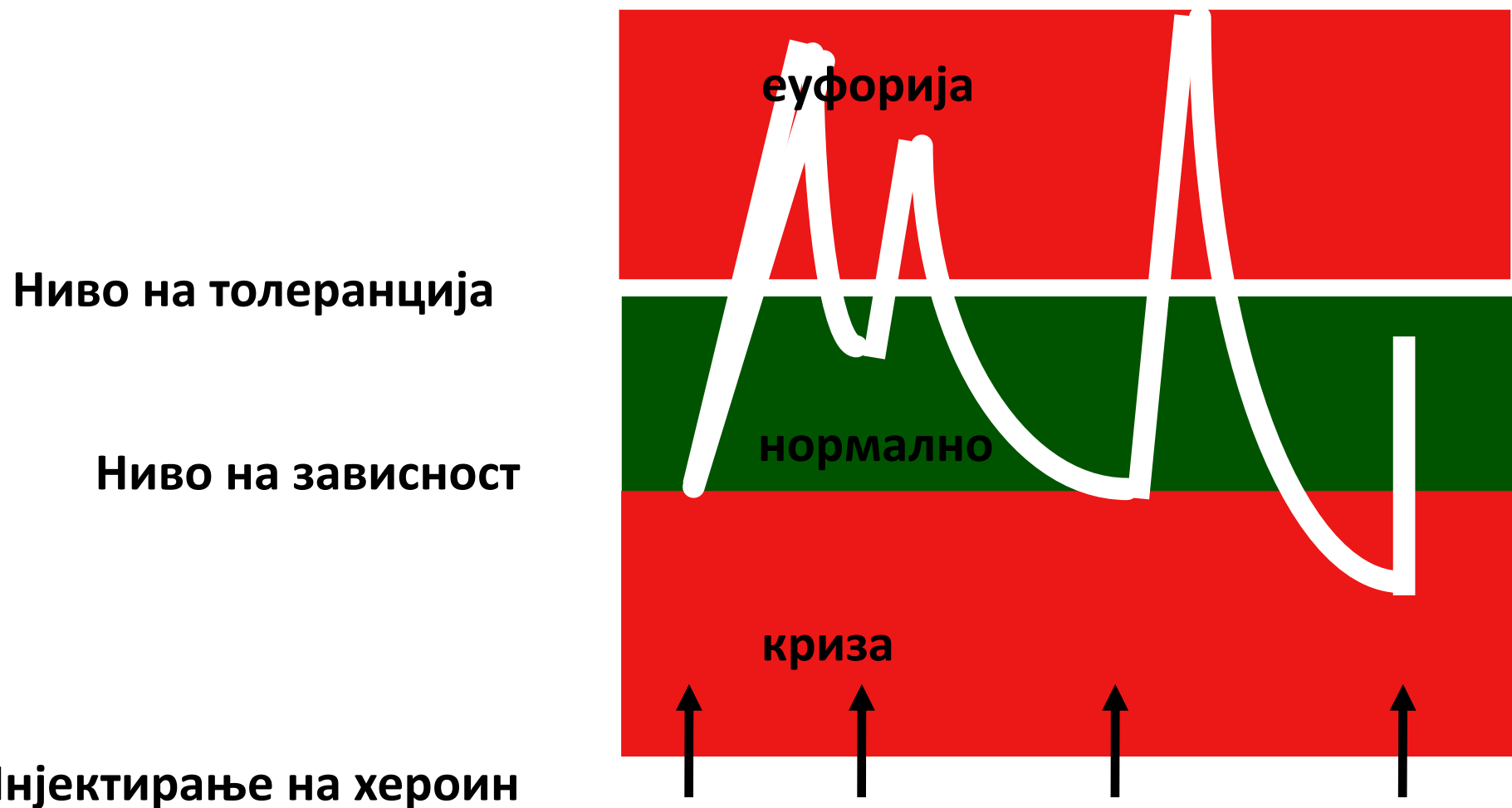


АОТ кај пациенти со двојна
дијагноза

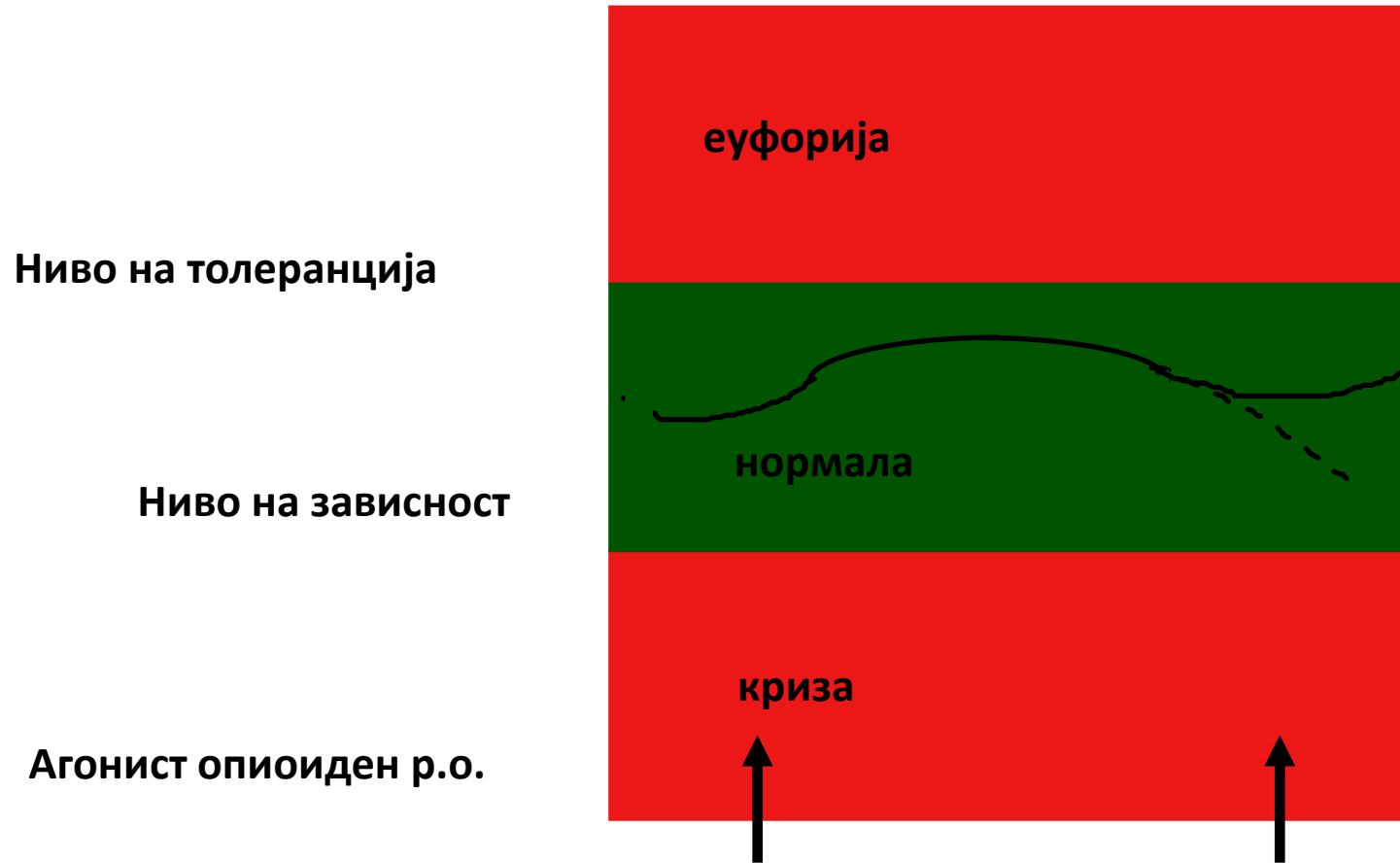
Третман на хероинска зависност

- Фаза на безбедна индукција
- Фаза на стабилизација
- Одржување\Фаза на рехабилитација
- Редукција на лекот после рехабилитација

Фармаколошки оправданост на Агонист Опиоиден Третман кај опојатна зависност



Фармаколошки оправданост на Агонист Опиоиден Третман кај опојатна зависност



АОТ-Фази на третман

Медицинско следење за преминување на пациентот од уличен хероин на АОТ

Одредување адекватна доза за одржување

Воведување

Стабилизација

Медицински супервизирана детокс

Спора редукција на АОТ до прекин и интензивна психосоцијална поддршка

Одржување

Постојана доза која му овозможува на пациентот добро да функционира

