PSICONAUTI E PSICOSI SINTETICHE

Giovanni Martinotti

Cattedra di Psichiatria
Università “G.d’Annunzio” Chieti

Dipartiment of Pharmacy, Pharmacology and Clinical Sciences, University of Hertfordshire

South London and Maudsley NHS
NHS Foundation Trust

Private and Confidential

Jim Birley Unit
Douglas Bennett House
Maudsley Hospital
Denmark Hill
London
SE5 8AZ

Telephone: 0203 228 5051
Fax: 0203 228 5236
SLaM Switchboard: 020 3228 6000

JIM BIRLEY UNIT
DISCHARGE SUMMARY

Name: [redacted]

DOB: 01/10/1991

Address: Flat 36 Eldridge court, Rouel road, LONDON, SE16 3SN.

NHS NO: UNKNOWN- Italian citizen.

SLaM ID: 53-19-78

Consultant: Dr Sangeetha Kolli — **Date of Admission:** 09/06/2015

CT1: Dr M Kelleher — **Date of Discharge:** 30/06/2015

MHA Status: Section 2

Care Coordinator: Not applicable.

Circumstances of Admission:
Gaia was admitted via emergency department psychiatric team with her sister after a period of bizarre behaviour.

Psychiatric History:
No previous psychiatric history noted and not known to our services (in the UK or Italy).

Medications:
No medications prior to admission.

Forensic History:
Nil known.

Drug and Alcohol History:
Regular user of illicit substances.
Patient usually smokes 3 'joints' per day of cannabis.
Admits to use of cocaine, denies deliberate use of 'Crystal meth".

Mental state on admission: (Transcribed directly from original clerking)

Lying on bed with covers pulled over her head. Insisted that the light must being switched off. Not wanting to engage with us and at points asked us (abusively) to leave. At the end of the consultation pulled a plastic cup from under the covers and showed it to us.

Responses were tangential at best. Rapid speech, verging on pressured but could be interrupted. Flight of ideas.

Said she felt fine. Appeared irritable. Labile affect. Could not assess for suicidality.

Evidence of Formal thought disorder. Evidence of persecutory and bizarre delusions. No passivity phenomena.

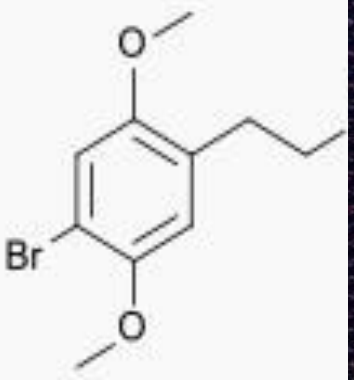
Evidence of auditory hallucinations and possible visual hallucinations

Orientated in time and place. largely orientated to person. Very shortened attention span.

Hindawi Publishing Corporation
BioMed Research International
Volume 2014, Article ID 734749, 6 pages
http://dx.d

Hindawi

25B-NBO



Systematic (IUP

2-(4-bromo-2,5-dimetho
methoxyphenyl)meth

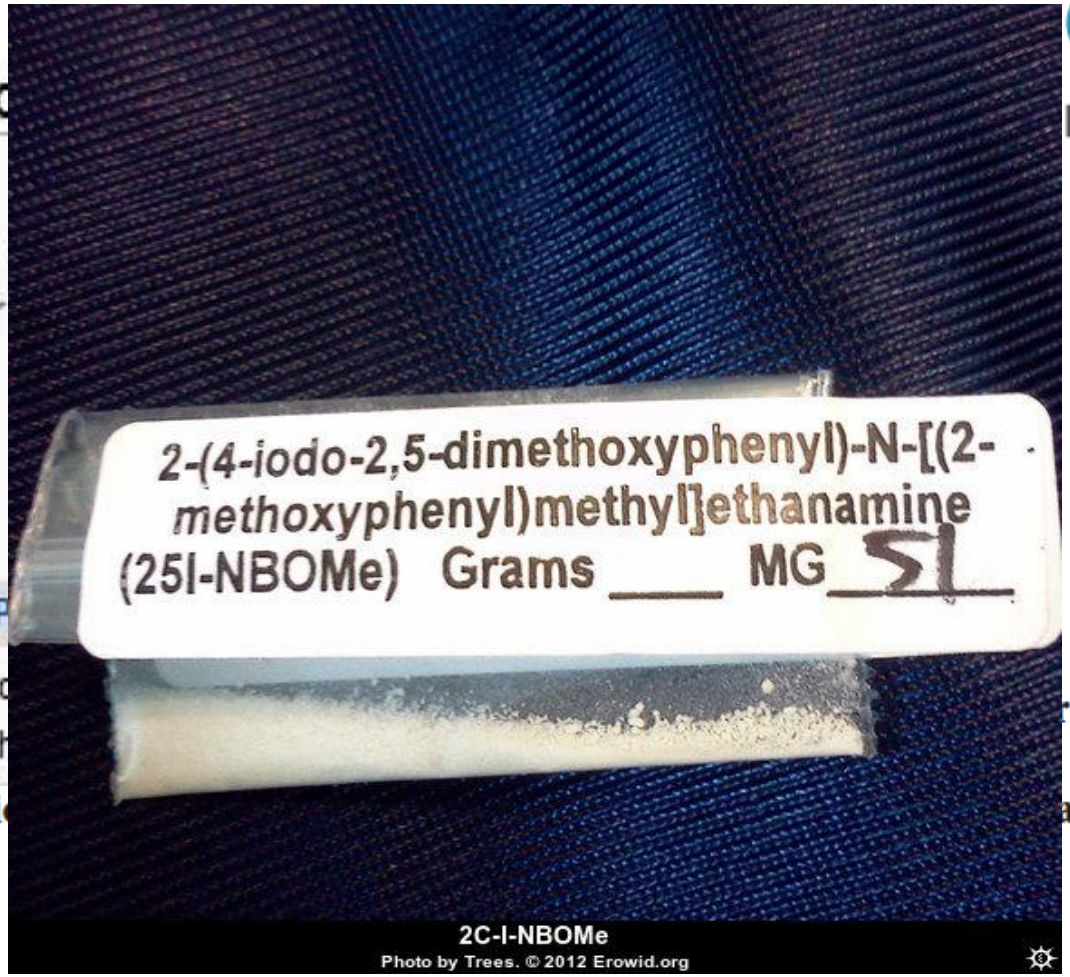
Revi

25C-
Psyc
Dan

Pierluigi Simonato,[2] Gi

riani,[3]

