

# Disturbi dell'umore e dipendenze

*Dott.ssa Cristina Giuffredi*

Parma – Centro Bizzozero – 20 ottobre  
2012



*L'esperienza del Centro di Solidarietà  
L'Orizzonte nel trattamento delle  
problematiche complesse e alcolcorrelate in  
Comunità Terapeutica*

## Cosa si intende per “disturbo dell'umore”

- **Il disturbo dell'umore** è un'alterazione pervasiva dello stato emotivo generale, di durata considerevole, che colora a tinte fosche la vita e la percezione che il soggetto ha del mondo e di sé.
- Comprende una vasta classe di patologie e sintomi che consistono in anomalie o alterazioni del tono dell'umore di entità tale da causare alla persona problemi e disfunzioni persistenti e ripetute, oltre a disagio marcato.
- Si colloca in Asse I del DSM IV TR ed è suddiviso sinteticamente in:
  - Disturbi depressivi: maggiore, distimico, non altrimenti specificato
  - Disturbi Bipolare: Bipolare I e Bipolare II, ciclotimico, non altrimenti specificato
  - Disturbo dell'umore dovuto a una condizione medica generale
  - Disturbo dell'umore indotto da sostanze
  - Disturbo dell'umore non altrimenti specificato

# *Correlazione prevalente fra disturbi dell'umore e dipendenze da sostanze*

- Si definisce **comorbidità** la presenza di più di un disturbo specifico in uno stesso soggetto durante un periodo di tempo definito. La relazione temporale fra i due disturbi determina la definizione di “primario” o “secondario” in relazione all'ordine di insorgenza
- **Nella correlazione tra disturbi dell'umore e uso di sostanze abbiamo :**  
**l'uso di sostanze che provoca un disturbo dell'umore che in genere scompare dopo 6-8 settimane circa dalla sospensione (disturbo dell'umore secondario);**  
**le sostanze vengono usate come auto medicamento a un disturbo dell'umore primario (disturbo dell'umore predittivo dell'uso di sostanze)**
- Il disturbo dell'umore indotto da sostanze è classificato nel DSM-IV-TR.
- Secondo i criteri diagnostici indicati, il disturbo si manifesta con un'alterazione dell'umore rilevante e persistente anche dopo l'intossicazione acuta o la astinenza. E' caratterizzato da uno o entrambi dei seguenti sintomi:
  - umore depresso o forte riduzione d'interesse o di piacere per tutte le attività della vita quotidiana;
  - umore elevato, espanso o irritabile

## *Correlazione prevalente fra disturbi dell'umore e dipendenze da sostanze*

- La valutazione della comorbilità risente di numerosi fattori metodologici, due dei quali meritano particolare attenzione: i tassi di comorbilità e l'interpretazione dei sintomi.
- Il secondo problema riguarda la confusione semeiologica fra elementi psicopatologici “spontanei” e “indotti” e le difficoltà che ne derivano al momento dell'inquadramento diagnostico.
- Gli studi più numerosi in questo campo riguardano storicamente gli alcolisti.
- Lo studio ECA (Epidemiological Catchment Area)
- Lo studio NCS (Nacional Comorbidity Survey),
- Lo studio NLAES (Nacional Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey),

- La pratica clinica dimostra fenomeni di **comorbidità molto frequenti tra alcolismo e disturbi psichiatrici** e ciò trova conferma nei dati epidemiologici che quantificano la frequenza della loro associazione.
- I bevitori problematici vanno spesso incontro a stati depressivi che possono essere determinanti per la formulazione di una domanda di aiuto; tuttavia, la reale natura della relazione tra i due disturbi non è ancora stata completamente chiarita , trattandosi di una associazione estremamente complessa
- Alcune ricerche sembrano confermare che la depressione può precedere uno stato di dipendenza da alcol soprattutto nelle donne; particolarmente a rischio sarebbero i soggetti con una familiarità positiva per il bere problematico
- Infine la così frequente associazione tra Depressione e dipendenza alcolica ha sollevato la questione della possibile esistenza di un substrato genetico comune per i due disturbi.