Фармакотерапија на опијатна зависност (Дел I-фаза на воведување и стабилизација)



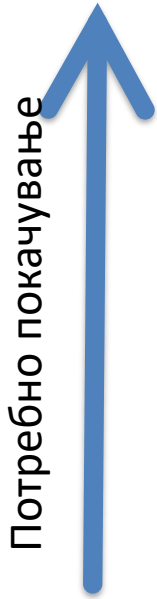
Фаза на стабилизација- Адекватна доза (4 кораци)

Зголемување на дозата



- 1) Престанок на користење хероин
- 2) Престанок со злоупотреба на алкохол и лекови за смирување
- 3) Елиминација на спонтана желба за хероин (и сонување)
- 4) Елиминација на желба во контакт со корисниците на хероин

Вкупен опиоиден недостаток(4 нивоа)



- Опиоиден-недостаток- сериозноста на болеста
- Болка - недостаток- присуство и интензитетот на болката
- Психопатолошки - недостаток - присуството и сериозноста
- Стрес- недостаток- присуството и сериозноста

Опиоидна блокада

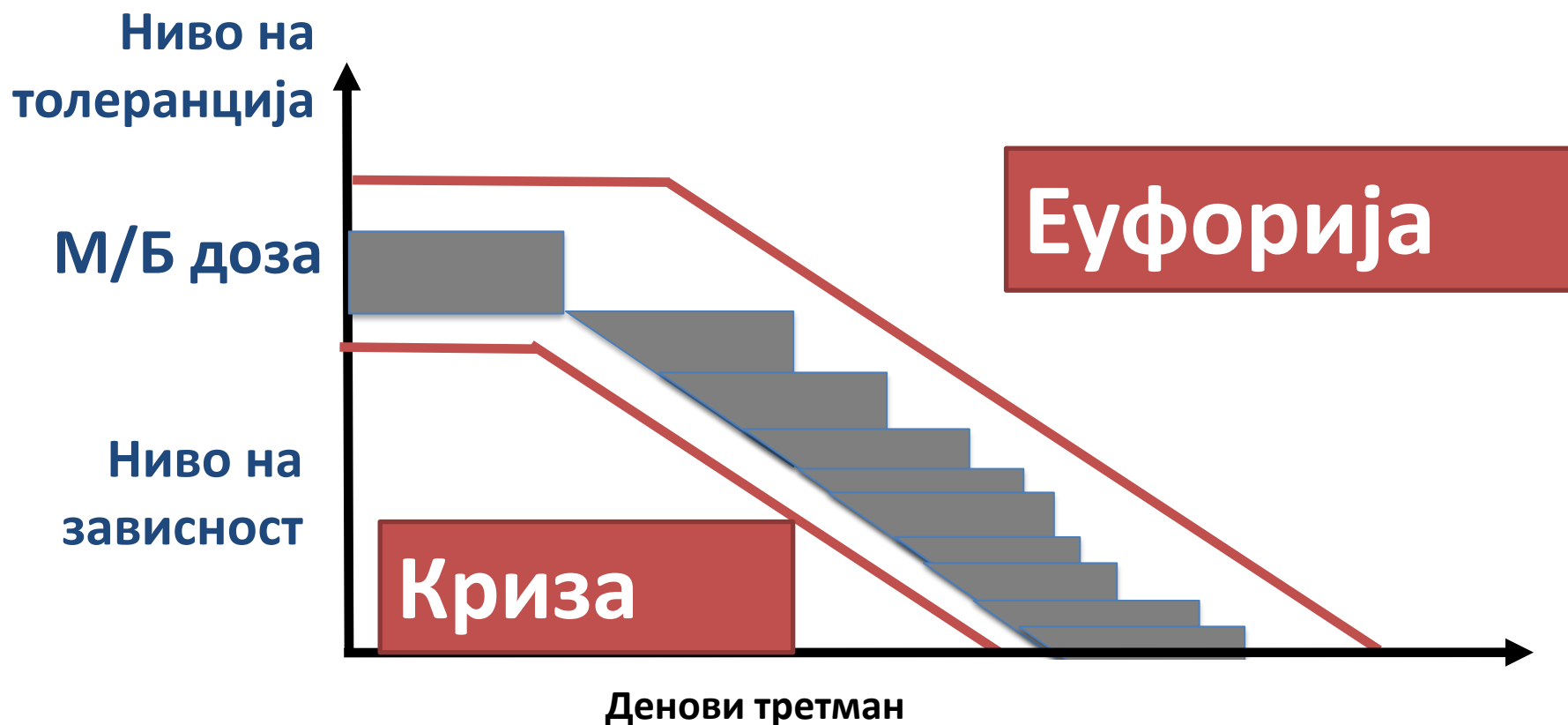
Потребна

- Желбата за хероин
- Неприлагоденото однесување (заразни болести; повеќе дроги)
- бременост
- психопатологија

