



STILI di VITA, ANTISOCIALITA' e USO di SOSTANZE

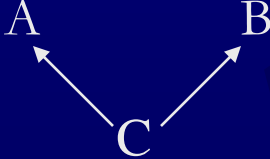
L. Janiri

*Istituto di Psichiatria e Psicologia
Università Cattolica del S. Cuore - Roma*

Doppia Diagnosi

POSSIBILI RELAZIONI TRA LE 2 PATOLOGIE PSICHIATRICHE DIAGNOSTICATE

(A = DUS; B = diagnosi psichiatrica comorbile)

- 1) A \longrightarrow B primarietà
 - 2) B \longrightarrow A secondarietà
 - 3) A ; B indipendenza
 - 4)  dipendenza da una situazione sottostante comune
- interdipendenza

POSSIBILI RELAZIONI TRA LE 2 PATOLOGIE PSICHIATRICHE DIAGNOSTICATE (A = DUS; B = diagnosi psichiatrica comorbile)

5) $A \longrightarrow B \quad (A)$

disturbi mentali indotti

6) $A \longrightarrow a, b, \dots n \quad (B)$

sintomaticità psichiatrica
indotta

7) $A \quad ; \quad a, b, \dots n \quad (B)$

sintomaticità psichiatrica
indipendente

8) $A \quad + \quad B \quad = \quad C$

emersione di un'altra
condizione

**Comorbilità
spuria**

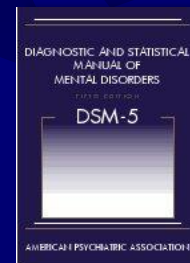
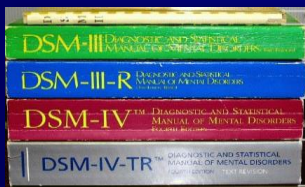
Sindrome di dipendenza (Edwards, 1986)

**Dipendenza come sindrome bio-psico-sociale
caratterizzata da alcuni elementi fondamentali:**

- La consapevolezza di una compulsione all'uso di una sostanza, di solito durante il tentativo di interrompere un consumo moderato
- Il desiderio di interrompere l'uso della sostanza pur continuandolo
- Un comportamento d'uso della sostanza stereotipato
- Predominanza del comportamento di ricerca della sostanza rispetto ad obiettivi prioritari della vita
- Evidenza di neuroadattamento
- Rapido ripristino delle condizioni di dipendenza anche dopo lunghi periodi di remissione



Dal DSM-IV-TR al DSM-5



- La classificazione diagnostica dei Disturbi da Uso di Sostanze (SUDs) trae origine dalla prima definizione di Edward e Gross (1976), che distingue la Dipendenza da altre modalità del bere, indicate, poi, con il termine di «abuso»¹.
- Alcune revisioni per la diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (SUD), recentemente proposte, escludono il criterio «problemi legali ricorrenti», introducendo, invece, quello di *craving* per l'alcol ovvero «forte desiderio o urgenza» di una determinata sostanza.
- La diagnosi di SUD, inoltre, dovrebbe muoversi lungo un continuum di severità, sulla base di un numero totale di 11 criteri: «non malato» (0-1 criteri), «lievemente portatore di sintomi sostanza-correlati» (2-3 criteri) fino a «severamente malato» (≥6 criteri).

New for DSM-5

Abuse and dependence combined into SUBSTANCE USE DISORDER

- Must have ≥ 2 of 11 the following symptoms:
 - Failure to fulfill major obligations due to use
 - Use in physically hazardous situations
 - Continued use despite problems
 - Tolerance
 - Withdrawal
 - Ingest larger amounts over longer period than intended
 - Persistent desire/unsuccessful attempts to reduce use
 - Great deal of time spent obtaining and/or using substance
 - Important activities given up due to use
 - Use continues despite knowledge that it is a problem
 - Craving or strong desire to use



DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

DSM-5: cosa cambia?

- Il “**disturbo da uso di sostanze**” nel DSM-5 combina le categorie del DSM-IV di “**abuso e dipendenza da sostanze**” in un unico disturbo misurato su un range di gravità, in base al numero di criteri approvati, che va da lieve (2-3 criteri), moderato (4-5 criteri), a grave (6 o più criteri);
- Ogni disturbo da sostanza specifica è considerato un disordine a se stante, ma quasi tutti i disturbi sono diagnosticati sulla base degli stessi criteri generali;
- La soglia per la diagnosi di “disturbo da uso di sostanze” nel DSM-5 è fissata a due o più criteri, mentre nel DSM-IV, “l'abuso di sostanze” richiedeva una soglia di uno o più criteri e la “dipendenza da sostanze” una soglia di tre o più criteri.


