

Editoriale. La Ricerca Clinica Applicata nella Clinica delle Dipendenze fra innovazione e necessità. Le azioni di FeDerSerD
Felice Nava 1

AREA STUDI E RICERCHE

Studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing): risultati preliminari
Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio, Emanuele Bignamini, Claudio Leonardi, Maria Chiara Pteri e il METODO STUDY TEAM 4

La scala ODAS in un campione di eroinomani in trattamento con buprenorfina nei Ser.T. italiani: uno studio di validazione ed affidabilità
Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio, Emanuele Bignamini, Claudio Leonardi, Felice Nava 15

L'efficacia dell'acamprosato nel trattamento dell'alcolismo: le evidenze del Cochrane collaboration group
Felice Nava, Alfio Lucchini, Claudio Leonardi 27

Il Disturbo da Uso di Sostanze in due Ser.T. di Genova: rilievi epidemiologico-clinici e considerazioni psicodinamico-relazionali a margine dell'applicazione di un questionario-intervista
A. Lunetta, A. Presta, E. Rasore 60

AREA CLINICA

Cocaina e "Violenza": Victus e Invictus
Anna Paola Lacatena, Cosimo Buccolieri, Vincenzo Simeone 70

Alessitimia e dipendenze patologiche: la mediazione espressiva come strategia psicopedagogica di ingaggio e propedeutica alla psicoterapia
Guglielmo Campione, Paolo Pozzi 74

AREA PSICOLOGICA

La consultazione psicologica breve rivolta a genitori di adolescenti utilizzatori di sostanze stupefacenti
Enrica Latterini, Iva Vedovelli 82

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea
Essere responsabili 90

NOTIZIE IN BREVE 3, 91, 92

RECENSIONI 78

FeDerSerD/FORMAZIONE 88, 89

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



La Ricerca Clinica Applicata nella Clinica delle Dipendenze fra innovazione e necessità.

Le azioni di FeDerSerD

La clinica delle dipendenze è una giovane disciplina, sia dal punto di vista scientifico che organizzativo all'interno del sistema del Servizio Sanitario Nazionale.

Sono bastati meno di 30 anni per acquisire basi scientifiche solide tali da poter permettere di considerare la clinica delle dipendenze come una entità autonoma e complessa.

In questi ultimi decenni abbiamo raccolto dati ed informazioni scientifiche che ci hanno permesso di comprendere molti dei meccanismi neurobiologici alla base delle dipendenze e di delineare i principi essenziali e razionali sia dei trattamenti farmacologici che psicosociali.

Sono stati proprio i progressi scientifici, e non le normative, le leggi o gli interessi di parte a definire come la clinica della dipendenze non possa essere più considerata una

Esperienze e progetti in servizi di alcologia italiani

- Individuazione di criteri oggettivi più sensibili e specifici per la diagnosi di abuso cronico da alcol,
di B. Scutteri, V. Pirro, S. Aloj, A. Salomone, E. Bignamini, A. De Bernardis, S. Pellegrino, M. Vincenti
- Il ruolo del trattamento farmacologico con Sodio Oxibato (GHB) nella prevenzione della ricaduta in un gruppo di pazienti Alcolisti,
di C. Garriga, B. Scutteri, E. Bignamini
- La Psicoterapia di accompagnamento riabilitativo (PAR) - "Metafore specifiche e Mindfulness nella psicoterapia delle alcolodipendenze",
di Paolo de' Lutti
- Alcol e gravidanza tra ricerca e intervento - Progetto "Kambiomarcia-in attesa cambia",
di P. Riscica, S. Bazzo, L. Czerwinsky, G. Dal Pozzo, M. Bottarel, G. Moino, F. Marini, G. Battistella

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno II, n. 8

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E
DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO IX, 2010 - N. 32

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,
Francesco Castracane, Alessandro Coacci,
Gianni Cordova, Edoardo Cozzolino, Antonio
d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Francesco
De Matteis, Adele Di Stefano, Donato
Donnoli, Maurizio Dorsi, Guido Faillace,
Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo
Grande, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste,
Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli, Ezio
Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti,
Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto
Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,
Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina
Stanic, Giovanni Villani, Franco Zuin

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Mazzini 54,
20060 Gessate (Mi), tel. 3356612717
missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Imagine & Arti Grafiche Colombo s.r.l.,
Gessate (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 02/05/2011

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.500 copie
ISSN 2037-4798



disciplina ancillare alla Psichiatria, alla Farmacologia o alla Medicina Interna, ma una entità autonoma e specifica in quanto peculiari sono i meccanismi fisiopatologici che sottendono la malattia, così come distintivi sono gli approcci clinici che si adottano nella cura.

Se è vero che in medicina per ogni categoria nosologica ben distinta dalle altre esiste sovente un sintomo patognomico caratterizzante, nella clinica della dipendenze sussiste il craving, un costrutto psicologico-comportamentale che permette di definire da una parte l'esistenza o meno della dipendenza patologica e dall'altra rappresenta il target d'elezione sia dell'intervento farmacologico che psicosociale.

Come è successo nella storia della medicina per malattie come la depressione o l'epilessia, anche nelle dipendenze patologiche le evidenze scientifiche possono contribuire a demolire lo stigma della malattia e permettere di valutare e migliorare gli esiti dei trattamenti.

Anche nel campo delle dipendenze patologiche lo sforzo dei professionisti è stato quello di trasportare nella pratica clinica quotidiana il maggior numero di principi acquisiti dalla ricerca di base.

È quello che oggi si chiama con un termine di moda *translation research*.

È del resto ormai assodato che i più moderni ed efficienti sistemi sanitari sono quelli che riescono in maniera più puntuale a trasferire nella pratica clinica il maggior numero di evidenze scientifiche.

È infatti sempre più evidente come i protocolli operativi e le linee guida basati sui principi scientifici sono quelli che ottengono i migliori risultati in termini di esito.

In questi ultimi anni FeDerSerD, come Società Scientifica leader nel sistema delle dipendenze patologiche in Italia, ha voluto investire una gran parte delle proprie energie e risorse nella implementazione della ricerca clinica applicata.

Sapevamo che la nostra impresa sarebbe stata difficile per molti motivi, alcuni di ordine generale essendo l'Italia una nazione che investe meno del 3% del proprio PIL in ricerca scientifica, peraltro secondo criteri poco meritocratici, e solo circa l'0.05% del PIL per la cura delle dipendenze patologiche, ed altri di natura specifica come la difficoltà dei professionisti di poter condurre studi clinici per le difficoltà organizzative e strutturali di cui soffrono ormai cronicamente ed in maniera preoccupante i Ser.T. italiani.

Nel campo della ricerca clinica nonostante le numerose difficoltà e qualche fallimento in questi ultimi anni siamo riusciti a realizzare importanti partnership scientifiche.

È il caso dell'ormai consolidato rapporto con il National Institute of Drug Abuse (NIDA) di Bethesda che ci ha permesso di affermare la nostra dignità scientifica anche oltre i confini nazionali e di entrare dalla porta principale nei contesti scientifici internazionali più autorevoli.

Per la prima volta in Italia, non un singolo o un gruppo di professionisti, ma una intera società scientifica è riuscita a presentare la propria attività clinica e di ricerca nei più importanti consessi scientifici internazionali del settore, organizzando perfino dei propri simposi in meetings prestigiosi come quelli dell'American Society of Addiction Medicine e dell'International Society of Addiction Medicine.

È forse anche per queste ragioni che per esempio FeDerSerD è stata chiamata recentemente a far parte del comitato scientifico del prossimo congresso internazionale in tema di *throughcare* nelle carceri organizzato in Italia dalla Comunità Europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I nostri gruppi dirigenti hanno lavorato incessantemente per accreditare e spianare la strada alla implementazione della qualità di cura dei Ser.T. attraverso la presentazione di progetti di ricerca sponsorizzati dall'industria farmaceutica e da enti istituzionali anche di valenza internazionale.

In molte occasioni abbiamo partecipato a bandi di ricerca finalizzati promossi sia dal Ministero della Salute che dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Per ora non sempre siamo riusciti a vincerli, ma in ogni caso abbiamo probabilmente compiuto uno sforzo ed un passo in avanti, sicuramente a miglior beneficio per coloro per verranno dopo di noi.

FeDerSerD ha quindi voluto investire in questi ultimi anni fortemente in una ricerca clinica moderna, dove l'eticità si coniuga con la priorità del soddisfacimento dei bisogni di cura dei nostri pazienti.

Una ricerca applicata nasce quando la comunità clinica riesce ad identificare delle necessità prioritarie da affrontare e decide di verificare delle possibili soluzioni in base alle evidenze scientifiche ed alle esperienze cliniche che hanno dato i migliori esiti.

Oggi la ricerca clinica deve essere applicata, cioè deve rispondere ai bisogni dei pazienti e soprattutto deve trovare una sua collocazione nel contesto di cura e nelle organizzazioni sanitarie.

È nel rispetto di questi principi che FeDerSerD in questi ultimi anni ha promosso numerosi studi clinici come lo studio retrospettivo GUM (GHB Use and Misuse) che ha studiato il fenomeno dell'abuso e del misuso del sodio oxibato in 10 centri alcolici del nord Italia, lo studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing) che sta studiando sulla base della scala ODAS l'efficacia e la tollerabilità del trattamento a mantenimento con metadone, la validazione della scala ODAS nel trattamento con buprenorfina, lo studio DEMOS (Diversione e Misuso nei Ser.T.) che sta studiando l'entità del fenomeno dell'abuso e del misuso della terapia agonista, e di due prossimi studi clinici: lo studio ACAM, uno studio osservazionale che valuterà l'efficacia e la tollerabilità dell'acamprosato nei pazienti alcolisti e lo studio DETOX, una ricerca sperimentale che studierà l'efficacia e la sicurezza della lofexidina nella disintossicazione da oppiacei.

Molti dei risultati preliminari di questi studi, insieme ad altre importanti esperienze di ricerca, sono contenuti in questo numero di Mission che meglio rappresenta, probabilmente più di qualsiasi altro numero, gli sforzi compiuti dai professionisti dei Ser.T. e dal direttivo e del comitato scientifico di FeDerSerD nel realizzare anche nel nostro Paese una vera ricerca clinica applicata nel campo delle dipendenze patologiche.

Nella consapevolezza che gli sforzi compiuti sono solo l'inizio di una strada lunga da percorrere, ci auguriamo che da oggi in poi essa sia una via senza fine.

Felice Nava

Direttore del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD

NOTIZIE IN BREVE

In memoria di G. Alan Marlatt

Il 14 marzo, a 69 anni, ci ha lasciato G. Alan Marlatt una delle figure più autorevoli nel campo del trattamento psicosociale dei problemi correlati all'uso di sostanze e di alcol.

Marlatt è stato Professore al Dipartimento di Psicologia dell'Università di Washington e Direttore dell'Addictive Behaviours Research Center e per oltre un trentennio uno dei ricercatori più originali ed innovativi nel campo del trattamento delle dipendenze patologiche.

È caduto un gigante, titolano alcuni autorevoli colleghi nel ricordarlo (*ADAJ news*, University of Washington - Alcohol & Drug Abuse Institute).

Dennis M. Donovan, uno dei suoi più vicini collaboratori, scrive: *"Alan has been a mentor, friend, and colleague to many of us here at the UW, and his network of associates and those whom he has touched personally and professionally is extensive and international in scope. We have lost a true visionary and luminary in the field of addictions. He will leave his prints in our hearts and minds, and there is a cadre of us to carry on the important work that he has championed throughout his career"*.

Marlatt è conosciuto nel mondo, ma anche in Italia per essere il padre delle strategie di Prevenzione della Ricadute (Relapse Prevention) ma dal punto di vista scientifico e clinico è stato molto di più: uno dei fondatori dell'intervento cognitivo comportamentale per il trattamento delle dipendenze e il teorizzatore delle strategie di *harm reduction* su base scientifica.

L'evoluzione del suo pensiero a partire dalla fine degli anni '70 ci ha permesso di inquadrare la ricaduta come un processo governato da determinanti prevedibili ed evitabili permettendoci di uscire dalla visione dicotomica di uso/non uso ed introducendo il concetto di "scivolata" come evento possibile, un "errore correggibile" di rottura dell'astinenza.

Le sue teorizzazioni ci hanno permesso di comprendere come la ricaduta sia il risultato di un complesso processo che trova le sue radici sia nel passato più prossimo come in quello più remoto dell'individuo dove le determinanti della ricaduta sono dipendenti dalle strette interazioni fra i fattori legati alla persona come lo stato affettivo, i meccanismi di fronteggiamento, l'autoefficacia, le aspettative riferite all'uso, e quelli legati all'ambiente come le influenze sociali e dei pari, l'accessibilità alle sostanze ed alla vulnerabilità agli stimoli ad esse correlate.

Più di recente e sempre instancabilmente Marlatt aveva introdotto in clinica le enormi potenzialità dell'efficacia della *mindfulness* nei programmi di prevenzione delle ricadute.

Le sue teorie sono state un continuum di rielaborazioni e di perfezionamenti a riprova che la clinica delle tossicodipendenze obbedisce alle leggi della scienza e non può accettare i dogmi. Siamo certi che la sua scomparsa non impedirà lo sviluppo, l'evoluzione e l'applicazione delle sue teorie.

Il lavoro di Marlatt nell'arco dell'ultimo trentennio sarà ricordato come rivoluzionario perché ci ha permesso di capire come la ricaduta sia un processo dinamico governato da precise determinanti che possono essere individuate e controllate e che gli obiettivi di riduzione del danno possono trovare dignità scientifica all'interno di un modello teorico dove è anche contemplato l'uso moderato.

Le sue ricerche e teorie sono state pubblicate in centinaia di articoli sia sperimentali che clinici e sono contenute in due opere di valenza assoluta che sono: "Relapse Prevention", scritto 25 anni fa assieme a Judith Gordon e "Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours" scritto nel 2005 con Dennis M. Donovan e ereditato nel 2008 insieme a Katie Witkiewicz.

Numerosi sono stati i riconoscimenti ricevuti per i suoi contributi nel campo dell'addiction.

Nel 1990 è stato insignito del Jellinek Memorial Award per i suoi innovativi contributi in campo alcolico, nel 2001 del Combating Substance Abuse Award (Robert Wood Johnson Foundation), nel 2004 del Distinguished Researcher Award (Research Society on Alcoholism), nel 2009 del Distinguished Scientific Contributions to Clinical Psychology Award (American Psychological Association).

Anche FeDerSerD nel suo ultimo convegno nazionale di Riva del Garda ha voluto riconoscere un tributo speciale a Marlatt con una targa e chiedendogli di aprire il congresso con una lettura magistrale.

La malattia gli aveva però impedito di essere con noi.

Con la sua scomparsa salutiamo un grande scienziato e clinico nella speranza che anche in Italia le sue teorizzazioni trovino larga applicazione e sviluppo nella pratica clinica.

Valeria Zavan, Medico Tossicologo, Responsabile Ser.T. Novi Ligure (Alessandria).

Felice Nava, Medico Tossicologo, Dipartimento delle Dipendenze ULSS n. 8 del Veneto, Direttore Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD.

Studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing): risultati preliminari

Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio, Emanuele Bignamini, Claudio Leonardi, Maria Chiara Pieri e il METODO STUDY TEAM*

SUMMARY

■ **Background:** the effectiveness of “methadone maintenance treatment” (MMT) for the treatment of heroin addiction, when previous multidisciplinary interventions have not yielded positive results, has already been fully demonstrated in many clinical studies. The overall analysis of these studies showed that patients who access the MMT achieved significant improvements in terms of retention in treatment, reduction/cessation of the use of opioid, craving reduction, reduced criminal behavior, improved psychological well-being and social adjustments.

Design and method: METODO Trial is a perspective observational study to assess the efficacy and tolerability of Methadone, in heroin addicted patients undergoing a methadone maintenance treatment. Out patients with heroin addiction who have started a MMT in 5 Italian centers are observed over 2 years in 7 scheduled follow up visits. Methadone has been administered in a manner consistent to the approved use. Patients have been evaluated according to the following parameters: treatment retention rate and duration of retention in treatment; addiction severity (ASI); Craving VAS, Quality of Life questionnaire and SCL-90 scale. In this observational study, the ODAS scale (Opiate Dosage Adequacy Scale) has been used for the evaluation of the “adequacy” of the methadone’s dosage in a maintenance treatment. The variable “adequacy” has been used to stratify patients to evaluate the treatment efficacy in relation to the efficacy parameters determined during the visits.

Results: the preliminary results of the second interim analysis on 320 enrolled patients concerning the baseline visit, showed a correlation between the adequacy of methadone dosage and better patients’ conditions as observed from the various questionnaires the patients underwent during the visit. These preliminary results require confirmation when all the 500 expected patients will have concluded the baseline visit. ■

Keywords: Heroin addiction, Methadone dosage adequacy, Methadone Maintenance Treatment, ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale).

Parole chiave: Dipendenza da eroina, Adeguatezza del dosaggio di metadone, Trattamento di mantenimento metadonico, ODAS (Scala di adeguatezza del dosaggio degli oppiacei).

Alfio Lucchini, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2; Pietro Fausto D'Egidio, Servizio Dipendenze, AUSL Pescara; Emanuele Bignamini, Dipartimento di Patologie delle Dipendenze, ASL Torino 2; Claudio Leonardi, UOC Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo, ASL Roma/C; Maria Chiara Pieri, Servizio Tossicodipendenze, AUSL di Bologna.

* Letizia Rocchi, Maia Khoperia, Rosalia Galasso, Elena Cortese, Paolo Laurenzi, Dina Pero, Valkentina Scarpino (ROMA); Nadia Della Torre, Francesca Lucini, Sergio Forese, Maura Madaro, Paola Dalla Torre, Giorgio Da Fermo (PESCARA); Enrico De Vivo, Roberto Compostino, Maurizio Spicuglia, Emanuela Rivela (TORINO); Claudia Bonazzi, Claudio Antonio Comaschi, Arfedele Del Re, Paola Tumminelli, Catia Leoni, Roberta Piazzi, Sara Gubellini, Cinzia Bassi, Sara Gubellini, Mariella Lofrumento, Carla Bandini, Monica Donadio, Carmine D'Angelo (BOLOGNA); Cinzia Assi, Giuseppe Pennisi, Giovanni Strepparola, Alberto Chiesa, Giuseppe Bonu, Cristina Caminiti, Liliana Corti, Simona Cavalanti, Simona Merli (MILANO).

Introduzione

Lo Studio METODO è uno studio osservazionale prospettico il cui obiettivo primario è valutare l'efficacia del trattamento con metadone a mantenimento, somministrato conformemente alla normale pratica clinica in pazienti tossicodipendenti da eroina e correlare tale efficacia con il dosaggio del metadone in un periodo di osservazione di 24 mesi, in cui sono previste 7 visite a tempi definiti per registrare i dati di ciascun soggetto.

I pazienti in osservazione, che si prevede siano 500 al termine del periodo di arruolamento, rappresentano una coorte multicentrica di utenti trattati nei 5 Ser.T. partecipanti allo Studio e dislocati presso le città di Milano, Torino, Bologna, Roma e Pescara.

L'efficacia della terapia di mantenimento con metadone (MMT) per il trattamento della tossicodipendenza da eroina è stata già

ampiamente dimostrata in numerosi studi clinici. I risultati di questi studi hanno messo in evidenza l'efficacia della terapia sostitutiva con metadone sull'interruzione dell'assunzione di eroina grazie al blocco metadonico dei recettori dei oppiacei, a cui deve comunque essere associato un percorso riabilitativo con un adeguato sostegno psicologico (1).

