


# La Doppia Diagnosi nei Servizi per le Dipendenze Patologiche

Dott.ssa Deanna Olivoni  
Direttore pt UO DP Ravenna

Ravenna, 21 giugno 2013



***Doppia Diagnosi*** : sinonimo della copresenza di disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, indipendentemente dalle relazioni intercorrenti tra questi disturbi.

La necessità di utilizzare questo termine :

- frequenza di questo stato di comorbidità,
- Significato prognostico negativo,
- implicazioni in termini di trattamento.

# Classificazione

(First e Gladis 1992)

- 1) pazienti con disturbo psichiatrico primario e abuso/dipendenza secondari,
- 2) pazienti con disturbo da abuso/dipendenza primario e disturbi psichiatrici secondari,
- 3) pazienti con disturbo psichiatrici e disturbi da abuso/dipendenza entrambi primari.



## ***1. disturbo psichiatrico primario con abuso/dipendenza secondaria***

diverse malattie psichiatriche predispongono all'uso di sostanze (Disturbi dell'umore, Disturbi d'ansia, Disturbi psicotici e Disturbi di personalità) e data la maggiore vulnerabilità del paziente psichiatrico, l'uso in queste categorie diviene facilmente abuso o dipendenza.



## ***2. disturbo da abuso/dipendenza primario e sintomi psichiatrici secondari***

si verifica tipicamente in tre situazioni:

- effetti di intossicazione acuta (es. fenomeni dispercettivi da allucinogeni),
- effetti di astinenza (es. ansia, allucinazioni o illusioni transitorie, agitazione e insonnia da astinenza da alcol),
- effetti di uso prolungato o cronico (es. Sindrome di Korsakoff).

### *3. disturbi entrambi primari*

non presente una relazione causale fra loro  
o si esacerbano l'un l'altro.

Non è sempre possibile stabilire il rapporto fra i disturbi:

- il paziente non riesce a ricostruire la propria storia clinica con sufficiente chiarezza e attendibilità,
- entrambi i disturbi sono di troppo lunga durata per poter stabilire una relazione temporale,
- i disturbi tendono ad alimentarsi l'un l'altro in un circolo vizioso che non permette più di scindere un aspetto dall'altro.

Anche qualora fosse possibile distinguere un disturbo come primario e l'altro come secondario, la persona è unica nella sua complessità e come tale va gestita mediante un progetto terapeutico integrato fra csm e sert.

# EPIDEMIOLOGIA

Non sono disponibili dati che permettano di chiarire precisamente l'entità del fenomeno nel contesto italiano.

Alcune ricerche condotte in realtà locali hanno messo in evidenza tassi di comorbidità elevatissimi:  
20-40% dell'utenza (sia nei CSM che nei Ser.T)

(Tempesta 1986, Pani 1991, Pozzi et al. 1993, Fioritti et al. 1997)

## Personality Disorders in Addiction Outpatients: prevalence and effects on psychosocial functioning.

Nel 2010-2012 abbiamo condotto uno studio presso il sert di Faenza su 320 pazienti definitivi in carico.

Obiettivo: valutare la prevalenza dei disturbi di personalità presso un servizio territoriale per le dipendenze, tramite l'uso della SCID II.

Risultati:

- il 20% dell'utenza ha avuto contatti con il CSM
- 12% ha un disturbo di asse I così rappresentato (diagnosi clinica): 17% disturbi dell'umore, 4% disturbi d'ansia, 5% disturbi psicotici.
- Disturbi del comportamento: il 34% ha dichiarato di aver avuto difficoltà a controllare un comportamento violento nel corso della vita. Il 22% ha tentato il suicidio almeno una volta nella vita.
- Il 22% dei pazienti dichiara un'anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici.



# Disturbi di Personalità

Prevalenza di disturbi di personalità : **62,2%** (95%IC: 59 – 70).

199 su 320 pazienti hanno almeno un disturbo di personalità.

Il 27 % del campione presenta più disturbi di personalità in comorbidità.

I più comuni sono il borderline e l' antisociale.


Suddividendo i PD per cluster:

- 8% cluster A
- 33% cluster B
- 14% cluster C
- 7,2% Appendice.

## Prevalenza nell'utenza complessiva (N=320) dei singoli PD :

<u>Personality Disorders</u>	%	N
<b>Personality Disorders of Cluster A</b>	<b>8.1</b>	<b>26</b>
<u>Paranoid</u>	4.4	14
<u>Schizoid</u>	3.7	12
<u>Schizotype</u>	0	0
<b>Personality Disorders of Cluster B</b>	<b>32.8</b>	<b>105</b>
<u>Histrionic</u>	1.5	5
<u>Borderline</u>	15	48
<u>Antisocial</u>	13.8	44
<u>Narcissistic</u>	2.5	8
<b>Personality Disorders of Cluster C</b>	<b>14.1</b>	<b>45</b>
<u>Avoidant</u>	7.8	25
<u>Dependent</u>	1.6	5
<u>Ossessive-Compulsive</u>	4.7	15
<b>Appendix</b>	<b>7.2</b>	<b>23</b>
<u>Passive-Aggressive</u>	4.7	15
<u>Depressive</u>	0.7	2
<u>NOS</u>	1.8	6
<b>Total</b>	<b>62.2</b>	<b>199</b>

Table 4. Number (n) and proportion (%) of PDs among all patients canvassed (N=320)



Confrontando le percentuali di disturbo di personalità nei **tossicodipendenti** e negli **alcolisti** si osserva una presenza di PD nettamente superiore nei tossicodipendenti:

fra coloro che hanno un PD il **76%** è tossicodipendente e il **24%** è alcolista.

Diversa distribuzione a seconda del **genere**:

- 91% degli affetti da personalità antisociale è maschio
- 52% degli affetti da personalità borderline è femmina (alta numerosità considerando il minor numero di femmine in carico).

Avere un disturbo di personalità ha importanti ricadute sul **funzionamento sociolavorativo e sul piano di trattamento:**

<u>Variables</u>	OR	<u>CI</u>	p
Male	1.34	0.72-2.51	0.35
<u>Age</u>	1.00	0.98-1.02	0.94
<u>Employment</u>	0.54	0.31-0.95	0.03 §
<u>Living with acquired family</u>	0.51	0.30-0.87	0.01 §
<u>Therapeutic community</u>	2.98	1.77-5.03	0.00 §
<u>Contact with MHC</u>	3.67	1.67-8.07	0.00 §
<u>Violent Behaviour</u>	1.68	0.94-2.99	0.08
<u>Suicidal Behaviour</u>	2.30	1.05-5.02	0.04 §

Table 5. Association between significant variables and PDs. Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Interval (95%CI) per PDs according to the logistic regression model. § statistically significant



## Importanza dei Disturbi di Personalità nei Sert:

- Frequenza
- Significato clinico, prognostico e terapeutico.

**Grazie per ascolto.**