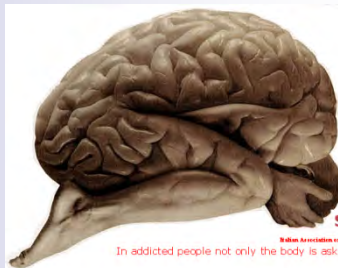


Corso Regionale di Formazione per i Dipartimenti  
SM e DP della Regione Emilia Romagna  
*“Il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità”*  
Bologna, 25 novembre 2010

# “Doppia Diagnosi” e Modelli di Integrazione (quarta parte)

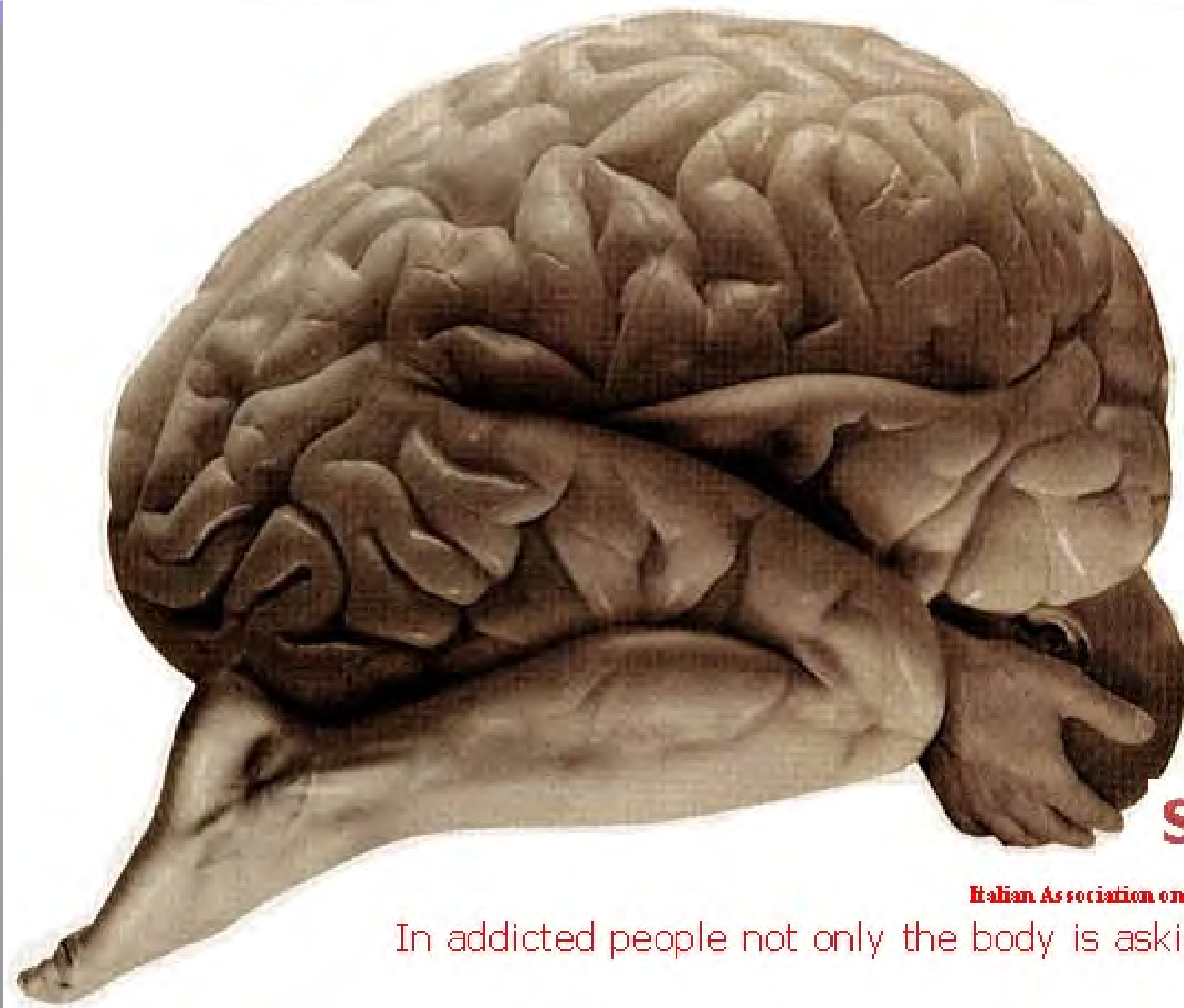
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MILANO  
**BICOCCA**



SIP.Dip.

Italian Association on Addictive Psychiatry  
In addicted people not only the body is asking for help


Massimo Clerici  
DNTB, Università di Milano Bicocca  
SIP.Dip, Sezione Speciale SIP



**SIP.Dip.**

**Italian Association on Addiction Psychiatry**

In addicted people not only the body is asking for help



## Strategie di trattamento per la “doppia diagnosi”

---

LINEE-GUIDA: SÌ O NO?



Prepared by the  
Centre for Addiction and Mental Health

canada's drug strategy



Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse ('Dual Diagnosis')

A Review of Relevant Literature

Vanessa Crawford

Editor  
Ilana Crome

2001



The Management of People with a co-existing

**Mental Health and Substance Use Disorder**

Service Delivery Guidelines

Health Good Health Care

NSW HEALTH



**ActNow** NOW GOVERNMENT AND YOU  
Taking a stand against drugs

NSW HEALTH



BEST PRACTICES

Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders



Canada



*Mental Health Policy Implementation Guide*

Dual Diagnosis Good Practice Guide



**DUAL DIAGNOSIS**

Good Practice Handbook

Helping practitioners to plan, organise, and deliver services for people with co-existing mental health and substance use needs



Department of Health Publications  
PO Box 777  
London SE1 6XH  
Tel 08701 555455



# I problemi del trattamento

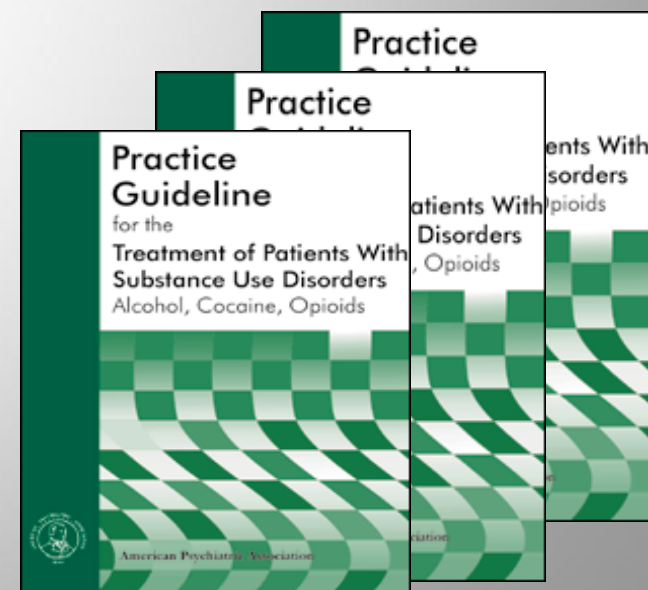
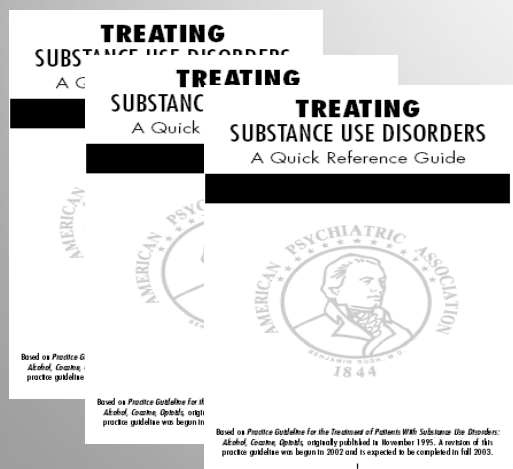
1. Nell'addiction l'uso delle sostanze persiste nonostante il paziente abbia consapevolezza di esporsi ad un danno
2. L'addiction è un disturbo difficile da trattare
3. La ricaduta è una caratteristica del disturbo
4. La poli-dipendenza è la regola e non l'eccezione
5. **La coesistenza dei disturbi psichiatrici è altamente frequente, in particolare con depressione e ansia**

# PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders (Second Edition, 2006)

## PRINCIPI GENERALI



- I soggetti che fanno uso di sostanze sono di **provenienza eterogenea**, sia per quanto riguarda le caratteristiche cliniche che il funzionamento
- di conseguenza, l'**approccio multimodale** al trattamento sarebbe l'unico fortemente indicato



Issue date: January 2009

## Borderline personality disorder

### Borderline personality disorder: treatment and management

#### Care planning in community mental health teams

- Teams working with people with borderline personality disorder should develop comprehensive multidisciplinary care plans in collaboration with the service user (and their family or carers, where agreed with the person). The care plan should:
  - identify clearly the roles and responsibilities of all health and social care professionals involved
  - identify manageable short-term treatment aims and specify steps that the person and others might take to achieve them
  - identify long-term goals, including those relating to employment and occupation, that the person would like to achieve, which should underpin the overall long-term treatment strategy; these goals should be realistic, and linked to the short-term treatment aims
  - develop a crisis plan that identifies potential triggers that could lead to a crisis, specifies self-management strategies likely to be effective and establishes how to access services (including a list of support numbers for out-of-hours teams and crisis teams) when self-management strategies alone are not enough
  - be shared with the GP and the service user.

#### The role of psychological treatment

- When providing psychological treatment for people with borderline personality disorder, especially those with multiple comorbidities and/or severe impairment, the following service characteristics should be in place:
  - an explicit and integrated theoretical approach used by both the treatment team and the therapist, which is shared with the service user
  - structured care in accordance with this guideline
  - provision for therapist supervision.
- Although the frequency of psychotherapy sessions should be adapted to the person's needs and context of living, twice-weekly sessions may be considered.
- Do not use brief psychological interventions (of less than 3 months' duration) specifically for borderline personality disorder or for the individual symptoms of the disorder, outside a service that has the characteristics outlined above.