Altre ricerche cliniche sul trattamento con metadone, sia di tipo sperimentale (trial clinici randomizzati e controllati con placebo, o con altri farmaci) che osservazionale (studi di coorte retrospettivi e prospettici) in soggetti con comprovata dipendenza da oppioidi, hanno messo in evidenza che i pazienti che accedono al MMT ottengono significativi miglioramenti in termini di ritenzione in terapia, riduzione/cessazione dell'uso di oppiacei, riduzione del craving, riduzione dei comportamenti delinquenti, miglior benessere psicofisico e adattamento sociale (2,3).

Dallo studio prospettico VEdeTTE, effettuato in 115 Ser.T. distribuiti sul territorio italiano e con un campione analizzato di 10.454 utenti, è stata evidenziata una grande variabilità relativa al dosaggio di metadone. I dosaggi superiori a 60mg/die si ritengono la dose minima efficace nel ridurre la mortalità, nel limitare il coinvolgimento nella criminalità e nel migliorare lo stato di salute generale e sociale (4-11).

Recenti metanalisi della Cochrane Collaboration hanno confermato che terapie di mantenimento con metadone a dosi di 60 mg/die o superiori mostrano la migliore ritenzione in trattamento (12-14).

Considerando che il dosaggio di metadone, fra tutte le variabili che possono incidere sull'outcome del trattamento della tossicodipendenza, è quello che ha sicuramente il maggiore effetto predittivo, l'utilizzo del metadone ad un dosaggio "adeguato" rappresenta quindi il fattore principale in grado di influenzare il buon esito del trattamento riabilitativo.

La risposta alle dosi di metadone ha una elevata variabilità dipendente sia da fattori di farmacocinetica che di farmacodinamica. Pertanto, il concetto di un particolare range di dosaggio, o di un tetto massimo che possa valere per tutti i pazienti non è scientificamente plausibile e ciò significa che mentre 60 mg/die possono essere adeguati per un paziente, un altro potrebbe avere bisogno di 150-200mg/die o di 40 mg/die per ottenere l'effetto ottimale (dose adeguata).

Inoltre, in corso di trattamento della dipendenza da eroina, un dosaggio può essere considerato adeguato se sopprime i segni ed i sintomi della Sindrome di Astinenza da Oppiacei (SAO), riduce il craving per le droghe oppiacee e riduce gli effetti di ricompensa di oppioidi di abuso (blocco narcotico/tolleranza crociata). È per questo che nel campo della ricerca, sono stati sviluppati differenti strumenti per valutare la Sindrome di Astinenza da Oppiacei, il craving e i sintomi riferiti, singolarmente e separatamente tra di loro (15-17).

In questo studio osservazionale, per la valutazione dell'efficacia del trattamento con dosi "adeguate" di metadone, è stata utilizzata una scala di valutazione valorimetrica e psicometrica chiamata ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale, scala di adeguatezza del dosaggio dei farmaci agonisti), che il nostro gruppo di ricerca ha già precedentemente validato in italiano (20-22).

L'utilizzo della scala ODAS rappresenta un mezzo sistematico per valutare se la dose somministrata di metadone nel contesto di un programma di mantenimento, è "adeguata" e quindi efficace ai fini di un appropriato trattamento farmacologico e riabilitativo.

In questo articolo verranno presentati le informazioni preliminari relative alla visita basale di 320 pazienti arruolati.

Risultati

Sono stati considerati arruolabili nello studio METODO i pazienti con diagnosi di dipendenza da eroina secondo il DSM-IV-TR, che hanno iniziato un MMT in uno dei 5 Ser.T. italiani coinvolti. Il metadone è somministrato secondo la normale pratica clinica. Durante le 7 visite previste per il periodo di osservazione di 24 mesi i pazienti vengono sottoposti a diverse valutazioni come i questionari ASI (Addiction Severity Index); SLC-90 (Symptoms Checklist); Qualità della Vita, Valutazione Globale del Funzionamento (GAF), Giudizio Clinico Globale (CGI), Giudizio del Paziente, Craving VAS (Visual Analogic Scale) e ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale).

La ODAS è un'intervista clinica semi-strutturata composta da 10 domande a risposta chiusa, scelta multipla o su una scala visuale analogica fra cinque opzioni proposte tipo Likert.

La variabile "adeguatezza" definita dalla scala ODAS viene utilizzata per stratificare i pazienti nell'analisi statistica, valutandone l'efficacia del trattamento.

L'adeguatezza del dosaggio è stata analizzata in relazione a diverse aree d'interesse raggruppate in 2 macro-aree: la prima, macro-area "Salute", comprende l'area fisica, psichica, tossicodipendenza e sicurezza del trattamento, la seconda, macro-area "Sociale", include le informazioni relative a reddito e lavoro, relazioni sociali, status legale e costi sociali.

Il questionario è suddiviso in 6 elementi (si veda il documento in appendice) riguardanti l'assunzione di eroina (domanda 1), il blocco narcotico/tolleranza crociata (domanda 2), la Sindrome di Astinenza da Oppiacei (SAO) relativamente all'area fisica (domande 3a e 3b) e psichica (domande 4a e 4b), il craving per l'eroina (domande 5a e 5b) ed sovradosaggio di metadone (domande 6a e 6b).

Per ciascuna domanda viene assegnato un punteggio da 5 (situazione migliore) a 1 (situazione peggiore).

Il punteggio della ODAS è interpretabile quantitativamente e qualitativamente per valutare rispettivamente il miglioramento o peggioramento delle condizioni e l'adeguatezza o non adeguatezza del dosaggio, stabilito un punto di cut-off.

Nello studio, oltre ai questionari sono previsti, ad intervalli definiti, esami di laboratorio che comprendono l'analisi dei cataboliti delle sostanze d'abuso in campioni biologici, l'analisi degli anticorpi anti HIV, HCV e HBV, l'elettrocardiogramma, gli esami ematici di routine e l'analisi della metadonemia.

Ad ogni visita sono inoltre compilate le schede di trattamento per ciascun paziente in cui è specificata la dose/die (mg) di metadone somministrata, le eventuali terapie concomitanti e le eventuali reazioni avverse al trattamento.

La sicurezza e la tollerabilità del MMT sono valutate nel corso del periodo di osservazione determinando l'intervallo QTc dagli elettrocardiogrammi previsti ogni 6 mesi nel corso dello studio e misurando il livello ematico di metadone a tempo 0, prima della somministrazione di metadone, e a tempo +4h, cioè 4 ore dopo la somministrazione di metadone presso il Ser.T. cui il paziente fa riferimento.

Risultati

L'analisi è stata effettuata su un campione di 320 pazienti, arruolati entro il 31 dicembre 2010, che hanno sostenuto la visita basale prevista dal protocollo.

Nei pazienti analizzati l'età media è di circa 40 anni (± 8 anni) con una componente maschile dell'80% circa.

Più di tre quarti dei pazienti è in Dosaggio Adeguato.

Tra questi, i valori di dose/die metadone si distribuiscono uniformemente tra <20 e 100 mg.

Se si raggruppano le classi usando come estremi i valori 40 e 80, si evince che, dei pazienti in Dosaggio Adeguato, oltre il 30% ha una dose/die metadone minore o uguale a 40 mg, il 45.7% una dose/die compresa tra 40 e 80 mg, e il 23.3% maggiore o uguale a 80 mg.

Tra i pazienti in Dosaggio Non Adeguato, la distribuzione dei range di dose/die metadone si distribuisce prevalentemente su classi medie (40-100mg/die), con una presenza di valori compresi tra 61 e 80 mg (29.7%) (tab. 1a, 1b e graf. 1a).

Tra i pazienti in dosaggio non adeguato, l'item della ODAS che è risultato maggiormente incidente è il quarto (SAO - area sog-

gettiva), con valori inferiori al punteggio di 4 o 5, per il 60% dei pazienti presenti (tab. 2, graf. 2).

In tabella 1a si osserva la suddivisione dei pazienti in dosaggio adeguato e non adeguato cui è associata la suddivisione per range dose/die di metadone e la relativa rappresentazione in grafico 1a. Oltre il 30% dei pazienti in dosaggio adeguato ha una dose/die di metadone minore o uguale a 40mg e il 45% tra 40 e 80mg mentre tra i pazienti in dosaggio non adeguato la distribuzione dei range di dose/die è distribuita prevalentemente su classi medie, tra i 40 e i 100 mg, con una presenza di valori compresi tra 61 e 80 mg per il 29.7% dei pazienti.

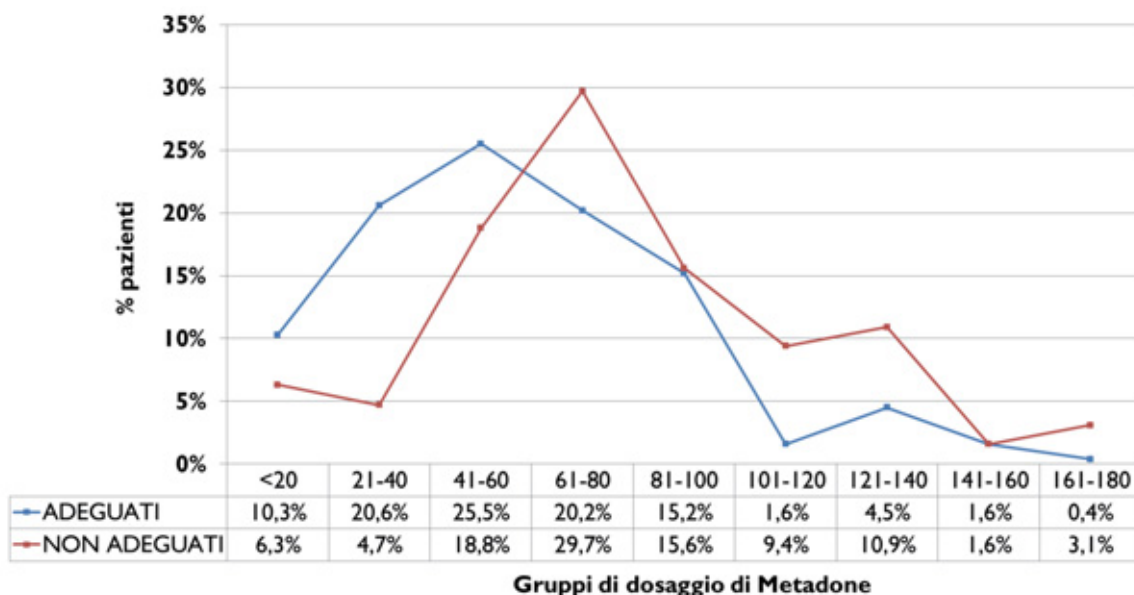
In tabella 1b si osserva lo scostamento dei valori della mediana tra i pazienti in dosaggio adeguato e non adeguato (12 pazienti non risultano inclusi nell'analisi per incompletezza del questionario ODAS).

In tabella 2 è descritta la distribuzione dei valori assegnati alle diverse domande della scala ODAS per la valutazione dei dosag-

Tab. 1a

		<20	21-40	41-60	61-80	81-100	101-120	121-140	141-160	161-180	TOT
Dosaggio Adeguato	N	25	50	62	49	37	4	11	4	1	243
	%	10,3	20,6	25,5	20,2	15,2	1,6	4,5	1,6	0,4	79,1
Dosaggio Non Adeguato	N	4	3	12	19	10	6	7	1	2	64
	%	6,3	4,7	18,8	29,7	15,6	9,4	10,9	1,6	3,1	20,8
TOT	N	29	53	74	68	47	10	18	5	3	307
	%	9,4	17,3	24,1	22,1	15,3	3,3	5,9	1,6	1,0	100,0

Graf. 1a - Raggruppamento per dosaggio adeguato vs dosaggio non adeguato e per range di dose/die (mg) di metadone



Tab. 1b

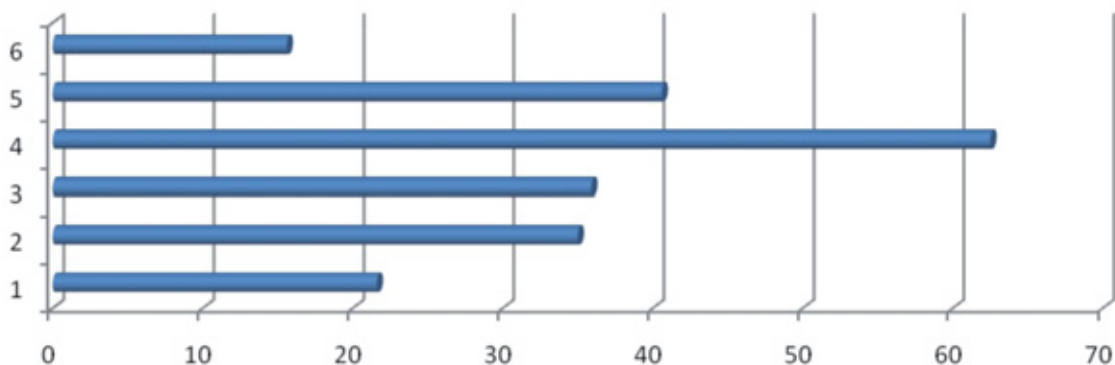
	Dosaggio Adeguato Mediana (Q1; Q3) N=243	Dosaggio Non Adeguato Mediana (Q1; Q3) N=64
Dose/die (mg)	60,0 (40,0; 80,0)	77,5 (60; 107,5)

Mann-Whitney test: $p < 0,001$

Tab. 2

		ITEM 1		ITEM 2		ITEM 3		ITEM 4		ITEM 5		ITEM 6	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dos, adeguato	Valore 1 (N (%))	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Valore 2 (N (%))	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Valore 3 (N (%))	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Valore 4 (N (%))	30	12,3	21	8,6	18	7,4	34	13,9	37	15,2	7	2,9
	Valore 5 (N (%))	214	87,7	223	91,4	226	92,6	210	86,1	207	84,8	237	97,1
Dos, non adeguato	Valore 1 (N (%))	3	4,7	3	4,7	3	4,7	9	14,1	7	10,9	3	4,7
	Valore 2 (N (%))	3	4,7	2	3,1	10	15,6	11	17,2	3	4,7	2	3,1
	Valore 3 (N (%))	8	12,5	11	17,2	10	15,6	20	31,2	16	25	5	7,8
	Valore 4 (N (%))	21	32,8	12	18,8	10	15,6	8	12,5	13	20,3	3	4,7
	Valore 5 (N (%))	29	45,3	36	56,2	31	48,4	16	25,0	25	39,1	51	79,7

Graf. 2 - % pazienti con valori insufficienti (1,2,3) ai 6 items della scala ODAS nei pazienti in terapia con dosaggio non adeguato di metadone



gio. Affinché un soggetto risulti in dosaggio adeguato, tutti gli item devono avere un punteggio di 4 o 5. Relativamente alla valutazione del dosaggio non adeguato, particolarmente rilevante è l'Item 4 (segni e sintomi di SAO Psicica), che presenta valori non sufficienti per oltre il 60% dei pazienti presenti nella categoria. Dati significativi ($p < 0,05$), pur trattandosi di informazioni preliminari, sono emersi anche dall'analisi dei questionari Qualità della Vita, ASI, e Craving VAS: sembra che i pazienti in dosaggio adeguato riferiscano meno problemi correlati ad alcool ed altre sostanze, un minor consumo di tali sostanze (alcool, cocaina, eroina, cannabis) con una conseguente diminuzione della spesa mensile in sostanze stupefacenti e del craving. In tabella 3 sono mostrati i dati significativi ricavati dai questionari ASI, Craving VAS, dalle analisi di laboratorio e dalla scheda di trattamento. Si evidenzia un profilo meno grave per i pazienti in Dosaggio Adeguato determinato da un migliore profilo di gravità ASI, un minor consumo di sostanze stupefacenti e di conseguenza una minor spesa per "altre sostanze" così come un craving per eroina, cocaina ed alcool significativamente minore rispetto ai pazienti in dosaggio non adeguato.

Conclusioni

I risultati ottenuti mediante l'applicazione della Scala ODAS, confermano l'esistenza di una correlazione significativa tra l'efficacia del trattamento e il valore predittivo del dosaggio adeguato di metadone nei pazienti con dipendenza da eroina, anche non supportati da altri interventi terapeutici. Suggestiscono anche la necessità di una diagnosi più raffinata di quella usualmente esperita nei servizi in rapporto alla gravità della malattia. La analisi specifica dei sei items della Scala ODAS ha mostrato che la frequenza e la intensità della Sindrome soggettiva da Astinenza dagli Oppiacei (come *ansia, agitazione, irritabilità, difficoltà a dormire, stanchezza, brividi, dolori muscolari e mancanza di appetito, ecc.* - item n. 4 della scala) ha la maggiore incidenza nel definire il dosaggio specifico assunto da quel paziente come non adeguato. Sarà quindi interessante approfondire, per quanto riguarda i pazienti in dosaggio non adeguato, questo aspetto in una futura valutazione comparativa.

Tab. 3

ITEM	ADEGUATI		NON-ADEGUATI		P value
Per quanti giorni negli ultimi 30 problemi correlati a Alcool (ASI)	media: 1,52 mediana: 0,00 (0,00; 0,00)	N=145	media: 4,04 mediana: 0,00 (0,00; 0,00)	N=46	0,04
Per quanti giorni negli ultimi 30 uso di Eroina	media: 1,25 mediana: 0,00 (0,00; 1,00)	N=154	media: 8,12 mediana: 2,00 (0,00; 15,00)	N=52	<0.001
Per quanti giorni negli ultimi 30 uso Cocaina	media: 1,65 mediana: 0,00 (0,00; 1,00)	N=151	media: 4,35 mediana: 0,00 (0,00; 2,50)	N=49	0,029
Quanto pensa di aver speso negli ultimi 30 giorni in Altre Sostanze	media: 79,40 mediana: 0,00 (0,00; 60,00)	N=151	media: 391,80 mediana: 100,00 (0,00; 300,00)	N=50	<0.001
Craving per Eroina	media: 14,89 mediana: 5,00 (0,00; 20,00)	N=242	media: 41,59 mediana: 40,00 (5,00; 74,00)	N=63	<0.001
Craving per Cocaina	media: 14,77 mediana: 0,00 (0,00; 20,00)	N=241	media: 23,02 mediana: 3,00 (0,00; 48,75)	N=64	0,016
Craving per Alcool	media: 12,30 mediana: 0,00 (0,00; 20,00)	N=240	media: 21,73 mediana: 1,00 (0,00; 44,00)	N=63	0,028
Eroina e altri Oppiacei (% campioni di analisi puliti)	media: 83,40 mediana: 100,00 (75,00; 100,00)	N=196	media: 64,49 mediana: 100,00 (25,00; 100,00)	N=43	0,004
A quale dose/die è somministrato il metadone	media: 62,65 mediana: 60,00 (40,00; 80,00)	N=243	media: 82,97 mediana: 77,50 (60,00; 107,50)	N=64	<0.001

Bibliografia

- Ball J.C., Ross C.A. (1991), *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment* Springer-Verlag, New York.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1965), "A medical Treatment for Diacetyl-Morphine (Heroin) Addiction", *JAMA*, 193: 646.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1966) "Rehabilitation of Heroin Addicts After Blockade With Methadone", *New York J Med*, 55: 2011-2017.
- VEdeTTE, Studio Nazionale per la Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina. Monografia n. 5. Analisi dei trattamenti dei primi 18 mesi dello studio - 2005. Disponibile online: www.studio-vedette.it.
- Ward J., Mattick R.P., Hall W. (eds.) (1998), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Harwood Academic Publisher, Amsterdam.
- Strain E.C., Stitzer M.L., Liesbon I.A., Bigelow G.E. (1993), "Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence", *Annals of Internal Medicine*, 119: 23-37.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Treacy S. (2001), "Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study", *Drug Alcohol Depend*, 62: 255-264.
- Fletcher B.W., Tims F.M., Brown B.S. (1997), "Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS): treatment evaluation research in the United States", *Psychological Addictive Behaviours*, 4: 216-229.
- Vanichseni S., Wongsuwan B., The Staff of BMA Narcotics Clinic No. 6, Choopanya K., Wongpanich K. (1991), "A controlled trial of methadone in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV", *Int J Addictions*, 26(12): 1313-1320.
- Yancovitz S., Des Jarlais D., Peskoe Peyser N., Drew E., Friedman P., Trigg H., Robinson J. (1991), "A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic", *Am J Publ Health*, 81: 1185-1191.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Lemma P. (2003), "Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Amato L., Davoli M., Ferri M., Ali R. (2003), "Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., Mayet S. (2004), "Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. (2003), "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for

- opioid dependence", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
15. Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M. (2003), "When 'enough' is still not enough. Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 5(1): 17-32.
 16. Payte J.T., Khuri E.T. (1993), "Principles of Methadone dose determination", in Parrino M. (ed.), *State Methadone Treatment Guidelines*, U.S. Department of Health & Human Services, Rockville, MD, pp. 47-58.
 17. Hiltunen A.J., Lafolie P., Martel J., Ottosson E.C., Boreus L.O., Beck O., Hjemdahl P. (1995), "Subjective and objective symptoms in relation to plasma methadone concentration in methadone patients", *Psychopharmacology (Berl)*, 118: 122-126.
 18. De Vos J.W., Ufkes J.G.R., Van Brussel G.H.A., Van Den Brink W. (1996), "Craving despite extremely high methadone dose", *Drug Alcohol Depend*, 40: 181-184.
 19. Dyer K.R., White J.M. (1997), "Patterns of symptom complaints in methadone maintained patients", *Addiction*, 92(11): 1445-1455.
 20. González-Saiz F. (2004), "Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS): A clinical diagnostic tool as a guide to dosing decision", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 6(3): 41-50.
 21. González-Saiz F., Lozano Rojas O., Ballesta Gomèz R., Bilbao Ace-dos I., Galiana Martinez J., Garcia Collantes M.A., Lopez Fernandez A. (Serum Methadone Levels Study Group) (2008), "Evidence of reliability and validity of the opiate dosage adequacy scale (ODAS) in a sample of methadone maintenance patients", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 10(1): 25-38.
 22. Bignamini E., Carboni G., D'Egidio P.F., Gardini A., Gonzalez-Saiz F., Leonardi C., Lucchini A., Nava F., Pacini M., Sartori M.F. (2008), "Validazione culturale e linguistica del questionario ODAS (EADO) utilizzato per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento per il trattamento della dipendenza da oppiacei", *Mission*, 26(6): 18.