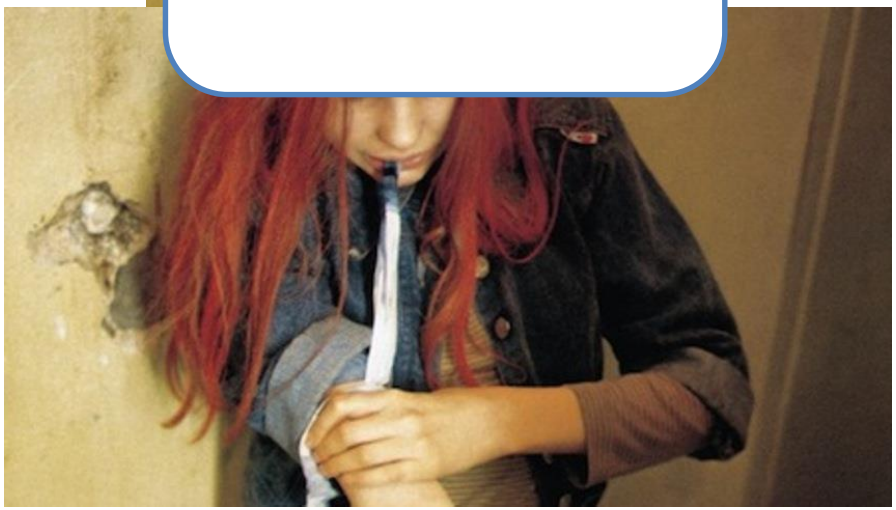
ano[2]