Не е потребна

- Детоксификација
- Добро социјално прилагодување
 - дом
 - работа
 - партнер/ка
 - социјална активност во слободното време
 - легален статус

Фармакотерапија на хероинска зависност (Дел II-Редукција на лекот после одржување/ медицинска детоксификација)



Принципи на ефективен третман со одржување

- Долготраен третман (не пократко од 2 год.)
- Адекватна доза (не помалку од 100мг/16мг)
- Психо-социјална поддршка
- Редовен преглед, следење и поддршка
- Квалитетен терапевтски однос (ригиден на почеток, пријателски со стабилизирани пациенти)
- Внимание за ко-морбидитет (СИДА и психијатриски коморбидитет)

Цели на АОТ

1. Да се ослободи пациентот од страдањето (да се постигне стабилна благосостојба во секое време)
2. Да се блокираат ефектите од само-администрирање на хероин со индукција на состојбата на толеранција на метадон (до целосно блокирачка доза), што значи крос-толеранција на хероин. Оваа втората цел е од клучно значење во остварувањето на третата:
3. Да се **потисне**, наместо да се **намали**, желбата за хероин, која може да постои и покрај постигнување на стабилна опијатна блокада. Ако постои желба, дури и ако е мала, пациентите може да прибегнат кон алкохол или ПАС.

Јатроген пат од хероин кон алкохол

- Пропуст во агонистичкиот третман
- Администрација на неефикасна доза
- Третман без опиоиди
- Предвремено намалување или прекинување на агонистичкиот третман

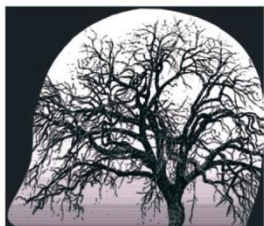
Article

Former Heroin-Dependent Alcohol Use Disorder Patients. Prevalence, Addiction History and Clinical Features

Matteo Pacini¹, Angelo Giovanni Icro Maremmani^{2,3}, Mauro Ceccanti⁴, and Icro Maremmani^{1,2,3,*}

¹G. De Lisi Institute of Behavioural Sciences, Pisa, Italy, ²Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Pisa, Italy, ³AU-CNS, Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy, and ⁴Centre for the Assessment and Treatment of Alcohol-Related Pathology, La Sapienza University, Rome, Italy

*Corresponding author: Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Via Roma, 67 56100 Pisa, Italy. Tel.: +39-0584-790073; Fax: +39-0584-72081; E-mail: maremman@med.unipi.it



Pacini Editore & AU CNS

Regular article

Heroin Addict Relat Clin Probl 20xx; xx(x): xx-xx

**HEROIN ADDICTION &
RELATED CLINICAL
PROBLEMS**

www.europad.org
www.wftod.org

Possible trajectories of addictions: The role of bipolar spectrum

Angelo GI Maremmani ^{1,2,3}, Matteo Pacini ³, Pier Paolo Pani ⁴, Mauro Ceccanti ⁵, Silvia Bacciardi ¹,
Hagop S. Akiskal ⁶, and Icro Maremmani ^{1,2,3}

1- Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Pisa, Italy, EU

2- AU-CNS, Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy, EU

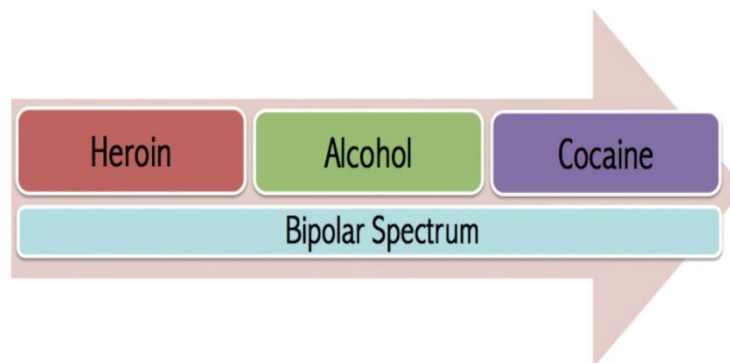
3- G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences, Pisa, Italy, EU

4- Social and Health Services, Health District (ASL 2) Cagliari, Italy, EU

5- Centre for the Assessment and Treatment of Addictions, Pisa, Italy, EU

6- International Mood Centre, University of Pisa, Pisa, Italy, EU

Correspondence: I. Maremmani, Pisa, Italy, EU



ПРВО – Стабилизирајго пациентот

Дефиниција на стабилизирани пациент според “V.P.Dole Dual Diagnosis Unit” критериуми

Пиза-ММТ користи експериментален протокол од 1993 година. Откако пациентите се безбедно воведени во лекување со метадон дозата постепено се зголемува додека не се добие добар тест на урина (една позитивна во предходни шест дена). Кога овој услов е исполнет, пациентот се дефинира како "стабилизирани" и доза со која оваа цел е остварена е "доза на стабилизација." Нема горна граница за дозирање. Во оваа поставка, сепак, постои ограничување на времето. Пациентите кои не можат да се стабилизира во рок од една година се враќаат во локалните програми за третман.

“Маскиран хероинизам”

Менувањето од хероин на алкохол, исто така, значи транзиција од високо лечебна болест, како што е зависноста од хероин, во слабо лечебна болест, како што се алкохолизмот.

The American Journal on Addictions, 19: 557–568, 2010
Copyright © American Academy of Addiction Psychiatry
ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online
DOI: 10.1111/j.1521-0391.2010.00086.x

Buprenorphine-Based Regimens and Methadone for the Medical Management of Opioid Dependence: Selecting the Appropriate Drug for Treatment

Icro Maremmani, MD,^{1,2,3} Gilberto Gerra, MD⁴

¹Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Psychiatry, NPB, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy

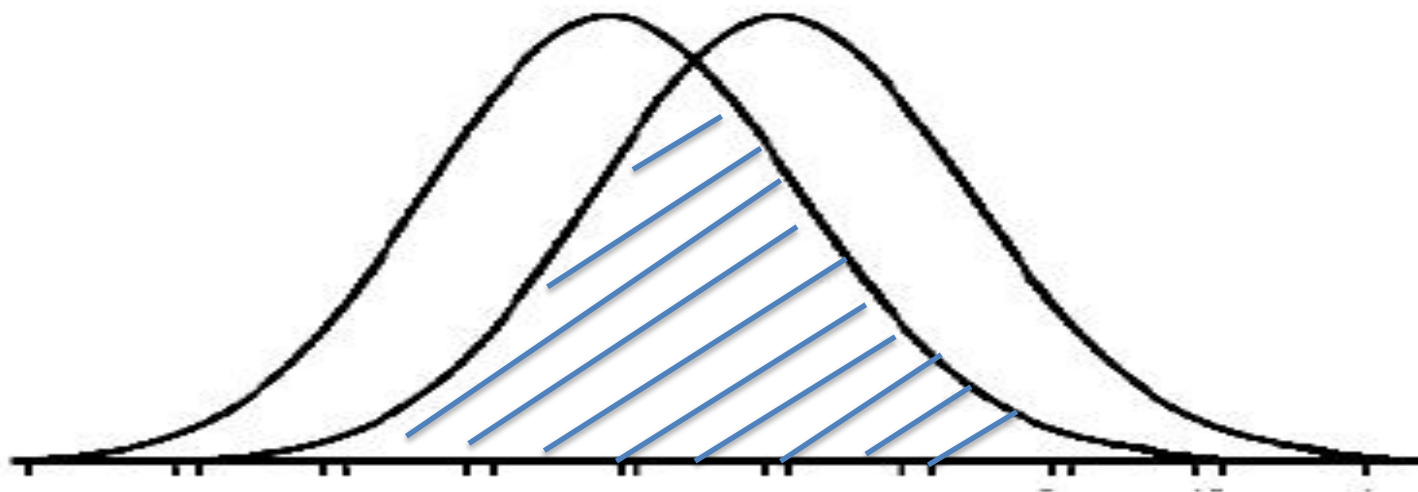
²AU-CNS, “From Science to Public Policy” Association, Pietrasanta, Lucca, Italy

³G. De Lisio, Institute of Behavioral Sciences, Pisa, Italy

⁴Drug Prevention and Health Branch, Division for Operations, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna

Еквивалентност бупренорфин-метадон

Перцепциите за ефикасността на метадон и бупренорфин



Maremmanni, I. and G. Gerra (2010). " [American Journal on Addictions](#) **19**(6): 557-568.

Краток опис на профилот на лековите: метадон, бупренорфин и бупренорфин- налоксон (**Прав лек за прав пациент**)

- Сите се споредливо ефикасни во задржување и во прекинување на употреба на опиоиди
- Бупренорфин - повеќе применлив за детоксификација / краткорочни програми
- Метадон - повеќе несакани ефекти: Респираторна депресија, продолжување на QT
- Бупренорфин - помалку интеракции на лекови
- Метадонот - поголем ризик од предозирање при комбинација со бензодиазепини
- Бупренорфин-налоксон – со најмал потенцијал на злоупотреба
- **Редовно следење овозможува лекарот да ја адаптира терапијата за да се задоволат потребите на пациентот**

Третман на пациенти со двојна дијагноза (Зависност / психијатриски коморбидитет). Хиерархиски пристап.

Чекори	Цели	Третман
1	Третман на зависност(SUD)	Кон апстиненција ориентиран Аверзивен со антагонист Со долготраен агонист/ парцијелен агонист
2	Третман на коморбидитет (растројства на расположението)	Атипичен антипсихотик Антидепресив Психостабилизатор
3	Превенција на рецидив Криза-цикличност на зависност -БИП	Комбиниран долготраен третман

Третман на пациенти со двојна дијагноза (Зависност / психијатриски коморбидитет).
Хиерархиски пристап.

Третирај зависност за да ги третираш растројствата на расположение

- Искористете ги предностите на антидепресивни својства на опиоидите
- Користете над-стандардни дози на метадон (> 120 mg / ден) за нормализирање на депресивни зависници од хероин. Двојна штета од опијати (зависност и афективно растројство)

Употреба на антидепресиви кај пациенти со двојна дијагноза

Интеракција помеѓу метадон и серотонергични антидепресиви

- Fluoxetine и fluvoxamine го зголемува нивото на метадон во крвта(над 200% fluvoxamine)
 - Fluvoxamine > биорасположивост на метадом кај пациенти третирани со високи дози (100-150 mg / day)
 - Sertraline > биорасположивост на метадон 20% во првите 2 недени
 - **Citalopram и escitalopram не влијае на нивото на метадон**
-

Употреба на антидепресиви кај пациенти со двојна дијагноза

- Искористете ги антидепресивните својства на опиоидите
- Употерби надстандардно дозирање на опиоиди(>120 mg/ден) за нормализација на депресивни опијатни завицници. Двојна штета од опијати(поврзана со зависност и со афективни растројства)
- Употребувај **SSRI** кај **анксиозни растројства** на пациенти со зависност
- Употребувај **SSRI** кај пациенти со хероинска зависност кои **се брзи метаболизери**
- Употребувај **трициклични антидепресиви** или **trazodone** (антидепресив) за инсомнија (**офф лабел, неиспитан**)??????
- Употребувај **бупропион** (антидепресив)после детокс за апстиненцијален синдром. **Повторно воведи М или Б.**

Избегнувај промена на расположението (иницијација на др.фаза)

Претпочитај **SSRI** во комбинација со **психостабилизатори!!!!**

Третман на депресија кај пациенти со двојна дијагноза – НЕМОЈ!