#### The role of drug treatment

- Drug treatment should not be used specifically for borderline personality disorder or for the individual symptoms or behaviour associated with the disorder (for example, repeated self-harm, marked emotional instability, risk-taking behaviour and transient psychotic symptoms).

continued

# Obiettivi del trattamento

---

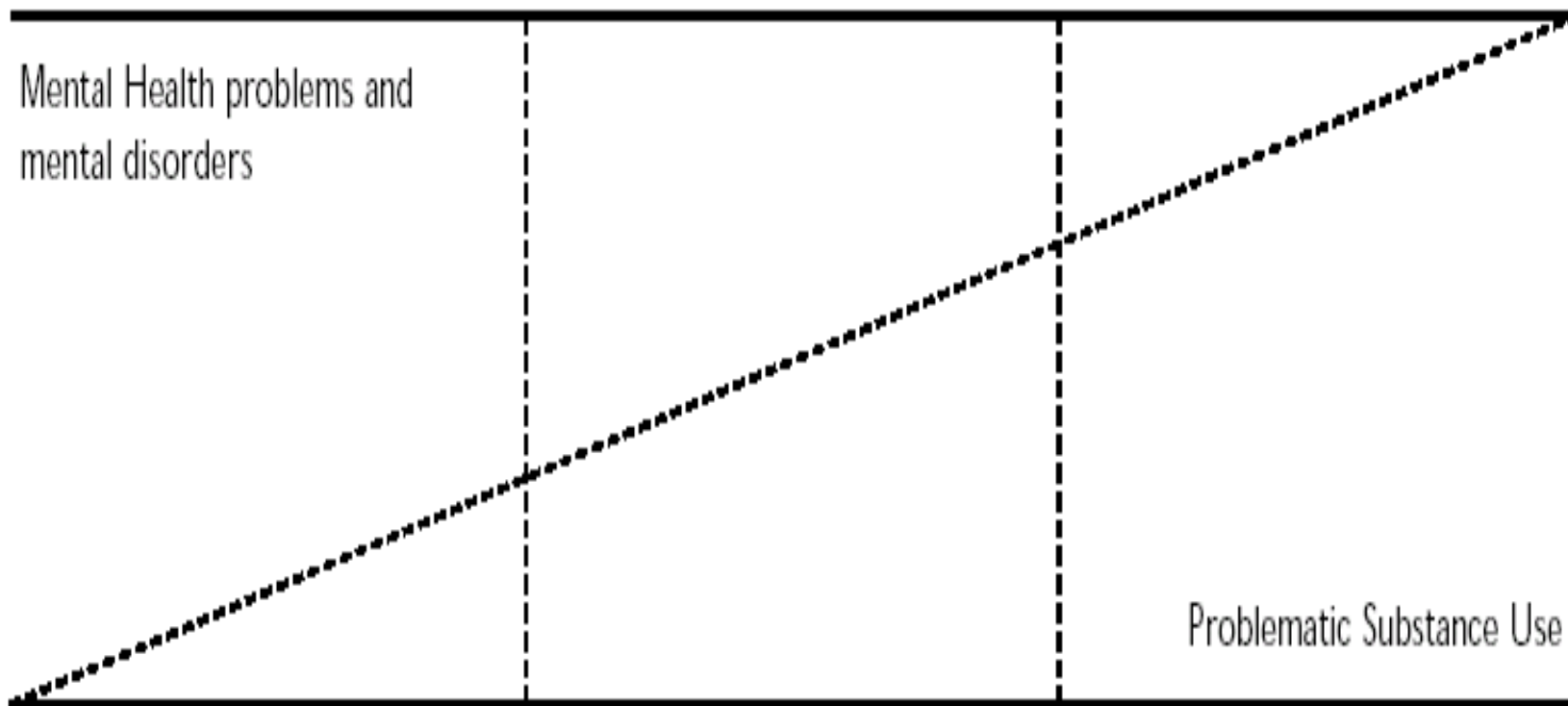
- n **Risoluzione dell'episodio acuto**
- n **Prevenzione delle ricadute**
- n **Prevenzione delle COMPLICANZE:**
  - u **cronicizzazione (sintomatologia residua)**
  - u **ciclicità**
  - u **estensione dell'uso di sostanze (poliabuso/dipendenza; diagnosi "multiple")**
  - u **controllo a distanza della disabilità (deficit nel funzionamento complessivo)**



# Co-existent psychiatric and substance misuse disorders (Ries, 1993)

©

## A scale of Dual Disorders



(Adapted from: McDermott and Pyett 'Not welcome anywhere' 1995)

## Quadrant Model for “Dual Diagnosis” treatment (Ries, 1993)

- n QI (low/low): out-patient addiction services
- n QII (high psych/low addict):  
in-patient psychiatric services
- n QIII (low psych/high addict):  
in-patient addiction services
- n QIV (high psych/high addict):  
specialized dual diagnosis unit
  - **Psychotic: DD unit in psychiatric service**
  - **Non-psychotic: DD unit in addiction service**



# ASAM categories: definitions

- n **ADDICTION ONLY SERVICES (AOS):** Programs that cannot treat clients who have psychiatric illnesses that require ongoing treatment
- n **DUAL DIAGNOSIS CAPABLE (DDC):** Programs that have a primary focus on the treatment of substance-related disorders, but are also capable of treating clients who have relatively stable diagnostic or sub-diagnostic co-occurring mental health problems
- n **DUAL DIAGNOSIS ENHANCED (DDE):** Programs that are designed to treat clients with more unstable co-occurring mental disorders in addition to their substance-related disorders



# Different intensities of treatment

## Intensity 1:

**brief outpatient problematic substance use, no previous treatment, healthy/normal social integration, no or mild psychopathology**

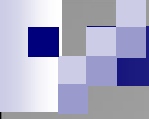
## Intensity 2:

**outpatient moderate SUD, max two previous treatments, healthy/normal social integration, psychopathology (depression/anxiety)**

## Intensity 3:

**Intensive treatment (beds and DH), severe SUD, previous treatments, low social integration, severe psychopathology (e.g. personality disorders)**

**(Emmelkamp, 2008)**



# Outpatient treatment modalities (Intensity I & II)

- n **Brief interventions based on motivational interviewing**

- .. Individual
- .. the internet

- n **Cognitive behavioral interventions**

- .. Group
- .. Individual
- .. Behavioral couple therapy

(Emmelkamp, 2008)



# **Inpatient and day hospital trajectories (Intensity III)**

§ **Detoxification (1-2 weeks)**

§ **Inpatient facilities ranging from 4-14 weeks**

§ **Day hospital facilities ranging from 8-12 weeks**

**+**

§ **A treatment-package consisting of different  
modules resulting in a 3-5 days program**

**(Emmelkamp, 2008)**

# Trattamento psicofarmacologico nei pazienti complessi in “doppia diagnosi” (DD)

- Usò di sostanze come criterio di esclusione: pochi studi controllati
- Scarsa compliance al trattamento
- Sostanziale ambivalenza dei ricercatori/clinici coinvolti nella ricerca (Ziedonis et al., 2005)



ELSEVIER

Journal of Substance Abuse Treatment 34 (2008) 61–71

Journal of  
Substance  
Abuse  
Treatment

Special article

## Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention

Alan I. Green, (M.D.)\*, Douglas L. Noordsy, (M.D.),  
Mary F. Brunette, (M.D.), Christopher O’Keefe, (M.S.)

Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, NH 03756, USA



NIH Public Access

Author Manuscript

*J Psychiatr Pract.* Author manuscript; available in PMC 2010 December 10

## Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders: Consensus Recommendations

DOUGLAS M. ZIEDONIS, MD, MPH, DAVID SMELSON, PsyD, RICHARD N. ROSENTHAL, MD, STEVEN L. BATKI, MD, ALAN I. GREEN, MD, RENATA J. HENRY, MEd, IVAN MONTOYA, MD, JOE PARKS, MD, and ROGER D. WEISS, MD

ZIEDONIS and SMELSON: University of Medicine and Dentistry of New Jersey—Robert Wood Johnson Medical School; ROSENTHAL: Columbia University College of Physicians & Surgeons and St. Luke’s Roosevelt Hospital Center, New York; BATKI: SUNY Upstate Medical University; GREEN: Dartmouth Medical School; HENRY: Delaware Department of Health & Social Services; MONTOYA: National Institute of Drug Abuse; PARKS: Missouri Department of Mental Health; WEISS: McLean Hospital, Harvard Medical School.

# La psicofarmacoterapia dei DP

## Segue 3 diversi modelli concettuali

### 1) La farmacoterapia tratta direttamente il disturbo di personalità

Questo approccio si basa sull'assunto che i farmaci vanno ad agire sulle alterazioni neurobiologiche che sono alla base dei tratti maladattativi. Secondo questa prospettiva, la manipolazione farmacologica dei sistemi neurobiologici può modificare la disposizione al disturbo e promuovere un migliore funzionamento, producendo gradualmente cambiamenti del comportamento e dell'adattamento.

### 2) La farmacoterapia tratta i disturbi di Asse I in comorbidità

Questo approccio si basa sull'evidenza che, frequentemente, i disturbi di Asse I si presentano in comorbidità ai DP. Il primo bersaglio della terapia è quindi il disturbo di Asse I, la cui remissione determinerebbe un miglioramento del DP e la possibilità di intervenire con altre forme di terapia. Questo approccio riceve, nell'attuale riconcettualizzazione del trattamento dei DP, poco consenso



# La psicofarmacoterapia dei DP

## 3) La farmacoterapia tratta i cluster sintomatologici nucleari

È un approccio dimensionale, che ha come bersagli le quattro dimensioni che riflettono una compromissione nelle aree dell'organizzazione cognitiva/percettiva, del controllo del comportamento impulsivo, della stabilità affettiva e della soppressione dell'ansia. Questo approccio è quello privilegiato in clinica

NEI FATTI LE AREE DI MAGGIORE INTERESSE CLINICO PER LA PSICOFARMACOTERAPIA DEI DISTURBI DI PERSONALITA' SONO QUELLE:

- n Cognitiva/Percettiva (correlata ai disturbi del cluster A)
- n Impulsivo/Aggressiva (correlata ai disturbi del Cluster B, in particolare il disturbo borderline di personalità)
- n Disregolazione affettiva (correlata ai disturbi del Cluster B)
- n Ansia/Inibizione (correlata ai disturbi del Cluster C)

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE “COMPLESSO” IN COMORBIDITA’ PER DP

## “TREATMENT FRAMEWORK” PER I DISTURBI DI PERSONALITA’ (APA, 2001)



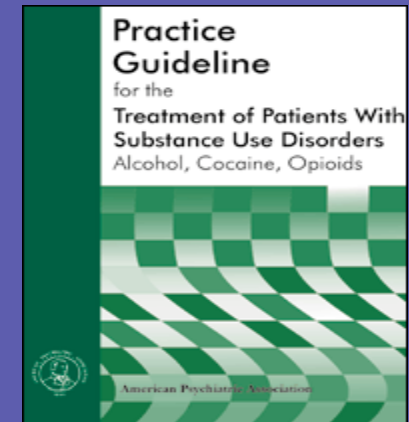
Welcome to the  
*American Psychiatric Association*  
www.psych.org

The American Psychiatric Association -- the world's largest psychiatric organization --  
represents over 38,000 psychiatric physicians from the U.S. and around the globe.

