioni nuove
 - Comportamenti illegali, reati
 - Trasgressione delle regole e del setting terapeutico
 - Manipolazione degli altri, seduttività
 - Raggiri e menzogne
 - Facile passaggio all'atto, impulsività
 - Bassa tolleranza alle frustrazioni

Disturbo di personalità antisociale

- **ELEMENTI PSICHICI E COMPORTAMENTALI COMUNI TRA PSICOPATICI E TOSSICODIPENDENTI:**
 - Povertà emotiva, alessitimia, senso di vuoto interiore
 - Difficoltà ad apprendere dall'esperienza
 - Immagine di sé anticonformista, diversa, superiore agli altri
 - Orizzonte degli eventi ravvicinato, scarsa progettualità
 - Scarso interesse e bassa motivazione a collaborare al trattamento

Disturbo di personalità antisociale

- **ELEMENTI DIFFERENZIALI TRA PSICOPATICI E TOSSICODIPENDENTI:**
 - Gli elementi precedenti sono rilevabili anche precedentemente l'inizio dell'uso di sostanze oppure dopo aver raggiunto l'astensione
 - Spiccata indifferenza verso i diritti e i sentimenti dell'altro, mancanza di empatia
 - Freddezza emotiva, disinteresse etico, comportamenti sadici
 - Autostima ipertrofica, disprezzo per l'altro
 - Alterazioni della condotta e/o ADHD in età infantile

Comorbidità APD-TD

TIPOLOGIA PAZIENTI TD	%
Eventi stressanti precoci in anamnesi; gravi manifestazioni psicopatologiche; scarso adattamento sociale.	31%
Frequenti comportamenti antisociali; precoce coinvolgimento in attività criminali ed uso continuativo di droga.	24%
Minor compromissione sul piano psicopatologico, socio-adattativo e legale.	45%

Rounsaville et al., 1982

Comorbidità APD-TD

Lifetime Prevalence (%) and Odds Ratio (OR) of Substance Use Disorders in Persons with APD

Comorbid disorder	Lifetime prevalence (%)	OR
Any substance use or dependence	83.6	29.6
Any alcohol diagnosis	73.6	21.0
- Alcohol dependence	51.5	14.7
- Alcohol abuse only	22.1	5.4
Any other drug diagnosis	42.0	13.4
- Other drug dependence	30.8	15.6
- Other drug abuse only	11.2	5.2

Regier et al. (1990)

Comorbidità APD-TD

Prevalenza dell'APD tra i consumatori di sostanze in trattamento
(revisione degli studi 1982-1994)

Sostanza d'abuso	Prevalenza APD (%)
Cocaina	3 – 48
Opiacei	7 – 48
Politossicomani	1 – 62
Alcool	18

Comorbidità APD-TD

Stime sulla prevalenza di APD tra i Tossicodipendenti

Studi	Prevalenza (%)
Verheul et al. (TD eroina)	3 – 27
Regier et al.	18
Flynn et al.	39
Tomasson et al.	28

Comorbidità APD-TD

- L'APD ha un debole valore predittivo sul decorso dell'abuso di sostanze
- L'APD sembra correlarsi maggiormente con un basso livello di adattamento sociale
- Tra i TD esiste un sottogruppo di soggetti poco trattabili con caratteristiche simili all'APD e ad altre personalità del Cluster B
- Depressione ed alleanza terapeutica sono fattori prognostici positivi anche in presenza di APD
- I pazienti APD non migliorano i tratti di personalità durante il trattamento in comunità
- I pazienti APD non riducono il disadattamento comportamentale e gli atti criminali durante il trattamento metadonico ed hanno un maggiore rischio di drop-out

Comorbidità APD-TD

- I TD con APD sono in realtà un insieme eterogeneo che rende difficile considerarli come gruppo:
 - Diversa comorbidità psichiatrica sia in asse I che II
 - Diversi livelli di autostima, competenze interpersonali, abilità
- Il mero comportamento antisociale secondario all'uso di droga ha una prognosi migliore
- Identificare i TD con APD permette di prevenire l'introduzione di valori antisociali nel gruppo dei pazienti in trattamento e di prevenire lo sfruttamento e la manipolazione dei soggetti più deboli