PASSATO E PRESENTE
NEGLI STILI DI ABUSO

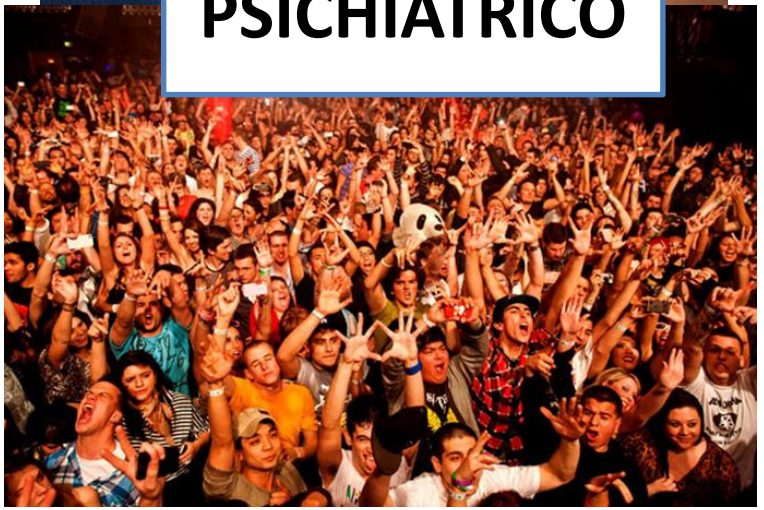
EMARGINAZIONE SOCIALE

NO IMPATTO PSICHIATRICO

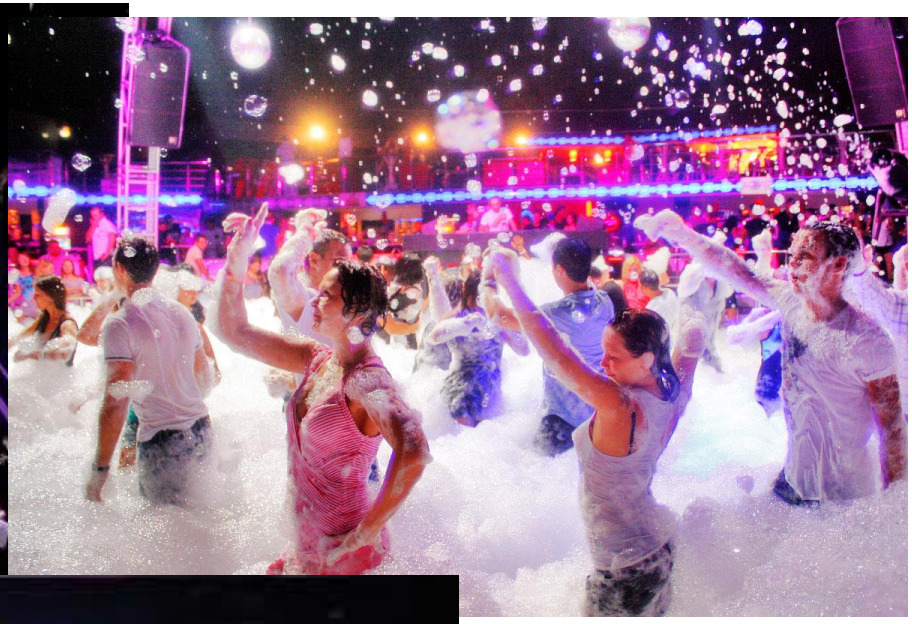


INCLUSIONE SOCIALE

FORTE IMPATTO PSICHIATRICO

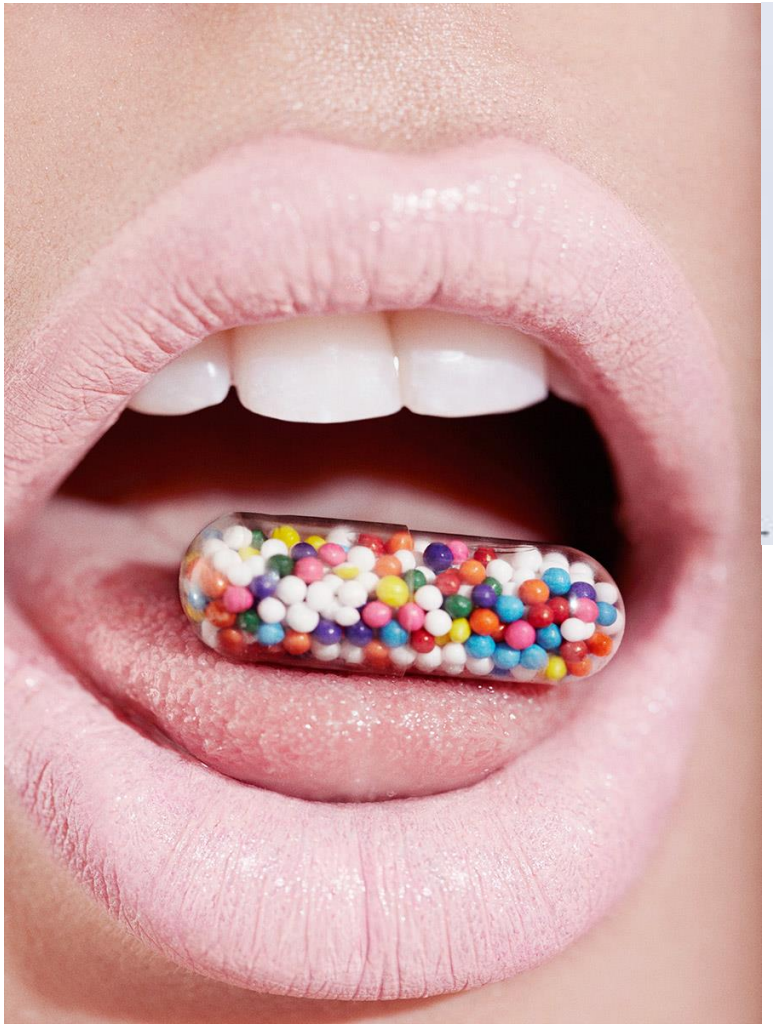


QUESTI RAGAZZI SI STANNO DIVERTENDO: SONO A RISCHIO DI SVILUPPARE PARANOIA?



ESISTE UNA “CHIAVE CHIMICA” PER OGNI DISTURBO MENTALE ?

LE NPS POSSONO DAVVERO CAUSARE DISTURBI DEL PENSIERO?



COSA MODIFICANO ESATTAMENTE LE NPS?

COME PUO' LA PSICHIATRIA CLASSICA APPROCCIARSI AI NUOVI DISTURBI DEL PENSIERO "CHIMICI"?

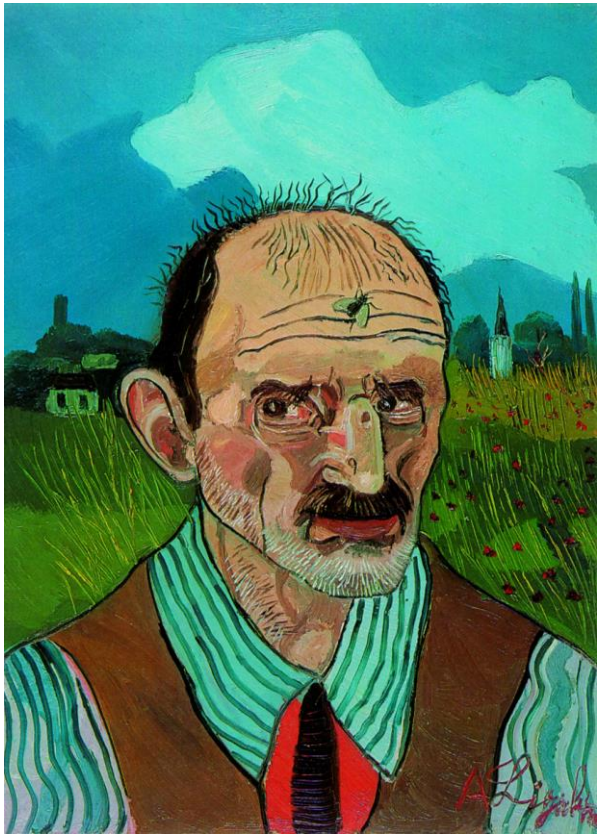
Difficoltà nel fare una diagnosi differenziale tra delirio "chimico" e delirio primario delle psicosi endogene classiche

QUANTA E' LA DISTANZA TRA PSICONAUTI E PSICOTICI "CLASSICI"?

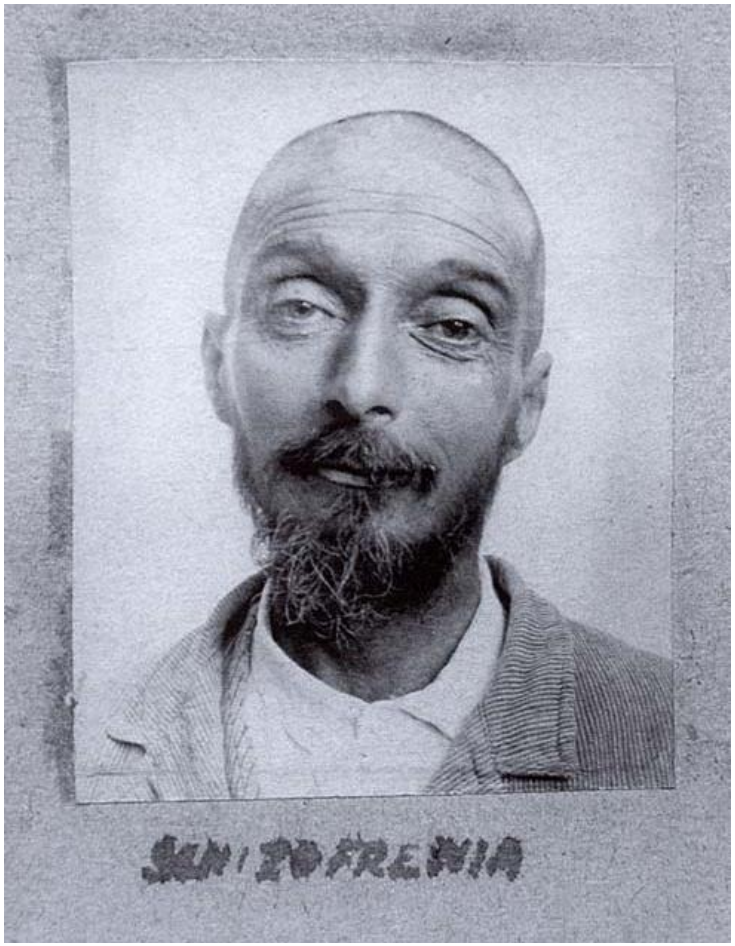
Il classico paziente psicotico

Il "paziente chimico" postmoderno

DOVE SONO I CLASSICI SEGNI PSICOPATOLOGICI?