Allegato 1

1. ASSUNZIONE DI EROINA

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha fatto uso di eroina?

- Durante gli ultimi sette giorni ha fatto uso di eroina in qualche occasione?
- Se ne ha fatto uso, in quanti giorni dell'ultima settimana?
- Se ne ha fatto uso ogni giorno (o la maggior parte dei giorni), quante volte al giorno, in media?

5 = Mai

3 = Da 4 a 6 gg alla settimana 1= 3 o più volte al giorno

4 = Da 1 a 3 gg alla settimana

2= Da 1 a 2 volte al giorno

PUNTO CUT-OFF: Se un paziente non ha mai fatto uso di eroina durante l'ultima settimana, passare alla domanda 3a ed assegnare punteggio 5 nelle domande 1 e 2.

2. BLOCCO NARCOTICO / TOLLERANZA CROCIATA

Quanto è stato intenso l'effetto prodotto dalla dose /dalle dosi di eroina che ha assunto durante gli ultimi sette giorni?

- Il Suo dosaggio di metadone durante gli ultimi sette giorni è stato di ... milligrammi al giorno. Ha avvertito l'effetto della dose / delle dosi di eroina che ha assunto durante gli ultimi sette giorni? Se ne ha avvertito l'effetto, quanto è stato intenso?
- L'effetto è stato diverso da quello che provava quando non era in trattamento con metadone?
- L'effetto è stato diverso da quello che provava quando assumeva un dosaggio diverso di metadone?

Nessun effetto

Effetto estremamente intenso

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

3a. Frequenza di Sindrome di Astinenza da Oppiacei – Area FISICA

Alcune persone che assumono metadone manifestano disturbi come: crampi e dolori muscolari, sensazione di pelle d'oca, naso che cola, lacrimazione, frequenti sbadigli, crampi allo stomaco o diarrea, palpitazioni, sudorazione e sensazione di malessere generale. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito alcuni di questi disturbi?

- Durante gli ultimi sette giorni ha avvertito alcuni di questi disturbi?
- Ha avvertito alcuni disturbi come ... e ... ? (ripetere al paziente i segni e sintomi riportati nella domanda principale).
- In caso affermativo, con quale frequenza negli ultimi sette giorni ha avvertito questi disturbi?

|__|

(Per valutare clinicamente la presenza di una SAO di Area FISICA il paziente deve presentare almeno due o più dei segni e/o sintomi riportanti nella domanda principale, a meno che l'intervistatore sia in grado di identificare nel paziente altre condizioni cliniche di Area FISICA in grado di confermare una SAO).?

5 = Mai
4 = Da 1 a 2 gg alla settimana
3 = Da 3 a 6 gg alla settimana
2 = Da 1 a 2 volte al giorno
1 = 3 o più volte al giorno

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato almeno due di questi disturbi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 4a e assegnare punteggio 5 nelle domande 3a e 3b.

3b. Intensità di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area FISICA

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i disturbi che dice di avere avvertito?

- Quando ha avvertito questi disturbi, quanto sono stati intensi, in media?

Nulla in assoluto

Estremamente intenso

|__|

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

4a. Frequenza di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area PSICHICA

Alcune persone che assumono metadone manifestano altri disturbi come: ansia, agitazione, irritabilità, difficoltà a dormire, stanchezza, brividi, dolori muscolari, mancanza di appetito, etc. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito alcuni di questi disturbi?

- Ci sono persone che assumono metadone che non manifestano disturbi evidenti, ma che tuttavia non si sentono bene. Durante gli ultimi sette giorni, ha avvertito alcuni disturbi come ... o ... ? (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale).
- Se ne ha avuti, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito questi disturbi?

(Per valutare clinicamente la presenza di una SAO di Area PSICHICA il paziente deve presentare almeno due o più dei segni e/o sintomi riportanti nella domanda principale, a meno che l'intervistatore sia in grado di identificare nel paziente altre condizioni cliniche di Area PSICHICA in grado di confermare una SAO).

5 = Mai 3 = Da 3 a 6 gg alla settimana 1= 3 o più volte al giorno
 4 = Da 1 a 2 gg alla settimana 2= Da 1 a 2 volte al giorno

|__|

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato almeno due di questi disturbi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 5a e assegnare punteggio 5 nelle domande 4a e 4b.

4b. Intensità di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area PSICHICA

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i disturbi che dice di avere avvertito?

- Quando ha avvertito questi disturbi, quanto sono stati intensi, in media?

Nulla in assoluto

Estremamente intenso

|__|

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

5a. Frequenza di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area PSICHICA

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- Durante gli ultimi sette giorni ci sono state volte in cui ha avvertito un desiderio intenso di fare uso di eroina?
- Se ne ha avute, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito queste necessità?

5 = Mai 3 = Da 3 a 6 gg alla settimana 1= 3 o più volte al giorno
 4 = Da 1 a 2 gg alla settimana 2= Da 1 a 2 volte al giorno

|__|

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito il craving per l'eroina durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 6a e assegnare punteggio 5 nelle domande 5a e 5b.

5b. Intensità del craving per l'eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale intensità, in media, ha avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- *Quando voleva assumere eroina, con quale intensità, in media, avvertiva questa necessità?*

Nulla in assoluto

Estremamente intenso

|__|

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

6a. Frequenza del sovradosaggio

Alcune persone che assumono metadone possono manifestare sintomi come: sonnolenza o sensazione di essere addormentati/rallentati, difficoltà nel linguaggio, essere insolitamente attivi o, in alternativa, la sensazione di "essere fatti". Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avuto questi sintomi?

(Chiedere specificamente al paziente se questi sintomi sono stati avvertiti circa 3 ore o più dopo aver assunto il metadone).

|__|

- *Durante gli ultimi sette giorni, ci sono stati dei giorni in cui ha avuto sintomi come o (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale) specialmente 3 ore o più dopo avere assunto il metadone?*
- *Se ne ha avuti, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito questi sintomi?*

5 = Mai

3 = Da 3 a 6 gg alla settimana

1= 3 o più volte al giorno

4 = Da 1 a 2 gg alla settimana

2= Da 1 a 2 volte al giorno

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito alcuno di questi sintomi durante l'ultima settimana, passare direttamente alla valutazione dei Punti Addizionali e assegnare punteggio 5 nelle domande 6a e 6b.

6b. Intensità del sovradosaggio

Durante l'ultima settimana, in media, di quale intensità sono stati i sintomi che dice di avere avvertito in risposta all'ultima domanda ?

- *Quando ha avvertito questi sintomi, quanto sono stati intensi, in media?*

Nulla in assoluto

Estremamente intenso

|__|

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

VALUTAZIONE QUANTITATIVA:

|__|__| Somma degli Items

1-2:	assegnare uno score da 1 a 5;
3-4-5-6:	Sezione a: assegnare uno score da 1 a 5; Sezione b: assegnare uno score da 1 a 5; <ul style="list-style-type: none">▪ se il punteggio è 1 o 2, sottrarre un punto allo score della domanda a,▪ se il punteggio è 3/4/5 ,lo score della domanda a sarà il punteggio dell'intero item.

VALUTAZIONE QUALITATIVA:

Adeguato

Non Adeguato

Si considera un paziente con "dosaggio adeguato", chi raggiunge in ognuno dei 6 punti della ODAS un punteggio di 4 o 5. Coloro che non soddisfano questa condizione, si classificano come pazienti con "dosaggio non adeguato"

La scala ODAS in un campione di eroinomani in trattamento con buprenorfina nei Ser.T. italiani: uno studio di validazione ed affidabilità

Alfio Lucchini*, Pietro Fausto D'Egidio**, Emanuele Bignamini***, Claudio Leonardi****, Felice Nava*****

SUMMARY

■ *The aim of the study was to verify the validity and the reliability of the Opiate Dose Adequacy Scale (ODAS) in a sample of 100 heroin addicts in maintenance treatment with buprenorphine in 5 Italian Drug Abuse Units (Ser.T.).*

The study showed that the “adequate dosage” is not necessarily correlated with the concept of “blocking dose” and that the ODAS scale may be a valid psychometric instrument able to account for the well being of the patient.

In fact, the results suggest that the patients receiving the “adequate” dose take less drug, show higher values of the global assessment of functioning (GAF), are more satisfied of both treatment and dose, and have less secondary effects of the drug.

The results of the study fit with the data of the original study of validity and reliability of the ODAS scale and indicate that the instrument may be useful to evaluate the “adequate” dose also in the patients in treatment with buprenorphine. ■

Keywords: Heroin, Methadone, Buprenorphine, ODAS Scale, Adequate Dose.

Parole chiave: Eroina, Metadone, Buprenorfina, Scala ODAS, Dosaggio Adeguato.

Introduzione

La scala ODAS (*Opiate Dosage Adequacy Scale*) è un questionario semi-strutturato realizzato per valutare l'adeguatezza del dosaggio di metadone nel contesto di un programma di mantenimento.

La sua affidabilità e validità è stata confermata in un campione di eroinomani in trattamento con metadone (Gonzales-Saiz *et al.*, 2008).

Successivamente in Italia la scala ODAS è stata validata culturalmente e linguisticamente da un gruppo di esperti ed il suo utilizzo si è anche diffuso nel nostro Paese (Bignamini *et al.*, 2008). I fattori in grado di influenzare gli *outcome* del trattamento della terapia farmacologica agonista sono molteplici, il più importan-

te dei quali è l'adeguatezza della dose somministrata in riferimento alle diverse necessità cliniche del paziente.

Numerose evidenze dimostrano che nella maggioranza dei casi nel corso di un trattamento farmacologico agonista i più alti dosaggi sono in grado di garantire un più efficace blocco narcotico ed una migliore soppressione della sindrome astinenziale e di prevenire le ricadute. A questo proposito uno studio che ha comparato gli effetti di differenti dosi di metadone (30, 60 e 120 mg) a seguito di una somministrazione di eroina, ha dimostrato che la dose più alta è quella maggiormente efficace nel sopprimere nei pazienti la percezione degli effetti “piacevoli” della sostanza (Donny *et al.*, 2002).

Uno studio condotto in Italia su circa 8.000 pazienti in trattamento con metadone fra il 1998 ed il 2001 in 115 Servizi pubblici (Ser.T.) ha dimostrato che circa l'80% dei pazienti riceve una terapia con un dosaggio inadeguato (Schifano *et al.*, 2006). Lo stesso verosimilmente avviene anche per i trattamenti farmacologici agonisti con buprenorfina.

Le evidenze cliniche però dimostrano che spesso gli *outcome* del trattamento sono indipendenti dalla dose somministrata.

Recentemente diversi studi hanno infatti dimostrato che la variabilità dei polimorfismi genetici di specifici sistemi recettoriali può essere un fattore in grado di modificare sensibilmente il raggiungimento dell'*outcome* del trattamento (Levrant *et al.*, 2008a). Del resto diversi studi hanno anche dimostrato che una maggiore vulnerabilità a sviluppare la eroino-dipendenza possa essere

* Psichiatra, Presidente nazionale FeDerSerD, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2.

** Medico internista, Segretario esecutivo nazionale FeDerSerD, Servizio Dipendenze, AUSL Pescara.

*** Psichiatra, Esecutivo nazionale FeDerSerD, Dipartimento di Patologie delle Dipendenze, ASL Torino 2.

**** Medico internista, Esecutivo nazionale FeDerSerD, UOC Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcoolismo, ASL Roma C.

***** Medico farmacologo, Direttore comitato scientifico nazionale FeDerSerD, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Castelfranco Veneto (TV).

anche legata alla diversa espressione genetica di specifici polimorfismi dei recettori degli oppioidi (Levrant *et al.*, 2008b).

Il dosaggio del farmaco assunto assunto non è quindi l'unica variabile in grado di influenzare sensibilmente l'*outcome* del trattamento.

Se quanto premesso è vero appare perciò opportuno dal punto di vista clinico affidarsi per la valutazione del buon esito del trattamento, alla determinazione della "dose adeguata" attraverso l'utilizzo di una scala psicométrica e valorimétrica che tenga conto di vari elementi come l'assunzione dell'eroina e/o di altre sostanze, la soddisfacente soppressione della sindrome d'astinenza, la valutazione del craving e il sovradosaggio (Gonzalez-Saiz *et al.*, 2008).

Lo scopo di questo studio è stato di validare e verificare l'affidabilità della scala ODAS in un campione di soggetti eroino-dipendenti in trattamento con buprenorfina in modo da comparare i risultati ottenuti con quelli dello studio originario di validazione ed affidabilità ed estendere la validità della scala ODAS anche ai pazienti in terapia a mantenimento con buprenorfina.

Materiali e Metodi

Soggetti

Lo studio di tipo osservazionale e trasversale è stato condotto su 100 soggetti eroinodipendenti reclutati in maniera randomizzata in 5 Servizi delle Tossicodipendenze (Ser.T.).

I criteri di inclusione ed esclusione del campione sono stati gli stessi di quelli riferiti dallo studio originale di validità ed affidabilità della scala ODAS in pazienti in trattamento con metadone (Gonzalez-Saiz *et al.*, 2008).

In particolare, sono stati reclutati soggetti eroino-dipendenti secondo i criteri del DSM-IV TR e in trattamento con una terapia agonista con buprenorfina da almeno 4 settimane.

Sono stati esclusi dallo studio soltanto i soggetti che al momento della valutazione con la scheda ODAS avevano dichiarato di aver assunto dosi suppletive non prescritte di farmaco o di non aver assunto quest'ultimo secondo le indicazioni del medico.

Procedure

Lo studio è stato promosso dalla Federazione Italiana degli Operatori dei Servizi e dei Dipartimenti delle Dipendenze (FeDer-SerD) e ha coinvolto 5 Ser.T. che sono stati scelti in base alla loro disponibilità a partecipare allo studio fra quelli in possesso dei requisiti della pregressa conoscenza ed utilizzo della scala ODAS fra i pazienti in trattamento con metadone.

Dopo che i pazienti candidati a partecipare allo studio sono stati individuati in maniera randomizzata, e dopo aver ottenuto il loro consenso, questi sono stati convocati dal loro medico referente per la somministrazione della scala ODAS.

I medici intervistatori avevano tutti ricevuto un *training* specifico sulla somministrazione della scala ODAS.

I pazienti non sono stati pagati per partecipare allo studio.

Analisi statistica

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il *software* SPSS v. 19.

I dati sono stati espressi come medie \pm deviazione standard (d.s.) o percentuale.

Le analisi statistiche di variabili continue sono state compiute utilizzando una ANOVA seguito da un post-hoc test.

La comparazione fra gruppi è stata eseguita utilizzando un t test o un Chi-square.

La significatività statistica è stata fissata per un $p < 0.05$.

Risultati

La maggior parte dei pazienti trattati hanno ricevuto una "dose adeguata" di buprenorfina (tab. 1).

Fra i gruppi non si sono rilevate differenze significative fra le dosi ($F_{1,98} = 2.04$, $p = 0.013$), sebbene il gruppo che ha ricevuto una dose "adeguata" ha assunto una dose media inferiore di farmaco (tab. 1).

Tab. 1 - Dose media di buprenorfina nei pazienti che hanno ricevuto una dose "adeguata" e "inadeguata"

	N	Dose, media (+ d.s.)
Dose adeguata	66	12.55 (+7.04)
Dose inadeguata	34	14.71 (+7.38)
Totale	100	13.28 (+7.20)

In maniera interessante la valutazione globale del funzionamento (VFG) è stata statisticamente più elevata nei pazienti che hanno ricevuto una dose "adeguata" ($F_{1,98} = 6.43$, $p = 0.015$) (tab. 2).

Tab. 2 - VGF nei pazienti che hanno ricevuto una dose "adeguata" e "inadeguata" di buprenorfina

	N	VGF, media (+ d.s.)
Dose adeguata	66	67.79 (+12.43)*
Dose inadeguata	34	61.09 (+12.66)
Totale	100	65.51 (+12.84)

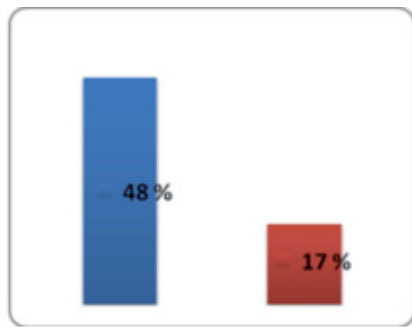
La maggior parte dei pazienti, sia che hanno ricevuto una dose "adeguata" che "inadeguata", ha percepito su una scala Likert la dose prescritta come "totalmente adeguata" (tab. 3).

Tab. 3 - Percezione dell'adeguatezza del dosaggio da parte dei pazienti

	Dose adeguata	Dose inadeguata	Significatività
Totalmente inadeguata	0.0% (n = 0)	2.9% (n = 1)	n.s.
Modestamente inadeguata	1.5% (n = 1)	11.8% (n = 4)	n.s.
Mediamente adeguata	3.0% (n = 2)	23.5% (n = 8)	n.s.
Abbastanza adeguata	36.4% (n = 24)	23.5% (n = 8)	0.008
Totalmente adeguata	59.1% (n = 39)	38.2% (n = 13)	0.005

La maggior parte dei pazienti che hanno ricevuto un dosaggio "adeguato" hanno espresso il desiderio di continuare ad assumere lo stesso dosaggio (fig. 1).