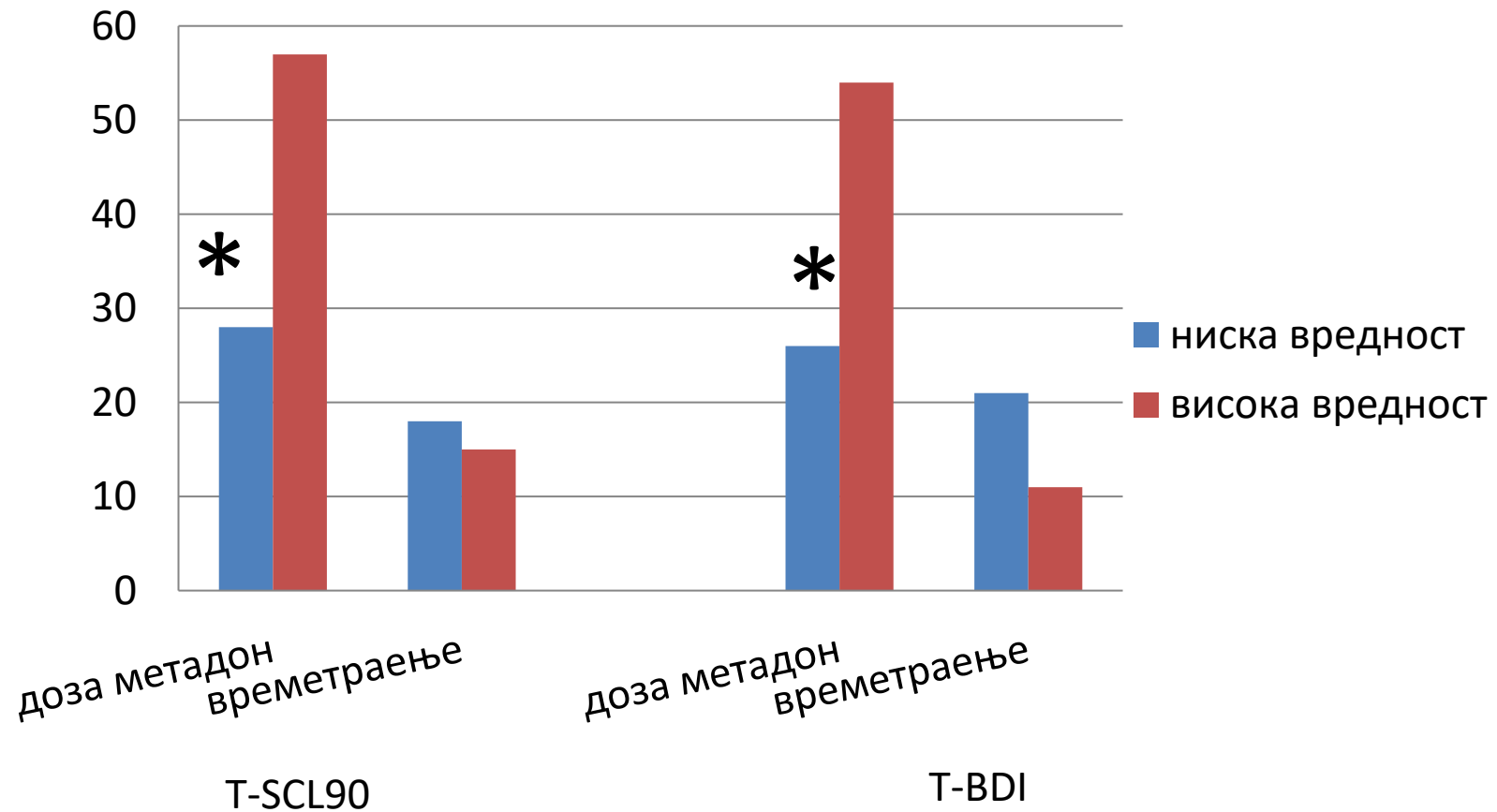
- Не употребувај антидепресиви без метадон кај депресивни завианици од хероин.
- Не употребувај BDZ за анксиозност поврзана со растројство во расположението
- Не употребувај MAOI кај депресивни пациенти со употреба на хероин/кокаин (дисулфирам ефект)

Icro Maremmani, Orietta Zolesi, Tommasa Agueci, Paolo Castrogiovanni (1993):

Methadone Doses and Psychopathological Symptoms during Methadone Maintenance.

Journal of Psychoactive Drugs. 25(3): 253-263.

Доза на метадон и психопатолошки симптоми за време на одржување со метадон



* p < .05

¹ Institute of Public Health of Republic of Slovenia, Ljubljana, Slovenia

² Regional Institute of Public Health, Koper, Slovenia

³ University Psychiatric Hospital, Ljubljana, Slovenia

⁴ Pisa-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, Dept. of Psychiatry, University of Pisa, Italy

Heroin Add & Rel Clin Probl 2004; 6(3): 27-32

Research Report

Unreported double frequency of heroin addicts visiting psychiatric services and addiction treatment services

**Mercedes Lovrecic¹, Barbara Lovrecic², Mojca Z. Dernovsek^{1,3},
Rok Tavcar³, and Icro Maremmani⁴**

За жал праксата за третман на двојна дијагноза е некоректна.

Ова истражување е за симптомите кои пациентите ги соопштуваат кај психијатрите и препишана терапија од психијатри.

Во 2/3 од случаите зависноста и/или ММТ не ги рапортираат, а психијатрите пак не ги препознаваат.

Unreported double frequency of heroin addicts visiting psychiatric services and addiction treatment services

★
MMTP -
пациенти

★
После
третман
хероински
зависници

Симптоми	F1	F2
Депресивни*, *	0,59	0,69
Анксиозни*	0,83	0,09
Психотични*	0,41	-0,25
Соматски*	0,68	-0,08
Препишани лекови		
Бензодијазепини *	0,41	0,30
Антидепресиви *	0,20	0,82
Антипсихотици *	0,80	0,08
Други	0,70	-0,20

¹PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, "Santa Chiara" University Hospital, Department of Psychiatry-NPB, University of Pisa, Italy

²"G. De Lisio", Institute of Behavioural Sciences Pisa, Italy

³Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy

Heroin Add & Rel Clin Probl 2005; 7(4): 43-48

Research Article

Метадонот ја намалува потребата од антипсихотици (невролептици)!

Methadone reduces the need for antipsychotic and antimanic agents in heroin addicts hospitalized for manic and/or acute psychotic episodes

Matteo Pacini ^{1,2} and Icro Maremmani ^{1,2,3}

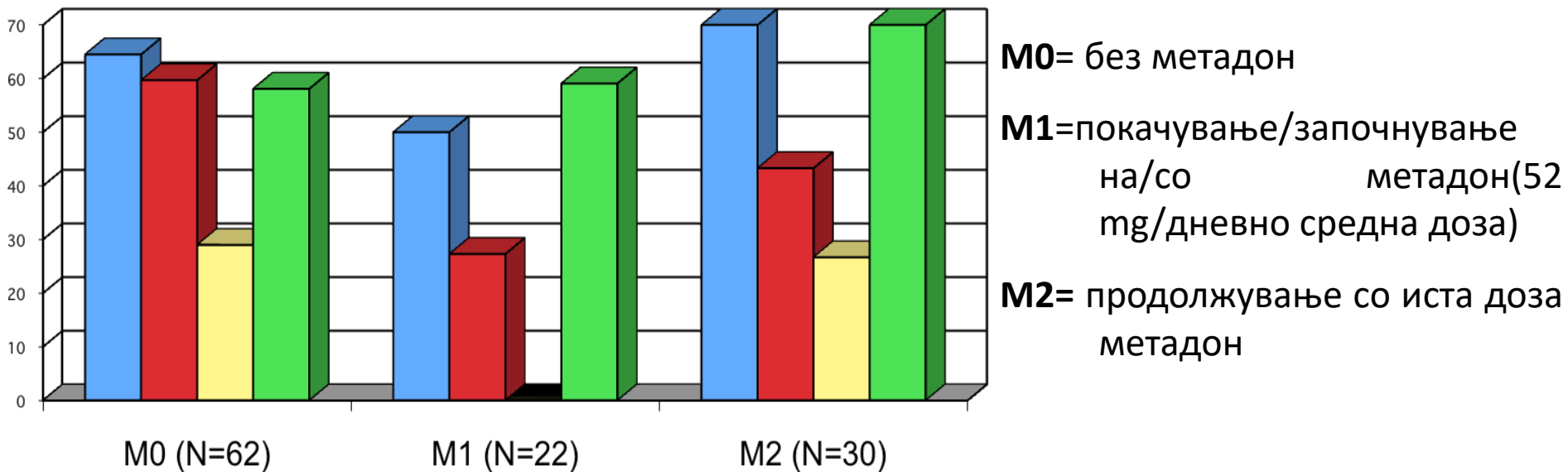
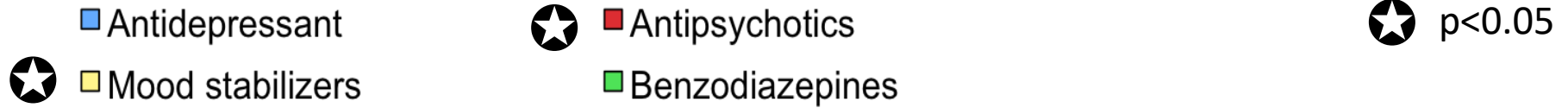
Heroin Addiction
and
Related
Clinical Problems