Dipendenza come costrutto psicopatologico

- ☀ Debolezza dell'Io vs teoria dell'attaccamento
- ☀ Struttura psicopatologica (nucleo strutturale):
 - *Craving*
 - Perdita di controllo
 - Astinenza
 - Sensibilizzazione-assuefazione
 - Restringimento repertorio comportamentale
 - Deterioramento area psico-sociale
- ☀ Decorso: progressione
 - *Escalation* trasgressiva e/o di rischio
 - Deterioramento lento e ingravescente
 - A “salti” e “scalini”- intermittenza

Dipendenze e spettro impulsivo-compulsivo

**Polo
Impulsivo**

**Polo
Compulsivo**



Dipendenza da stimolanti
Gambling patologico
Sexual addiction
Bulimia
Dist. Borderline
Dist. Antisociale

Alcolismo
Videodipendenze
Dipendenze relazionali
Anoressia
Shopping

Doppia diagnosi DAS-DUS: la storia comincia 20 anni fa

- Prevalenza di disturbi di personalità pari almeno al 50% in popolazioni di abusatori di sostanze (*Nace, 1990*).
- Disturbo di personalità nel 69% di soggetti con abuso e dipendenza da alcol (*Tyrer et al., 1988*).
- Disturbo di personalità nel 64% di pazienti alcolisti ambulatoriali: di essi, 44% con disturbo paranoide, 20% antisociale, 20% evitante, 18% passivo-aggressivo, 16% borderline (*Dowson e Grounds, 1995*).

Doppia diagnosi

Tassi di prevalenza

Popolazione generale

3 studi

Range% Media%

10.0-14.8 **13.5**

Pazienti psichiatrici

4 studi

Range% Media%

45.2-80.0 **60.4**

Dipendenti in trattamento

6 studi

Range% Media%

34.8-73.0 **56.5**

Verheul, 2001

Disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità: cosa hanno in comune ?

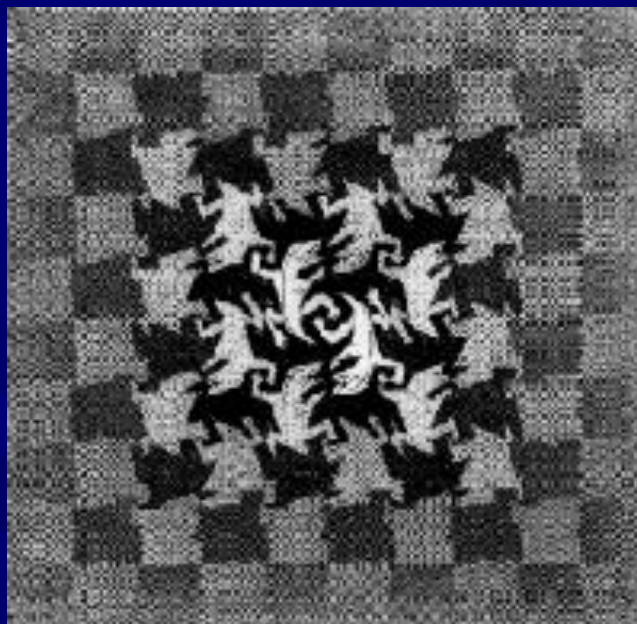
Diagnosi

Disturbi
“multipli”