COME E'POSSIBILE STABILIRE UN CONTROTRANSFERT E UNA SINTONIZZAZIONE CON LO PSICONAUTA?



STORIE DI VITA versus PIANTE DEGLI DEI

Delirio persecutorio

Il potere degli allucinogeni

Berner P. Br J Psychiatry Suppl. 1991 Nov;(14):88-93

E’ COME SE UNA REALTA’ PIU’ ALTA CI STESSE PARLANDO NELLE NOSTRE PERCEZIONI…

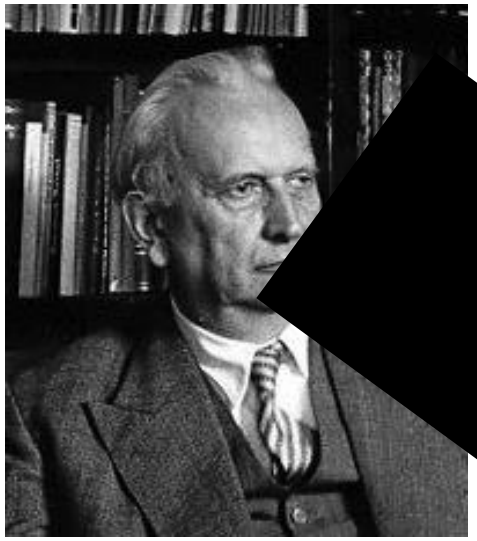
K. Schneider, 1950

NO

abnorme è
se della
te
ntegrante
etto.

P. Matussek, 1952

JASPERS, GRUHLE, SCHNEIDER



NO

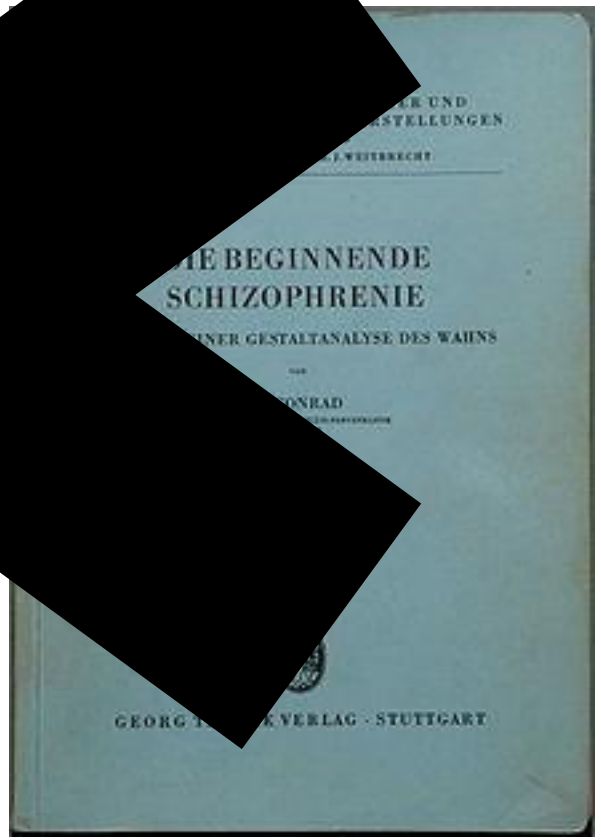
- **WAHN-WA delirante;**
- **WAHN-EIN ntuizione delir**
- **WAHN-IDEE: idea delirante.**

APOFANIA

(RIVELAZIONE)

K. Conrad
(1905-1961)

1958



NO

PER LE SINDROMI ACUTE, UN BUON MODELLO E' QUELLO DELLA PSICOSI ESOGENA

K. BONHOEFFER
1868-1948

PSICOSI ESOGENE

- **Psicosi tossica**
- **Psicosi traumatica**
- **Psicosi da patologia cerebrale**
- **Delirium**
- **Paralisi progressiva**
- **Psicosi astinenziale**