the official journal of
Europad
European Society Addiction Treatment Association



Метадонот ја намалува потребата од антипсихотици



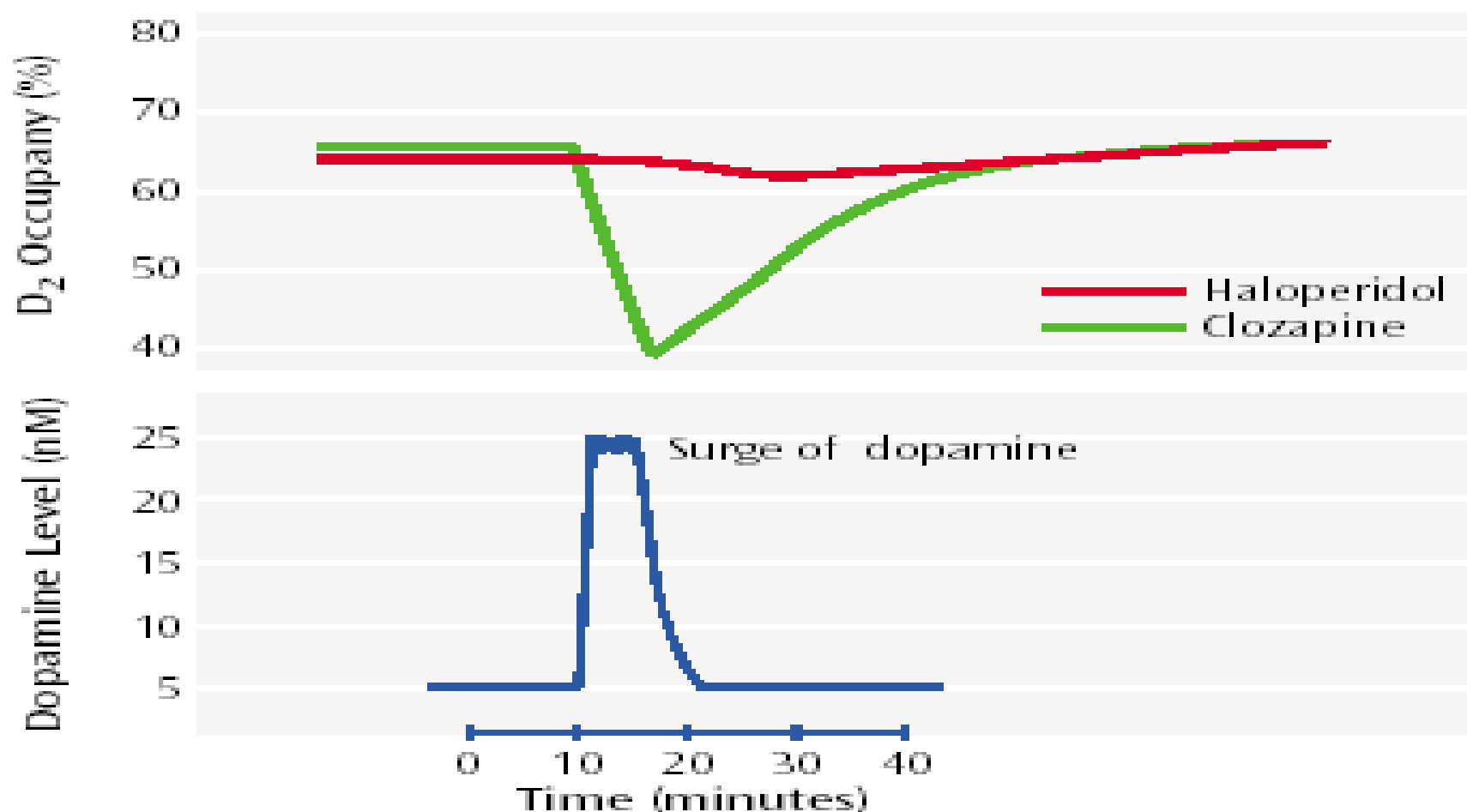
Опиоиди и психози- Препораки

- Додади невролептик внимателно кај психотични пациенти со ниска толеранција кои се на одржување со метадон. Бидете внимателни исто така за време на индукцијата со метадон.
- Избегнувај невролептици со низок потенцијал кај пациенти на ММТ (повеќе дози = повеќе метабони мешања, покачување на нивото во крвта,)
- Размислите за и.м. употреба на антихистаминици за агитирани психотични пациенти кои се на одржување со метадон.(хопситализирани ?)

Опиоиди и психози- Препораки

- Користете ги антипсихотичните својства на опиоидите
- Користете ја подобра комплијанса на пациентот во ММТ/ВМТ за да се намали ризикот од психоза.
- Додадете ниски дози на типични или **атипични невролептици** (во комбинација со **стабилизатори** на расположението). Искористете ги предностите на метадон и / или невролептиците за зголемување на нивото во крвта.
- Од невролептиците се предпочитаат **клозапин и слични**. (**НИЕ: Рисперидон**)
- Разгледајте ја можноста за психоза предизвикана од апстиненцијална криза. **Повторно воведете Бупренорфин/Метадон**

FIGURE 2. Effects on D₂ Occupancy of a Surge of Dopamine After Achievement of Equal Levels of Occupancy by Haloperidol and by Clozapine^a



^a Simulation performed by means of STELLA model-simulation software (High Performance Systems, Hanover, N.H.). Haloperidol occupancy is unchanged by physiological dopamine transmission. Clozapine occupancy decreases to allow physiological dopamine transmission.