Principi terapeutici

CONTROINDICAZIONI AL TRATTAMENTO PSICOTERAPICO

Storia di comportamenti sadici, violenti verso gli altri esitati in ferite gravi o morte

Totale assenza di rimorso; razionalizzazione di tali comportamenti

Intelligenza superiore; ritardo mentale anche moderato

Incapacità anche pregressa di sviluppare legami emotivi con gli altri

Intensa paura controtransferale di attacchi aggressivi in clinici esperti anche se in assenza di chiari comportamenti minacciosi da parte del paziente

Psicopatici e Società

• Problemi

- Attraverso la paura, gli psicopatici, i criminali ed i predatori ci tolgono molto spazio e libertà anche quando essi non sono presenti
- Il progressivo adattamento della gente alla presenza di comportamenti antisociali comporta la progressiva erosione dei valori sociali
- L'aspettativa sociale che ciascuno si assuma le responsabilità dei propri atti è un fondamentale elemento nel determinare se compiremo o meno atti antisociali
- La società non giustifica una divisione dell'umanità in predatori, che seguono un istinto predeterminato, e prede, geneticamente predestinate a rivestire tale ruolo nella catena alimentare

Psicopatici e Società

- Problemi

- Uno dei maggiori ostacoli a trovare risposte adeguate ai comportamenti antisociali e ai crimini violenti è il nostro senso di onestà
- Nel corso del tempo che passiamo a discutere sui principi di giustizia e democrazia, su ciò che è giusto o sbagliato, gli psicopatici guadagnano spazi sempre maggiori, rendendo in mondo vivibile sempre più piccolo
- 'Loro' sono qualitativamente diversi da 'noi'