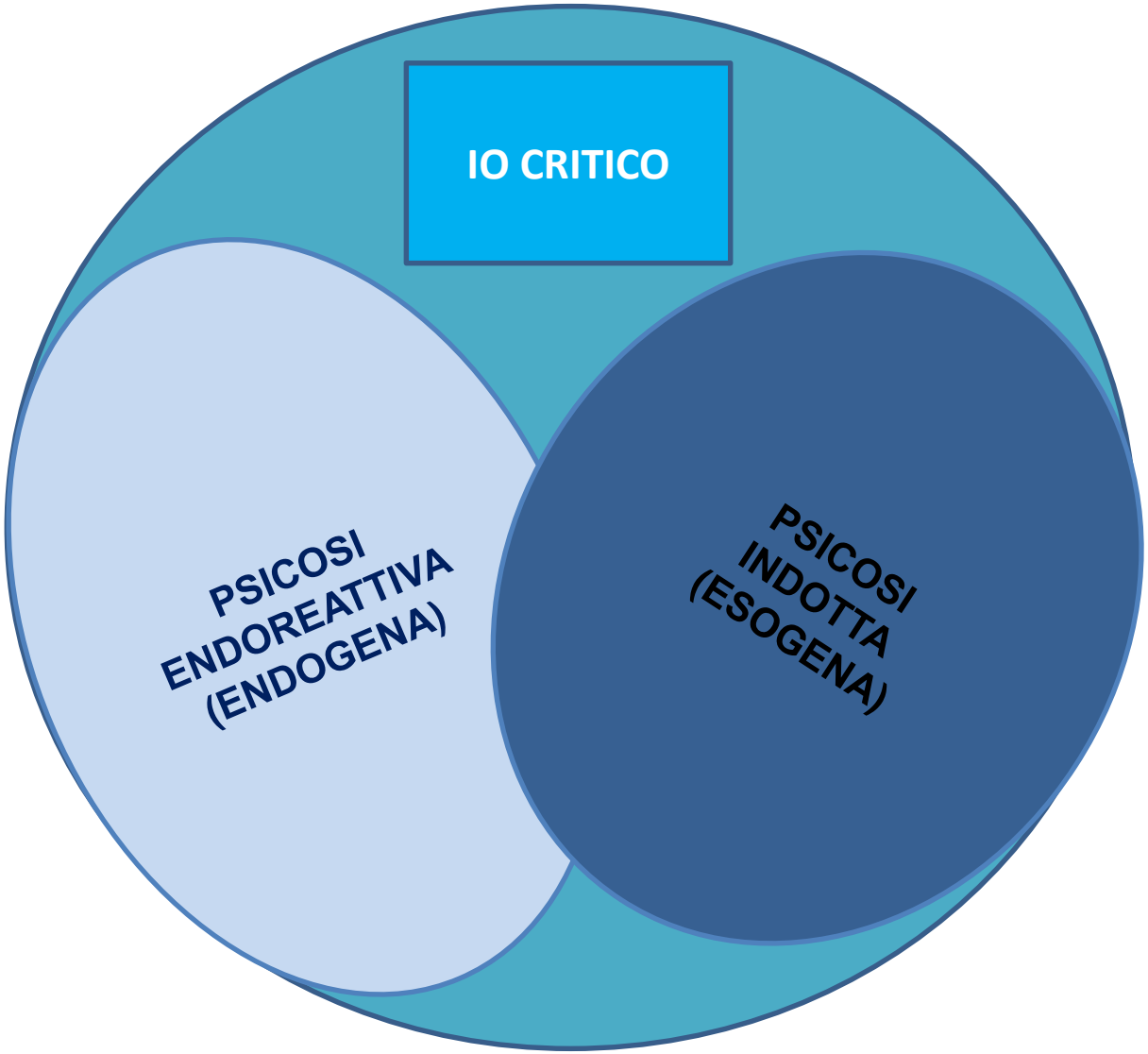
LO PSICOMA LISERGICO
UN CORPO ESTRANEO NELLA MENTE

Qualcosa di nuovo dal punto di vista psicopatologico. (Hellpach, Cargnello)

SINDROME PSICOPATOLOGICA CARATTERIZZATA DALLA PERCEZIONE DI UN CORPO ESTRANEO NELLA PROPRIA MENTE: L'IO CRITICO RESIDUO PRENDE POSIZIONE CONTRO LA PARTE "INTOSSICATA" DEL PROPRIO SE' (Callieri, 1968)

Carniello, 1958; Callieri, 1982; Di Petta, 2013

STRUTTURA DELLA SINDROME NUCLEARE



Carniello, 1958; Callieri, 1982; Di Petta, 2013

Novel psychoactive substances and induced phenomena in psychopathology: the lysergic psychoma

Nuove sostanze psicoattive e psicopatologia dei fenomeni indotti: lo psicoma lisergico

G. Martinotti[1], M. Di Nicola[2], D. Quattrone[1], R. Santacroce[1], S. Fabrizio[3], R. Murray[4], M. Di Giannantonio[1]

[1] Department of Neuroscience and Imaging, Institute of Psychiatry, "G. d'Annunzio" University of Chieti-Pescara, Chieti, Italy; [2] Institute of Psychiatry and Psychology, Catholic University of Sacred Heart, Rome, Italy; [3] Department of Pharmacy, Pharmacology, Clinical Science, University of Hertfordshire, Herts, UK; [4] Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology, and Neuroscience, King's College London, London, United Kingdom

RAP

Editorial

The exogenous model of induced psychotic experience in addiction

Giovanni Martinotti
Filippo Ferro

University "G. d'Annunzio" of Chieti-Pescara, Department of Neuroscience, Imaging, and Clinical Sciences, Chieti, Italy;

mine-induced psychosis (2).
Although data are scarce, what emerge as a common feature is the relevant number of subjects not recovering from the induced episodes, opening the question about the relationship between substances abuse, particularly if continuous and at high dosages, and the development of a full psychosis. With regard to this, the model of hexogen psychosis and its toxic subtype, frequently reported as lysergic psychoma, may be helpful

Esiste differenza tra la psicosi indotta da sostanze e la psicosi classica?

ORIGINAL ARTICLE

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

400 pazienti residenti a New York, ricoverati in un reparto psichiatrico per acuti:

1) presenza di almeno un sintomo psicotico;

2) presenza di alcol o uso di sostanze negli ultimi 30 giorni;

3) assenza di storia psichiatrica.

ORIGINAL ARTICLE

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

44% dei soggetti diagnosticati a 6 mesi come psicosi indotte transitorie

56% dei soggetti diagnosticati a 6 mesi come schizofrenici

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

Table 4. Axis II, PTSD, and Substance Use Disorder Comorbidity

Comorbidity	Subject Group, %		OR (95% CI)
	Primary Disorder (n = 217)	Substance-Induced Disorder (n = 169)	
Axis II disorders			
Borderline personality disorder	8.8	14.2	1.7 (0.9-3.3)
Antisocial personality disorder	8.3	17.2	2.3 (1.2-4.3)
PTSD	6.5	11.8	1.9 (0.9-4.0)
Substance use disorders			
Alcohol abuse/dependence	34.1	60.4	2.9 (1.9-4.5)
Marijuana abuse/dependence	37.3	42.0	1.2 (0.8-1.8)
Cocaine abuse/dependence	9.2	40.8	6.8 (3.9-11.8)
Heroin abuse/dependence	0.9	10.7	12.8 (2.9-56.0)
Hallucinogen abuse/dependence	0.9	5.9	6.8 (1.5-31.3)
Polydrug dependence*	5.1	18.3	4.2 (2.0-8.7)
Any drug dependence (including alcohol)	44.7	84.6	6.8 (4.1-11.2)