- n IL TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO E’ SINTOMO-SPECIFICO, DIRETTO SIA VERSO SINTOMI ACUTI (AD ESEMPIO, DEPRESSIONE), SIA CRONICI (AD ESEMPIO, DEFICIT COGNITIVI), SIA VERSO PARTICOLARI DIMENSIONI DEL COMPORTAMENTO SOSTENUTE DA IMPORTANTI VULNERABILITA’ (AD ESEMPIO, TEMPERAMENTO IMPULSIVO)
- n DISREGOLAZIONE AFFETTIVA E DISCONTROLLO (IMPULSIVITA’/AGGRESSIVITA’) SONO **FATTORI DI RISCHIO** ANCHE PER IL COMPORTAMENTO SUICIDARIO, L’AUTOLESIVITA’ O LA VIOLENZA VERSO ALTRI E RICHIEDONO LA PRIORITA’ ASSOLUTA NEL SELEZIONARE GLI AGENTI FARMACOLOGICI NECESSARI

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE "COMPLESSO" IN COMORBIDITA' PER DP

## **"TREATMENT FRAMEWORK" PER I DISTURBI DI PERSONALITA' (APA, 2001)**



### **n DISREGOLAZIONE AFFETTIVA**

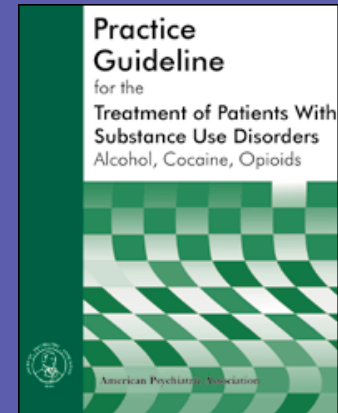
- \* TRATTARLA INIZIALMENTE CON SSRI (IN MEDIA 12 SETTIMANE)
- \* NELLE FORME PIU' SEVERE, CONSIDERARE L'AGGIUNTA DI BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI

### **n SINTOMI DI DISCONTROLLO COMPORTAMENTALE SU BASE IMPULSIVA**

- \* TRATTARLI INIZIALMENTE CON SSRI
- \* NELLE FORME CHE SI ESPRIMONO CON CHIARI RISCHI PER IL PAZIENTE, O SE GLI SSRI RISULTANO INEFFICACI, CONSIDERARE L'AGGIUNTA DI BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE "COMPLESSO" IN COMORBIDITA' PER DP

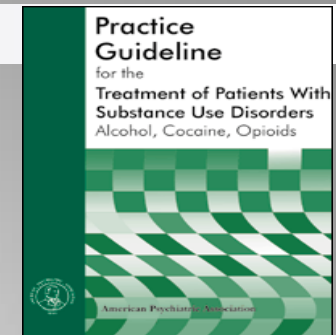
## "TREATMENT FRAMEWORK" PER I DISTURBI DI PERSONALITA' (APA, 2001)



### n SINTOMI DI TIPO COGNITIVO-PERCETTIVI

- \* BASSE DOSI DI NEUROLETTICI ATIPICI SONO IL TRATTAMENTO DI SCELTA PER I SINTOMI PSICOTICO-SIMILI
- \* I NEUROLETTICI ATIPICI POSSONO ANCHE MIGLIORARE LA DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE, L'IMPULSIVITA' E LA RABBIA-OSTILITA' CORRELATE A SINTOMI COGNITIVI
- \* SE LA RISPOSTA E' BASSA NEL PERIODO 4-6 SETTIMANE, AUMENTARE LA DOSE AL RANGE USATO NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI ASSE I

# L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE "COMPLESSO" IN COMORBIDITA' PER DP



**Manifestazioni ansioso-depressive nell'abuso e dipendenza:**

- a) associate all'effetto della sostanza o alla astinenza dalla stessa,
- b) associate al craving,
- c) associate alla riduzione del controllo inibitorio
- d) associate a (Blum et al., 2000):
  - n **Ridotta reattività**
  - n **Tristezza, anedonia**
  - n **Incapacità a derivare piacere da stimoli non droga correlati**
  - n **Alterazioni neurobiologiche dirette (circuiti della gratificazione)**

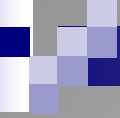
## L'INTERVENTO PSICOFARMACOLOGICO SUL PAZIENTE "COMPLESSO" IN COMORBIDITA' PER DP

**"CHI CONTINUA AD ASSUMERE SOSTANZE RAPPRESENTA UNA PIATTAFORMA PARTICOLARMENTE INSTABILE SULLA QUALE COSTRUIRE UNA FARMACOTERAPIA IL PIU' POSSIBILE OMEOSTATICA" (Gastfriend, 1997)**

**NONOSTANTE I RISCHI DI ERRORE DIAGNOSTICO O MISDIAGNOSI NON CI SI PUO' QUASI MAI PERMETTERE L'ATTESA DEL RAGGIUNGIMENTO DI UNA PIENA CONDIZIONE DI ASTINENZA**

**NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI, INFATTI, IL TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO RISPONDE ALLA NECESSITA' DI (Clark, McClanahan, 1998):**

- n INTERVENIRE SULLE SEQUELE DELL'USO DI SOSTANZE,**
- n SUI DISTURBI PSICHIATRICI NON CORRELATI ALL'USO,**
- n AD UNA COMBINAZIONE DI ENTRAMBE LE CONDIZIONI ,**
- n NON SOTTOVALUTARE LA RILEVANZA DEL DISTURBO DI PERSONALITA' COMORBILE E DELLA SUA FENOMENICA**



# Problemi clinici ancora aperti...

- n Intossicazione e deprivazione...sintomi o disturbi? disturbi sottosoglia...?
- n Tratti o Disturbi della Personalità?
- n Stabilità della diagnosi?
- n E' utile integrare la psicoterapia?
- n Quali risultati derivano dal trattamento combinato con antipsicotici?
- n Gli antidepressivi sono appropriati per il trattamento delle comorbidità in corso di DDM?

# Disturbi dell'umore indotti da sostanze: evidenze

*Addiction*, 101 (Suppl. 1), 89–96

Edward V. Nunes<sup>1</sup> & Bruce J. Rounsaville<sup>2</sup>

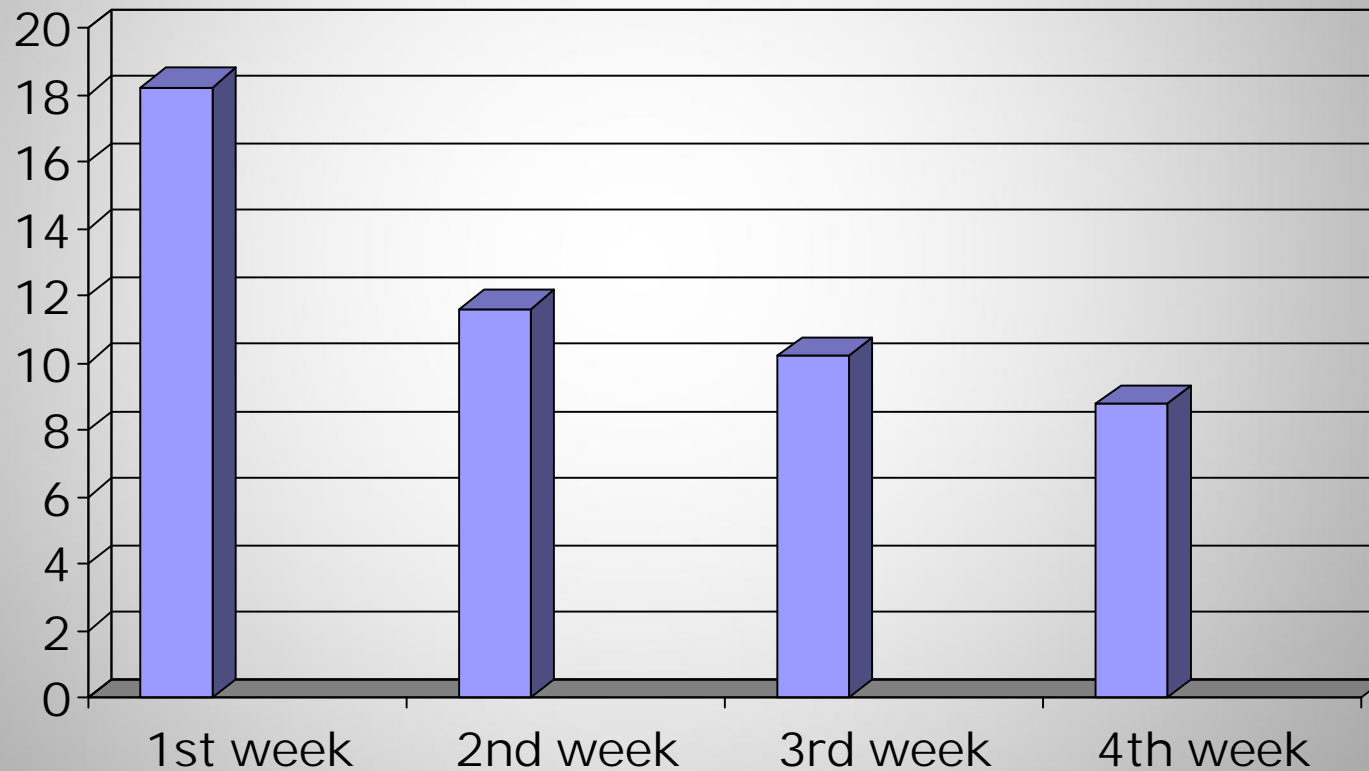
## RESEARCH REPORT

Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V

- n **Sintomi depressivi temporanei sono riportati nel contesto di intossicazione o di astinenza dalla maggior parte di sostanze: nicotina, cannabinoidi, oppioidi, stimolanti e altre sostanze d'abuso (fino al 98% dei casi; Clark & Mac Clanahan, 1998)**
- n Studi epidemiologici più recenti suggeriscono, invece, che la maggior parte dei disturbi dell'umore sia indipendente dall'uso di sostanze: pochi soggetti, infatti, avrebbero disturbi dell'umore permanenti indotti da sostanze. Un'elevata proporzione di adulti con DUS hanno un episodio di disturbo dell'umore *lifetime* e nell'anno precedente (Grant et al, 2004)
- n **Circa il 60% dei disturbi dell'umore in soggetti con DUS sono indotti dalle sostanze e generalmente si risolvono dopo l'astinenza (Regier et al, 1990; Schuckit et al, 1997; 2006; Kessler et al, 2003)**