## Prevalenza di disturbi dell'umore in pazienti alcolisti secondo alcuni importanti studi

| Autori          | anno | prevalenza                                       | strumento        |
|-----------------|------|--|------------------|
| Reiger et al    | 1990 | 13.4%  | DSM III          |
| Herz et al.     | 1190 | Depressione 21%<br>distimia 11%                  | DIS (DSM III)    |
| Nurnberg et al. | 1993 | Depressione maggiore 26%<br>Disturbo bipolare 8% | SCID (DSM III R) |
| Tomasson et al. | 1996 | Depressione maggiore 3%<br>distimia 14%          | DIS (DSM III)    |
| Kessler et al.  | 1997 | Depressione 31%<br>distimia 14%                  | DSM III R        |
| Driessen et al  | 1998 | Distimia 11,6%<br>depressione maggiore 10%       | CIDI (DSM III R) |

# Evoluzione del fenomeno e dei servizi

- Nell'ultimo decennio si è consolidata sempre di più tra le persone che afferiscono a servizi e centri per la cura delle dipendenze l'esistenza di un legame diversificato tra l'abuso di sostanze e la comorbilità psicopatologica associata sia come disturbi su asse I che su asse II.
- Da un punto di vista epidemiologico possiamo notare che i casi di comorbilità psichiatrica stanno aumentando in modo importante negli ultimi anni. Questo ci pone diverse domande: è davvero aumentata la gravità psichiatrica degli utenti che afferiscono ai servizi? È la maggior professionalizzazione degli operatori che permette di discernere meglio e individuare le diverse comorbilità in una problematica complessa?
- Questo fenomeno viene evidenziato da più parti, trasversalmente nei vari servizi, a questo contribuisce la situazione sociale, il momento storico e la maggiore raffinatezza diagnostica.



CENTRO DI SOLIDARIETA'  
**L'ORIZZONTE**

# L'esperienza e l'evoluzione della Comunità Terapeutica Airone/Albatros del Centro di Solidarietà L'Orizzonte



## **Dal 2002 al 2005:**

- no farmaci, solo nella fase iniziale per astinenza
- no metadone (solo scalaggio)
- no alcover
- obiettivo drug free
- non era contemplato l'inserimento di persone con doppia diagnosi
- non era contemplata una revisione psicodiagnostica

**Nel 2006 inizia il programma problematiche complesse:**  
inizialmente per gli alcolisti poi esteso ai tossicodipendenti