Fig. 1 - Percentuale di soggetti che desiderano continuare ad assumere la stessa dose di buprenorfina nella settimana successiva nei gruppi "dose adeguata" e "dose inadeguata"



Gli effetti secondari del trattamento con buprenorfina sono stati percentualmente e significativamente maggiori nei soggetti che hanno ricevuto una dose "inadeguata" (tab. 4).

Tab. 4 - Effetti secondari del trattamento con buprenorfina

Sintomi	Dose adeguata	Dose inadeguata	Significatività
Stitichezza	27.3% (n = 18)	38.2% (n = 13)	n.s.
Sudorazione	12.1% (n = 8)	35.3% (n = 22)	0.006
Insonnia	21.2% (n = 14)	72.7% (n = 24)	0.000
Cefalea	18.9% (n = 10)	48.1% (n = 13)	0.006
Secchezza delle fauci	18.9% (n = 10)	50% (n = 13)	0.004
Dolorabilità diffusa	6.1% (n = 4)	47.1% (n = 16)	0.000

Conclusioni

Lo studio conferma che la scala ODAS è uno strumento utile ed efficace per valutare l'adeguatezza del dosaggio nei soggetti eroino-dipendenti in trattamento con buprenorfina.

A questo proposito è interessante notare come nello studio, in analogia a quanto è stato rilevato da Gonzalez-Saiz *et al.* (2008), i soggetti che hanno ricevuto una dose "adeguata" sono quelli trattati con dosi inferiori di farmaco, a dimostrazione che l'adeguatezza del dosaggio, soprattutto nelle fasi di mantenimento del trattamento, è un parametro che può essere influenzato da molteplici variabili che non necessariamente sono dipendenti dalla dose e dalla capacità di quest'ultima di un blocco recettoriale.

In questo senso appare perciò più opportuno da parte del clinico valutare, attraverso l'utilizzo di strumenti come la scala ODAS, l'adeguatezza della dose prescritta, piuttosto che ritenere, in una visione più "meccanicistica", che la "semplice" somministrazione di dosi "bloccanti" sia di per sé l'unico o il principale elemento in grado di garantire nel paziente il migliore compenso sia sul piano tossicologico che del funzionamento generale. In questo senso i diversi parametri valutati dalla scala ODAS come l'assunzione dell'eroina e/o di altre sostanze, la soddisfacente soppressione della sindrome d'astinenza, la valutazione del craving e il sovradosaggio, sono fra gli elementi clinici più importanti da tenere in conto per giudicare se il pazien-

te riceve o meno un dosaggio "adeguato", indipendentemente dalla quantità di dose assunta.

L'importanza del concetto di adeguatezza del dosaggio, svincolato da quello di "blocking dose" è confermata dall'evidenza che i soggetti che hanno ricevuto una dose "adeguata" e più basse dosi di farmaco hanno presentato una VGF più elevata.

Del resto la concordanza di una VGF più elevata nel gruppo di soggetti che hanno ricevuto una dose "adeguata" conferma che la scala ODAS è in grado di prendere in considerazione i parametri clinici più importanti per valutare la migliore risposta terapeutica del paziente ad un farmaco agonista.

Del resto il miglior funzionamento generale da parte dei soggetti che ricevono un dosaggio "adeguato" è anche confermato dall'ampia percentuale di soggetti che percepiscono come "totalmente adeguata" la dose assunta.

In questo senso è anche coerente che la maggior parte dei soggetti che hanno ricevuto un dosaggio "adeguato" esprima il desiderio di continuare ad assumere il farmaco allo stesso dosaggio anche nella settimana successiva.

Se da una parte il concetto di dose "adeguata" può essere svincolato da quello della quantità di dose farmacologica ricevuta, di dose "bloccante" o dai livelli plasmatici del farmaco, gli effetti secondari della terapia farmacologica sembrano essere invece direttamente legati alla quantità di farmaco assunto.

È significativo infatti che gli effetti secondari siano percentualmente e significativamente più evidenti nel gruppo che ha ricevuto un dosaggio "inadeguato" e quindi dosi più elevate di farmaco.

Il presente studio conferma perciò le eccellenti capacità metriche della scala ODAS, anche nei pazienti in trattamento con buprenorfina, e sottolinea ancora una volta l'importanza della valutazione dell'adeguatezza del dosaggio come strumento di previsione della migliore risposta al trattamento agonista, indipendentemente dal dosaggio assunto o dai livelli plasmatici di farmaco.

Bibliografia

- Bignamini E., Burrelli P., Carboni G., D'Egidio P.F., Gardini A., Gonzalez-Saiz F., Leonardi C., Lucchini A., Nava F., Navalesi G., Pacini M., Sartori M.F. (2008), "Validazione culturale e linguistica del questionario EADO (ODAS) utilizzato per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento", *Mission*, 26: 6-20.
- Donny E.C., Walsh S.L., Bigelow G.E., Eissenberg T., Stitzer M.L. (2002), "High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans", *Psychopharmacology*, 161: 202-212.
- Gonzalez-Saiz F., Lozano Rojas O., Ballesta Gomez R., Bilbao Acedos I., Galiana Martinez J., Garcia Collantes M.A., Lopez Fernandez A. and Serum Methadone Levels Study Group (2008), *Heroin Addict Relat. Clin. Probl.*, 10: 25-38.
- Levrin O., Londono D., O'Hara K., Nielsen D.A., Peles E., Rotrosen J., Casadonte P., Linzy S., Randesi M., Ott J., Adelson M., Kreek M.J. (2008a), "Genetic susceptibility to heroin addiction: a candidate gene association study", *Genes Brain Behav.*, 7: 720-729.
- Levrin O., O'Hara K., Peles E., Li J., Baral S., Ray B., Borg L., Ott J., Adelson M., Kreek M.J. (2008b), "ABCB1 (MDR1) genetic variants are associated with methadone doses required for effective treatment of heroin dependence", *Hum. Mo. Genet.*, 17: 2219-2227.
- Schifano P., Barbagli A.M., Belleudi V., Amato L., Davoli M., Diecidue R., Versino E., Vigna-Taglianti F., Faggiano F., Perucci C.A. (2006), "Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement", *Eur. Addict Res.*, 12: 121-127.

Scala di valutazione dell'adeguatezza della dose di oppioidi (ODAS - buprenorfina)

Medico che raccoglie l'intervista: _____

Il paziente è disponibile all'intervista Si No

Se No specificare: _____

- Data dell'Intervista: ____/____/____
- Anno di nascita: __/__/__
- Sesso: M F
- Dose di Buprenorfina assunta nell'ultima settimana: _____ mg/die
- Tempo di permanenza nel programma attuale di buprenorfina: _____ settimane
- Frequenza di utilizzo di altre sostanze durante l'ultima settimana:

Cocaina	Alcool	Cannabis	Benzodiazepine	Anfetamine
_____gg	_____gg	_____gg	_____gg	_____gg

Altro: (specif.)	_____	_____	_____	_____
	_____gg	_____gg	_____gg	_____gg

(segnalare il numero di giorni di consumo)

ISTRUZIONI GENERALI

ODAS - buprenorfina è una breve intervista clinica semi-strutturata che ha lo scopo di valutare clinicamente quanto sia appropriata la dose di buprenorfina prescritta nel contesto del programma di mantenimento. Questo strumento consiste nell'offrire un approccio più sistematico alla misurazione del concetto riferito come "adeguatezza" della dose di buprenorfina.

In pratica, la dose di buprenorfina viene considerata "adeguata" quando il paziente: (a) non fa uso di eroina o ne fa un uso solo occasionale; (b) non manifesta "Segni o Sintomi continui di Astinenza da Oppiacei" (SAO), oppure questi sono molto lievi; (c) non manifesta episodi frequenti di "craving" per eroina, oppure ciascun episodio è molto lieve; (d) nel caso di uso di eroina, il paziente non ne manifesta l'effetto soggettivo (blocco narcotico o tolleranza crociata), oppure questo è molto lieve; (e) non manifesta sintomi di sovradosaggio di buprenorfina, oppure questi sono molto lievi.

La ODAS - buprenorfina è stata disegnata per valutare il grado di adeguatezza della dose assunta dal paziente approssimativamente durante i precedenti sette giorni, pertanto il paziente deve continuare con la stessa dose durante questo periodo; così facendo ci si assicura che il paziente raggiunga lo "steady state" corrispondente a quella dose.

L'intervista clinica ODAS - buprenorfina è strutturata in 10 punti che valutano i sei attributi o componenti del concetto di "dose adeguata": *Uso continuo di eroina* (punto 1); *Blocco narcotico o tolleranza crociata* (punto 2); *SAO Oggettivo* (punti 3a e 3b); *SAO Soggettivo* (punti 4a e 4b); *"craving" di eroina* (punti 5a e 5b) e *sovradosaggio* (punti 6a e 6b). L'intervista ha una durata di 10-15 minuti.

Tutte le domande della ODAS - buprenorfina hanno la stessa struttura: in grassetto ed in italico viene dichiarata la componente del concetto che la domanda mira a valutare, ed a questo segue la domanda principale del punto (in italico). Tuttavia, dato che questa è un'intervista clinica semistrutturata, non è strettamente necessario formulare questa domanda letteralmente come è qui presentata, l'intervistatore può parafrasarla nel modo considerato più appropriato in quel momento ed in quel contesto. L'obiettivo è quello di far comprendere correttamente al paziente l'essenza della domanda che gli è stata posta. Per aiutare ed assicurare questa comprensione, la domanda principale è corredata con una o più domande supplementari (mostrate in italico e precedute da un trattino).

La prevista utilità della ODAS - buprenorfina non è solo clinica, in quanto può aiutare ad ottimizzare la dose di buprenorfina per ciascun individuo ricevente, ma si estende anche ad applicazioni nel campo della ricerca.

Questo strumento è stato però predisposto solamente per valutare il grado di adeguatezza della dose, la decisione sulla necessità di modificare la dose di buprenorfina, in funzione della valutazione fornita dalla ODAS - buprenorfina, è una decisione clinica che dipenderà da molti altri fattori, alcuni dei quali possono essere evidenziati e valutati nell'intervista utilizzando i cinque Punti Addizionali. Questi punti non fanno parte della "corretta" ODAS - buprenorfina, quindi non sono stati inclusi nel punteggio quantitativo.

La procedura per ottenere i punteggi totali da questa intervista è riportata in un allegato al termine della medesima.

1. Consumo continuo di eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza hai fatto uso di eroina?

- Hai fatto uso di eroina, in qualche occasione, durante gli ultimi sette giorni?
- Se ne hai fatto uso, in quanti giorni degli ultimi sette giorni?
- Se ne hai fatto uso ogni giorno (o la maggior parte dei giorni), quante volte al giorno, in media?

PUNTEGGIO:

- Mai 5
- Da uno a tre giorni alla settimana 4
- Da quattro a sei giorni alla settimana 3
- Da una a due volte ogni giorno 2
- Tre o più volte ogni giorno 1

PUNTO CUT-OFF: Se un paziente non ha mai assunto eroina durante l'ultima settimana, passare alla domanda 3 e assegnare punteggio 5 nelle domande 1 e 2.

2. Blocco narcotico o tolleranza crociata

Quanto è stato intenso l'effetto prodotto della dose /delle dosi di eroina che hai assunto durante gli ultimi sette giorni?

- La tua dose di buprenorfina durante gli ultimi sette giorni era di X milligrammi al giorno. Hai avvertito l'effetto della dose o delle dosi di eroina che hai usato durante gli ultimi sette giorni?
- Se ne hai avvertito l'effetto, quanto è stato intenso?
- L'effetto è stato diverso da quello che provavi quando non eri in trattamento con buprenorfina?
- L'effetto è stato diverso da quello che provavi quando assumevi una dose diversa di buprenorfina?

PUNTEGGIO: | | Mostrare la SCHEDA 1 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 1.
es. quando un valore di 1 è selezionato sulla Scheda, questo è equivalente ad un punteggio di 5, e così via, per ognuno degli altri punti.

3a. Frequenza di SAO oggettivo

Alcune persone che assumono buprenorfina hanno manifestato sintomi da astinenza come: crampi e dolori muscolari, sensazione di pelle d'oca, naso che cola, lacrimazione, frequenti sbadigli, crampi allo stomaco o diarrea, palpitazioni, sudorazione e sensazione di malessere generale. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza, hai avvertito alcuni di questi sintomi?

- Durante gli ultimi sette giorni hai avvertito dei sintomi di astinenza?
- Hai avvertito alcuni sintomi come ... e ... ? (ripetere al paziente i sintomi riportati nella domanda principale).
- In caso affermativo, in quanti degli ultimi sette giorni hai avvertito questi sintomi?

(Per valutare clinicamente la presenza di un SAO oggettivo, il paziente deve presentare due o più dei sintomi riportati nella domanda principale, a meno che l'intervistatore identifichi altre condizioni cliniche del paziente che forniscano una conferma più chiara di un SAO oggettivo).

PUNTEGGIO:

- Mai.....5
- Da uno a due giorni alla settimana4
- Da tre a sei giorni alla settimana.....3
- Da una a due volte ogni giorno.....2
- Tre o più volte ogni giorno.....1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato due qualsiasi di questi sintomi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 4a e assegnare punteggio 5 nelle domande 3a e 3b.

3b. Intensità di SAO oggettivo

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i sintomi da astinenza che dici di avere avvertito?

- Quando hai avvertito questi sintomi, quanto sono stati intensi, in media?

PUNTEGGIO: |___| Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva della Scheda 2.

es. quando un valore di 1 è selezionato sulla Scheda, questo è equivalente ad un punteggio di 5, e così via, per ognuno degli altri punti.

4a. Frequenza di SAO soggettivo

Alcune persone che assumono buprenorfina manifestano altri sintomi da astinenza come: ansia, agitazione, irritabilità, difficoltà a dormire, stanchezza, brividi, dolori muscolari e mancanza di appetito, etc. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza hai avvertito alcuni di questi sintomi?

- Ci sono persone che assumono buprenorfina che non manifestano sintomi seri da astinenza, ma che tuttavia non si sentono bene. Durante gli ultimi sette giorni, hai avvertito alcuni sintomi come ... o ... ? (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale).
- Se ne hai avuti, in quanti degli ultimi sette giorni hai avvertito questi sintomi?

(Per valutare clinicamente la presenza di un SAO soggettivo, il paziente deve presentare due o più dei sintomi elencati nella domanda principale, a meno che l'intervistatore identifichi altre condizioni cliniche del paziente che forniscano una conferma più chiara di un SAO soggettivo).

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana 4
- Da tre a sei giorni alla settimana..... 3
- Da una a due volte ogni giorno..... 2
- Tre o più volte ogni giorno..... 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato due qualsiasi di questi sintomi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 5a e assegnare punteggio 5 nelle domande 4a e 4b.

4b. Intensità di SAO soggettivo

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i sintomi da astinenza che dici di avere avvertito?

- Quando hai avvertito questi sintomi, quanto sono stati intensi, in media?

PUNTEGGIO: |___| Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva della Scheda 2.
es. quando un valore di 1 è selezionato sulla Scheda, questo è equivalente ad un punteggio di 5, e così via, per ognuno degli altri punti.

5a. Frequenza del craving di eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza hai avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- Durante gli ultimi sette giorni ci sono state volte in cui hai voluto disperatamente fare uso di eroina?
- Se ne hai avute, in quanti degli ultimi sette giorni hai avvertito queste necessità?

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana 4
- Da tre a sei giorni alla settimana 3
- Da una a due volte ogni giorno 2
- Tre o più volte ogni giorno 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito alcuna voglia smodata di eroina durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 6a e assegnare punteggio 5 nelle domande 5a e 5b.

5b. Intensità del craving di eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale intensità, in media, hai avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- Quando volevi assumere eroina, con quale intensità avvertivi questa necessità, in media?

PUNTEGGIO: |___| Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva della Scheda 2.

es. quando un valore di 1 è selezionato sulla Scheda, questo è equivalente ad un punteggio di 5, e così via, per ognuno degli altri punti.

6a. Frequenza del sovradosaggio

Alcune persone che assumono buprenorfina manifestano sintomi come: sonnolenza o la sensazione di essere sedati, di avere una sensazione di capogiri, di essere insolitamente attivi o avere una sensazione di capogiri. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza hai avuto questi sintomi?

(Chiedere specificamente al paziente se questi sintomi sono stati avvertiti circa 1 ora o più dopo aver assunto la dose di buprenorfina).

- Durante gli ultimi sette giorni, ci sono stati dei giorni in cui avevi sintomi come (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale) specialmente 1 ora o più dopo avere assunto la tua dose di buprenorfina?
- Se ne hai avuti, in quanti degli ultimi sette giorni hai avvertito questi sintomi?

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana 4
- Da tre a sei giorni alla settimana 3
- Da una a due volte ogni giorno 2
- Tre o più volte ogni giorno 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito alcuno di questi sintomi durante l'ultima settimana, passare direttamente alla valutazione dei Punti Supplementari e assegnare punteggio 5 nelle domande 6a e 6b.

6b. Intensità del sovradosaggio

Durante l'ultima settimana, in media, di quale intensità sono stati i sintomi che dici di avere avvertito in risposta all'ultima domanda?

- Quando hai avvertito questi sintomi, quanto sono stati intensi, in media?

PUNTEGGIO: |___| Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva della Scheda 2.
es. quando un valore di 1 è selezionato sulla Scheda, questo è equivalente ad un punteggio di 5, e così via, per ognuno degli altri punti.

PUNTI SUPPLEMENTARI

A. Valutazione soggettiva del paziente del grado di adeguatezza della sua dose attuale di buprenorfina.

In che modo senti che la dose di buprenorfina che stai assumendo durante gli ultimi sette giorni sia adeguata per te ?

- Per "dose adeguata" si intende una dose "appropriata" che ti permette di sentirti "coperto" (cioè senza alcun sintomo da astinenza), una dose che ti lascia senza troppo desiderio di usare eroina e che nello stesso tempo ti permette di non avvertire la sensazione di essere "drogato".

PUNTEGGIO: | ___ | Mostrare SCHEDA 3 al paziente.

B. Desiderio del paziente di modificare la sua dose di buprenorfina

Quale dose di buprenorfina vorresti assumere nei prossimi sette giorni ? (indicare uno dei seguenti)

- il paziente vuole continuare con la stessa dose
- il paziente vuole aumentare la dose a _____ mg/die
- il paziente vuole ridurre la dose a _____ mg/die

C. Effetti secondari del buprenorfina assunto durante gli ultimi sette giorni

Durante gli ultimi sette giorni hai manifestato qualcuno dei seguenti sintomi?

- leggerli ad alta voce al paziente, ed indicare con una X quelli confermati.

	Sì	No
Stitichezza		
Aumentata sudorazione		
Insonnia/difficoltà a dormire		
Cefalea		
Secchezza delle fauci		
Dolorabilità diffusa		

D. Medicazioni concomitanti assunte durante gli ultimi sette giorni.

Principio attivo	Dose giornaliera totale

E. Grado di benessere generale dei pazienti: scala di valutazione EEAG (scala di valutazione dell'attività globale) del DSM-IV.