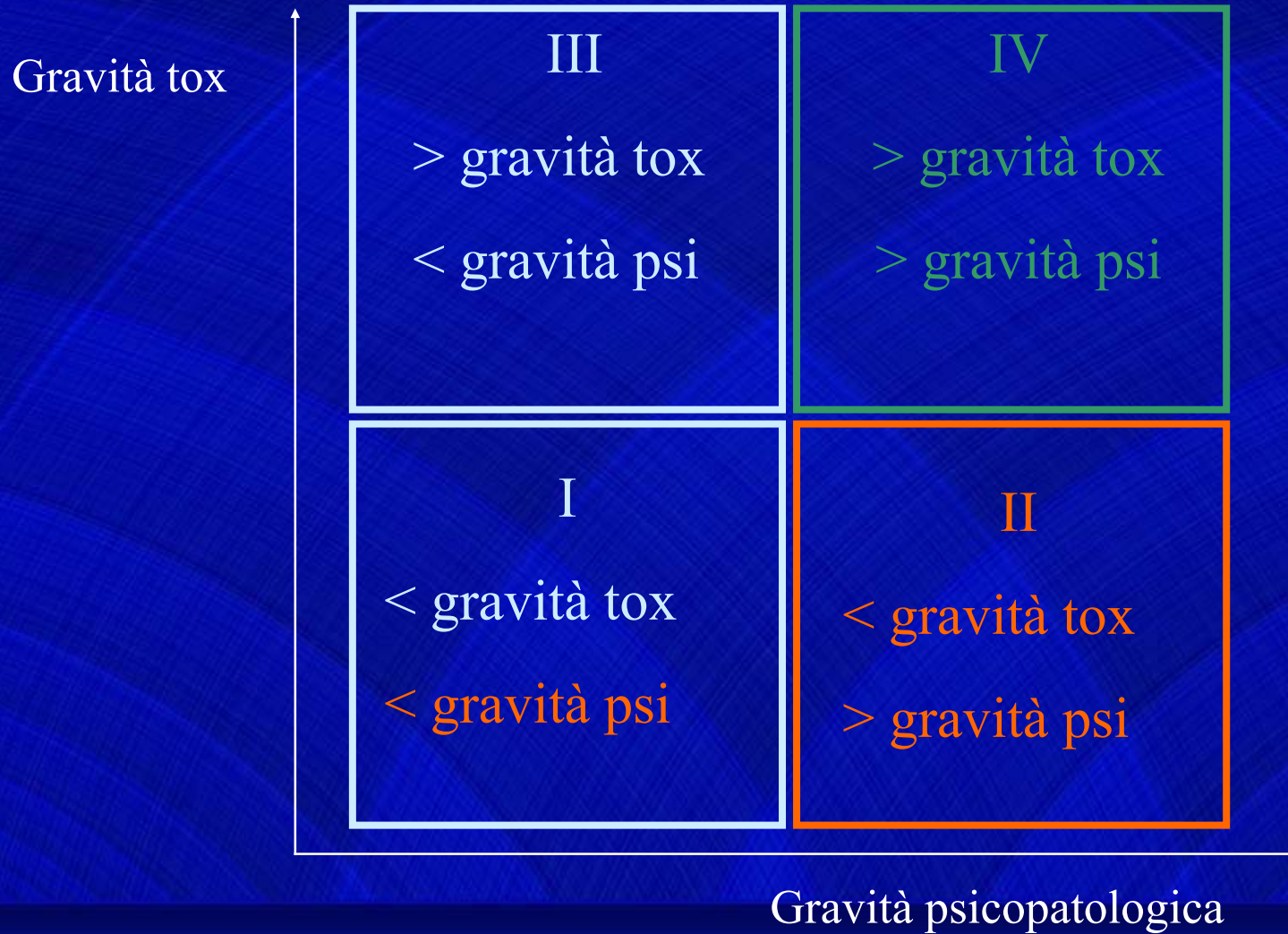
Psicopatici e Società

• Soluzioni

- Responsabilizzazione. Quasi tutti gli individui sono in grado di controllare il proprio comportamento.
- Garantire le conseguenze. Al giorno d'oggi invece il delitto paga.
- Procurare sanzioni prevedibili e senza ritardi. La percezione del tempo nello psicopatico è difettuale.
- Separare i predatori noti dal resto della Società. Il fallimento della reclusione come riabilitazione non toglie valore alle altre finalità del carcere.
- Non attribuire ai ragazzi i pieni diritti degli adulti. La Società ha il diritto ed il dovere di fornire un contenimento agli adolescenti.