Negazione

Immaturità

Feedback correttivo



Continuum

Costi del
trattamento

Difese

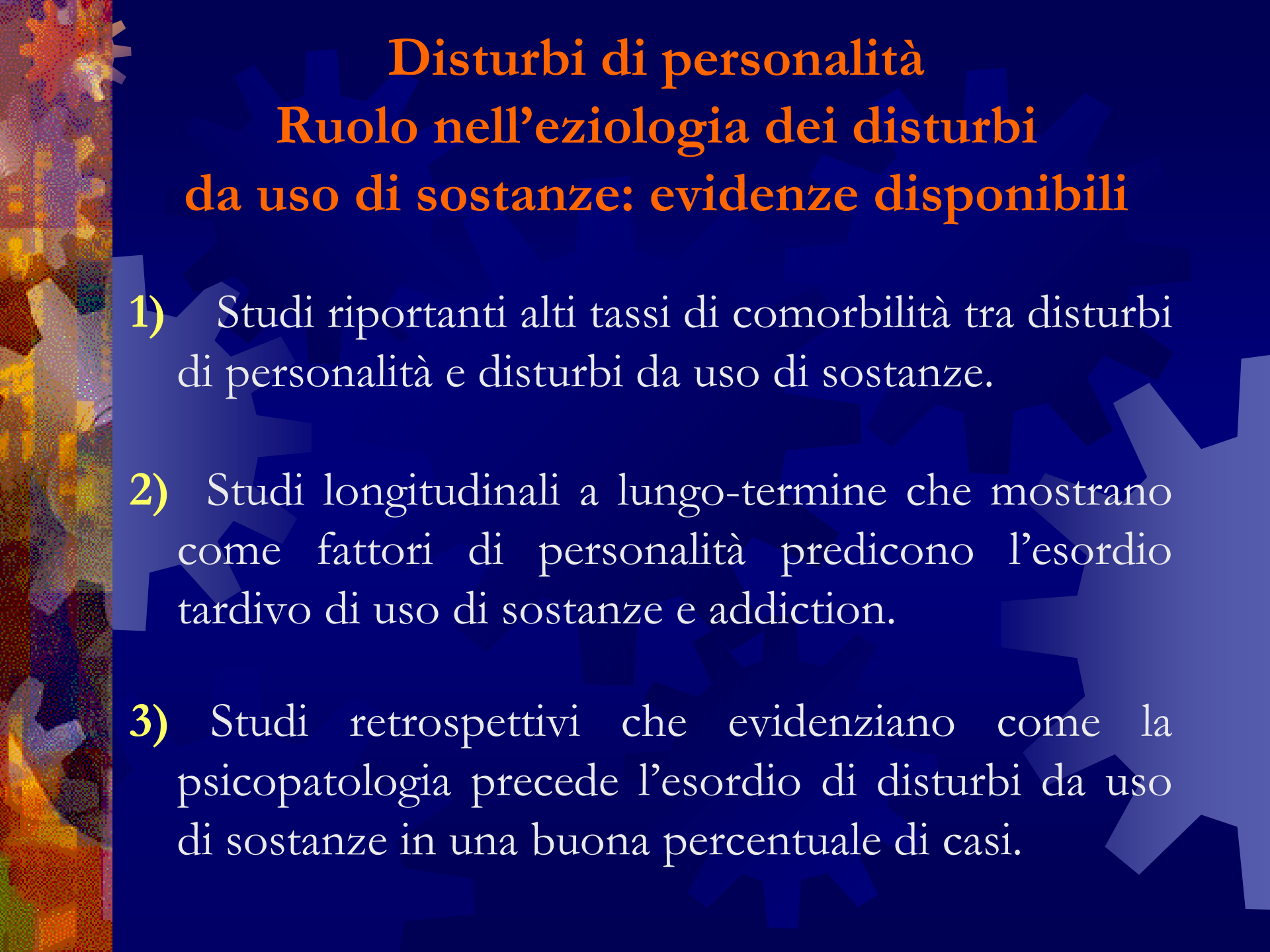
Disturbi di personalità: ruolo nell'eziologia dei disturbi da uso di sostanze

☀ Modello sintomatico:

- addiction = sintomo di un disturbo di personalità sottostante (maladattamento, tratti di neuroticismo, immaturità emozionale)
- fallisce la possibilità di individuare un solo tipo di personalità “pre-addictive”

☀ Modelli di diatesi bio-comportamentale-stress:

- esordio e decorso dell'addiction = risultato di una continua interazione tra la vulnerabilità biologica e psicologica individuale e le situazioni psicosociali



Disturbi di personalità

Ruolo nell'eziologia dei disturbi da uso di sostanze: evidenze disponibili

- 1) Studi riportanti alti tassi di comorbidità tra disturbi di personalità e disturbi da uso di sostanze.
- 2) Studi longitudinali a lungo-termine che mostrano come fattori di personalità predicono l'esordio tardivo di uso di sostanze e addiction.
- 3) Studi retrospettivi che evidenziano come la psicopatologia precede l'esordio di disturbi da uso di sostanze in una buona percentuale di casi.

I soggetti con Disturbi di Personalità:

- ⇒ Più vulnerabili all'abuso di sostanze.
- ⇒ Sperimentano benefici maggiori dagli effetti farmacologicamente indotti dalla sostanza.
- ⇒ Maggiormente pronti ad un esordio giovanile del disturbo da uso di sostanze ed al poliabuso.

Developmental pathway to addiction

Behavioral disinhibition pathway

Stress reactivity pathway

Reward sensitivity pathway

Verheul, 2001

Behavioral disinhibition pathway



Verheul, 2001

Stress reactivity pathway

Eventi di vita stressanti

**REATTIVITA'
ALLO STRESS**

Disregolazione
GABAergica/glutamatergica

*Ansia ed
instabilità
dell'umore*

**Auto-
medicazione**

Verheul, 2001

Reward sensitivity pathway

uso eccessivo di sostanze

**SENSIBILIZZAZIONE
ALLA
GRATIFICAZIONE**

*Processi di
sensibilizzazione*

Iperreattività
dopaminergico/opioidergica

Addiction

Verbeul, 2001

“Vie per l’addiction”