--

ODAS - buprenorfina – Allegati

Scheda 1: indica su questa scala da 1 a 5 quanto hai percepito o avvertito l'effetto di quella(e) dose(i) di eroina:

Non ha prodotto alcun effetto			L'effetto è stato estremamente intenso	
1	2	3	4	5

Scheda 2: indica su questa scala da 1 a 5 il grado di intensità:

Nulla in assoluto			Estremamente intenso	
1	2	3	4	5

Scheda 3: indica su questa scala da 1 a 5 in che modo senti che la dose che stai assumendo sia adeguata per te:

Totalmente inadeguata			Totalmente adeguata	
1	2	3	4	5

Codifica del Punteggio ODAS - buprenorfina

Valutazione Quantitativa:

Domande 1-2:	assegnare uno score da 1 a 5;
Domande 3-4-5-6:	<u>Sezione a:</u> assegnare uno score da 1 a 5;
	<u>Sezione b:</u> assegnare uno score da 1 a 5;
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ se il punteggio è 1 o 2, si dovrà sottrarre un punto allo score della domanda a, ▪ se il punteggio è 3/4/5 non modificare lo score della domanda a che sarà pertanto il punteggio dell'intero punto. <p><u>es 1:</u> domanda 3a=4 e domanda 3b=2, tutto il punto 3 avrà uno score di 3 <u>es 2:</u> domanda 3a=5 e domanda 3b=3, tutto il punto 3 avrà uno score di 3 <u>es 3:</u> domanda 3a=2 e domanda 3b=2, tutto il punto 3 avrà uno score di 1</p>

In questo modo il punteggio totale della ODAS - buprenorfina è la somma dei punteggi di ciascuno dei 6 punti.

Il valore totale è in un range da 6 a 30 punti.

Valutazione Qualitativa:

Si considera un paziente con “dose adeguata”, chi quantifica in ognuno dei 6 punti della ODAS - buprenorfina un punteggio di 4 o 5.

Coloro che non soddisfano questa condizione, si classificano come pazienti con “dose non adeguata”.

L'efficacia dell'acamprosato nel trattamento dell'alcolismo: le evidenze del Cochrane collaboration group

Felice Nava*, Alfio Lucchini**, Claudio Leonardi***

SUMMARY

■ *Alcoholism is a chronic relapsing disease that needs both of a behavioural and pharmacological support. This review comments the results of the Cochrane Collaboration Group on the effectiveness and tolerability of acamprosate in comparison to placebo and other pharmacological agents. Moreover, on the basis of the Cochrane reviews the article suggests the potential use of the acamprosate for the treatment of alcoholism in the Italian alcohol treatment centres.* ■

Keywords: *acamprosate, alcoholism, relapse, cumulative abstinence duration.*

Parole chiave: *acamprosato, alcolismo, ricaduta, durata cumulativa di astinenza.*

L'alcolismo è una malattia cronica recidivante con importanti conseguenze sia dal punto di vista medico che sociale. Poiché la ricaduta è la vera malattia dell'alcolista la sua prevenzione rappresenta l'intervento d'elezione. In questo senso particolarmente efficaci si sono dimostrate le strategie di prevenzione delle ricadute di tipo integrato che includono al loro interno sia un supporto di tipo farmacologico che psicosociale (Moos, Moos, 2006). In particolare, in base alla letteratura internazionale, dal punto di vista farmacologico due interventi si sono dimostrati efficaci nel prevenire le ricadute: il trattamento con naltrexone, un antagonista dei recettori degli oppiacei, e quello con acamprosato, un antagonista dei recettori del glutammato.

L'acamprosato è una molecola di sintesi con una struttura chimica molto simile all'amminoacido endogeno N-acetil-omotaurinato (Zornoza *et al.*, 2003) con una forte analogia con molti altri aminoacidi come il glutammato, l'acido gamma-amino butirrico, l'aspartato, la glicina, e la taurina (Spanagel, Zieglansberger, 1997; Mann *et al.*, 2008).

L'acamprosato in diversi modelli animali di dipendenza alcolica si è dimostrato efficace nel ridurre l'incremento volontario dell'assunzione di alcol dopo un periodo di restrizione dalla sostanza (Czachowski *et al.*, 2001; Heyser *et al.*, 1998; LeMagnen *et al.*, 1987; Olive *et al.*, 2002; Spanagel *et al.*, 1996), il cosiddetto "effetto di deprivazione di alcol" ("*alcohol deprivation effect*" – ADE) che rappresenta un modello di studio per la ricaduta.

Sempre dal punto di vista sperimentale l'acamprosato si è dimostrato efficace nel ridurre negli animali da laboratorio la libera

assunzione di alcol (Spanagel, Mann, 2003) e di inibire lo sviluppo della *place preference* (McGeehan, Olive, 2003), un altro modello sperimentale di ricaduta.

L'acamprosato si è anche dimostrato capace, sempre negli animali da laboratorio, di ridurre la ricerca di alcol favorita da elementi ambientali predittivi della disponibilità della sostanza (Bachteler *et al.*, 2005).

Dal punto di vista sperimentale l'acamprosato risulta quindi una molecola particolarmente efficace nel prevenire le ricadute.

Il meccanismo d'azione dell'acamprosato è primariamente basato sulla capacità della molecola di modulare l'attività dei recettori del glutammato ed in particolare di quelli ionotropi di tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) (Littleton, Zieglansberger, 2003; Zeise *et al.*, 1993).

In particolare, l'acamprosato sembrerebbe agire a basse dosi come un agonista parziale dei recettori del glutammato avendo una azione modulatrice positiva dell'attività endogena recettoriale, mentre ad elevate dosi sembrerebbe funzionare come un inibitore recettoriale (Lipha, 2002; Nassila *et al.*, 1998).

In altre parole l'acamprosato agendo sul sistema del glutammato, che è profondamente implicato nei meccanismi neurobiologici della dipendenza alcolica, sarebbe un vero e proprio agente "patogenetico" per il trattamento dell'alcolismo.

Dal punto di vista molecolare la fase astinenziale e il desiderio compulsivo di bere (*craving*) sarebbero infatti caratterizzati da un incremento della conduttanza di calcio attraverso i recettori del glutammato di tipo NMDA. L'acamprosato inibendo la conduttanza di calcio attraverso i recettori NMDA sarebbe in grado di riequilibrare il peso della bilancia alterato negli alcolisti a favore del sistema eccitatorio a scapito di quello inibitorio. Sempre dal punto di vista neurobiologico l'acamprosato sembrerebbe essere anche in grado di ridurre gli effetti gratificanti indotti dall'alcol (Cano-Cebrian *et al.*, 2003; McGeehan, Olive, 2003). L'acamprosato si è infatti dimostrato capace di ridurre il consumo di alcol in presenza degli stimoli associati, prevenendo le

* Medico farmacologo, dirigente Ser.T., direttore comitato scientifico nazionale FeDerSerD.

** Medico psichiatra, direttore dipartimento dipendenze, presidente nazionale FeDerSerD.

*** Medico internista, direttore servizio dipendenze, esecutivo nazionale FeDerSerD.

ricadute anche quando la sindrome astinenziale è scomparsa (Cole *et al.*, 2000; Littleton, 1995).

Anche dal punto di vista clinico l'acamprosato si è dimostrato efficace e vari studi di metanalisi dimostrano che esso capace di mantenere e prevenire le ricadute nelle diverse tipologie di pazienti alcolisti (Berglund *et al.*, 2003; Bouza *et al.*, 2004; Chick *et al.*, 2003; Hopkins *et al.*, 2002; Kranzler, Van Kirk, 2001; Mann *et al.*, 2004; Rosner *et al.*, 2008; Schoechlin *et al.*, 2000).

Gli obiettivi e la metodologia della Cochrane review sull'acamprosato

Nel 2011 Susan Rosner *et al.* (2010) dell'Istituto di Psichiatria di Monaco in Germania pubblicano una Cochrane review sull'efficacia e la tollerabilità dell'acamprosato nel trattamento dell'alcolismo.

La review si basa sull'analisi degli studi presenti nel registro dei trials del Cochrane (CENTRAL - Cochrane Central Register of Controlled Trials) prima del 30 aprile 2009 e sui dati presenti nei database della letteratura medica come MEDLINE (dal 1966), EMBASE (dal 1988) e CINAHL (dal 1982) prima del gennaio 2009. In particolare, la review ha preso in considerazione esclusivamente studi controllati randomizzati (RTC - Randomized Controlled Trials) in doppio cieco che avevano avuto lo scopo di valutare gli effetti dell'acamprosato sul consumo alcolico in soggetti con problemi alcol correlati (dipendenti e abusatori secondo i criteri del DSM e dell'ICD) sia in mono che in politerapia versus placebo o altri trattamenti farmacologici per l'alcol dipendenza (in particolare naltrexone).

In tutti gli studi presi in esame il farmaco è stato somministrato in associazione a un supporto psicosociale.

La review ha preso in considerazione 24 studi dopo uno screening effettuato su 414 ed in particolare:

- 18 studi randomizzati versus placebo;
- 4 studi con tre braccia: due dosi di acamprosato e placebo;
- 2 studi con due braccia: monoterapia con acamprosato, monoterapia con naltrexone, trattamento combinato con acamprosato e naltrexone.

Del totale degli studi, 19 sono stati condotti in Europa, 2 negli Stati Uniti, 1 in Sud Corea, 1 in Australia ed 1 in Brasile.

La Cochrane ha elaborato le sue conclusioni su 24 studi che hanno incluso 6.915 soggetti di cui:

- 3.563 trattati con acamprosato;
- 2.929 trattati con placebo;
- 402 trattati con naltrexone.

Le caratteristiche dei pazienti inclusi nella metanalisi sono stati:

- soggetti con problemi alcol correlati (dipendenti e abusatori) secondo i criteri del DSM III del DSM IV e dell'ICD 10;
- età media 40-47 anni (mediana 42);
- prevalentemente uomini.

Negli studi il regime di trattamento con acamprosato è stato il seguente:

- in 22 studi è stata richiesta l'astinenza dopo la disintossicazione (criterio di inclusione): quest'ultima ha avuto una durata variabile da 3 a 7 giorni;
- in uno studio il trattamento è cominciato all'inizio della fase di disintossicazione;

- la dose media di acamprosato è stata di 1.998 mg per i pazienti con peso > ai 60 kg e di 1332 mg per i pazienti con peso < ai 60 kg;
- la durata del trattamento è stata compresa fra le 8 settimane ed i 12 mesi e la maggior parte degli studi ha previsto una durata di trattamento pari a 6 mesi.

Gli studi presi in esame hanno considerato come outcome primari:

1. la ricaduta nel bere (che valuta se il paziente ritorna a bere dopo il periodo di disintossicazione o se rimane completamente astinente);
2. la durata cumulativa di astinenza (che valuta la somma dei giorni che il paziente rimane astinente nell'intervallo di tempo della durata dello studio, moltiplicato per il fattore 100);

e come outcome secondari:

1. il ritorno al bere eccessivo;
2. i livelli di gamma-glutamyl transpeptidasi (GGT);
3. gli effetti collaterali.

I dati provenienti dagli studi sono stati raccolti in maniera indipendente da due ricercatori e la loro qualità è stata valutata da un terzo.

I risultati della Cochrane review sull'efficacia e tollerabilità dell'acamprosato

Gli effetti dell'acamprosato sulla ricaduta nel bere

L'acamprosato si è dimostrato capace di ridurre dell'86% il rischio di ricadute in confronto al placebo (che ha registrato il 100% di ricadute) con un rischio relativo (RR) = 0.86 (95% CI 0.81-0.91).

Il basso RR – cioè il rapporto fra la percentuale di ricadute nel gruppo trattato con acamprosato e la percentuale di ricadute del gruppo trattato con placebo – sta a significare che l'evento della ricaduta è meno probabile nel gruppo trattato con acamprosato (fig. 1).

Per ottenere una riduzione nella ricaduta nel bere il numero necessario di pazienti da trattare (NNT – Number Needed to Treat) è stato = 9.09.

A questo proposito poiché al diminuire del NNT aumenta l'efficacia di trattamento e considerato che 1 è il NNT ideale, perché ad esso corrisponde un successo terapeutico per ciascun paziente trattato, il NNT = 9.09 ci dice che bisogna trattare con acamprosato 9 pazienti affinché 1 non ricada nel bere.

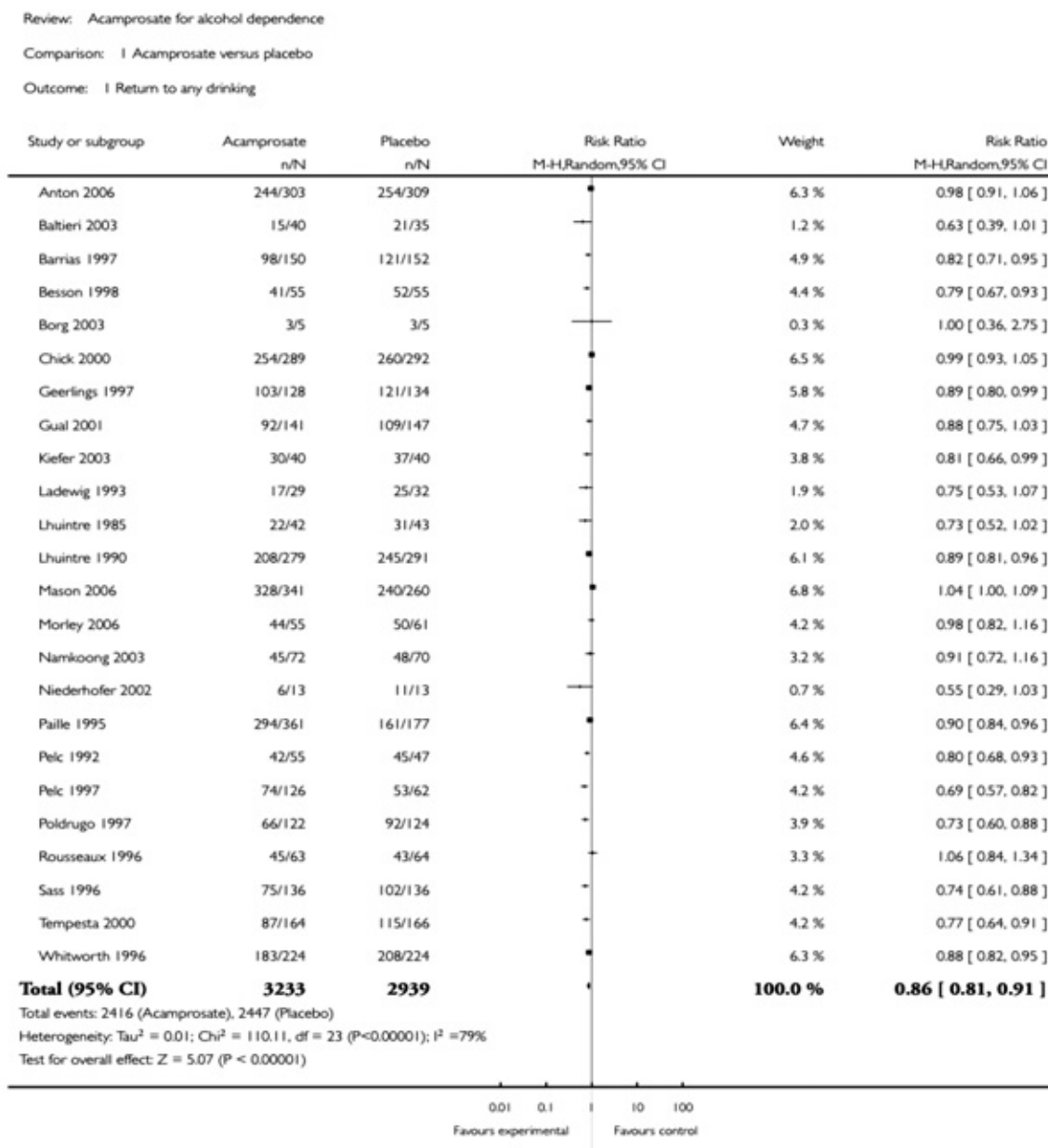
Per quanto riguarda i risultati dell'acamprosato versus altri trattamenti, i dati sono i seguenti. L'acamprosato si è dimostrato capace di ridurre del 3% il rischio di ricadute rispetto al trattamento con naltrexone con un RR = 1.03, sebbene il numero degli studi a disposizione sia troppo basso per poter derivare dei risultati statisticamente significativi.

L'associazione acamprosato + naltrexone si è dimostrato capace di ridurre del 20% il rischio di ricadute rispetto al trattamento con solo acamprosato con un RR = 0.80, sebbene il numero degli studi sia troppo basso per poter derivare dei risultati statisticamente significativi.

Gli effetti dell'acamprosato sulla durata dell'astinenza cumulativa (CAD)

L'acamprosato si è dimostrato capace di aumentare la durata dell'astinenza cumulativa (CAD) dell'11% con una mediana

Fig. 1 - Effetto dell'acamprosato versus placebo sulla ricaduta nel bere



di 10.9 giorni in più rispetto al placebo (95% CI 5.08-16.81) (fig. 2).

Per quanto riguarda i risultati dell'acamprosato versus altri trattamenti, i dati sono i seguenti. L'acamprosato si è dimostrato capace di aumentare la CAD del 3% con una mediana di 2.98 giorni in più rispetto al trattamento con naltrexone, sebbene il numero degli studi sia troppo basso per poter derivare dei risultati statisticamente significativi.

L'associazione acamprosato + naltrexone si è dimostrata capace di aumentare la CAD del 2% con una mediana di 2.10 giorni in più rispetto al trattamento con acamprosato, sebbene il numero degli studi sia troppo basso per poter derivare dei risultati statisticamente significativi.

La tollerabilità dell'acamprosato

A seguito del trattamento con acamprosato la diarrea è stata l'effetto collaterale più frequentemente riportato rispetto al placebo con un RD (risk difference) = 0.11 (95% CI 0.09-0.13), cioè con un valore molto basso e favorevole al trattamento avendo un NNTB (Number Needed to Benefit) = 9.09.

Le conclusioni della Cochrane review

Sulla base delle evidenze dei 24 RTC che hanno incluso 6.915 pazienti, la review conferma che l'acamprosato è un trattamento efficace per l'alcolismo, soprattutto nel ridurre le ricadute ed aumentare la durata cumulativa d'astinenza (CAD).