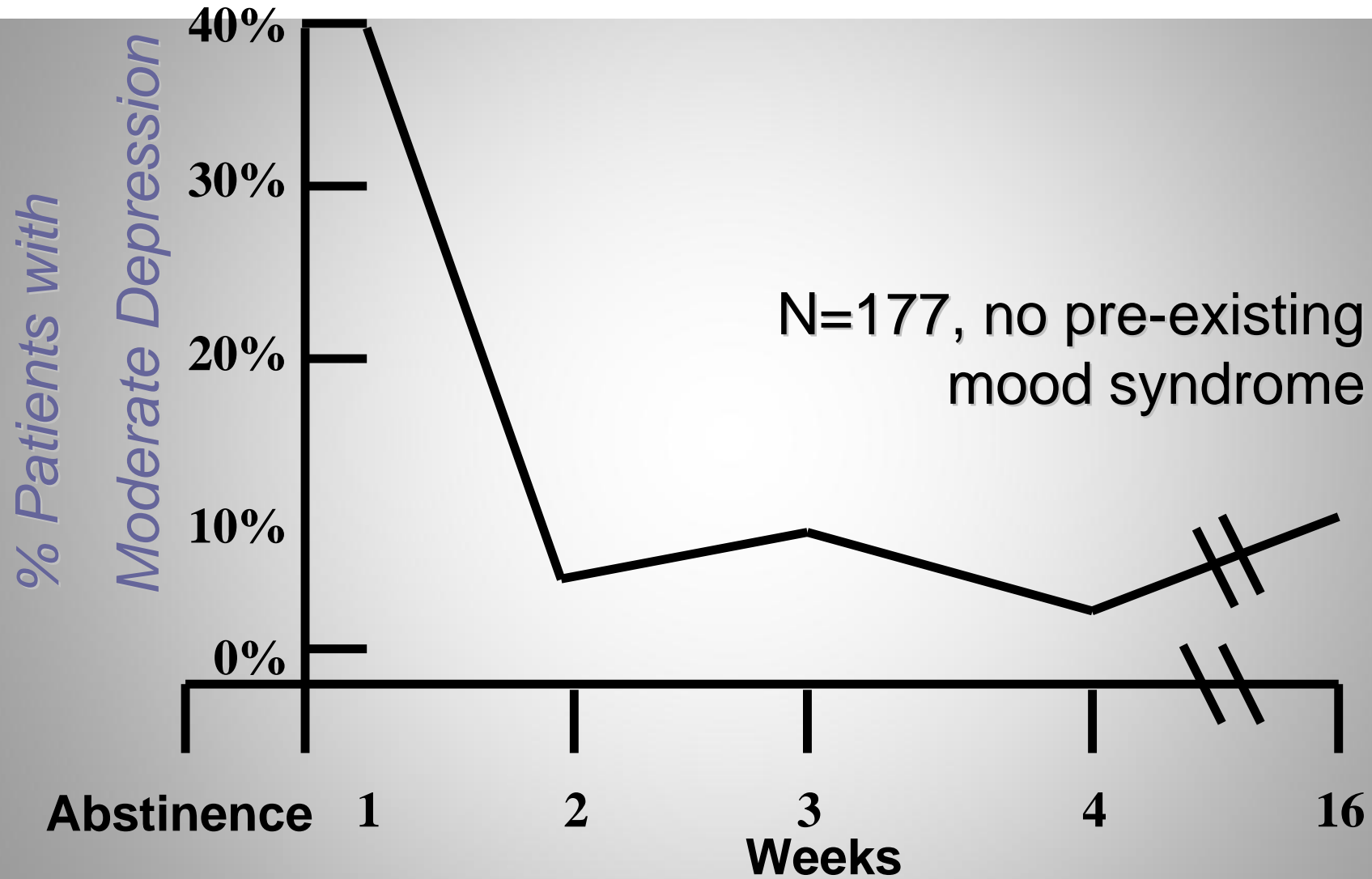


# Hamilton Depression Scores during 4 Weeks of Hospitalization



**Brown S, Schuckit M. *J Stud Alcohol*. 1988;49:412-417.**

# Remission of Depressive Symptoms with Abstinence



Brown S, Schuckit M. *J Stud Alcohol*. 1988;49:412-417.



# Co-morbid Depression:

## What to Do? (Emmelkamp, 2006)

- n In moderately depressed patients direct treatment at addiction and monitor depressed mood.
- n CBT directed at addiction is moderately effective with respect to substance abuse, but somewhat less effective with respect to depressed mood
- n CBT is more effective than 12-steps (AA) approach in cases with co-morbid depression



# Co-morbid Depression:

## What to Do? (Emmelkamp, 2006)

- n If mood does not improve after reduction of substance abuse address depression
- n This can be done with CBT for depression or pharmacotherapy (SSRI)
- n Pharmacotherapy (SSRI) leads to moderate reduction in depressed mood but hardly affects substance abuse

# Antipsicotici atipici

## TIPICI

Pochi studi hanno studiato l'efficacia degli AP tipici nei pazienti DD. In genere si rileva una più scarsa risposta al trattamento

## ATIPICI

Alcuni studi suggeriscono la **superiorità di AP atipici** sugli AP tipici **nel trattamento del quadro psicopatologico, nel ridurre il craving ed il consumo di sostanze** (Wobrock, Soyka, 2008)

**Tipo di studio, di sostanza, diagnosi di abuso/dipendenza e misure utilizzate variano ampiamente tra gli studi rendendo difficoltoso il confronto diretto tra i vari antipsicotici** (Green et al., 2008)



Contents lists available at ScienceDirect

Progress in Neuro-Psychopharmacology &  
Biological Psychiatry

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pnpbp](http://www.elsevier.com/locate/pnpbp)

Review article

Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder – Reviewing the evidence and clinical recommendations

T. Wobrock <sup>a,\*</sup>, M. Soyka <sup>b,c</sup>

# Antipsicotici atipici (Wobrock, Soyka, 2008)

- n **RISPERIDONE** risultati degli studi non concordi. Necessari ulteriori RCT
- n **OLANZAPINA** risultati non univoci. Necessari ulteriori RCT
- n **ZIPRASIDONE** nessun dato disponibile
  
- n **QUETIAPINA** dati preliminari suggeriscono l'efficacia nel:
  - ridurre sintomi psicotici,
  - ridurre il consumo di cannabis,
  - ridurre il craving per cocaina
  
- n **ARIPIPRAZOLO** studi open-label indicano una riduzione dell'uso di alcool e cocaina e del craving

# Antipsicotici atipici

## In accordo con le LG per la schizofrenia:

- n **Gli AP atipici sembrano associati ad una minore incidenza di effetti collaterali e ad un miglioramento sul piano cognitivo. Alcuni effetti collaterali però, soprattutto quelli di tipo metabolico, vanno monitorati. Le interazioni pericolose tra farmaci e sostanze sembrano piuttosto rare**

(Mueser et al., 2003)

- n **La scelta del farmaco deve essere guidata da sicurezza, tossicità ed effetti collaterali. Molte sostanze d'abuso possono interagire con gli psicofarmaci riducendone l'efficacia o aumentando i livelli serici delle sostanze stesse (clozapina aumenta i livelli della cocaina in modo dose-dipendente...)**

(Ziedonis et al., 2008)

- n **Ulteriori dati da studi randomizzati, in doppio cieco, controllati con placebo sono necessari prima di trarre conclusioni sull'efficacia di antipsicotici atipici nei pazienti con disturbo bipolare in comorbidità con un disturbo da uso di sostanze**

(Vornik et al, 2006)