Abbreviation: CI, confidence interval; OR, odds ratio; PTSD, posttraumatic stress disorder.
*Includes subjects with 3 or more drug dependence diagnoses

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

Table 2. Clinical Characteristics of Substance-Induced and Primary Psychotic Disorder Groups

Finding	Baseline Findings by Diagnosis Category, Mean (SD): Primary Disorder (n = 217)	Substance-Induced Disorder (n = 169)	*P* Value
PAS score	0.32 (0.14)	0.31 (0.14)	.34
PANSS			
Positive subscale score	18.62 (7.26)	14.30 (5.36)	<.001
Negative subscale score	14.16 (6.24)	11.67 (4.74)	<.001
General psychopathology score	33.29 (10.46)	28.44 (6.86)	<.001
SUMD			
Unawareness of symptoms	2.79 (1.52)	1.98 (1.74)	<.001
Misattributions for symptoms	2.99 (1.77)	2.36 (2.00)	<.001
Age of onset of drug use, y	17.17 (4.14)	16.83 (5.19)	.47

Abbreviations: PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; PAS, Premorbid Adjustment Scale; SUMD, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders.

Table 3. Associated Clinical Characteristics of Substance-Induced and Primary Psychotic Disorder Groups

Characteristics	Subject Groups, %: Primary Disorder (n = 217)	Substance-Induced Disorder (n = 169)	OR (95% CI)
Auditory hallucinations	68.7	69.8	1.1 (0.7-1.6)
Visual hallucinations	14.7	23.7	1.8 (1.1-3.0)
Violent behavior, past 12 mo	14.7	19.5	1.4 (0.8-2.4)
Suicidal ideation, past 12 mo	27.6	39.6	1.7 (1.1-2.6)
Suicide attempt, lifetime	24.0	27.8	1.2 (0.8-1.9)

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.

ORIGINAL ARTICLE

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

Chi sviluppa una psicosi classica?

Età precoce all'accesso,

Livelli più elevati di sintomi positivi,

Prevalenza di allucinazioni uditive,

Scarso insight,

Familiarità positiva per disturbi psichiatrici

ORIGINAL ARTICLE

Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses

Carol L. M. Caton, PhD; Robert E. Drake, MD, PhD; Deborah S. Hasin, PhD; Boanerges Dominguez, MS; Patrick E. Shrout, PhD; Sharon Samet, MS; W. Bella Schanzer, MD

Chi NON sviluppa una psicosi classica?

Prevalenza di allucinazioni visive,

Prevalenza di alterazioni della coscienza (crepuscolarismi),

Presenza di pensieri suicidari,

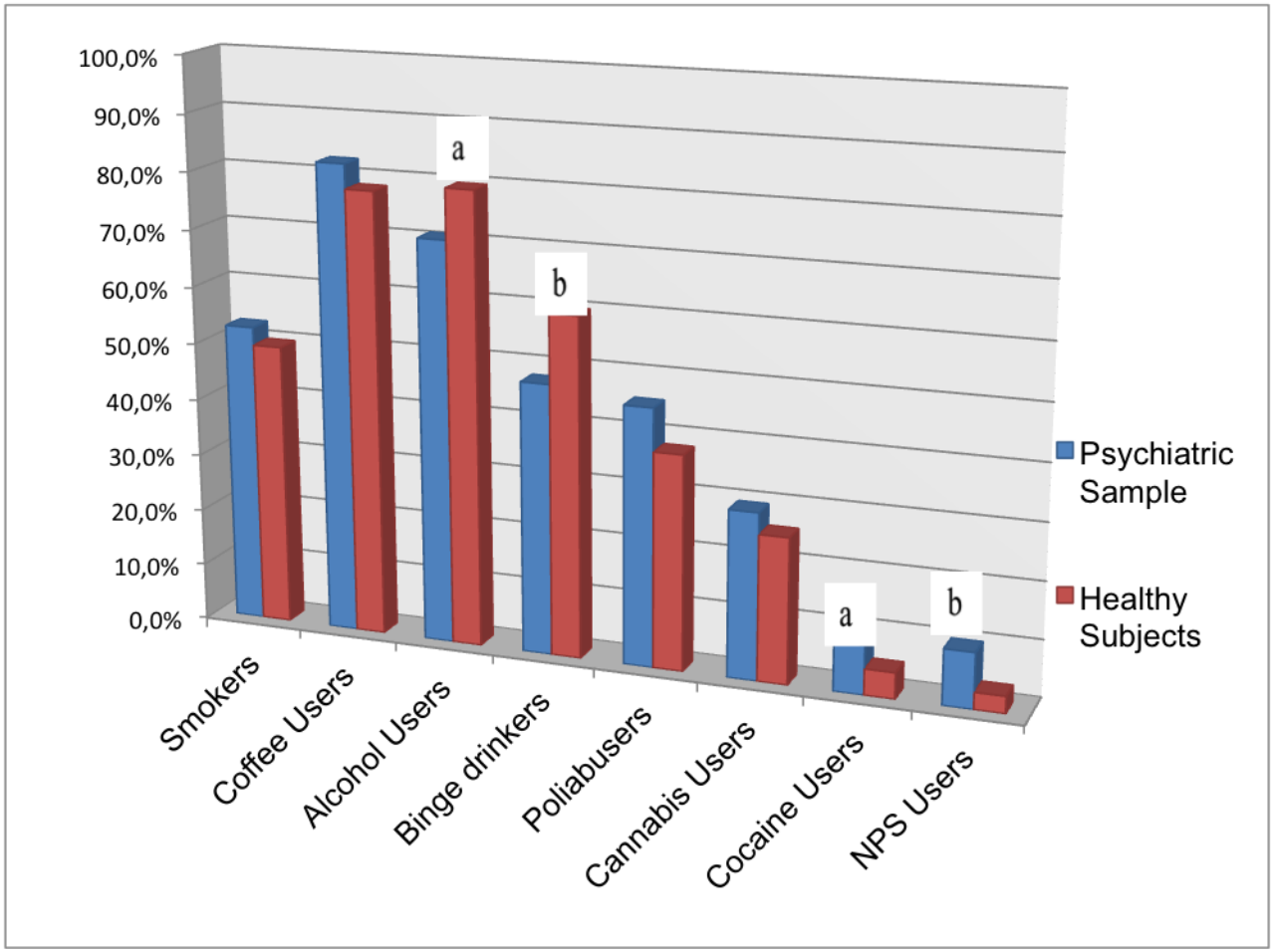
Episodi di violenza, impulsività e aggressività,

Maggiore insight,

Livello contenuto di sintomi positivi,

Familiarità per uso di sostanze.