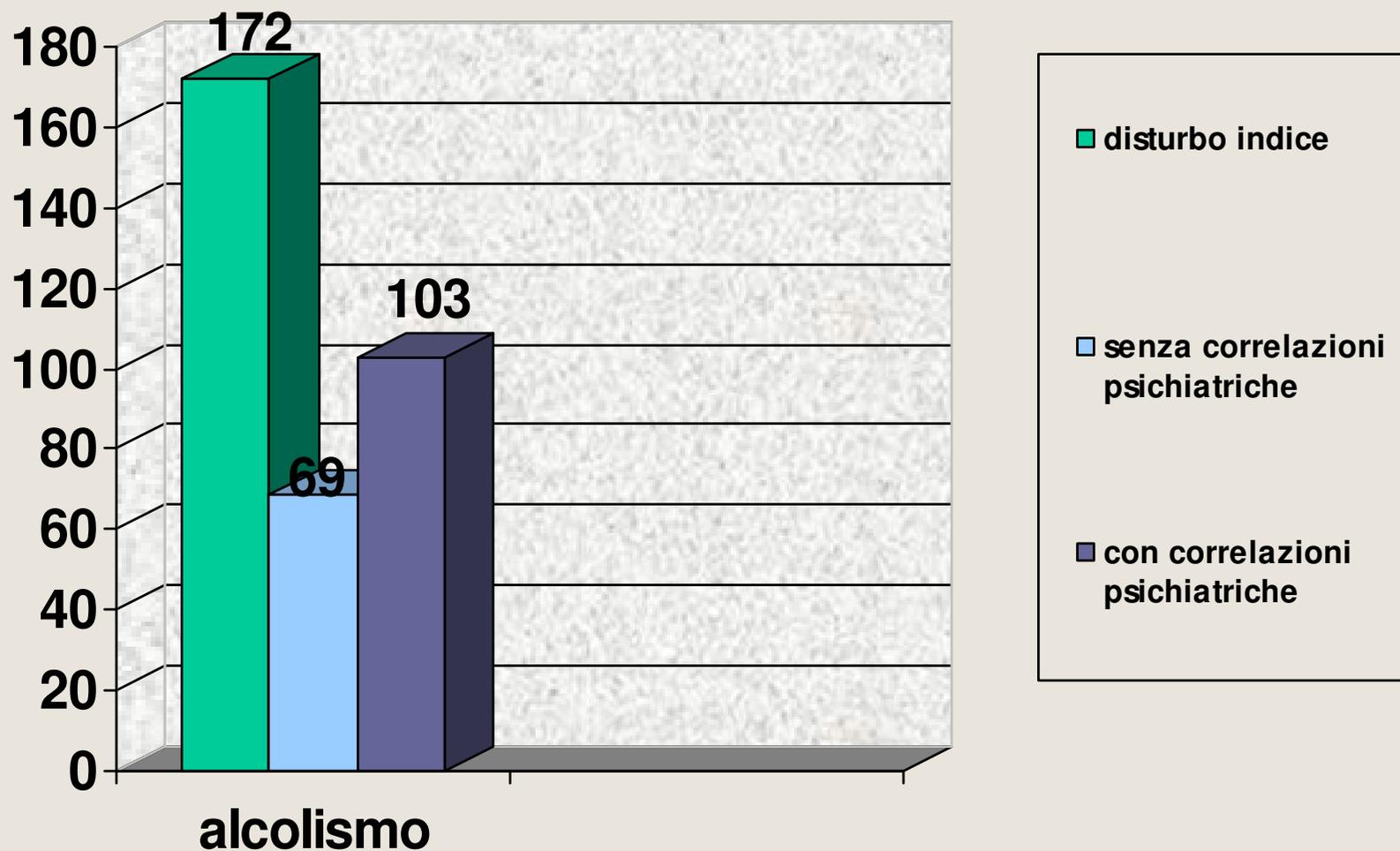
**Dal 2006 a oggi:**

- si farmaci
- si metadone
- si alcover
- perso obiettivo drug free
- viene contemplata una revisione psicodiagnostica al secondo mese di permanenza
- viene contemplato l'inserimento di persone con doppia diagnosi e c'è la presenza stabile dello psichiatra

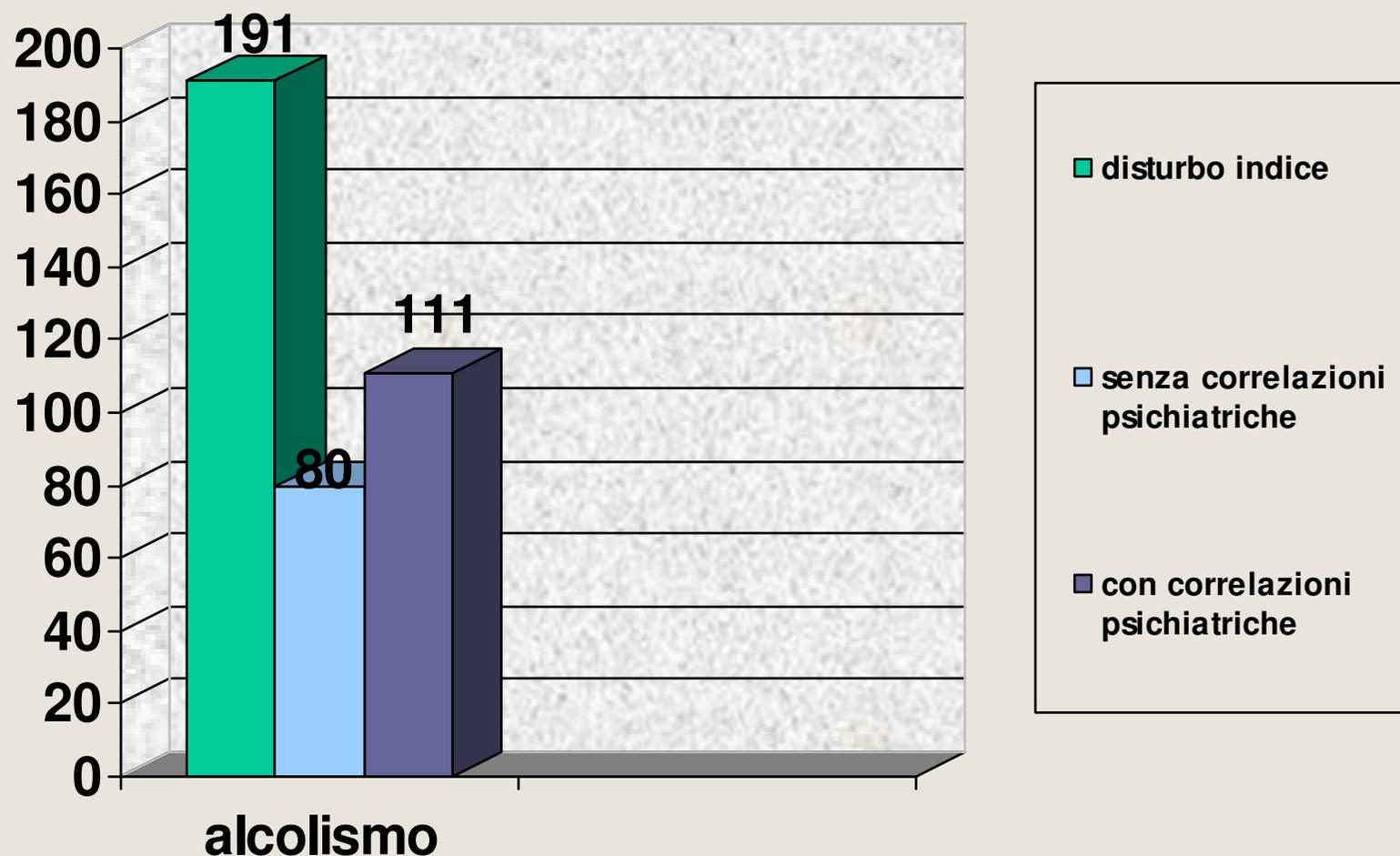
- Si passa da un modello di Comunità Terapeutica “autogestita” dove l'obiettivo dei residenti è passare da utente ad operatore a fine programma, ad una comunità più medicalizzata ed assistenziale. Una comunità dove gran parte del lavoro è mirato :
- al recupero delle risorse di base del soggetto, (cognitive, attentive, motorie, lavorative...)
- alla costruzione di una alleanza terapeutica che permetta la gestione dello stress
- al recupero di una capacità relazionale con l'altro che consenta l'esplicitazione dei sentimenti
- Giacchè ogni persona presenta un suo disturbo, una sua gravità e una sua storia, sempre di più negli anni si è passato alla stesura di programmi personalizzati al massimo nei contenuti e nei tempi. Questo comporta una grandissima difficoltà nel governo della comunità che nell'accogliere come missione porta a far espandere (o esplodere) la complessità. Una ricchezza difficile, ma sempre una ricchezza.