Pathways

Behavioral
disinhibition pathway

Stress reactivity
pathway

Reward sensitivity
pathway

Disturbi di Asse II

antisociale, borderline

evitante, dipendente,
schizotipico, borderline

istrionico, narcisista

Sostanze

cocaina,
amfetamine

alcol, oppiacei,
benzodiazepine

varie sostanze

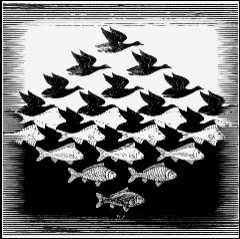
Verheul, 2001

Problemi metodologici nella valutazione della comorbidità



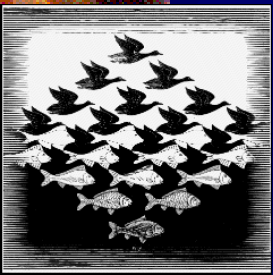
- ✱ Tipo di popolazione esaminata.
- ✱ Sistema di classificazione della psicopatologia.
- ✱ Metodologia della valutazione diagnostica.
- ✱ Stato di intossicazione/astinenza e condizione sintomatologica di attività/remissione della psicopatologia concomitante.
- ✱ Fase della storia naturale e livello raggiunto nella “carriera di trattamento” del disturbo da uso di sostanze.

Bryant et al., 1992



Doppia Diagnosi: primarietà/secondarietà del disturbo-indice

- I soggetti con **disturbo di personalità** utilizzano le sostanze per fini correlati al disturbo stesso: aumento dell'autostima, gestione dell'affettività, gestione della sintomatologia legata al disturbo.
- L'**abuso di sostanze** può produrre una sindrome diagnosticamente compatibile con i disturbi di personalità: tale *addicted personality* sarebbe caratterizzata da impulsività, ridotta tolleranza alle frustrazioni, grandiosità, disregolazione affettiva.





Doppia Diagnosi



- ✱ La patologia in Asse II (DSM-IV) interferisce con la costruzione dell'alleanza terapeutica e con la fruizione dei programmi psicologici.
- ✱ La patologia in Asse II è un robusto predittore positivo della ricaduta (soprattutto disturbo borderline ed antisociale).
- ✱ Situazioni non trattate di doppia diagnosi colpiscono il soggetto, le famiglie, la comunità: tassi più elevati di morbilità e mortalità, maggiori costi sociali.

Disturbo Antisociale di Personalità e Psicopatia



Hervey Cleckley nel suo classico lavoro del 1941, *The Mask of sanity*, ha fornito la prima descrizione clinica esauriente del paziente PSICOPATICO: Un individuo non palesemente psicotico, ma con comportamenti così caotici e così scarsamente in sintonia con le richieste della realtà e della società da indicare la presenza di una psicosi sottostante.

Nei decenni successivi al pionieristico lavoro di Cleckley il termine “psicopatico” è caduto progressivamente in disuso e dalla pubblicazione, nel 1968, del DSM-II l' espressione “ personalità antisociale” è diventata la denominazione preferita.

Con la pubblicazione del DSM-III il disturbo antisociale di personalità è stato significativamente modificato rispetto alla descrizione originale di Cleckley ed il punto focale del disturbo è stato ristretto ad una popolazione criminale verosimilmente connessa con ceti sociali inferiori oppressi ed economicamente svantaggiati.

Distinzione clinicamente utile tra il Disturbo Antisociale di Personalità (DSM-5) e la psicopatia.

DISTURBO ANTISOCIALE di PERSONALITA'

nel DSM-5

UN QUADRO DI **INOSSERVANZA** E DI **VIOLAZIONE** DEI DIRITTI DEGLI ALTRI, CHE SI MANIFESTA SIN DALL' ETÀ DI 15 ANNI, COME INDICATO DA **3 O PIU'** DEI SEGUENTI ELEMENTI:

- 1) INCAPACITA' DI CONFORMARSI ALLE NORME SOCIALI PER CIO' CHE CONCERNE IL COMPORTAMENTO LEGALE, COME INDICATO DAL RIPETERSI DI CONDOTTE SUSCETTIBILI DI ARRESTO
- 2) DISONESTA', COME INDICATO DAL MENTIRE, USARE FALSI NOMI, O TRUFFARE GLI ALTRI RIPETUTAMENTE, PER PROFITTO O PER PIACERE PERSONALE
- 3) IMPULSIVITA' O INCAPACITA' DI PIANIFICARE
- 4) INOSSERVANZA SPERICOLATA DELLA SICUREZZA PROPRIA E ALTRUI
- 5) IRRITABILITA' E AGGRESSIVITA', COME INDICATO DA SCONTRI O ASSALTI FISICI RIPETUTI
- 6) IRRESPONSABILITA' ABITUALE, COME INDICATO DALLA RIPETUTA INCAPACITA' DI SOSTENERE UNA ATTIVITA' LAVORATIVA CONTINUATIVA, O DI FAR FRONTE A OBBLIGHI FINANZIARI
- 7) MANCANZA DI RIMORSO, COME INDICATO DALL' ESSERE INDIFFERENTI O DAL RAZIONALIZZARE DOPO AVER DANNEGGIATO, MALTRATTATO O DERUBATO UN ALTRO.