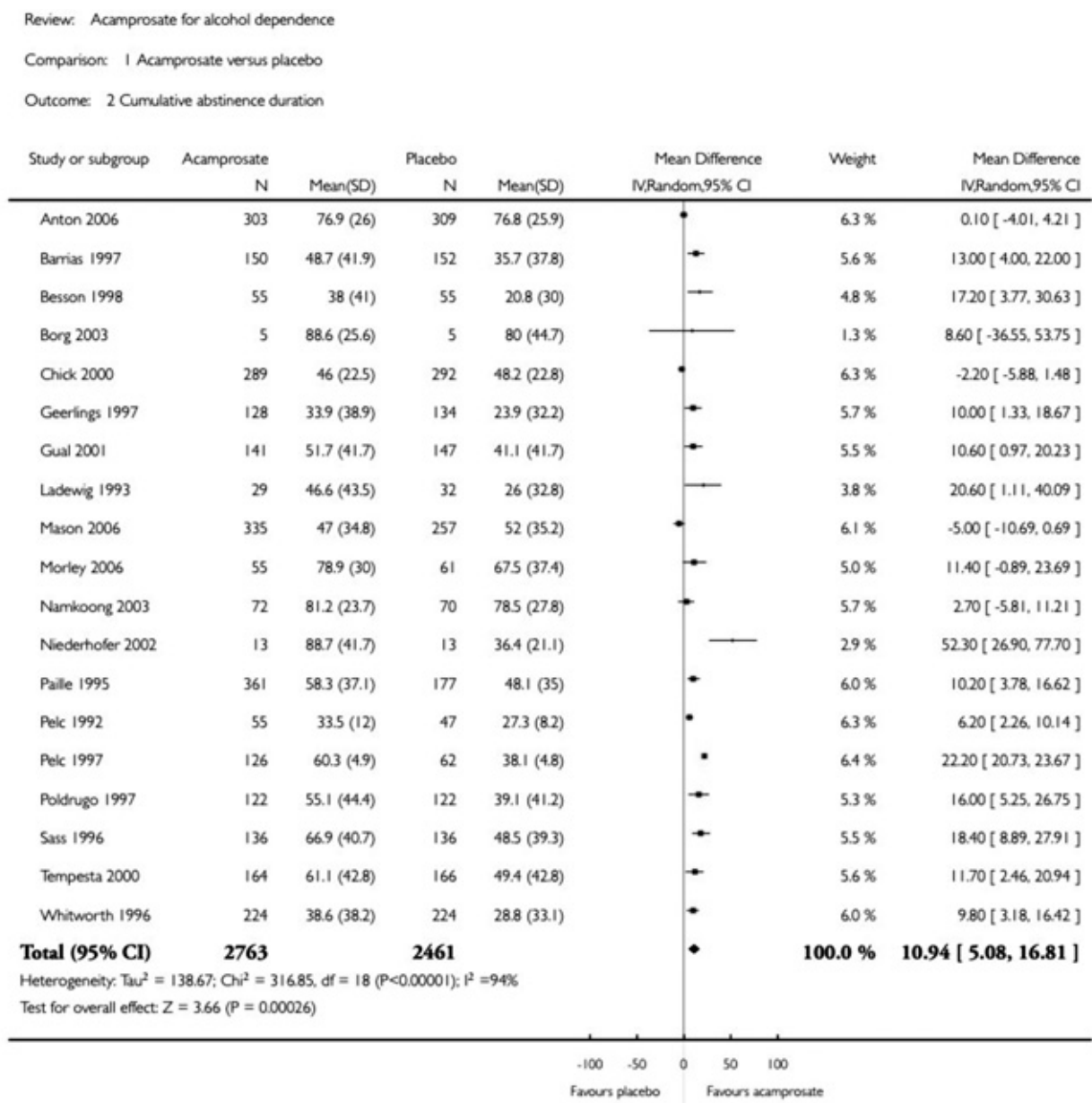
In particolare, l'acamprosato ha dimostrato di ridurre il rischio di ricaduta dopo il periodo di disintossicazione del 86% rispetto ai soggetti trattati con placebo e di aumentare il numero dei giorni di astinenza di circa 3 per mese.

In altre parole in una popolazione di alcol dipendenti l'acamprosato si è dimostrato in grado di prevenire le ricadute dopo disintossicazione in 1 su 9 pazienti (NNTB = 9.09), che altrimenti sarebbero ricaduti.

La review non riesce però a mettere in luce le piene potenzialità dell'efficacia dell'acamprosato nella pratica clinica.

Vari elementi presenti nei RTC come i bassi livelli di compliance e l'alto tasso di drop-out precoce dal trattamento non permettono infatti di valutare pienamente le potenzialità di efficacia del farmaco nei reali setting clinici.

Fig. 2 - Effetto dell'acamprosato versus placebo sulla durata cumulativa di astinenza



Inoltre un aspetto che la *Cochrane review* non mette pienamente in luce, prendendo in considerazione l'interesse degli studi clinici pubblicati sia europei che americani, i primi più favorevoli ai secondi in termini di efficacia clinica del farmaco, è la diversa efficacia della molecola in base ai diversi setting di utilizzo e alle diverse tipologie di consumatori.

Questa evidenza è infatti dimostrata dalla comune pratica clinica dove i risultati con acamprosato sono senz'altro migliori, anche perché il trattamento farmacologico è sempre associato ad un supporto psicosociale o psicoterapeutico ed una più accurata appropriatezza prescrittiva in base alle singole esigenze cliniche.

Ad ogni modo gli effetti dell'acamprosato sono sovrapponibili a quelli ottenuti da altre strategie farmacologiche in altre aree della psichiatria (Adams et al., 2007; Arrol et al., 2009; Citrome, 2008) e dimostrano che il farmaco è efficace nel trattamento dell'alcolismo.

Le indicazioni di utilizzo dell'acamprosato nella pratica clinica in base alle evidenze della *Cochrane review*

Dal punto di vista neurobiologico la dipendenza alcolica è caratterizzata da una iperattività del sistema del glutammato.

L'acamprosato è l'unico farmaco specifico per il trattamento dell'alcolismo capace di regolare l'attività del sistema neurotrasmettitoriale del glutammato.

In questo senso l'acamprosato può essere considerato un vero e proprio farmaco "patogenico" per il trattamento dell'alcolismo.

L'importanza del ruolo dell'attività del sistema del glutammato nella dipendenza da alcol è ormai nota da tempo.

Numerose evidenze infatti dimostrano come il consumo di alcol sia in grado di determinare un forte potenziamento dell'attività inibitoria del sistema del GABA con una soppressione dell'effetto eccitatorio del glutammato (De Witte et al., 2005).

L'uso cronico di alcol porta invece ad una diminuzione dell'attività glutamatergica capace di indurre col tempo un neuro-adattamento tale da determinare un incremento a livello neuronale della densità dei recettori del glutammato di tipo NMDA (Littleton, 2007).

Come è evidente la brusca interruzione dell'assunzione di alcol negli alcolisti è sempre accompagnata dalla comparsa di una sindrome d'astinenza, anche con grave *craving*, *delirium tremens* e convulsioni (Mason, Heyser, 2010) che dal punto di vista neurobiologico sono sostenuti da una aumentata eccitabilità dei recettori del glutammato (De Witte *et al.*, 2005).

In altri termini l'acamprosato agirebbe come un vero e proprio neuromodulatore nel trattamento della dipendenza da alcol inibendo l'iperattività del glutammato attraverso il blocco dei recettori NMDA (ionotropi) e mGluR5 (metabotropi) (De Witte *et al.*, 2007; Mason, Heyser, 2010; Sass *et al.*, 1996).

Dal punto di vista comportamentale l'azione specifica dell'acamprosato sul sistema del glutammato si tradurrebbe nel tempo in una riduzione del *craving* e della ricerca compulsiva della sostanza e quindi dell'incidenza, della frequenza e della severità della ricaduta (De Witte *et al.*, 2007).

L'effetto neuromodulatore dell'acamprosato è tempo-dipendente e la sua efficacia aumenta in funzione della durata del trattamento; per cui si consiglia il suo utilizzo per un anno (Mann *et al.*, 2004).

Del resto anche una precedente metanalisi, che aveva valutato 17 RTC versus placebo (in cui erano inclusi anche due studi italiani), che aveva incluso 4.087 pazienti di cui 2.160 trattati con acamprosato ha dimostrato che il farmaco versus il placebo è un grado di garantire una più alta percentuale di astinenza soprattutto nel tempo con un NNT = 7.8 a sei mesi e = 7.5 a 12 mesi (Mann *et al.*, 2004).

Gli studi dimostrano inoltre che gli effetti dell'acamprosato perdurano anche dopo l'interruzione del suo trattamento. In particolare, uno studio versus placebo condotto su 272 pazienti trattati con acamprosato + un supporto psicosociale per 48 settimane e seguiti in *follow up* per ulteriori 48 settimane in assenza di trattamento ha dimostrato che i soggetti trattati con acamprosato restano astinenti in proporzione maggiore rispetto a quelli trattati con placebo (Sass *et al.*, 1996).

Gli effetti clinici dell'acamprosato sono stati studiati in Italia in due ricerche cliniche.

La prima è stata condotta su 246 alcolisti e ha dimostrato che il gruppo trattato con il farmaco in confronto a quello con placebo, dopo il periodo di disintossicazione, presenta a 6 mesi dall'inizio del trattamento una maggiore durata dei giorni cumulativi d'astinenza (CAD) e una percentuale più elevata di astinenza, quest'ultima mantenuta tale anche ad un *follow up* a 12 mesi dall'interruzione del trattamento (Poldrugo, 1997).

La seconda ricerca è stata condotta su un gruppo di 330 alcolisti, dopo un periodo di disintossicazione e ha confermato i risultati del precedente studio (Tempesta *et al.*, 2000).

In particolare, il trattamento con acamprosato in confronto a placebo ha determinato una più alta percentuale di soggetti astinenti e una più lunga durata della CAD.

In entrambi gli studi l'acamprosato si è dimostrato un farmaco particolarmente maneggevole e sicuro.

Una metanalisi molto interessante, che è andata a valutare 15 ricerche cliniche condotte in doppio cieco con acamprosato, ha confermato l'efficacia dell'acamprosato nel mantenere l'astinenza ed ha inoltre dimostrato che il farmaco, nei soggetti

che mancano l'obiettivo primario della riduzione totale del potus, è in grado di diminuire quest'ultimo con un abbassamento sia della frequenza che della quantità del bere (Chick *et al.*, 2003).

In questo senso l'acamprosato svolgerebbe una azione modulatrice dei meccanismi neurobiologici dei processi di ricaduta agendo come un farmaco in grado di ridurre il potus soprattutto nei cosiddetti "bevitori incontrollati" (Chick *et al.*, 2003).

In ogni caso per le sue caratteristiche farmacologiche e per il suo profilo di sicurezza l'acamprosato è un farmaco che si può continuare a somministrare anche in corso di scivolata o ricaduta.

L'acamprosato è un farmaco ben tollerato e con limitati effetti collaterali, tali da assicurare una buona *compliance* al trattamento (Mason, Heyser, 2010).

L'acamprosato ha infatti un elevato profilo di sicurezza (Saivin, 1978) e raggiunge lo *steady state* a livello del sistema nervoso centrale entro 1 settimana dal trattamento.

Il farmaco viene essenzialmente eliminato immutato nelle urine, con una emivita, una volta raggiunto l'equilibrio cinetico di 20.8 ore.

Non viene metabolizzato dal fegato e non interferisce con l'attività citocromiale degli enzimi del P450, elementi che rendono il farmaco particolarmente tollerabile nei soggetti alcolisti che presentano epatopatie e/o che sono in trattamento associato con diverse classi di farmaci. Inoltre l'acamprosato ha dimostrato di non potenziare gli effetti dell'alcol se questo è assunto durante il trattamento, non induce tolleranza, effetti psicotropi, dipendenza, abuso o astinenza alla sua sospensione (Mason, Heyser, 2010).

Il profilo farmacologico dell'acamprosato e gli studi di metanalisi dimostrano che l'acamprosato è un farmaco efficace nel:

- prevenire le ricadute;
- ridurre il *craving*;
- agire come neuroprotettore.

L'efficacia dell'acamprosato è assicurata con il seguente regime posologico:

- peso del paziente > 60 kg: 6 compresse/die (1 compressa contiene 333 mg di acamprosato) (2 al mattino, 2 a pranzo e 2 alla sera);
- peso del paziente < 60 kg: 4 compresse/die (2 al mattino, 1 a pranzo e 1 alla sera).

Poiché l'acamprosato ha una certa latenza nello svolgere i suoi effetti, il suo utilizzo non è indicato come monoterapia nel trattamento della fase astinziale, ragione per cui si consiglia nelle prime fasi del trattamento, soprattutto se il paziente è in astinenza, la sua associazione con altri farmaci dotati di una più pronta azione antiastinziale.

Alla luce delle caratteristiche farmacologiche del farmaco e degli studi di metanalisi l'acamprosato si può considerare un farmaco di sicura efficacia nel trattamento dell'alcolismo tale da essere utilizzato nelle diverse tipologie di consumatori problematici di alcol, anche in associazione con altri farmaci, soprattutto con l'obiettivo del mantenimento dell'astinenza e della prevenzione delle ricadute.

In questo contesto il profilo farmacologico sia di efficacia che di sicurezza lo indica come il farmaco ideale per il trattamento del mantenimento dell'astinenza.

È utile infatti tenere in considerazione come, soprattutto nel trattamento a lungo termine, le altre classi di farmaci presentino delle specifiche limitazioni.

Il naltrexone infatti è controindicato nei poliabusatori di alcol e di oppiacei ed in presenza di insufficienza epatica (Soyka, Rosner, 2008); il sodio oxiato, per la sua azione prevalentemente gabaergica e dopaminergica, è prevalentemente indicato per il controllo della sindrome d'astinenza alcolica (Nava *et al.*, 2007) e nel trattamento a lungo termine solo nei pazienti "resistenti" ad altri presidi terapeutici (Maremmani *et al.*, 2001), mentre è controindicato in caso di gravi condizioni come la malattia epilettica o l'abuso e la dipendenza di altre sostanze (Caputo *et al.*, 2009); il disulfiram è invece nettamente controindicato nei casi in cui è possibile una eventuale ricaduta e nei pazienti con gravi malattie psichiatriche come la depressione o la psicosi e in patologie neurologiche come l'epilessia e le neuropatie e quelle internistiche gravi come le cardiopatie o le epatopatie (Suh *et al.*, 2006).

In base agli studi finora compiuti fra i farmaci specifici per la cura dell'alcolismo l'acamprosato può essere perciò associato in sicurezza ai farmaci attualmente indicati per il trattamento della dipendenza da alcol e agli psicofarmaci e non è controindicato in caso di scivolata o ricaduta nell'alcol.

Il suo buon profilo di efficacia e di sicurezza merita pertanto di essere testato diffusamente fra gli alcolisti in carico ai Servizi di Alcolologia Italiani.

Bibliografia

Arroll B., Elley C.R., Fishman T., Goodyear-Smith F.A., Kenealy T., Blashki G. (2009), "Antidepressants versus placebo for depression in primary care", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, [DOI: 10.1002/14651858].

Bachteler D., Economidou D., Danysz W., Ciccocioppo R., Spanagel R. (2005), "The effects of acamprosate and neramexane on cue-induced reinstatement of ethanol-seeking behavior in rats", *Neuropsychopharmacology* 30: 1104-1110.

Berlung M.A., Franck J., Fridell M., Hakanson I., Johansson B.A. (2003), "Treatment of alcohol and drug abuse – an evidence-based review", *Swedish Council on Technology Assessment in Health care (SBU)*, 156, issue 1.

Bouza C., Angels M., Munoz A., Amate J.M. (2004), "Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review", *Addiction*, 99: 811-828.

Cano-Cebrian M.J., Zornoza-Sabina T., Guerri C., Polache A., Granero L. (2003), "Acamprosate blocks the increase in dopamine extracellular levels in nucleus accumbens evoked by chemical stimulation of the ventral hippocampus", *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 368: 324-327.

Caputo F., Francini S., Stoppo M., Lorenzini F., Vignoli T., Del Re A., Comaschi C., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2009), "Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: an open comparative study", *J. Psychopharmacol.*, 23: 883-890.

Chick J., Leher P., Landrom F. (2003), "Does acamprosate improve reduction of drinking as well as aiding abstinence?", *Journal of Psychopharmacology*, 17: 397-402.

Citrome L. (2008), "Compelling or irrelevant? Using number needed to treat can help decide", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117: 412-419.

Cole J.C., Littleton J.M., Little H.J. (2000), "Acamprosate, but not naltrexone, inhibits conditioned abstinence behaviour associated with repeated ethanol administration and exposure to a plus-maze", *Psychopharmacology*, 147: 403-411.

Czachowski C.L., Legg B.H., Samson H.H. (2001), "Effects of acamprosate on ethanol-seeking and self-administration in the rat", *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 25: 344-350.

De Witte P., Littleton J., Parot P., Koob G. (2005), "Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate", *CNS Drugs*, 19: 517-537.

Heyser C.J., Schulteis G., Durbin P., Koob G.F. (1998), "Chronic acamprosate eliminates the alcohol deprivation effect while having limited effects on baseline responding for ethanol in rats", *Neuropsychopharmacology*, 18: 125-133.

Hopkins J.S., Garbutt J.C., Poole C.L., West S.L., Carey T.S. (2002), "Naltrexone and acamprosate: meta-analysis of two medical treatments for alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26: (Suppl.): 130A.

Kranzler H.R., Van Kirk J. (2007), "Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5: 1335-1341.

LeMagnen J., Tran G., Durlach J. (1987), "Lack of effects of Ca-acetyl homotaurinate on chronic and acute toxicities of ethanol in rats", *Alcohol and Alcoholism*, 4: 103-108.

Lipha Pharmaceuticals Inc. (2002), *Clinical background materials for psychopharmacologic drugs advisory committee meeting*, NDA 21-431.

Littleton J. (1995), "Acamprosate in alcohol dependence: how does it work?", *Addiction*, 90: 1179-1188.

Littleton J. (2007), "Acamprosate in alcohol dependence: implication of an unique mechanism of action", *Journal of Addiction Medicine*, 1: 115-125.

Littleton J., Ziegler W. (2003), "Pharmacological mechanisms of naltrexone and acamprosate in the prevention of relapse in alcohol dependence", *American Journal of Addiction*, 12 Supplement 1: 3-11.

Mann K., Leher P., Morgan M.Y. (2004), "The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28: 51-63.

Mann K., Kiefer F., Spanagel R., Littleton J. (2008), "Acamprosate: recent findings and future research directions", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32: 1105-1110.

Maremmani I., Lamanna F., Tagliamonte A. (2001), "Long-term therapy using GHB (sodium gamma hydroxybutyrate) for the treatment-resistant chronic alcoholics", *J. Psychactive Drugs*, 33: 135-142.

Mason B.J., Heyser C.J. (2010), "Acamprosate. A prototypic neuromodulator in the treatment of alcohol dependence", *CNS & Neurological Disorders – Drug Targets*, 9: 23-32.

McGeehan A.J., Olive M.F. (2003), "The anti-relapse compound acamprosate inhibits the development of a conditioned place preference to ethanol and cocaine but not morphine", *British Journal of Pharmacology*, 138: 9-12.

Moos R.H., Moos B.S. (2006), "Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders", *Addiction*, 101: 212-222.

Nava F., Premi S., Manzato E., Campagnola W., Lucchini A., Gessa G.L. (2007), "Gamma-hydroxybutyrate reduces both withdrawal syndrome and hypercortisolism in severe abstinent alcoholics: an open study vs. diazepam", *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 33: 379-392.

Olive M.F., Nannini M.A., Ou C.J., Koenig H.N., Hodge C.W. (2002), "Effects of acute acamprosate and homotaurine on ethanol intake and ethanol-stimulated mesolimbic dopamine release", *European Journal of Pharmacology*, 437: 55-61.

Poldrugo F. (1997), "Acamprosate treatment in a long-term community-based alcohol rehabilitation programme", *Addiction*, 92: 1537-1546.

Rosner S., Leucht S., Leher P., Soyka M. (2008), "Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes", *Journal of Psychopharmacology*, 22: 11-23.

Rosner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. (2010), "Acamprosate for alcohol dependence", *Cochrane Database Syst. Rev.*, (9):CD004332.