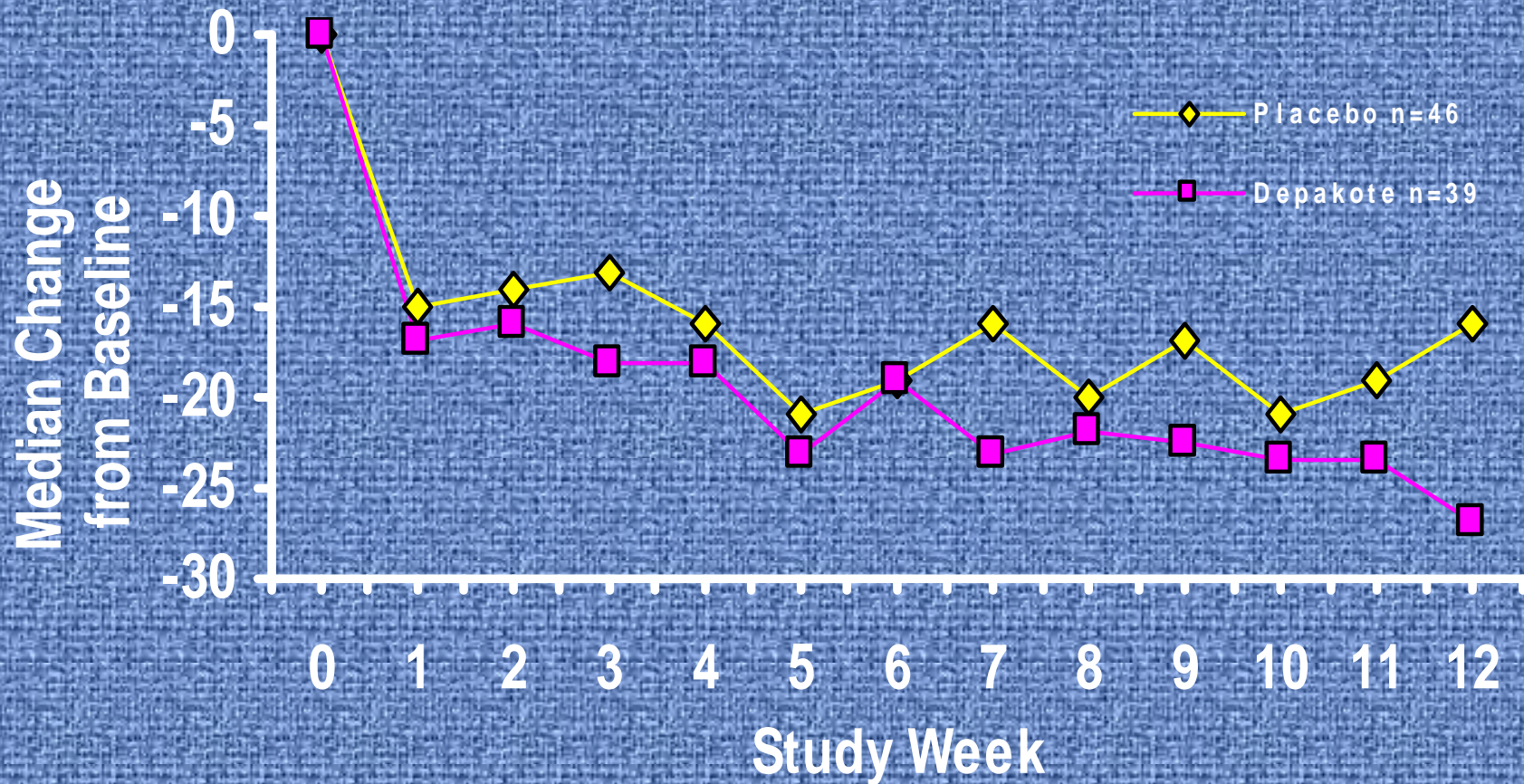
# Esiti del trattamento

---

- n è poco probabile che un solo farmaco possa risolvere tutti i problemi posti dal trattamento dei Disturbi comorbili indotti dall'uso di sostanze
- n è necessario adattare con molta cautela la terapia ai sintomi, di volta in volta, principali (associazione di farmaci dalle caratteristiche diverse)
- n attenzione alle risposte parziali e agli “switch“
- n valorizzare il ruolo del disturbo della personalità
- n operare scelte razionali per una profilassi duratura secondo il criterio “ **treat the illness, not the episode** “



## Mean Change From Baseline of OAS-M Aggression Score in Patients With Cluster B Personality Disorders

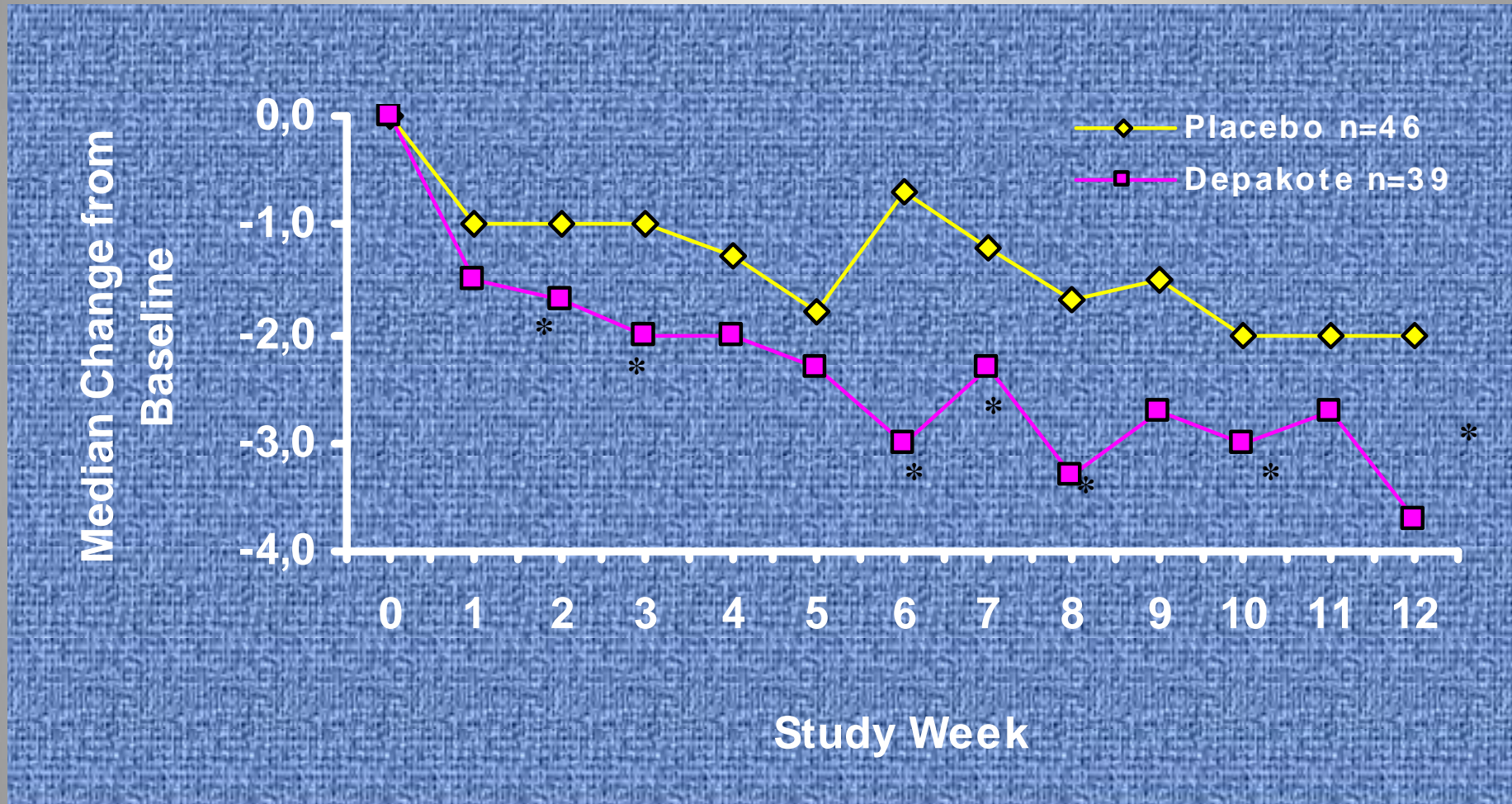


Baseline: PBO= 33.6 Dep= 34.3

\*p= 0.017 (Wilcoxon rank-sum test)

*Hollander et al., Neuropsychopharmacology 2003*

## Mean Change From Baseline of OAS-M Irritability Score in Patients With Cluster B Personality Disorders

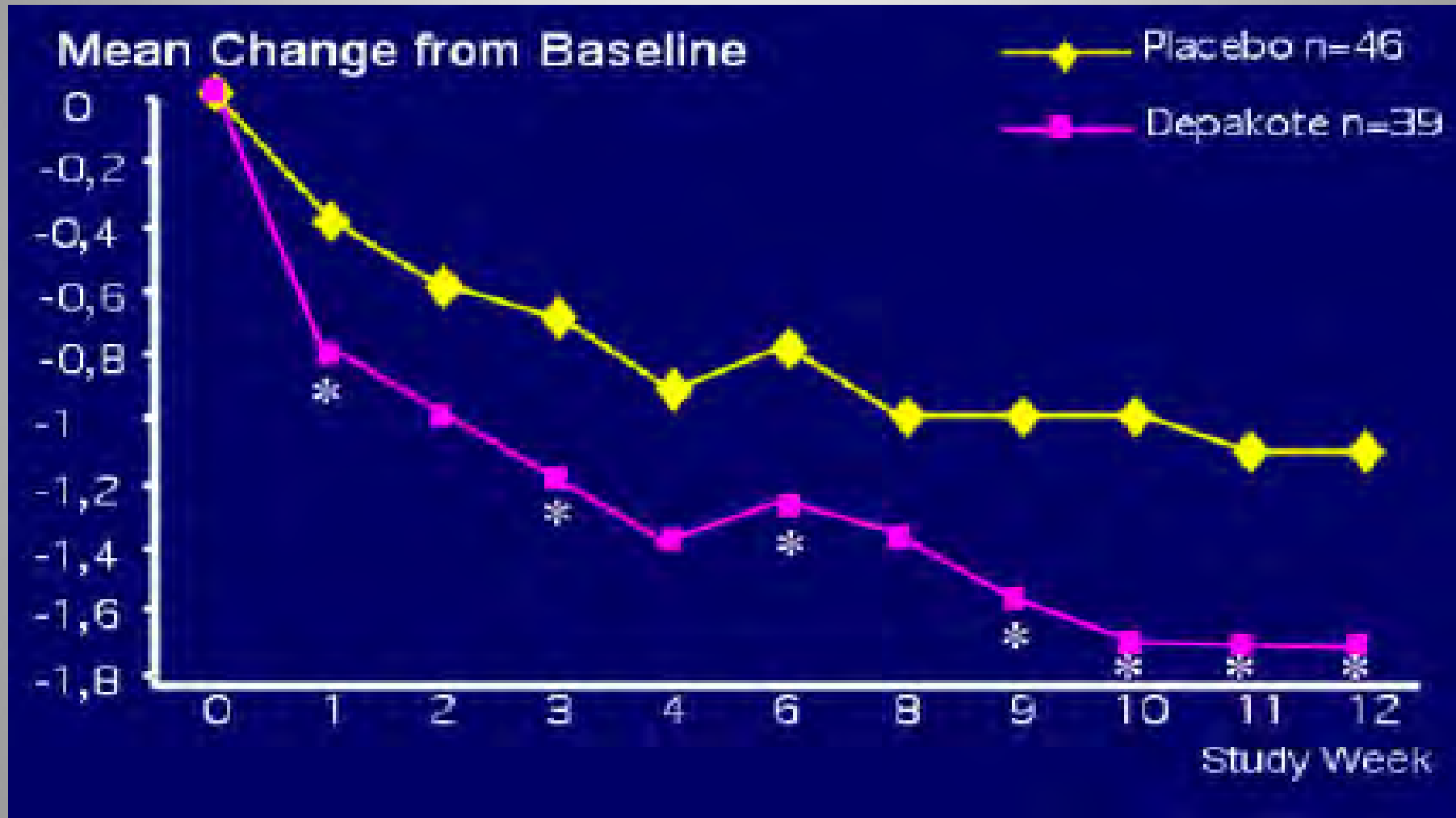


Baseline: PBO= 6..3 Dep= 6..3

\*p= 0.05 (Wilcoxon rank-sum test)

*Hollander et al., Neuropsychopharmacology 2003*

## Mean Change From Baseline of CGI Severity Score in Patients With Cluster B Personality Disorders



Baseline: PBO= 4.2 Dep= 4.3

\*p < 0.05 (ANOVA – LOCF, Evaluable)

Hollander et al., Neuropsychopharmacology 2003

# Trattamenti farmacologici

n Sono stati usate varie classi di farmaci:

- Stabilizzatori dell'umore<sup>1</sup>
- Antipsicotici<sup>1</sup>
- Antidepressivi<sup>1</sup>
- Polifarmacoterapia<sup>2</sup>