LA PSICOPATIA

Nel 1980, Hare sviluppa la cosiddetta Psychopathy Checklist (PCL), nella quale i tratti psicopatici sono raggruppati e suddivisi in due fattori.

Il primo fattore riguarda la dimensione della personalità e misura tratti affettivi e interpersonali;

comprende sintomi quali: loquacità e superficialità, egocentrismo e grandiosità, mancanza di rimorso e di senso di colpa, mancanza di empatia, disonestà cronica e manipolazione, presenza di emozioni superficiali.

Il secondo fattore si occupa di dimensione comportamentale e descrive la condotta antisociale dell'individuo e il suo stile di vita instabile;

comprende sintomi quali: impulsività, presenza di scarsi sistemi di controllo di comportamento, bisogno costante di eccitazione, mancanza di responsabilità, problemi comportamentali precoci, comportamento antisociale da adulto.

DAP E PSICOPATIA

Sebbene i due costrutti condividano i tratti di impulsività e la tendenza a comportamenti che violano le regole, in generale la psicopatia è molto più grave in termini sia di manifestazioni cliniche che di resistenza al trattamento.

- Il paziente psicopatico presenta caratteristiche neuropsicologiche sostanzialmente diverse rispetto agli individui con DAP: può essere meno rispettoso delle norme sociali e meno capace di sviluppare qualsiasi forma di attaccamento emozionale.
- Mentre le azioni del soggetto antisociale sono dettate dall'impulsività fine a se stessa, nel caso dello psicopatico puro si ritrovano pensieri finalizzati all'azione, forme di progettazione dettagliate ed elaborate, sempre tese al proprio guadagno e al danneggiamento altrui; esse sorgono comunque da impulsi improvvisi.
- Un altro aspetto caratterizzante la psicopatia è l'uso e la capacità di simulazione di emozioni. Questi soggetti sono del tutto privi di empatia, ma sono particolarmente capaci di riconoscere ciò che gli altri provano da un punto di vista intellettuale.

DAP E PSICOPATIA

- I pazienti affetti da DAP provengono da famiglie disagiate e sembrano vivere ai margini della società; invece i pazienti psicopatici appaiono ben integrati e appartenenti alla classe medio-alta.
- Inoltre i pazienti antisociali vedono nel crimine una modalità di sopravvivenza, mentre gli ultimi hanno un impiego e si dedicano al crimine per scopi diversi.
- Partendo dalle differenti origini socio-culturali è stato osservato come l'educazione (grado di scolarità) del paziente antisociale sia nettamente inferiore rispetto a quella dello psicopatico.

Disturbi di Personalità nel DSM-IV

Cluster B

Antisociale

Istrionico

Borderline

Narcisistico



Disturbo Antisociale di Personalità e Disturbo da Uso di Sostanze

Incidenza

- Maggiore incidenza di disturbi da uso di sostanze.
- Differenza chiave: il comportamento antisociale si verifica indipendentemente dall'uso e l'astensione non esita in una minor espressione dei comportamenti antisociali (*Widiger e Livesley, 1995*).
- Stile cognitivo, temperamento, stile interpersonale, tolleranza per le emozioni intense aumentano la vulnerabilità all'addiction.
- Sostanze ed alcol: soluzioni alternative alle difficoltà dell'esistenza in assenza di modalità più efficaci per gestirle.



Disturbo Antisociale di Personalità e Disturbo da Uso di Sostanze

Sostanze di scelta

- Alta percentuale di poliabusatori (alcol, cocaina, amfetamine, marijuana, eroina).
- Fino al 75%: dipendenza alcolica; circa la metà: abuso di altre sostanze.
- La “cultura delle droghe illegali” è eccitante: essa rende la realtà un luogo in cui il soggetto viaggia veloce e in maniera teatrale esaltando la propria auto-immagine.