- Sass H., Soyka M., Mann K., Zieglgansberger W. (1996), "Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo controlled study on alcohol dependence", *Archives General Psychiatry*, 53: 673-60.
- Soyka M., Rosner S. (2008), "Opioid antagonists for pharmacological treatment of alcohol dependence – a critical review", *Curr. Drug Abuse Rev.*, 1: 280-291.
- Spanagel R., Holter S.M., Allingham K., Landgraf R., Zieglgansberger W. (1996), "Acamprosate and alcohol: I. Effects on alcohol intake following alcohol deprivation in the rat", *European Journal of Pharmacology*, 305: 39-44.
- Spanagel R., Zieglgansberger W. (1997), "Anti-craving compounds for ethanol: new pharmacological tools to study addictive processes", *Trends in Pharmacological Sciences*, 18: 54-59.
- Spanagel R., Mann K. (2003), "Acamprosate – new preclinical research aspects", *MMW, Fortschritte der Medizin*, 145 Supplement 3: 61-64.
- Suh J.J., Pettinati H.M., Kampman K.M., O'Brien C.P. (2006), "The status of disulfiram: a half of a century later", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 26: 290-302.
- Tempesta E., Janiri L., Bignamini A., Chabac S., Potgieter A. (2000), "Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled study", *Alcohol Alcohol.*, 35: 202-209.
- Zeise M.L., Kasparov S., Capogna M., Zieglgansberger W. (1993), "Acamprosate (calciumacetylhomotaurinate) decreases postsynaptic potentials in the rat neocortex: possible involvement of excitatory amino acid receptors", *European Journal of Pharmacology*, 231: 47-52.
- Zornoza T., Cano M.J., Polache A., Granero L. (2003), "Pharmacology of acamprosate: an overview", *CNS DrugReviews*, 9: 359-374.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno II, n. 8

MISSION n. 32

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Hina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@virgilio.it

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Valeria Zavan

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

Esperienze e progetti in servizi di alcologia italiani

Individuazione di criteri oggettivi più sensibili e specifici per la diagnosi di abuso cronico da alcol

*B. Scutteri**, *V. Pirro***, *S. Aloi****, *A. Salomone*****, *E. Bignamini**, *A. De Bernardis****,
*S. Pellegrino*****, *M. Vincenti**/*****

Introduzione

L’etanolo, pur rientrando tra le sostanze considerate d’abuso, è una sostanza legale, e, pertanto, liberamente in commercio.

L’abuso di alcol è un fenomeno in costante crescita che si ripercuote su diversi campi della vita del consumatore: sul piano fisico, sul piano sociale-relazionale, sul piano lavorativo.

Negli ultimi anni è progressivamente aumentato il numero dei consumatori, si è abbassata l’età del primo consumo e degli episodi di etilismo acuto.

Pertanto, anche se il gruppo più visibile di popolazione che giunge ai servizi di alcologia è quella che ha ormai sviluppato una relazione con la sostanza che si configura come dipendenza da alcol (comunemente definita alcolismo), il gruppo di consumatori più numeroso è certamente quello sommerso, cioè costituito da soggetti

che hanno sviluppato un bere problematico anche senza esserne strettamente dipendenti.

Gli individui appartenenti a questo tipo di gruppo rappresentano il bersaglio primario dell’intervento precoce della prevenzione secondaria di un programma alcologico sanitario.

La diagnosi di abuso alcolico e le procedure da adottare per il riconoscimento tempestivo di problemi e patologie alcol-correlate (PPAC) prevedono un approccio multidisciplinare che consiste nella somministrazione di questionari self-report, esami clinici e ricerca di biomarcatori.

I biomarcatori tradizionalmente utilizzati per i controlli relativi all’assunzione di alcol sono quelli raccolti nel pannello di esami biochimici definito EDAC (Early Detection of Alcohol Consumption).

Questi comprendono la determinazione di: volume corpuscolare medio (MCV); aspartato transaminasi (AST); alanina transaminasi (ALT); gamma-glutamyl transferasi (γ -GT); fosfatasi alcalina (ALP); colesterolo e trigliceridi.

A questi si aggiunge la transferrina carboidrato carente (CDT) che generalmente viene impiegata come marcatore per la conferma di abuso alcolico [G. Høiseth *et al.* (2009)].

* Dipartimento Dipendenze 1 - ASL TO2 Torino.

** Dipartimento di Chimica Analitica - Università degli Studi di Torino.

*** Dipartimento Dipendenze - ASL TO4 Ciriè (Torino).

**** Centro Regionale Antidoping “A. Bertinaria” Orbassano (Torino).

Tali marcatori sono definiti indiretti poiché subiscono evidenti variazioni non in funzione della quantità di alcol assunta, ma bensì in funzione della presenza di danni epatici derivanti dall'esposizione all'alcol [K.M. Conigrave *et al.* (2003)], oltretutto, sono influenzati da molti fattori biologici, quali età, sesso, indice di massa corporea, fattori ormonali e genetici, che contribuiscono fortemente ad incrementare la variabilità inter- e intra-individuale.

Grandi discrepanze si manifestano anche nei tempi di decremento dei livelli ematici a seguito dell'interruzione nell'assunzione di alcolici [J. Hietala *et al.* (2006)].

I marcatori indiretti presentano sia scarsa sensibilità diagnostica, perché aumentano significativamente solo dopo assunzioni elevate e regolari di alcol, sia scarsa specificità, poiché molti fattori non strettamente correlati al consumo di etanolo inducono modificazioni significative, ad esempio patologie epatiche di origine non alcolica, assunzione di farmaci o altre sostanze illecite [K.M. Conigrave *et al.* (2003)].

La mancanza di specificità e di sensibilità è solo in parte superata utilizzando più parametri in combinazione tra loro, come evidenziano molti studi di letteratura [K.M. Conigrave *et al.* (1995)] [R.F. Anton *et al.* (2002)] [H. Thiesen, M. Hesse (2010)] [Antilla *et al.* (2003)].

Negli ultimi anni, a questi marcatori tradizionali si è affiancata la determinazione di marcatori di nuova generazione, tra cui l'etilglucuronato (EtG) che, essendo un metabolita diretto dell'alcol, derivante dalla coniugazione dell'etanolo con l'acido glucuronico, rappresenta attualmente il più promettente indicatore di riconoscimento di abuso alcolico.

In quanto marcatore diretto, l'EtG presenta minori carenze diagnostiche in termini di sensibilità e specificità rispetto ai marcatori tradizionali [G. Høiseth *et al.* (2009)].

Dopo l'ingestione di alcol, l'etilglucuronato è rilevabile nel sangue per alcune ore, nell'urina per alcuni giorni e infine nei capelli fino ad alcuni mesi di distanza [M.E. Albermann *et al.* (2010)].

Inoltre, la sua determinazione quantitativa nel capello è utile a discriminare tra le diverse categorie di consumatori, in particolare tra abusatori cronici e non abusatori. Questa capacità di discriminazione è ormai riconosciuta anche dalla Comunità Internazionale; il 16 giugno 2009, infatti, la *Society of Hair Testing* (SOHT) ha fissato a 30 pg/mg il valore soglia di concentrazione di Etilglucuronato nel capello da utilizzare per distinguere i consumatori occasionali da quelli problematici [P. Kintz (2010)].

Inoltre, l'utilizzo della matrice cheratinica comporta ulteriori vantaggi di tipo pratico rispetto alle altre matrici biologiche, quali la possibilità di prelievo, anche da parte di personale non medico, la non invasività del campionamento, la facilità di conservazione del campione.

Attualmente, la determinazione dell'EtG nel capello trova applicazione per la diagnosi di abuso cronico di alcol, il monitoraggio di pazienti in astinenza, la verifica dell'idoneità alla guida e a mansioni lavorative che comportano rischi per la sicurezza propria e di soggetti terzi. Il primo scopo del progetto di ricerca era confermare l'elevata specificità e sensibilità dell'etilglucuronato come marcatore di abuso alcolico, in particolare quando si utilizzino 30 pg/mg come valore limite per discriminare i consumatori cronici da quelli occasionali e dai soggetti astinenti.

Scopo secondario era elaborare un'analisi statistica multivariata per correlare i diversi parametri contenuti nel pannello EDAC con il valore di EtG nel capello.

Tale correlazione è stata valutata attraverso strumenti tipici della chemiometria, in particolare attraverso l'analisi delle componenti principali (PCA).

La chemiometria è una disciplina autonoma della chimica analitica che si propone di estrarre la massima informazione utile dallo studio di dati multivariati.

In questo modo si è cercato di ottenere un'evidenza oggettiva che diverse concentrazioni di EtG fossero effettivamente, e strettamente, connesse ad alterazioni di valori biologici tipici dell'alcolismo e di poter selezionare i marcatori tradizionali che, insieme all'EtG, contribuissero maggiormente a discriminare i consumatori. Per la realizzazione del progetto di ricerca sono stati raccolti campioni di sangue e di capelli su cui determinare rispettivamente AST, ALT, γ -GT, ALP, MCV, colesterolo, trigliceridi, CDT ed EtG.

Nello studio sono stati coinvolti 121 soggetti, equamente ripartiti tra consumatori cronici, occasionali ed astinenti, che afferiscono a due Dipartimenti di Patologie delle Dipendenze di Torino e provincia.

Metodologia

Protocollo di studio

Da ottobre 2009 a novembre 2010 sono stati reclutati 121 soggetti (23 donne e 98 uomini di età compresa tra 22-74 anni, media = 43) afferenti ai Dipartimenti di Patologie delle Dipendenze di Torino (ASLTO2) e Ciriè.

Sulla base della storia clinica e delle informazioni riferite dai medici che seguono i percorsi terapeutici, tutti i soggetti sono stati classificati a priori in consumatori cronici (N = 44), occasionali (N = 35) e in soggetti che si astengono dal consumo di alcolici almeno da 6 mesi (N = 42).

Solo i soggetti di cui fosse certa la classificazione sono stati inclusi nel progetto.

Ad ogni paziente sono stati prelevati campioni di sangue e di capelli.

È stato inoltre chiesto loro di compilare un questionario anamnestico volto a raccogliere le informazioni sulle abitudini all'assunzione di alcolici, in particolare su quale fosse la frequenza del consumo e la quantità assunta.

Altre voci da compilare riguardavano la situazione clinica del paziente (farmaci assunti, patologie pregresse o in atto).

Il fine specifico della raccolta di queste ultime informazioni era di individuare i soggetti affetti da patologie epatiche, di origine alcolica e non alcolica, giacché in entrambe le patologie si osserva un'alterazione dei biomarcatori indiretti che, essendo del tutto indipendente dal consumo di alcolici, riduce la capacità di discriminare i soggetti tra abusatori cronici e non abusatori.

Sui campioni biologici prelevati sono state svolte le analisi tossicologiche e chimico-cliniche finalizzate alla determinazione dei parametri del pannello EDAC, della CDT e dell'EtG.

Queste determinazioni sono state effettuate rispettivamente mediante analisi immunochimiche, analisi in HPLC-DAD ed analisi in HPLC-MS/MS.

Le ultime due metodiche cromatografiche impiegate sono accreditate secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025: 2005.

In particolare, i pazienti sono stati sottoposti al prelievo di due provette di sangue intero.

Tutti i campioni ematici sono stati conservati al massimo per due ore prima di essere sottoposti ad analisi.

Simultaneamente al prelievo ematico, è stato effettuato quello della matrice cheratinica.

I campioni sono stati raccolti tagliando, con forbici opportunamente disinfettate, una ciocca di capelli il più vicino possibile alla cute, e sono stati poi analizzati entro 10 giorni lavorativi.

Le ciocche di capelli lunghe meno di 6 cm sono state analizzate interamente; mentre per le ciocche di lunghezza maggiore, la ricerca dell'EtG è stata effettuata solo sul segmento prossimale 0-6 cm.

Ad ogni paziente è stato chiesto di firmare un consenso informato, un consenso allo svolgimento delle analisi tossicologiche ed un'informativa per il trattamento dei dati personali.

Il progetto di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico Locale dell'Ospedale Universitario San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO).

Analisi statistica e chemiometrica

Per valutare e confrontare la sensibilità, la specificità e la capacità diagnostica di ogni marcatore nel discriminare i consumatori cronici da quelli occasionali e dai soggetti astinenti, sono state elaborate le curve ROC, costruite riportando i valori di sensibilità e di (1-specificità), calcolati rispetto a differenti valori di cut-off.

I soggetti sono stati suddivisi nei tre gruppi sulla base della classificazione a priori.

Per ogni marcatore sono stati calcolati i valori di AUC (Area Under the Curve), in quanto rappresentano una misura dell'accuratezza di un test diagnostico.

Un valore pari a 0.80 è stato scelto come limite di accettabilità per i marcatori di screening, mentre 0.90 è stato scelto come limite per i marcatori da utilizzare per la conferma dell'abuso alcolico [J. Luna-Herrera *et al.* (2003)]. Le curve ROC sono state costruite sia considerando l'intera popolazione statistica, sia eliminando i soggetti affetti da patologie epatiche di origine alcolica e non alcolica, quali virali e cirrosi, allo scopo di valutare la perdita di capacità diagnostiche dovuta alla presenza di tali patologie.

Nel caso specifico dell'EtG nel capello, inoltre, a tutti i pazienti con concentrazioni inferiori al limite di rilevabilità strumentale (10 pg/mg) sono stati assegnati dei valori casuali compresi tra 0 e il limite, utilizzando un generatore di numeri casuali (Excel Microsoft Office 2007).

Per valutare la correlazione tra i marcatori tradizionali e l'EtG nel capello ed evidenziare quali fossero i parametri più significativi a discriminare i consumatori cronici, occasionali e i soggetti astinenti, è stata utilizzata l'analisi multivariata delle componenti principali.

Ad una prima analisi è stata sottoposta una matrice di dati costituita da un numero di righe N pari a 121 (pazienti) e da un numero di colonne P pari a 9, che corrispondono ad altrettanti marcatori presi in esame.

Una seconda analisi è stata effettuata su una matrice costituita da 121 righe e da 5 colonne; mentre una terza analisi è stata condotta utilizzando solamente 4 marcatori, ovvero impiegando una matrice di dati di 121 righe e 4 colonne.

A tutti i dati è stata sempre applicata una trasformazione logaritmica (base 10) allo scopo di rendere la loro distribuzione assimilabile a quella gaussiana.

Per la costruzione delle curve ROC e per l'analisi delle componenti principali è stato utilizzato il software statistico SPSS, versione 16.

Risultati e discussioni

Curve ROC

La tabella 1 riporta, per ogni marcatore, i valori di AUC calcolati considerando l'intera popolazione statistica.

Tab. 1 - Valori di AUC per EtG, CDT, γ -GT, AST, ALT, ALP, MCV, colesterolo e trigliceridi

Biomarcatori	AUC
EtG	0.998
CDT	0.751
γ -GT	0.837
AST	0.730
ALT	0.636
ALP	0.540
MCV	0.763
Colesterolo	0.623
Trigliceridi	0.468

La figura 1 mostra i valori di concentrazione di EtG nel capello per tutti i pazienti coinvolti nel progetto di ricerca.

I valori di concentrazione sono riportati in scala logaritmica. In figura 2 è invece mostrata la curva ROC per l'EtG.

Fig. 1 - Concentrazione di EtG nel capello per i 121 soggetti classificati come astinenti (A), consumatori occasionali (S) e consumatori cronici (C)

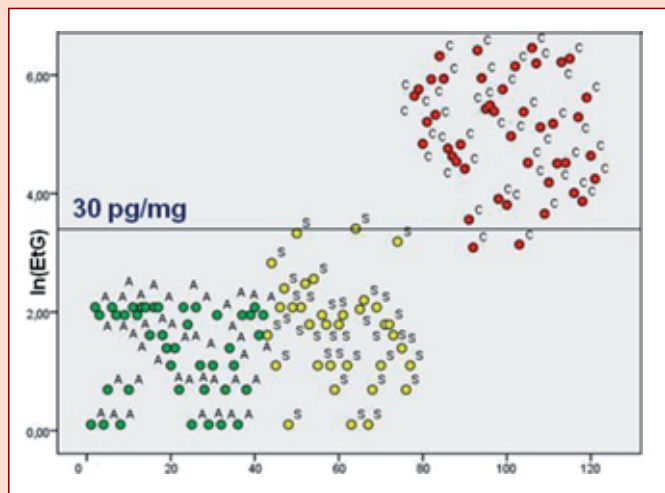
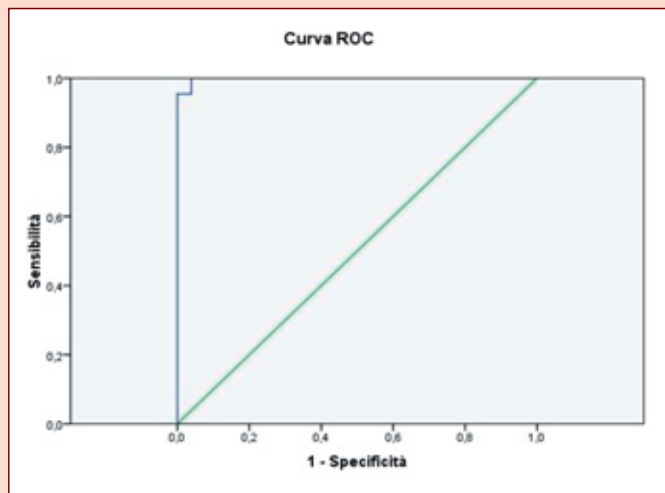


Fig. 2 - Curva ROC per l'EtG determinato su capello



Le figure 3 e 4 riportano rispettivamente i valori di CDT, determinata su siero, e la curva ROC.

Dalla tabella 1 è possibile evidenziare che l'EtG nel capello è il marcatore con il più alto valore di AUC, pari a 0.998; in particolare è l'unico parametro che supera il valore limite scelto per i marcatori utilizzabili per la conferma dell'abuso alcolico cronico.

Il valore di AUC indica che un consumatore cronico ha il 99.8% di probabilità di essere classificato correttamente come abusatore.

Fig. 3 - Valori della CDT nel siero per i 121 soggetti classificati come astinenti (A), consumatori occasionali (S) e consumatori cronici (C)

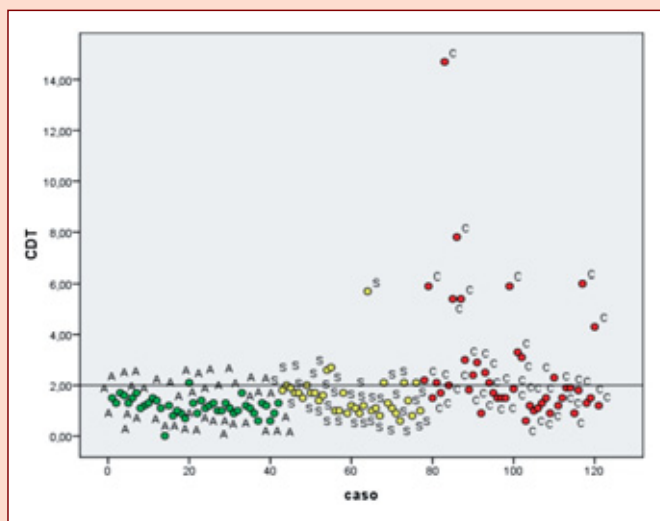
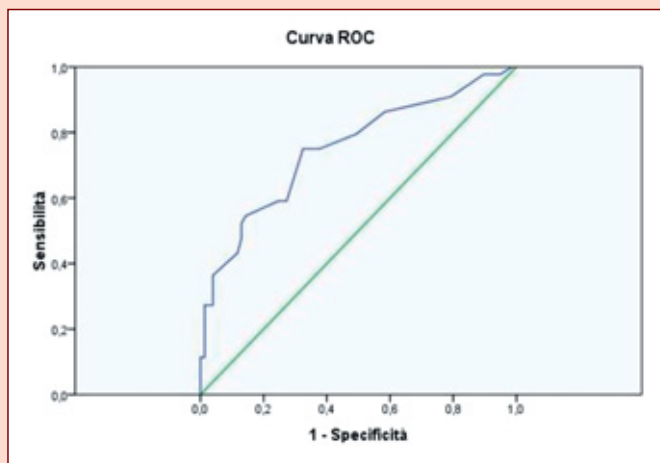


Fig. 4 - Curva ROC per la CDT determinata su siero



Inoltre, al valore limite di 32.7 pg/mg, l'EtG nel capello presenta valori di sensibilità e di (1-specificità) prossimi a quelli ideali (1 e 0) e rispettivamente pari a 0.96 e 0. Tale valore è in accordo con il cut-off stabilito dalla SOHT di 30 pg/mg da impiegare per la distinzione degli abusatori cronici dagli altri consumatori.

Per contro, la CDT presenta un AUC pari a 0.751 e, al valore limite del 2.05%, sensibilità e (1-specificità) rispettivamente di 0.409 e 0.091.