1 Abraham & Calabrese, 2008

2 Lieb et al, 2004



Review article

# Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials

Klaus Lieb, Birgit Völlm, Gerta Rücker, Antje Timmer and Jutta M. Stoffers

**BJPsych**

The British Journal of Psychiatry (2010)  
196, 4–12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062984



- .. Farmaci inclusi nella review:
  - ⊗ Antipsicotici di prima e seconda generazione
  - ⊗ Antidepressivi
  - ⊗ Stabilizzatori dell'umore
  - ⊗ Acidi grassi omega-3

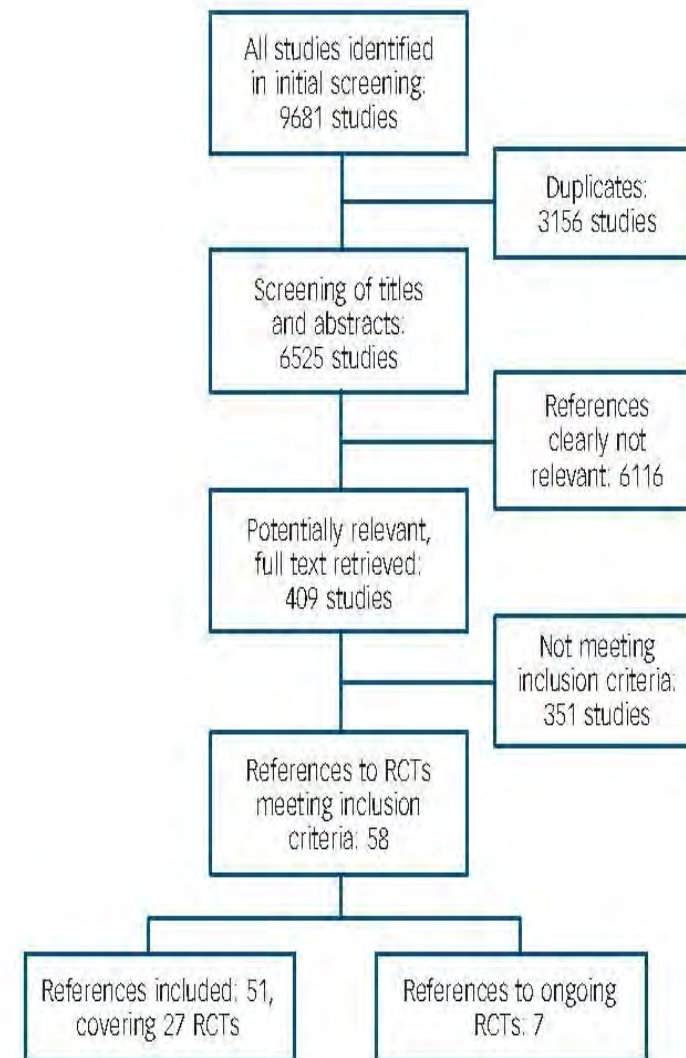


Fig. 1 Flowchart of study selection (RCT, randomised controlled trial).



DIFFICOLTÀ  
INTERPERSONALI



Aripiprazolo  
Valproato  
Topiramato

DISREGOLAZIONE  
AFFETTIVA



Aloperidolo  
Aripiprazolo  
Olanzapina  
Topiramato  
Lamotrigina  
Valproato

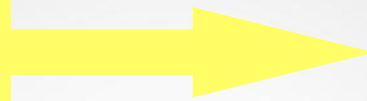
IMPULSIVITÀ



Flupentixolo  
decanoato  
Aripiprazolo  
Tiporamato  
Lamotrigina  
Acidi grassi  
omega-3



**SINTOMI COGNITIVI  
E PERCETTIVI**



Aripiprazolo  
Olanzapina

**DISTURBI  
AFFETTIVI**



Aripiprazolo  
Olanzapina  
Topiramato  
Valproato  
Aitriptilina  
Acidi grassi  
omega-3



- .. Il potere di individuare effetti significativi è tuttavia basso a causa di
  - ⊗ gran numero di confronti differenti
  - ⊗ gran numero di variabili di *outcome*
  - ⊗ uso di diversi strumenti di assessment per la stessa variabile di *outcome*
- .. La robustezza complessiva dei risultati è quindi bassa

# Conclusioni

- n Antidepressivi (ad es., SSRI) non possono essere raccomandati come trattamento di prima scelta per la disregolazione affettiva, impulsività e sintomi comportamentali
- n Gli SSRI possono essere raccomandati per il trattamento di un episodio depressivo maggiore o di un'altra condizione comorbile che richiede un trattamento antidepressivo
- n Basse dosi di antipsicotici non possono essere consigliati per sintomi cognitivi e percettivi

# Conclusioni

- n Il trattamento farmacologico del DBP dovrebbe essere indirizzato a specifici sintomi
- n A tutt'oggi non c'è evidenza dell'efficacia di una polifarmacoterapia, che dovrebbe essere evitata quando possibile

# Conclusioni

Nel trattamento farmacologico del DBP devono essere considerati:

- ✧ il potenziale effetto tossico da sovradosaggio (es. TCA)
- ✧ il potenziale di abuso o dipendenza (es. sedativi, ipnotici)
- ✧ i possibili effetti sul peso corporeo (es. olanzapina e topiramato)
- .. i potenziali effetti collaterali devono essere discussi con il paziente (*shared decision-making*)
- .. il trattamento farmacologico deve durare per un tempo sufficiente per giudicarne l'efficacia e deve essere interrotto se non efficace



# **Psicoterapia del disturbo borderline di personalità**

**Alcune indicazioni dalla  
letteratura**

# Trattamento del DBP

**La psicoterapia è considerata il trattamento di elezione e principale<sup>1</sup>:**

- n per la natura “stabilmente” instabile del disturbo<sup>2</sup>
- n per la limitata efficacia della farmacoterapia<sup>3</sup>, con la maggior parte dei farmaci associati ad una modesta riduzione della sintomatologia

1 APA, 2001

2 Schmideberg, 1947

3 Zanarini, 2004

# Psicoterapia del DBP

**Attualmente sono risultate efficaci 4 forme di psicoterapia:**

- 2 forme manualizzate di orientamento psicodinamico
  - ▣ Mentalization-based treatment (MBT)<sup>1</sup>
  - ▣ Transference-focused psychotherapy (TFP)<sup>2</sup>
- 2 forme di orientamento cognitivo-comportamentale
  - ▣ **Dialectical behavioral therapy (DBT)**<sup>3</sup>
  - ▣ Schema-focused therapy (SFT)<sup>4</sup>

1 Bateman & Fonagy, 2004

2 Kernberg et al, 1989

3 Linehan, 1993

4 Young et al, 2003



# Dialectic Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder

Developed by M. Linehan

- n Best studied treatment for Borderline Personality Disorder
- n Originally developed to treat suicidal behaviors in patients who meet criteria for Borderline Personality Disorder
- n Efficacy demonstrated in other difficult to-treat populations including substance use disorders

The American Journal on Addictions 8:279–292, 1999  
©1999 American Academy of Addiction Psychiatry

Published by Brunner/Mazel  
1055-0496 /99 \$12.00 + .00

## *REGULAR ARTICLES*

---

### Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence

Marsha M. Linehan, Ph.D., Henry Schmidt III, M.A.,  
Linda A. Dimeff, Ph.D., J. Christopher Craft, B.S.,  
Jonathan Kanter, M.A., Katherine A. Comtois, Ph.D.



# Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence

## RESULTS:

- DBT superior compared to TAU in decrease in drug use throughout treatment and during follow-up
- Treatment retention was significantly higher in DBT compared to TAU
- DBT resulted in significant greater gain in global and social adjustment at follow-up
- DBT led to reduction in parasuicides and anger but no differences between conditions

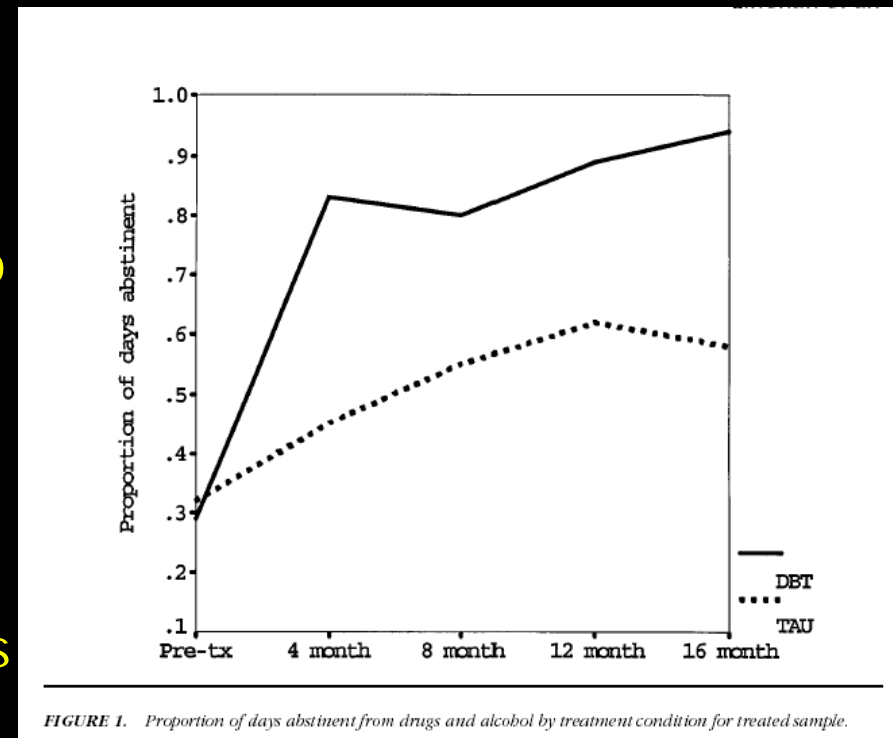


FIGURE 1. Proportion of days abstinent from drugs and alcohol by treatment condition for treated sample.

# Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence

## CONCLUSIONS:

DBT is more effective than TAU at keeping patients in treatment and reducing drug use

- n Drop-out rates remain high (at least 30%)
- n Validation may be an important component of maintaining patient engagement
- n Drug use remains significant (30-50% in DBT groups vs. 45-80% in TAU group)

## **Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder**

12-month, randomised clinical trial in The Netherlands

ROEL VERHEUL, LOUISE M. C. VAN DEN BOSCH, MAARTEN W. J. KOETER, MARIA A. J. DE RIDDER, THEO STIJNEN and WIM VAN DEN BRINK

### **PARTICIPANTS:**

- n Borderline patients *with* and *without* co-morbid substance abuse

### **DESIGN:**

- n One year of DBT versus Treatment as usual (TAU)

### **RESULTS:**

- n DBT resulted in lower levels of parasuicidal and impulsive behaviors.
- n DBT not more effective than TAU in reducing substance use problems.
- n At 6 month follow-up benefits of DBT are sustained

### **CONCLUSION:**

- n Standard DBT is effective in BPD patients with SUD but future DBT programs should address substance use more explicitly.



# Adaptation of DBT for BPD and Drug Dependence

(Linehan et al., 1999)

Several modifications were added to standard Dialectic Behavior Therapy:

- § A dialectal stance on drug use was developed in which is insisted on total abstinence, *but*
- § In the case of a lapse into substance use, coping strategies from cognitive behavior therapy are used to prevent lapses becoming full relapse.
- § Treatment also involved transitional maintenance medication in the perspective of “replacing pills with skills” later on in the program.

# PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders (Second Edition, 2006)

## REGOLE GENERALI PER IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA



**La prevalenza elevata dei disturbi comorbili psichiatrici nei soggetti con dipendenza da sostanze implica che la maggior parte di costoro necessitano di specifica farmacoterapia (stabilizzanti dell'umore e antipsicotici atipici in corso di disturbo bipolare, antipsicotici nei disturbi psicotici e antidepressivi nei disturbi dell'umore...)**

**Il trattamento della comorbilità psichiatrica può migliorare o no i risultati del trattamento del DUS, ma se tale trattamento non viene effettuato, raramente il trattamento del DUS può risultare favorevole**

# PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders (Second Edition, 2006)

## REGOLE GENERALI PER IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA



Valutare l'eterogeneità dei nostri pazienti non trascurando mai:

- (a) Il numero e il tipo delle sostanze utilizzate
- (b) La vulnerabilità genetica per lo sviluppo di un DUS
- (c) La gravità del disturbo, la rapidità con cui si sviluppa e il diverso livello di *impairment* funzionale associato
- (d) La consapevolezza individuale del disturbo come problema
- (e) La motivazione a entrare in un trattamento con l'obiettivo del cambiamento e la velocità o meno dello stesso
- (f) Le condizioni mediche e psichiatriche associate (comorbilità)
- (g) Le risorse individuali (fattori di protezione e *resilience*) e gli elementi di vulnerabilità
- (h) Il contesto sociale, ambientale e culturale di riferimento

# L'INTERVENTO SUL PAZIENTE COMPLESSO IN COMORBIDITA'

UN VALIDO PERCORSO DI LAVORO CON QUESTI PAZIENTI SI COSTITUISCE IN RELAZIONE A (Goldfinger, et al. 1996):

- n RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI DA MOLTEPLICI FONTI
- n DEFINIZIONE TIPOLOGICA PRELIMINARE (PER ORIENTARE L'INTERVENTO SPECIFICO SUL DCS):
  - n **A) CLUSTER A "BASSA" SEVERITA'**
  - n **B) CLUSTER MULTIPROBLEMATICO "IN COMPENSO"**
  - n **C) CLUSTER MULTIPROBLEMATICO IN CONDIZIONI DI DISTRESS ATTUALE NELLE AREE PSICHIATRICA/FAMILIARE/DI LAVORO/LEGALE/ALTRO**

(a questo proposito si segnalano in letteratura strette correlazioni tra dati SCID e ASI; Appleby, et al. 1997)

# Organizzazione del trattamento

- n Il miglioramento della gestione clinica della DD è tra i principali interessi di diversi servizi sanitari nazionali europei<sup>1-4</sup>
- n Esistono molteplici trattamenti, ma la tendenza - sulla scia degli Stati Uniti - è ormai verso **programmi di integrazione delle specifiche terapie per disturbi correlati a sostanze e SMI**. Tali programmi richiedono risorse aggiuntive ed una riprogettazione radicale del sistema di distribuzione dei servizi.

1 Dervaux et al, 2001

2 Banerjee et al, 2002

3 Gouzoulis-Mayfrank, 2004

4 Carrà & Clerici, 2006



# Organizzazione del trattamento

Peraltro, in Italia, le **COMUNITÀ TERAPEUTICHE** hanno offerto - negli ultimi decenni - un'ampia costellazione di opportunità per la presa in carico e la riabilitazione di soggetti affetti dalle più diverse problematiche di abuso e dipendenza, nonché disturbo mentale coesistente, integrandosi progressivamente tra le due tipologie di servizi (salute mentale e tossicodipendenze)

*Sorte negli anni '50 negli Stati Uniti, esprimono oggi, in questo campo, un ampio range di programmi:*

- \* tradizionali*
  - \* specialistici "doppia diagnosi"*
  - \* modulo "doppia diagnosi" all'interno di programmi tradizionali*
- a partire dagli stessi principi di base, adattati alla tipologia degli utenti*



De Leon, 1995; Sacks et al., 1997

# Modelli assistenziali e di cura




Devono includere, inevitabilmente:

- n le strutture assistenziali della medicina generale e del Servizio Sanitario Nazionale
- n gli ambulatori ospedalieri, i servizi semi- e residenziali
- n possibilità di interfacciamento con Servizi di primo/secondo livello
- n capacità di gestione della transizione dai Servizi per l'infanzia e l'adolescenza quelli per adulti
- n l'assistenza in carcere e la transizione da quest'ultima ai servizi del SSN



## Risk assessment and management

- Risk assessment in people with borderline personality disorder should:
  - take place as part of a full assessment of the person's needs
  - differentiate between long-term and more immediate risks
  - identify the risks posed to self and others, including the welfare of any dependent children.
- Agree explicitly the risks being assessed with the person and develop collaboratively risk management plans that:
  - address both the long-term and more immediate risks
  - relate to the overall long-term treatment strategy
  - take account of changes in personal relationships, including the therapeutic relationship.
- When managing the risks posed by people with borderline personality disorder in a community mental health service, risks should be managed by the whole multidisciplinary team with good supervision arrangements, especially for less experienced team members. Be particularly cautious when:
  - evaluating risk if the person is not well known to the team
  - there have been frequent suicidal crises.
- Teams working with people with borderline personality disorder should review regularly the team members' tolerance and sensitivity to people who pose a risk to themselves and others. This should be reviewed annually (or more frequently if a team is regularly working with people with high levels of risk).

  
National Institute for  
Health and Clinical Excellence

Issue date: January 2009

**Borderline personality disorder**  
Borderline personality disorder:  
treatment and management

NICE clinical guideline 78  
Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health



## Managing comorbidities

- Before starting treatment for a comorbid condition in people with borderline personality disorder, review:
  - the diagnosis of borderline personality disorder and that of the comorbid condition, especially if either diagnosis has been made during a crisis or emergency presentation
  - the effectiveness and tolerability of previous and current treatments; discontinue ineffective treatments.

Comorbidity	Management
Depression, post-traumatic stress disorder, anxiety	<ul style="list-style-type: none"><li>● Treat within a well-structured treatment programme for borderline personality disorder.</li></ul>
Major psychosis, dependence on alcohol or Class A drugs, severe eating disorder	<ul style="list-style-type: none"><li>● Refer people to an appropriate service.</li><li>● The care coordinator should keep in contact with people being treated for the comorbid condition so that they can continue with treatment for borderline personality disorder when appropriate.</li></ul>

- When treating a comorbid condition in people with borderline personality disorder follow the NICE clinical guideline for the comorbid condition.

# Risk assessment and management



- n Deve essere attivato come parte della valutazione dei bisogni della persona
- n Deve essere in grado di differenziare tra rischi sul lungo- e medio-periodo
- n Deve identificare i rischi per se e per gli altri, incluso il benessere di figli in condizioni di dipendenza economica e psicologica
- n Deve prevedere una condivisione esplicita della valutazione del rischio e una co-gestione dei piani di intervento

# Risk assessment and management



- n Nella gestione interna al SSM, i rischi devono essere trattati dall'intero team multidisciplinare dotato di una buona supervisione rivolta, specialmente, ai membri meno esperti
- n Bisogna essere particolarmente cauti:
  - a) nella valutazione del rischio in soggetti non noti al servizio
  - b) in casi di frequenti crisi suicidarie
- n Bisogna essere particolarmente attenti nella valutazione della tolleranza e della sensibilità verso i soggetti che pongono un problema di rischio per se stessi o per gli altri

# Managing comorbidities



- n Prima di cominciare il trattamento per le malattie comorbili in corso di DBP è necessario rivedere:
  - a) la diagnosi di DBP e quella della condizione patologica comorbile, soprattutto se le diagnosi sono state fatte durante una crisi o un episodio centrato sull'emergenza
  - b) l'efficacia e la tollerabilità di precedenti trattamenti o di quelli in corso, arrivando a discontinuare quelli inefficaci

# Managing comorbidities



## Managing comorbidities

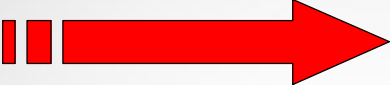



- Before starting treatment for a comorbid condition in people with borderline personality disorder, review:
  - the diagnosis of borderline personality disorder and that of the comorbid condition, especially if either diagnosis has been made during a crisis or emergency presentation
  - the effectiveness and tolerability of previous and current treatments; discontinue ineffective treatments.

Comorbidity	Management
Depression, post-traumatic stress disorder, anxiety	<ul style="list-style-type: none"><li>• Treat within a well-structured treatment programme for borderline personality disorder.</li></ul>
Major psychosis, dependence on alcohol or Class A drugs, severe eating disorder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Refer people to an appropriate service.</li><li>• The care coordinator should keep in contact with people being treated for the comorbid condition so that they can continue with treatment for borderline personality disorder when appropriate.</li></ul>

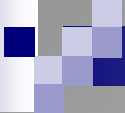
- When treating a comorbid condition in people with borderline personality disorder follow the NICE clinical guideline for the comorbid condition.