Caratteristiche cliniche pz DB+DUA vs pz DB (NESARC)

	Bipolar + AUD (n=881)			Bipolar - AUD (n=762)					
	%	CI		%	CI		Adj OR*	CI	
<i>Nicotine dependence</i>	61.69	57.26	65.94	23.99	20.46	27.91	5.14	3.83	6.89
<i>Any drug use disorder</i>	53.59	49.31	57.83	11.46	8.92	14.62	9.39	6.60	13.37
<i>Prescription drug use disorder</i>	42.37	38.25	46.60	11.74	9.20	14.86	5.08	3.63	7.11
<i>Antisocial Personality Disorder</i>	29.52	25.81	33.52	7.89	5.88	10.52	4.52	3.03	6.73
<i>Panic Disorder</i>	29.32	25.99	32.89	24.77	21.55	28.29	1.39	1.05	1.84
Course of Illness	mean	CI		Mean	CI		T Test	P value	
Number of Depressive Episodes	8.21	6.84	9.59	6.76	5.51	8.01	1.45	0.1519	
Number of Manic Episodes	7.65	6.23	9.07	6.36	5.18	7.55	1.35	0.1807	
Age at first depressive episode, mean (SE), years	23.59	22.75	24.43	24.45	23.33	25.58	-1.27	0.2092	
<i>Age at first manic or hypomanic episode, mean (SE), years</i>	24.09	23.21	24.98	25.62	24.49	26.76	-2.29	0.0255	
Age at first mood episode, mean (SE), years	20.88	20.15	21.60	21.94	20.89	22.98	-1.72	0.0899	
Self Medication	%	CI		%	CI		Adj OR*	CI	
<i>Reports alcohol use to self medicate</i>	28.94	25.13	33.08	4.67	3.13	6.92	7.66	4.87	12.05
<i>Any medicine or drug use as self medication</i>	14.02	11.17	17.45	2.39	1.53	3.73	5.92	3.46	10.13

Oquendo MA et al. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Clin Psychiatry. 2010

LA PERSONALITA' DEI DIPENDENTI

STUDI DIMENSIONALI la descrivono come caratterizzata da:

- ▶ immaturità, incapacità di prendersi cura di se stessi
- ▶ incapacità di mantenere un adeguato livello di autostima
- ▶ identità instabile ed instabilità nelle relazioni interpersonali
- ▶ disregolazione delle emozioni e del controllo degli impulsi
- ▶ marcata reattività
- ▶ mancanza di empatia
- ▶ alessitimia



ELSEVIER

NS → NOVELTY SEEKING

NS1: Exploratory Excitability vs Stoic Rigidity

NS2: Impulsiveness vs Reflection

NS3: Extravagance vs Reserve

NS4: Disorderliness vs Regimentation

Drinking Scale:
and difference
cs[☆]

Luigi Strainella^a, Faustina Carvosa^a, Tiziana Dario^a, Silvio Pozzer^a, Alessandra Ruggeri^c,
Giovanni Addolorato^b, Massimo Di Giannantonio^a, Sergio De Risio^a

Typology of alcoholism (Cloninger, 1987; Cloninger, 1994; Sullivan et al., 1990)

		Type 1	Type 2
1	Onset of drinking problems	After age 25	Before age 25
2	Family history of alcohol dependence	Absent	Present
3	First treatment contact	After age 30	Before age 30
4	Associated social consequences and legal problems	Less than two criteria for DSM-IV substance abuse	Two or more criteria for DSM-IV substance abuse
5	<u>Harm avoidance</u>	H or VH	L or VL
	Reward dependence	H or VH	L or VL
	<u>Novelty seeking</u>	L or VL	H or VH

Cut-off points for the percentile scores: very low (VL): 0–16.7%; low (L): 17–33%; average, 34–66.7%; high (H): 67–83.3%; very high (VH): 84–100%.

Determinants of Sustained Binge Drinking in Young Adults

Robert J. Wellman, Gisèle A. Contreras, Erika N. Dugas, Erin K. O'Loughlin, and
Jennifer L. O'Loughlin

Background: Binge drinking occurs frequently among young adults, posing risks to health and safety. Little is known, however, about which drinkers continue to binge later into adulthood. **We sought to identify predictors of sustained binge drinking behaviors in young adulthood.**

Methods: Participants from the Nicotine Dependence in Teens (NDIT) cohort ($n = 609$, 53% female) completed self-report questionnaires in 20 survey cycles (SCs) during secondary school between 1999 and 2005, and in 2 postsecondary school SCs in 2007 to 2008 (SC 21; $M_{\text{age}} = 20$ years) and 2011 to 2012 (SC 22; $M_{\text{age}} = 24$ years). Participants reporting past-year binge drinking in both SCs 21 and 22 were categorized as sustainers ($n = 517$). Using multivariable logistic regression, we investigated 25 potential predictors of sustained binge drinking, binge-drinking frequency, and change in frequency over time among sustainers.

Results: Compared with stoppers, sustainers (85% of participants) were more likely to be younger, male, and to have no college/university education. **Sustainers began drinking alcohol and binge drinking earlier, drank at least monthly during more secondary school grades, binged more frequently at age 20, and scored higher on impulsivity and novelty seeking in adolescence.** Among sustainers, frequent binge drinkers were more likely to be male, to be nonstudents, to score higher on novelty seeking, and to have reported more depressive symptoms in adolescence. Sustainers who decelerated their binge frequency between SCs 21 and 22 were more likely to be female, to have achieved a higher level of education, and to report more depressive symptoms in SC 21.