NPS in giovani adulti con e senza comorbidità psichiatriche - RISULTATI

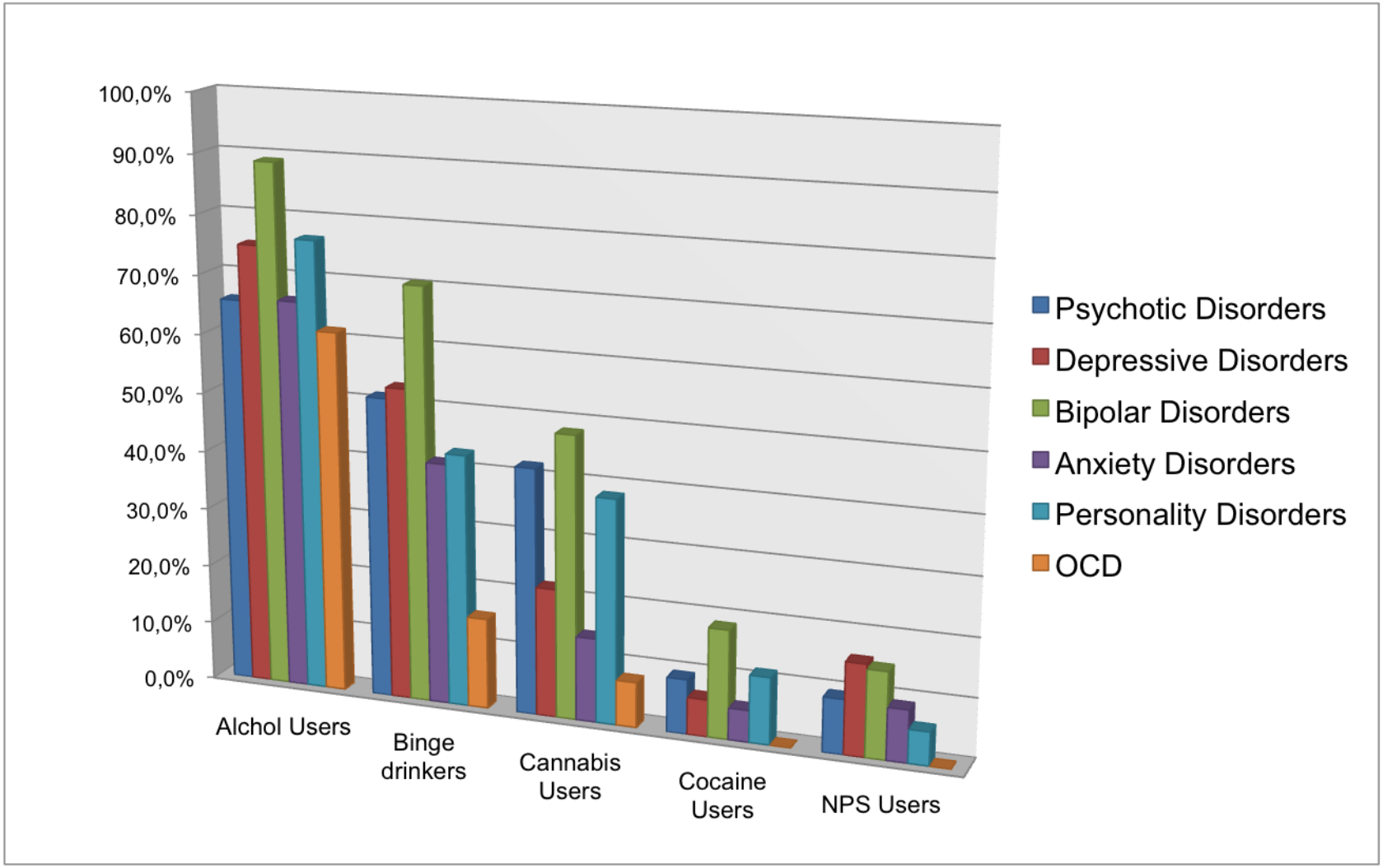


a $p<0.05$ **b** $p<0.001$

NPS più abusate:

- Cannabinoidi sintetici
- Metamfetamina
- GHB
- Salvia divinorum

NPS in giovani adulti con e senza comorbidità psichiatriche - RISULTATI



IBIZA 2015: FENOMENI INDOTTI DA SOSTANZE

LA LOCATION PERFETTA PER TESTARE NUOVE DROGHE

Mirror
WEBSITE OF THE YEAR

DRUG DEALERS USING IBIZA AS OPEN AIR HUMAN TESTING LABORATORY

ARE YOU A HUMAN GUINEA PIG?

No-one knows the effects of 'legal highs', or the damage they cause. Until it's too late