- Per quanto riguarda le caratteristiche di personalità dei residenti in comunità, prendiamo in analisi l'evoluzione della tipologia di soggetti alcolisti che sono passati nel nostro programma alcologico dal 2002 al 2011 e l'evoluzione del programma stesso:
- Nei 9 anni presi in esame più della metà delle persone è entrata nel programma con una diagnosi psichiatrica secondaria associata al disturbo indice: su 179 utenti 103 presentavano una comorbidità psichiatrica mentre 69 non la presentavano con una percentuale quindi di persone con diagnosi psichiatrica associata del 59,8%.
- Tra queste diagnosi, 14 pari al 8,1% erano in Asse I mentre su Asse II si collocavano le altre 89 pari al 51,7%. La parte da leone la fanno queste ultime che comprendono i disturbi di personalità come evidenziano tutti gli studi nel settore e l'esperienza sul campo.
- Aggiungendo i dati del 2011 a questi precedenti, si notano alcune modificazioni ancora non chiaramente interpretabili. Su 191 utenti in totale, 111 ovvero il 58,1% presentano una diagnosi psichiatrica correlata contro 80 che non la presentano. Nelle correlazioni psichiatriche abbiamo nel totale 17 pari al 8,9% su Asse I e 94 pari al 49,2% su Asse II.

# Diagnosi psichiatrica correlata su un campione di alcolisti dal 2002 al 2010



# Diagnosi psichiatrica correlata su un campione di alcolisti dal 2002 al 2011



## Suddivisione diagnosi psichiatrica correlata su un campione di alcolisti

| Anno di riferimento | Totale alcolisti | Diagnosi psych. correlate |       | Asse I |      | Asse II |       |
|---------------------|------------------|---------------------------|-------|--------|------|---------|-------|
|                     |                  |                           |       |        |      |         |       |
| 2002-2010           | 172              | 103                       | 59,8% | 14     | 8,1% | 89      | 51,7% |
| 2002-2011           | 191              | 111                       | 58,1% | 17     | 8,9% | 94      | 49,2% |

## Il contributo specifico delle C T

Se il nostro obiettivo è migliorare i servizi di cura per le persone con patologie correlate, diventa più utile spostarsi da una logica epidemiologica a una visione psicosociale.

E' necessario che il sistema pubblico-privato delle dipendenze sia maggiormente disponibile ad un lavoro che ingaggi gli enti locali, i servizi sociali, la prevenzione. E' necessario che la comunità segua ancor di più la strada della personalizzazione dei percorsi degli utenti.

Alla fase di percorso personalizzato dovrebbe seguire una fase di sganciamento dalla Comunità piuttosto lunga, soprattutto ora che il problema del trovare lavoro è così pesante.

Inoltre diventa necessario potenziare :

- L'ampliamento della quantità delle verifiche all'esterno durante il programma
- L'alternanza territorio/CT: in fase finale, ma anche dopo il periodo di comunità, ovvero possibilità di rientrare in comunità per brevi periodi nei momenti di difficoltà
- La condivisione di protocolli e procedure tra comunità, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di salute mentale e gruppi di auto aiuto territoriale per il trattamento delle persone multiproblematiche ed i casi complessi

# Grazie



Sito web: [www.csoparma.it](http://www.csoparma.it)



L'Orizzonte Centro di Solidarietà



Orizzonte\_Ceis