Conclusions: The determinants of sustained binge drinking are similar to predictors of binge drinking reported in the literature. Early identification of, and intervention with, youth who are impulsive, inclined toward novelty seeking, and who report higher levels of early sub clinical depressive symptoms might forestall their involvement in risky alcohol use.

Key Words: Alcohol, Binge Drinking, Depression, Young Adult.

□ It's possible that impulsivity and novelty seeking prompt early onset of drinking and bingeing, which in turn increase the likelihood that binge drinking will become a sustained behavior

Alcohol and polydrug use in adolescents

✓ The prevalence of deviant behaviours is very strongly associated with polydrug use compared with non-polydrug use, and there is also a very strong association with the number of substances used by polydrug users.

✓ Adolescents with one problem behaviour tend to manifest other such behaviours as well

Jessor R and Jessor S (1977). Problem behavior and psychosocial development. New York: Academic Press.

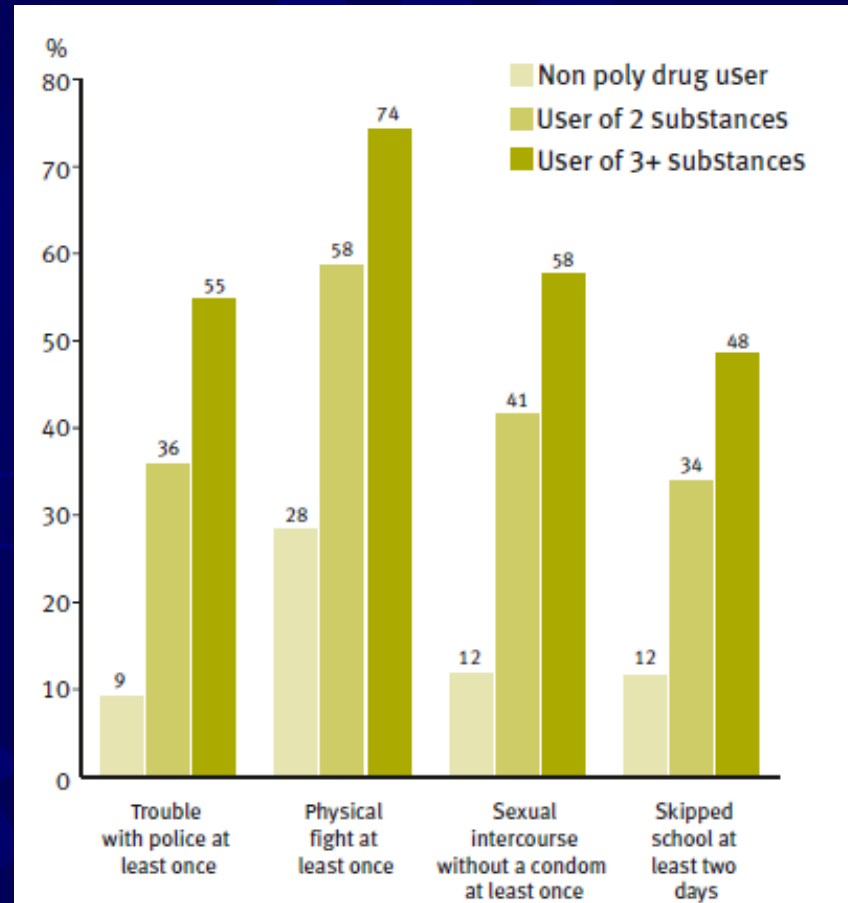


Figure C2. Students engaged in deviant behaviours among non-polydrug users and polydrug users of 2 and 3+ substances in 2011 (unweighted averages of percentages in 29 countries).

L'efficacia del trattamento del GAP in DH (UCSC, 2015)

Obiettivi dello studio:

1. *Valutare l'efficacia del trattamento*
2. *Valutare l'impatto della comorbidità psichiatrica sull'esito*
3. *Individuare predittori d'esito negativo*

Campione: **148 pazienti** con **diagnosi di GAP** arruolati presso il D.H.
2013-14

Strumenti utilizzati:

- *M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview)*
- *TCI (Temperament and Character Inventory)*
- *BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale)*
- *ASI (Addiction Severity Index)*
- *G-SAS (Gambling Symptoms Assessment Scale)*
- *VAS Craving (Visual Analogue Scale)*

Predittori di outcome negativo

- Comorbidità con disturbi da uso di sostanze: 78% ($p < 0.01$)
- Non aderenza al trattamento farmacologico se prescritto: 75% ($p < 0.01$)
- Disturbo antisociale di personalità: 66% ($p < 0.05$)
- Persistenza del craving alla valutazione T1 ($p < 0.05$)

In che senso dipendenza come patologia della libertà?