The Need for Mood Stabilizers in Treating Cocaine/Heroin Addiction

PRO



Icro Maremmanni, MD
 Professor of Addiction Medicine
 University of Pisa and Siena
 “Santa Chiara” University Hospital
 Department of Psychiatry
 University of Pisa
 Pisa, Italy

(Dr. Maremmanni has disclosed that he has no significant relationships with, or financial interests in, any commercial companies pertaining to this educational activity.)

CON



E. Sherwood Brown, MD, PhD
 Associate Professor
 Department of Psychiatry
 University of Texas Southwestern Medical
 Center
 Dallas, Texas

(Dr. Brown was/is the recipient of research grants from AstraZeneca Pharmaceuticals, Forest Laboratories, Inc., GlaxoSmithKline, and UCB Pharma, Inc.; and was/is a consultant for Forest Laboratories, Inc.)

Можно ли е да се користат стабилизатори на расположението во лекувањето на кокаин / хероин зависност?

Темата е контроверзна и не постои единствено мислење.

Про - третираат хероин, кокаин, канабис, пред сè, пациентите со двојна дијагноза: биполарно нарушување и злоупотреба на супстанции. (Hyperthymic и cyclothymic темперамент може да се подложни на злоупотреба на супстанции. Биполарното нарушување може да се предизвика или да се промени од употребата на супстанции, особено од стимуланти, алкохол и канабиноиди.

Mood Stabilizers in the Treatment of Substance Use Disorders

Icro Maremmani, MD, Matteo Pacini, MD, Francesco Lamanna, MD, Pier Paolo Pani, MD, Giulio Perugi, MD, Joseph Deltito, MD, Ihsan M. Salloum, MD, MPH, and Hagop Akiskal, MD

Клиничката корист на стабилизаторите на расположението, особено антиепилептиците, е докажана како безбедна и ефикасна во злоупотребата на дрога со и без коморбидни нарушувања на расположение.

Двојна дијагноза

- Lithium (само предлози и потик за размислување)
 - ✓ Депресивни наспроти не депресивни лица кои употребуваат алкохол
 - ✓ Превенција на покачено расположение кај детоксифицирани од алкохол биполарни пациенти
 - ✓ Циклотимни лица кои употребуваат кокаин

Двојна дијагноза

- Valproic acid (само предлози и поттик за размислување)
 - ✓ Панични растројства кај лица со коморбидна употребана ПАС.
 - ✓ Биполарни пациенти со поли- ПАС употреба.
 - ✓ Антиманичен ефект во комбинација со литиум кај биполарни
 - ✓ Биполарни со употреба на алкохол
 - ✓ Биполарни кои се третираат со Метадон

Maremmi, I., M. Pacini, et al. (2010). CNS Spectrums 15(2): 95-109.

Kranzler et al., 1995; Hatsukami et al., 1991; Halikas et al., 1991, 1997; Montoya et al., 1995

Резиме

- Carbamazepine
 - Контрола на рецидив кај лица кои употребуваат кокаин со афективни растројства , подобрување на симптомите од афективното растројство. Нема редукција во однесувањето на барање кокаин.
- Lithium
 - Селективен одговор на депресивни алкохоличари; контрола на еуфорија кај детоксифицирани биполарни алкохоличари
- Oxcarbazepine
 - Ефективност во двојно дијагностицирани пациенти со агресивност
- Valproic acid
 - Ефикасноста кај биполарни пациенти кои злоупотребуваат дрога
 - Ефикасност кај пациенти со панични нарушувања кои злоупотребуваат супстанции .

Третман на растројства на расположение

- Третманот со литиум бара пациентите да бидат согласни, со стабилни дози, и редовни контроли. ????? (Ризик од итоксикација со литиум кај хероински зависници!)
- Карбамазепин е тешко да се примени, бидејќи го зголемува метаболизмот на опијати ????? (Ризик за дестабилизација на пациенти на метадон)
- Одржување со валпроат се препорачува како терапија од прва линија во случаи на злоупотреба на ПАС и коморбидитет.(Препорака за биполарно 1 растројство и хероинска зависност)
- Кја пациенти со агресивност, непријателство и импулсивност, третманот со атипични антипсихотици дава делумно подобрување.

Heroin Addiction and Related Clinical Problems



²“Bernard B. Brodie” Department of Neuroscience, University of Cagliari, Italy

¹SerT, AUSL 8, Cagliari, Italy

Heroin Add & Rel Clin Probl 1999; 1 (1): 43-44

Letters to the Editor

Methadone as a Mood Stabilizer

Pier Paolo Pani¹, Alessandro Agus¹, Gian Luigi Gessa²



the official journal of

Europad

European Opiate Addiction Treatment Association

PACIN editore
MEDICINA

AU-ONS

Како метадонот може да превенира рецидив на растројство на расположение.

Студија на случај: 7 год. ММТ и 1 година прекин= биполарно растројство кое прекинало со повторно воведување во ММТ.

Бензодијазепини – НЕМОЈ!

- Нокогаш немој да детоксифицираш зависници од хероин со употреба на бензодијазепини
- Никогаш немој да третираш со бензодијазепини супдозирани зависници од хероин.
- Никогаш не употребувај бензодијазепини заедно со метадон или бупренорфин кај пациент без толеранција или со непозната толеранција заради ризик од предозирање и ресираторна депресија.
- Никогаш не употребувај високи дози на бензодијазепини за контрола на психомоторна агитација кај пациенти со метадон или бупренорфин.
Подобро седативни антихистаминици.
- Не употребувај бензодијазепини за да третираш анксиозност кај лица зависни од хероин.(воведи , покачи М или Б и SSRI-ZEPIRA)

Бензодиазепини - ДА

- Користиги анксиолитичните ефекти на опиоидите (кои се појавуваат уште при ниски дози). Предност за buprenorphine
- Може да комбинираш бензо со опиоди (метадон/ бупренорфин) само кај пациенти со двојна зависност. Копнежот за бензо кај лица зависни на бензо неможе целосно да згасне од третманот со опиоиди.
- Може да комбинираш бензо со опиоди (метадон/ бупренорфин) само кај пациенти толерантни кон бензо, за да ја контролораш продолжената бензодиазепинска апстиненцијална криза (маскирана од опиоидите)
- Се препорачува бензо (без хепатална активација) и со помал потенцијал за злоупотреба (јак, спора и долга активност) како clonazepam



Pacini Editore & AU CNS

Regular article

Heroin Addict Relat Clin Probl 2014; 16(3): 55-64

**HEROIN ADDICTION &
RELATED CLINICAL
PROBLEMS**

www.europad.org
www.wftod.org

Outcomes of clonazepam maintained benzodiazepine-heroin addicted patients during methadone maintenance: A descriptive case series