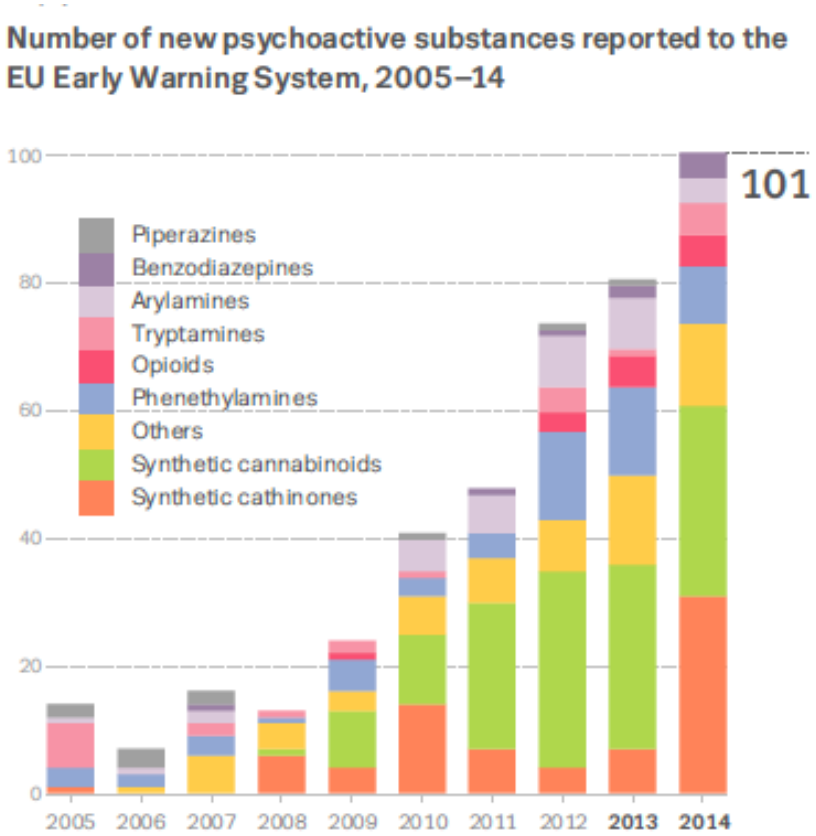
Estate 2014…

Brits warned of mystery 'Cannibal' drug in Ibiza which has been blamed for biting attacks

MDPV è un catinone sintetico,con intense proprietà stimolanti, che agisce come inibitore della ricaptazione della noradrenalina/dopamina (NDRI).

Episodi psicotici, paranoia ed estrema aggressività sono comunemente riferiti dopo il suo consumo.

LE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE
A MARKET ON THE MOVE



In origine, le NPS più comuni appartenevano alle famiglie delle fenetilamine e delle triptamine.

Negli ultimi cinque anni si è invece assistito alla comparsa sul mercato di sostanze derivanti da un più vasto range di “famiglie chimiche”, quali i catinoni, i cannabinoidi sintetici (spice), le fenciclidine, i benzofurani.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – Annual Report 2014

THE EIVISSA PROJECT

Nel contesto del progetto EU-Madness, e in collaborazione con l'ospedale Can Misses e l'Istituto di Medicina Legale di Ibiza, abbiamo disegnato un progetto con gli obiettivi di:

•valutare i sintomi psichiatrici indotti da NPS ed altre sostanze illecite;

•correlare i fenomeni indotti con le principali classi di sostanze ed i loro percorsi farmacodinamici (serotoninergico, dopaminergico, glutamatergico, oppioidergico);

•raccogliere un database di tutti i decessi per droga registrati a Ibiza nel 2015 e nei quattro anni precedenti.

Il progetto ha coinvolto diversi giovani ricercatori, che si sono alternati sull'isola dal 1 Luglio al 30 Settembre 2015.

THE EIVISSA PROJECT – ospedale Can misses

Ogni notte d'estate a Ibiza circa 10.000 persone vanno in discoteca.

Circa il 70% di loro usa sostanze; se consideriamo anche il binge drinking probabilmente si raggiunge il 99% della popolazione.

Dal 1 ° giugno al 30 settembre 2015, 320 soggetti sono giunti in pronto soccorso per intossicazione da sostanze psicoattive, e 50 di loro sono stati poi ammessi al reparto psichiatrico.

THE EIVISSA PROJECT – ospedale Can misses

Valutazione clinica e psicopatologica

Al momento dell'ingresso nell'Unita di Psichiatria
(o appena possibile, compatibilmente con le condizioni cliniche del pz)

Questionario anamnestico
TLFB (Timeline follow-back for psychoactive substances and alcohol)
PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale)
SCL-90 (Symptom checklist 90)
YMRS (Young Mania Rating Scale)
HAM-D (Hamilton Depression Scale)
HAM-A (Hamilton Anxiety Scale)
OAS (Overt aggression scale)
C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Un campione di urine (conservato a -30°) è stato raccolto al ricovero per ogni soggetto reclutato

THE EIVISSA PROJECT – ospedale Can misses

Valutazione clinica e psicopatologica
T1: alla fine del trattamento/prima della dimissione

PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale)
SCL-90 (Symptom checklist 90)
YMRS (Young Mania Rating Scale)
HAM-D (Hamilton Depression Scale)
HAM-A (Hamilton Anxiety Scale)
OAS (Overt aggression scale)
C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)
Farmacoterapia prescritta durante la degenza /farmacoterapia eventuale prescritta per il post-dimissione

Sono stati raccolti i contatti telefonici ed email di pz disponibili ad essere ricontattati per un eventuale follow-up.

THE EIVISSA PROJECT – primi risultati

EIVISSA PROJECT - CONCLUSIONI

La maggior parte dei casi di intossicazione da NPS e uso di sostanze, in generale, sono stati associati con un breve ricovero (da 3-4 ore a 36 ore) al pronto soccorso.

Il 15% di questi accessi ha determinato un ulteriore ricovero presso il reparto psichiatrico.

La possibilità di necessitare l'osservazione in una unità psichiatrica dopo un recente uso di sostanze è più comune in due situazioni:

- **soggetti con una precedente storia psichiatrica**

- **soggetti con frequente ed intenso utilizzo di sostanze, indipendentemente dalla tipologia di sostanza.**

Conclusioni

- Esistono differenti classi di Nuove Sostanze di Abuso con meccanismi di azione molto complessi e diversi tra loro
- I fenomeni psicopatologici emergenti sono di difficile interpretazione
- Lo Psicoma Lisergico di Bonhoefer è un modello che permette di differenziare la psicosi indotta dai modelli classici di psicosi
- La presenza di una pregressa storia psichiatrica oppure l'utilizzo di forti quantitativi di sostanze in tempi ristretti possono determinare lo sviluppo di psicosi, non sempre transitorie
- Le conseguenze a lungo termine (sia mediche che di interesse psicopatologico e neurodegenerativo) sono sconosciute

Grazie per l’attenzione