# **Integrated Intervention Mental Disorders-Substance (CT)**

---

<b>Patients</b>		<b>dually diagnosed</b>
<b>Timing</b>		<b>contemporaneous vs sequential</b>
<b>Therapist</b>		<b>attend to both problems</b>
<b>Context</b>		<b>interventions designed to address both problem areas</b>





## PERCEIVED NEED AND HELP-SEEKING IN ADULTS WITH MOOD, ANXIETY OR SUBSTANCE USE DISORDERS (Mojtabai et al., 2002)

**UN GRAN NUMERO DI ADULTI CON PROBLEMI TALI DA IDENTIFICARE UN DISTURBO MENTALE NON CHIEDE AIUTO AI PROFESSIONISTI**

**LA NATURA E LA GRAVITA' DELLA PSICOPATOLOGIA SI CORRELANO, IN GENERE, CON UN LIVELLO PIU' ALTO DI PERCEZIONE DI BISOGNI E DI RICHIESTA DI AIUTO.**

**PAZIENTI CON DCS PRESENTANO I LIVELLI PIU' BASSI SIA DI PERCEZIONE DEL BISOGNO, SIA DI RICHIESTA DI AIUTO (IN PARTICOLARE, TRA GLI ALTRI, AI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE) RISPETTO AI SOGGETTI IN DD O ALTRI DISTURBI**

# Risultati del trattamento

## **Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)**

Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G

*Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 2008

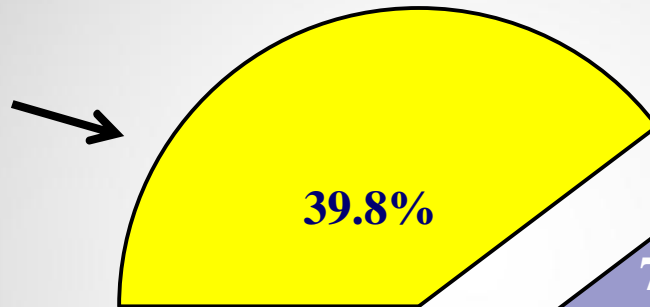
A tutt'oggi non esistono però, in senso lato, evidenze a supporto dell'efficacia di un tipo di intervento psicosociale sugli altri trattamenti nel ridurre l'uso di sostanze o nel migliorare la salute mentale nei soggetti affetti da SMI



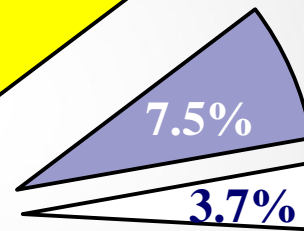
# Risultati del trattamento

Past Year Treatment among Adults with Co-Occurring Mental Illness and a Substance Use Disorder (US data)

Treatment Only  
for Mental Health  
Problems



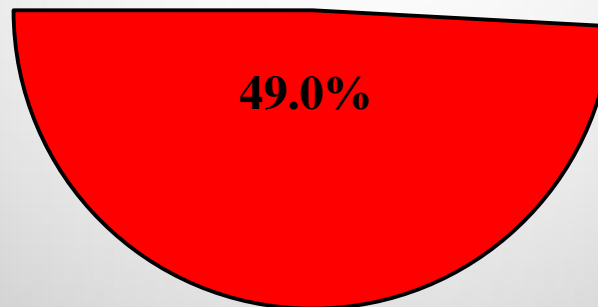
Treatment for Both  
Mental Health and  
Substance Use  
Problems



Substance Use  
Treatment Only

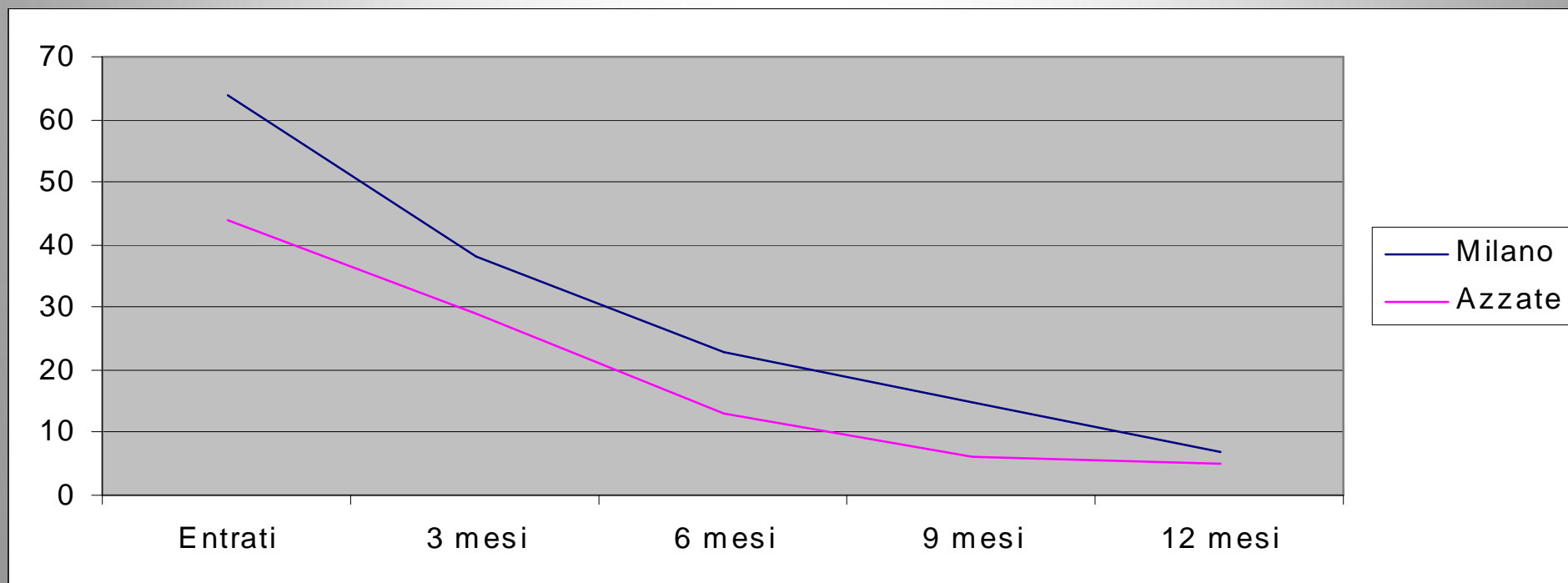


No Treatment



## Andamento presenze nelle strutture delle CT "Cascina Verde" (ottobre 2004 - luglio 2006: n° 108 utenti)

	N°	1 mese	3 mesi	fine osservazione (4 mesi)	6 mesi	9 mesi	12 mesi
Milano	64	52	38		34	23	7
Azzate	44	35	29		24	13	5





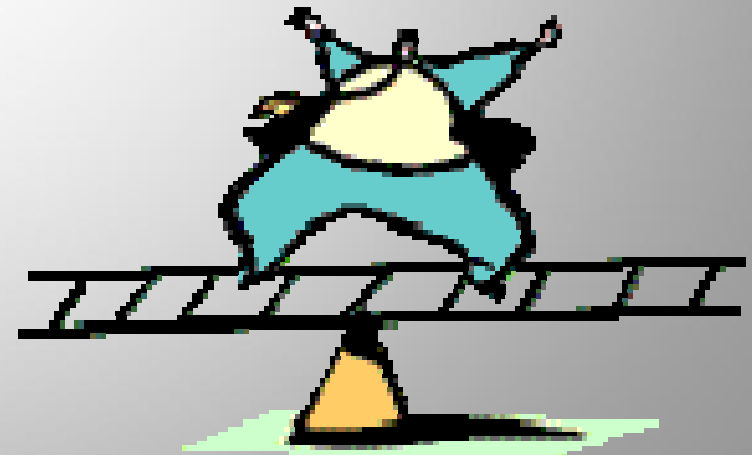
## **“Doppia Diagnosi”...in molti casi, certamente, una “clinica della confusione”**

- **Quadri sovrapposti (ASSE I e II)**
- **Quadri misti**
- **Stati misti**
- **Cicli rapidi**
- **Depressione agitata**
- **Mania disforica**
- **Decorsi rallentati**
- **Associazioni spurie o composite**
- **Patomorfoasi eterogenea**
- **Cronicizzazione di elementi misti**
- **Intossicazione o astinenza**
- **Influenza di: terapia sostitutiva, NL, stabilizzanti, AD, BDZ**
- **Condizioni organiche e terapie mediche**

## “DOPPIA DIAGNOSI”: “NON DIAGNOSI” O “NUOVA DIAGNOSI” ?

- n Nella DD si verifica un'alterazione della **processualità temporale** dei Disturbi Mentali classicamente descritti (esordi, acuzie, cronicità, ciclicità, remissione, scompensi, recidive.....)
- n La DD si configura allora come un potente **“disorganizzatore nosografico”**

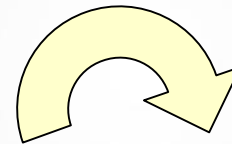
- n **Che fare, quindi, nella DD?**



*Che fare? il paziente in "doppia diagnosi" (DD), specie se poliabusatore, generalmente tende a essere assistito ma non curato, rimane una presenza continua e pressante per il Servizio e costituisce lo zoccolo duro dei pazienti definiti come "cronici": le risposte usuali degli operatori rischiano pertanto di rinforzare le problematiche che costui porta*

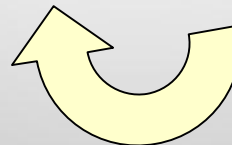
### Caratteristiche DD

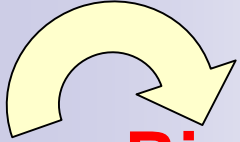
- n Polimorfismo sintomatologico
- n Richieste pressanti e caotiche a Servizi e professionisti diversi
- n Fallimento dialettico nel rapporto con i Servizi
- n Autoinvalidazione
- n Passività
- n Tendenza all'evitamento
- n Difficoltà nel problem solving



### Risposte usuali, oggi

- n Divise tra più Servizi
- n Centrate sulle priorità:
  - del sintomo,
  - dei compiti istituzionali,
  - della domanda esplicita,
  - del contenimento della crisi





**Risposte usuali oggi, approccio nuovo domani...**

**Necessità di presa in carico:**

- \* tossicologica e medica
- \* psichiatrica

**Necessità di programmi integrati**

**Personalizzazione degli interventi e flessibilità**

Integrazione degli interventi biopsicosociali

Valutazione del trattamento

Formazione degli operatori





## **Intervenire modificando l'approccio globale al problema...**

- 1. Cambiare “mitologie” e modelli di riferimento degli operatori**
- 2. Intervenire sulle resistenze al cambiamento delle équipe**
- 3. Migliorare la definizione degli obiettivi, degli strumenti e delle tecniche di trattamento**
- 4. Aumentare la percezione della trattabilità dei pazienti**
- 5. Addestrare correttamente su evoluzione/prognosi e sul progetto terapeutico**

Grazie per l'attenzione