PRINCIPI PER IL TRATTAMENTO DELLA COMORBIDITÀ

Comorbidità – New York Model

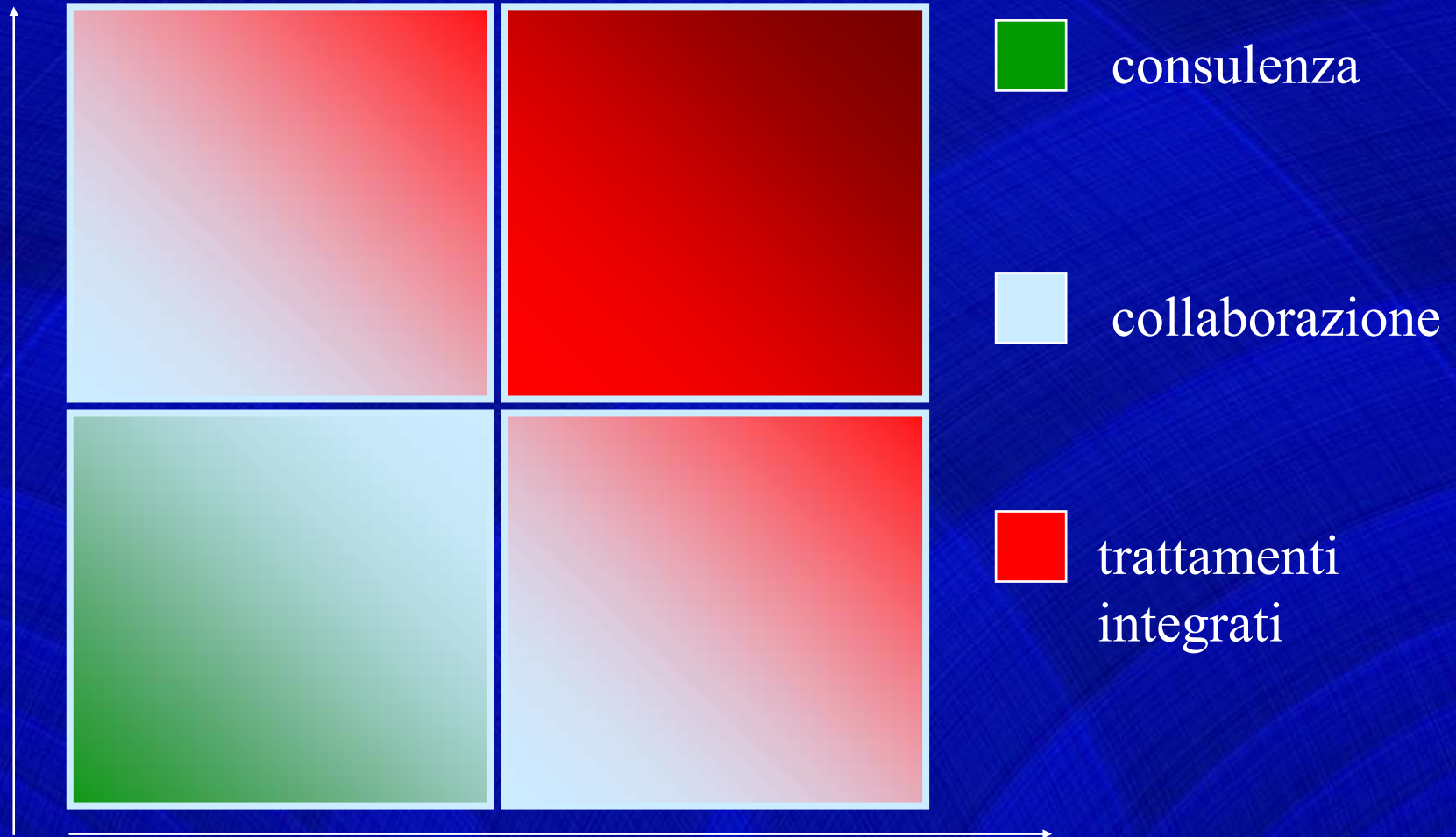


Comorbidità – New York Model



Comorbidità – New York Model

Gravità tox



Gravità psicopatologica

Principi evidence-based, (Minkoff, 2001)

- La comorbidità è la regola, non l'eccezione
- Non esiste un trattamento specifico per la doppia diagnosi, ma è necessario modificare e saper adattare e integrare i trattamenti evidence-based specifici per i diversi disturbi
- Il buon esito del trattamento implica relazioni terapeutiche empatiche, positive e integrate
- Il buon esito del trattamento è incrementato dalla continuità nella gestione terapeutica per entrambi i disturbi, attraverso episodi multipli di trattamento

Principi evidence-based, (Minkoff, 2001)

- Non esiste un singolo intervento corretto per la comorbidità; per ogni paziente, in ogni singolo momento, l'intervento va individualizzato e calibrato non solo sulla base delle diagnosi specifiche, ma pure del sottogruppo di appartenenza, fase di recupero, stadio del cambiamento, bisogno di continuità, entità delle disabilità, presenza di problemi sociali e ambientali, livello di utilizzo delle risorse assistenziali

Principi evidence-based, (Minkoff, 2001)

- La valutazione dell'esito del trattamento va individualizzata: le variabili includono non solo l'astinenza, ma anche la quantità e la frequenza d'uso della sostanza, la riduzione della sintomatologia psichiatrica, i miglioramenti dei livelli di funzionamento, la riduzione dei danni e il minor ricorso all'assistenza per le acuzie

Raccomandazioni

(NASADAD, NASMHPD, 1998)

- Servizi centrati sul cliente
- Accesso facilitato (“no wrong door”)
- Assistenza a lungo termine
- Aggancio e accoglienza
- Erogazione integrata di servizi vs integrazione delle strutture
- Formazione trasversale

TAVOLA RIASSUNTIVA DEI DISTURBI MENTALI INDOTTI DA SOSTANZE

	DELIRIUM	DEMENTIA	D.AMNESTICO	D.PSICOTICO	D.UMORE	D.ANSIA	D.SESSUALE	D.SONNO
ALCOOL	I/A	P	P	I/A	I/A	I/A	I	I/A
OPPIACEI	I			I	I		I	I/A
COCAINA	I			I	I/A	I/A	I	I/A
AMFETAMINE	I			I	I/A	I	I	I/A
CANNABIS	I			I		I		
HALLUCINOGENI	I			I	I	I		
PERENCICLIDINA	I			I	I	I		
ANALGANTICI	I	P		I	I	I		
SEDATIVI/BDZ	I/A	P	P	I/A	I/A	A	I	I/A