1. Presenza di costrizioni/ impedimenti

Mancanza di libertà da...

OGGETTO

Coazione (a ripetere)

Addiction

Compulsività

2. Incapacità di determinarsi in base ad una scelta autonoma

Mancanza di libertà per...

PROGETTO

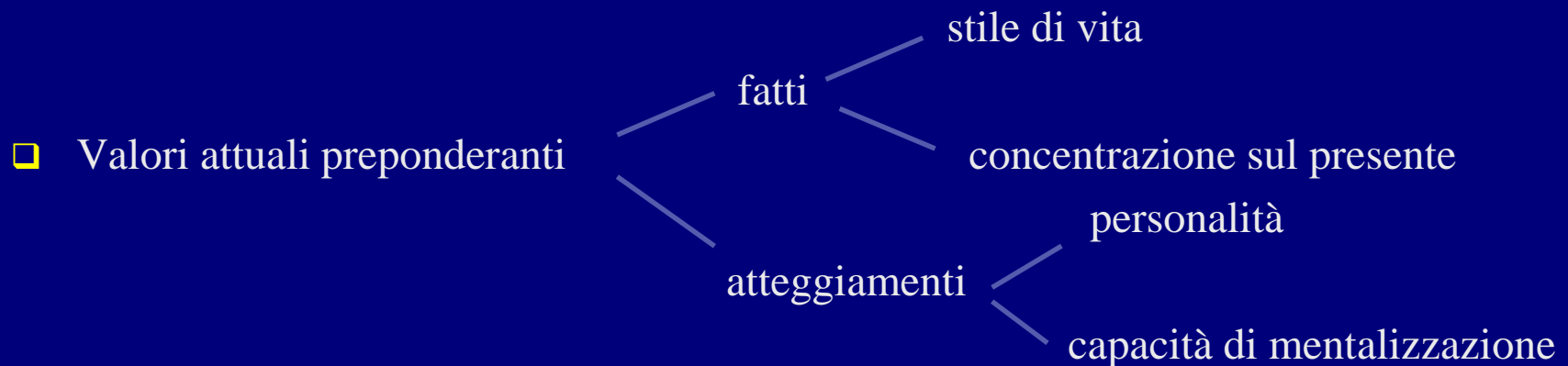
Carenza di progettualità

Bassi livelli di SD e ST

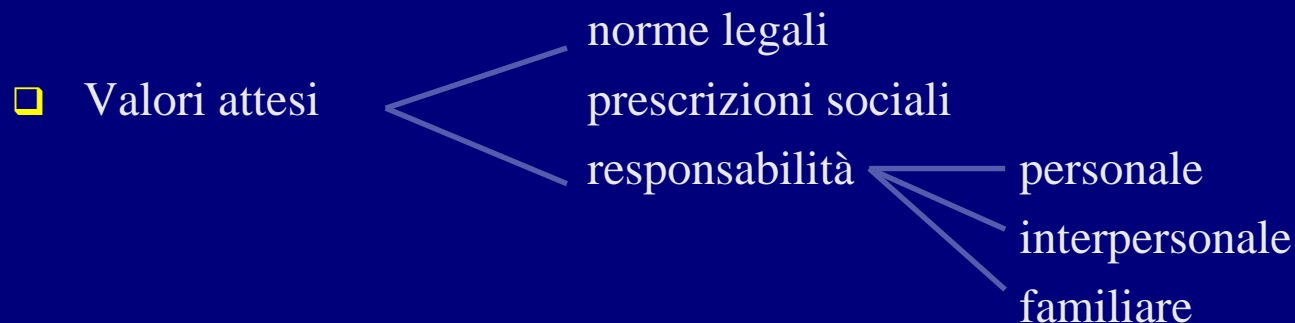
Impulsività (irriflessività)

Lo spazio della libertà del soggetto dipendente

è limitato da:



e svincolato da:



La patologia della libertà nell'addiction presuppone e comporta:



... alcune riflessioni:

- ❖ Rivedere da un punto di vista **teorico** la questione della primarietà/secondarietà del disturbo-indice alla luce delle più accreditate ipotesi patogenetiche;
- ❖ da un punto di vista **clinico** si afferma il bisogno di strumenti e tempi idonei per la rilevazione delle alterazioni di personalità con gli stati di intossicazione/astinenza che tendono a mascherare le prime;
- ❖ dal punto di vista del **trattamento**, l'identificazione di strutture ad hoc per la doppia diagnosi pone la questione della standardizzazione dei protocolli d'intervento e dei rapporti tra disintossicazione e terapia del disturbo di personalità.