Angelo Giovanni Icro Maremmani ^{1,2}, Silvia Bacciardi ¹, Fabio Rugani ¹, Luca Rovai ¹, Enrico Massimetti ¹, Denise Gazzarrini ¹, Liliana Dell'Osso ⁵, Pier Paolo Pani ⁴, Matteo Pacini ^{1,3}, and Icro Maremmani ^{1,2,3}

1 Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy, EU

2 AU-CNS, Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy, EU

3 G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences Pisa, Italy, EU

4 Social and Health Services, Health District 8 (ASL 8) Cagliari, Italy, EU

5 Department of Experimental and Clinical Medicine, University of Pisa, Italy, EU



Pacini Editore & AU CNS

Regular article

Heroin Addict Relat Clin Probl 2014; 16(4): 15-24

HEROIN ADDICTION &
RELATED CLINICAL
PROBLEMS

www.europad.org
www.wftod.org

Is it possible to treat heroin addicts with severe comorbid benzodiazepines addiction combining enhanced methadone maintenance and clonazepam maintenance treatments?

Angelo Giovanni Icro Maremmani ^{1,2}, Silvia Bacciardi ¹, Fabio Rugani ¹, Luca Rovai ¹, Enrico Massimetti ¹, Denise Gazzarrini ¹, Liliana Dell'Osso ⁵, Pier Paolo Pani ⁴, Matteo Pacini ^{1,3}, and Icro Maremmani ^{1,2,3}

1 Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Italy, EU

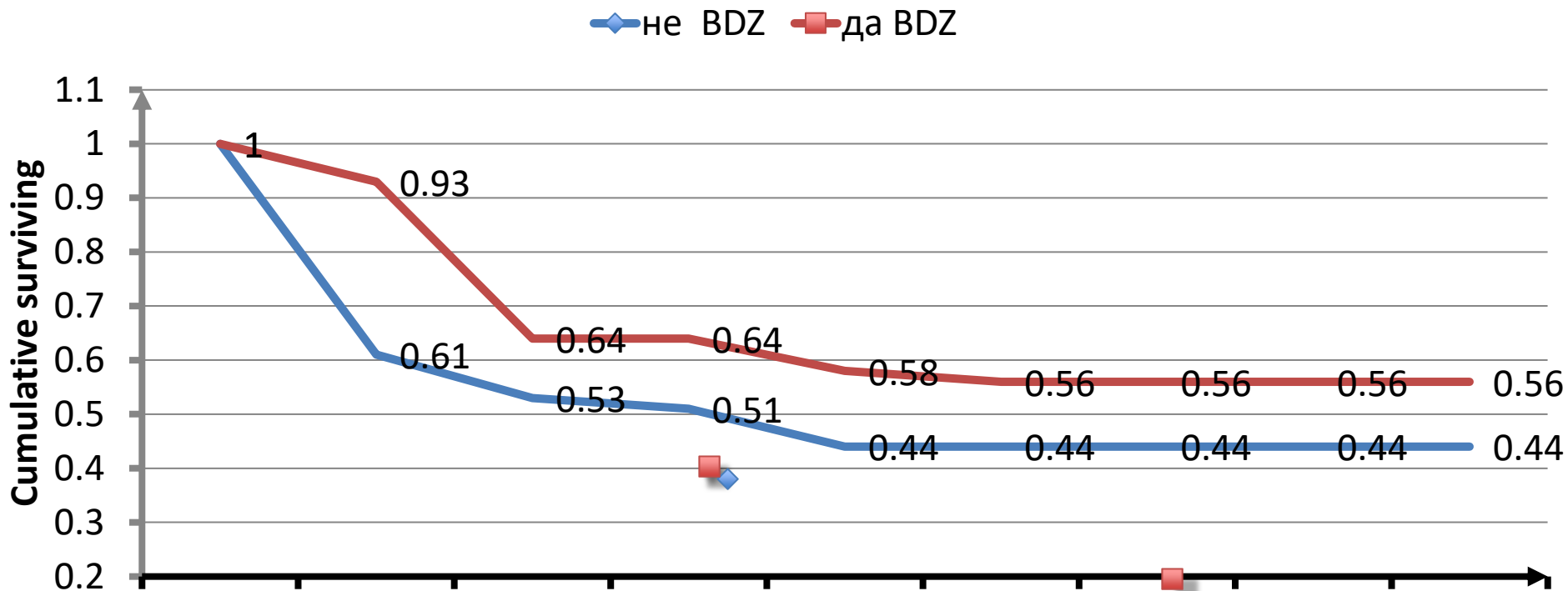
2 AU-CNS, Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims, Pietrasanta, Lucca, Italy, EU

3 G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences Pisa, Italy, EU

4 Social and Health Services, Health District 8 (ASL 8) Cagliari, Italy, EU

5 Department of Experimental and Clinical Medicine, University of Pisa, Italy, EU

Задршка во третман на резистентни зависници на хероин со и без бензодијазепинска зависност



	0 год.	1 год.	2 год.	3 год.	4 год.	5 год.	6 год.	7 год.	8 год.
Не BDZ	63	35	28	22	17	15	13	10	
Да BDZ	14	13	9	8	7	6	6	6	

Wilcoxon statistics = 3.01 df=1 p=0.082

Case Report

Clonazepam as Agonist Substitution Treatment for Benzodiazepine Dependence: A Case Report

Angelo Giovanni Icro Maremmani,^{1,2} Luca Rovai,¹ Fabio Rugani,¹ Silvia Bacciardi,¹ Matteo Pacini,³ Liliana Dell'Osso,¹ and Icro Maremmani^{1,2,3}

¹ *Vincent P. Dole Dual Diagnosis Unit, Department of Neurosciences, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Via Roma, 67, 56100 Pisa, Italy*

² *Association for the Application of Neuroscientific Knowledge to Social Aims (AU-CNS), Lucca, 55045 Pietrasanta, Italy*

³ *G. De Lisio Institute of Behavioural Sciences, 56100 Pisa, Italy*

Correspondence should be addressed to Icro Maremmani; maremman@med.unipi.it

Третман на пациенти со двојна дијагноза. Приматот на лекување на зависности

Чекори	Цели	Третман
1	Третман на зависност(SUD)	Абстиненција орјен аверсивен Со антагонист Со долготраен агонист парцијелен агонист
2	Третман на коморбидитет (растројства на расположението)	Атипичен антипсихотик Антидепресив Психостабилизатор
3	Превенција на рецидив Криза-цикличност на зависност -БИП	Комбиниран долготраен третман