Benché la specificità sia elevata, questi valori non sono sufficienti a giustificare l'uso della CDT come marcatore unico né per la conferma dell'abuso cronico di alcol né per lo svolgimento di indagini di screening sulla popolazione. Tutti gli altri marcatori tradizionali sono altresì risultati poco specifici e sensibili.

I loro valori di AUC, ad eccezione di quello della γ -GT, sono risultati inferiori al limite scelto per le analisi di screening.

Ciò indica che nessuno di questi parametri presenti una sufficiente capacità diagnostica da poter essere impiegato come unico marcatore nel riconoscimento dell'abuso alcolico cronico.

Inoltre, trascurando i soggetti affetti da patologie epatiche, sia di origine alcolica sia non alcolica, si nota uno scarso incremento della capacità diagnostica solo per i marcatori γ -GT, AST e ALT.

Analisi delle Componenti Principali

La prima analisi delle componenti principali è stata condotta considerando tutti i pazienti e tutti i 9 marcatori di abuso alcolico.

Applicando questa tecnica chemiometrica è stato possibile passare da uno spazio multidimensionale, descritto dalle 9 variabili in esame, ad uno spazio bidimensionale, descritto dagli assi PC1 e PC2, senza perdere informazione significativa sulla dispersione dei dati; infatti, queste due componenti principali descrivono complessivamente l'87% della varianza totale.

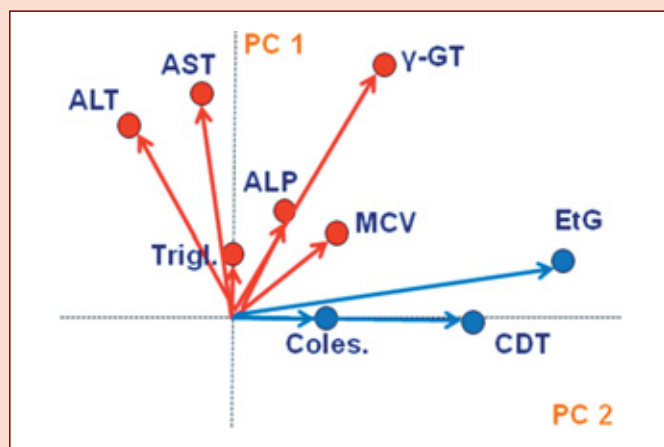
In particolare, la prima componente principale PC1, sempre orientata verso la direzione di massima varianza, ne descrive il 72%, mentre la seconda componente principale PC2, ortogonale alla prima, il 15%.

Questi due nuovi assi rappresentano delle combinazioni lineari delle variabili di partenza.

Ognuna di queste variabili ha un peso più o meno elevato nel descrivere ogni singola componente principale. Il peso delle variabili è quantificato con valori, detti "loadings", che, in termini assoluti, sono compresi tra 0 e 1. Tanto più il valore si avvicina a 1, tanto maggiore è il peso di una variabile nel descrivere la componente principale presa in esame.

Nel caso specifico, la figura 5 riporta i valori dei "loadings" ovvero delle coordinate di tutte le variabili originali nel nuovo spazio bidimensionale.

Fig. 5 - Grafico dei loadings per PC1 e PC2 (N = 121, P = 9)



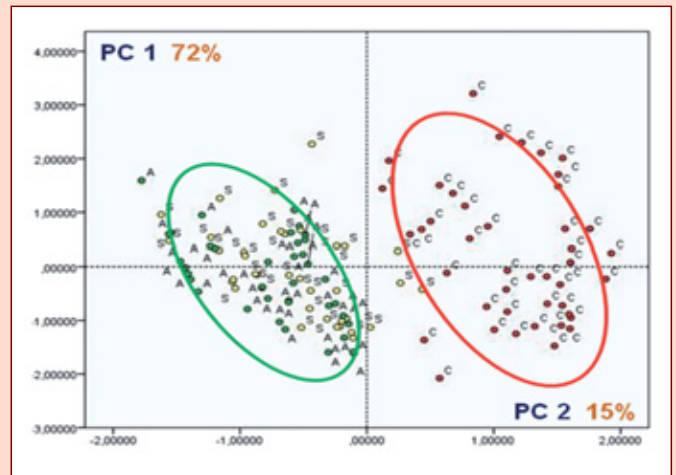
Nella figura si può evidenziare come l'EtG nel capello contribuisca maggiormente alla costruzione della PC2,

mentre la prima componente principale sia descritta con maggior peso dalle variabili γ -GT, AST e ALT.

Le variabili MCV, colesterolo, trigliceridi e ALP sono poco significative nella costruzione della PC1 e della PC2, in quanto a queste variabili si associano i valori più bassi dei "loadings".

La figura 6 riporta le coordinate dei 121 punti-oggetto (pazienti) rispetto al nuovo spazio bidimensionale, ovvero i valori detti "scores" per PC1 e PC2.

Fig. 6 - Grafico degli scores per PC1 e PC2 (N = 121, P = 9)



Da questa figura è possibile notare la buona separazione tra i punti-oggetto che rappresentano i consumatori cronici (punti rossi) e tutti gli altri, consumatori occasionali e soggetti astinenti (punti gialli e verdi).

In particolare, osservando insieme i grafici dei "loadings" e degli "scores", si nota che la direzione di massima separazione dei punti-oggetto è allineata con quella della variabile EtG nel capello.

Ripetendo l'analisi senza le variabili ALP, MCV, colesterolo e trigliceridi (figg. 7 e 8) non soltanto non si verifica una perdita nella separazione dei punti-oggetto nello spazio bidimensionale, ma aumenta la varianza spiegata dalle prime due componenti principali (96%).

Fig. 7 - Grafico dei loadings per PC1 e PC2 (N = 121, P = 5)

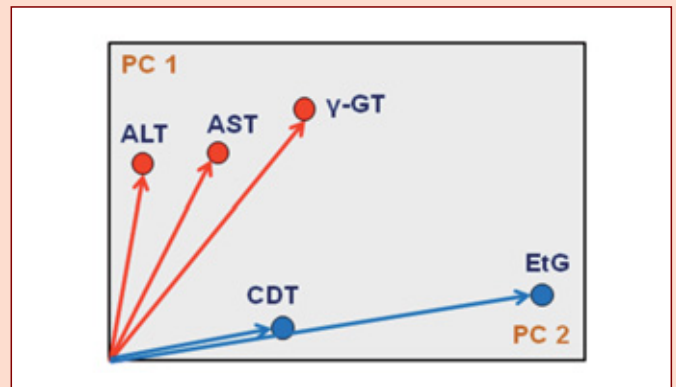
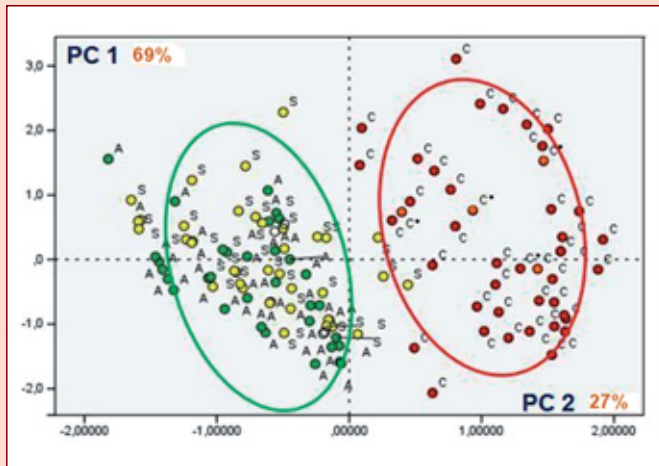
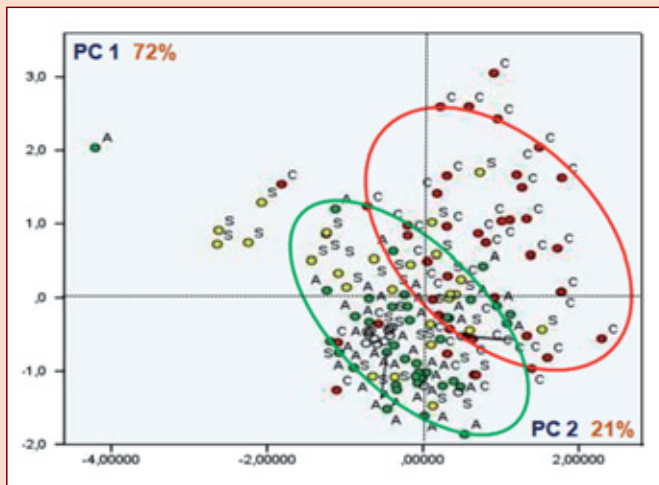


Fig. 8 - Grafico degli scores per PC1 e PC2 (N = 121, P = 5)



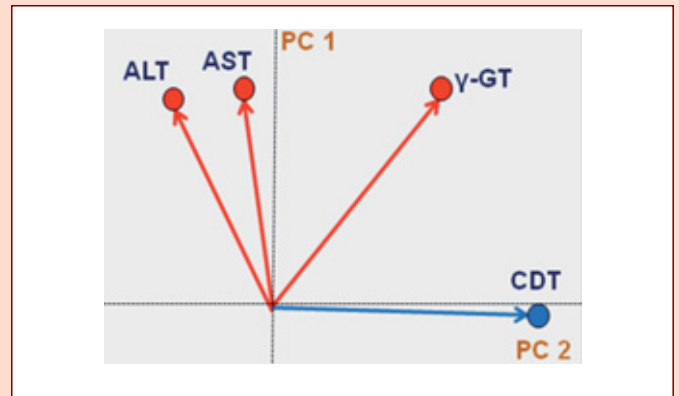
Invece, eliminando la variabile EtG nel capello si verifica una perdita significativa nella separazione dei punti-oggetto, come evidenzia il grafico degli “scores” (fig. 9). In questo caso, alla variabile γ -GT si associa il maggior peso nella costruzione della componente principale 1, e la sua direzione nello spazio bidimensionale si sovrappone a quella di maggiore separazione dei punti-oggetto, come evidenzia il grafico dei “loadings” (fig. 10). Sempre dal grafico dei “loadings” è possibile notare che la variabile CDT è la più significativa nella costruzione della seconda componente principale.

Fig. 9 - Grafico dei loadings per PC1 e PC2 (N = 121, P = 4)



Dall’analisi chemiometrica si evidenzia come alla variabile EtG nel capello si associ il maggior contributo nel discriminare i soggetti in base al consumo di alcolici, e come le variabili ALP, MCV, colesterolo e trigliceridi non soltanto siano ininfluenti ai fini della classificazione ma siano anche confondenti, perché introducono varianza non utile. In ultimo, è importante sottolineare che nel piano bidimensionale non appare nessuna separazione signifi-

Fig. 10 - Grafico degli scores per PC1 e PC2 (N = 121, P = 4)



ficativa tra i consumatori occasionali e i soggetti astinenti.

Conclusioni

I marcatori indiretti tradizionalmente impiegati per il riconoscimento dell’abuso alcolico cronico presentano sensibilità e specificità nettamente inferiori rispetto all’EtG nel capello, che rappresenta al contrario un marcatore diretto.

Le curve ROC confermano che nessun marcatore indiretto, sia in screening sia in conferma, possa essere utilizzato da solo per il riconoscimento dell’abuso cronico da alcol.

In particolare, la CDT, che negli ultimi anni è stata utilizzata come unico marcatore per la conferma dell’abuso, non presenta sufficiente sensibilità.

Infatti, un aumento significativo della CDT si verifica solo nei casi in cui il fenomeno dell’abuso sia particolarmente intenso.

Esclusivamente l’EtG nel capello presenta capacità diagnostiche efficaci per la conferma dell’abuso alcolico cronico.

L’analisi della curve ROC ha altresì permesso di verificare come il valore di cut-off di 30 pg/mg, proposto dalla SOHT nel 2009, sia effettivamente utile a discriminare, con elevata sensibilità e specificità, i soggetti in relazione al consumo di alcolici.

In particolare, l’EtG essendo un marcatore diretto dell’abuso alcolico non risente della presenza di patologie epatiche, al contrario dei marcatori tradizionali.

Ciò consente di individuare l’abuso di alcolici o di monitorare l’astinenza dal consumo di etanolo con elevata sensibilità e specificità anche nei soggetti affetti da patologie epatiche, indipendentemente dall’origine della stessa.

Attraverso l’analisi multivariata delle componenti principali è possibile confermare ancora che l’EtG nel capello è il marcatore più utile a discriminare i consumatori cronici, da quelli occasionali e dai soggetti astinenti,

mentre tra i marcatori tradizionali quelli più utili sono AST, ALT, γ -GT e CDT.

Le variabili colesterolo e trigliceridi, ALP e MCV sembrano invece ininfluenti e confondenti ai fini della classificazione.

In ultimo, è possibile concludere che la determinazione dell'EtG nel capello rappresenta l'unico marcatore attendibile che, insieme agli altri dati clinici e anamnestici necessari, possa essere utilizzato per la conferma della diagnosi di abuso alcolico cronico.

Per contro, la determinazione della CDT dovrebbe essere inserita nei protocolli di screening, insieme a quella di γ -GT, AST e ALT.

Tuttavia, poiché l'abuso alcolico ha un forte impatto sul corpo umano intervenendo nello sviluppo di patologie (gastroenteriche, cardiocircolatorie, neurologiche, oncologiche, nefrologiche dell'apparato riproduttivo, respiratorio, muscolo-scheletrico, ecc.) che interessano l'intero organismo, è bene sottolineare che la determinazione di tutti i marcatori indiretti rimane comunque fondamentale nella diagnostica clinica.

Bibliografia

1. Albermann M.E., Musshoff F., Madea B. (2010), "A fully validated high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for the determination of

ethyl Glucuronide in hair for the proof of strict alcohol abstinence", *Analytical Bioanalytical Chemistry*, 396: 2441-2447.

2. Antilla P. *et al.* (2003), "A new modified gamma-%CDT method improves the detection problem drinking: studies in alcoholics with or without liver disease", *Clinica Chimica Acta*, 338: 45-51.
3. Conigrave K.M. *et al.* (1995), "Diagnostic tests for alcohol consumption", *Alcohol & Alcoholism*, 30: 13-26.
4. Conigrave K.M. *et al.* (2003), Traditional markers of excessive alcohol use, *Addiction*, 98: 31-43.
5. Hietala J. *et al.* (2006), "Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers", *Alcohol & Alcoholism*, 41: 528-533.
6. Høiseth G. *et al.* (2009), "Ethyl Glucuronide in Hair Compared With Traditional Alcohol Biomarkers - A Pilot Study of Heavy Drinkers Referred to an Alcohol Detoxification Unit", *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 33: 812-816.
7. Kintz P. (2010), "Consensus of the Society of Hair Testing on hair testing for chronic excessive alcohol consumption", *Forensic Science International*, 196.
8. Luna Herrera J. *et al.* (2003), "Use of receiver operating characteristic curves to assess the performance of the microdilution assay for determination of drug susceptibility of clinical isolates of Mycobacterium tuberculosis", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 22: 21-27.
9. Thiese H., Hesse M. (2010), "Biological markers of problem drinking in homeless patients", *Addictive Behaviors*, 35: 260-262.

Il ruolo del trattamento farmacologico con Sodio Oxibato (GHB) nella prevenzione della ricaduta in un gruppo di pazienti Alcolisti

C. Garriga*, B. Sciutteri**, E. Bignamini***

Introduzione

L'Alcol-Dipendenza è una malattia cronica che riconosce una vulnerabilità genetica che s'intreccia con fattori ambientali favorevoli.

Va considerata come il frutto di una "relazione" patologica di un individuo con la sostanza che si esprime e sviluppa in un dato contesto e che presenta delle ricadute sul piano sociale, familiare, lavorativo, relazionale (Bignamini *et al.* 2006).

L'abuso cronico di alcol, sul piano neurobiologico, comporta uno sbilanciamento a favore delle strutture meso-

limbiche (le cui funzioni riguardano il piacere, la memoria emozionale, il condizionamento e l'habit, la motivazione all'uso) rispetto al sistema corticofrontale di controllo, che determina il persistere dell'uso problematico della sostanza.

Il trattamento dell'alcol dipendenza è di tipo multimodale integrato ed ha il suo "core" nel trattamento del rapporto con la sostanza e del craving, nel riconoscimento e fronteggiamento delle situazioni ed eventi, interiori e ambientali, che espongono al rischio di ricaduta e, considerati gli effetti nella vita dell'individuo, comprendono la cura delle patologie correlate, la riabilitazione psico-socio-relazionale dell'alcol dipendente e del nucleo familiare e si avvalgono di strumenti sia farmacologici sia psico-socio-educativi individuali e di gruppo.

* Medico del Servizio di Alcolologia Dip. Dipendenze 1 ASL TO2.

** Responsabile Servizio Alcolologia Dip. Dipendenze 1 ASL TO2.

*** Direttore Dip. Dipendenze 1 ASL TO2.

Negli ultimi anni i Servizi di Alcologia hanno visto accrescersi in modo esponenziale il numero degli utenti sia con comorbidità psichiatrica sia con situazioni sociali di marginalità.

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, i disturbi più frequentemente riscontrabili sono quelli dell'umore, d'ansia e di personalità specie del cluster B e C (Manzato 2004).

Tali disturbi, possono precedere l'uso di alcol e/o persistere dopo la sospensione dell'uso della sostanza, ovvero l'alcol può indurre e/o slantentizzare sintomi psicopatologici verso i quali il soggetto presenta una suscettibilità (Manzato 2004).

I disturbi psichiatrici hanno un ruolo rilevante nella comparsa del craving e del comportamento additivo.

Il craving, ovvero il desiderio irresistibile della sostanza alla base del comportamento compulsivo additivo, è un elemento fondamentale del mantenimento dell'abuso-dipendenza da alcol e della ricaduta.

È sostenuto dai meccanismi di rinforzo, positivo nel caso in cui la compulsione sia finalizzata all'utilizzo di una gratificazione, negativo nel caso in cui sia sostenuto dalla sintomatologia astinenziale.

Inoltre è innescato da stimoli apparentemente neutri, ma che, associati alla sostanza e all'uso, fungerebbero da "trigger" (Gerra *et al.* 2002).

Altre componenti capaci di scatenare il craving sono stressors interni ed esterni rappresentati da stati emozionali negativi e positivi, conflitti relazionali, difficoltà lavorative e di studio, pressioni sociali, patologia psichiatrica (Cibin *et al.* 2001).

Sulla base di quanto sopra brevemente richiamato, è stato elaborato un modello psicobiologico che riconosce tre tipi di craving (Reward, Relief, Obsessive) che presentano correlati neurobiologici, psicologici e di personalità, che si riflettono sull'insorgenza e modalità d'uso dell'alcol (Verheul *et al.* 1999 - tab. 1), per i quali sono state ipotizzate terapie farmacologiche differenti (Addolorato *et al.* 2003-2010; Verheul *et al.* 1999 - tab. 2).

Tab. 1 - Modello psicobiologico del Craving a tre vie

	<i>Reward Craving</i>	<i>Relief Craving</i>	<i>Obsessive Craving</i>
Neurobiologia	*Disregolazione Dopaminerg./Oppioidegerica *Ipersensibilità ad effetti rinforzanti dell'alcol	*Disregolazione Gabaerg./ Glutammatergica *Ipereccitabilità Neuronale (Diregolaz. Glutammato) *Ipersensibilità agli effetti sedativo-ansiolitici dell'alcol	*Disregolazione Serotoninergica *Deficit di Serotonina
Psicologia	*Bisogno di Reward *Stimoli e reward sociali motivano al bere *Bere compensatorio di uno stato di eccitazione (arousal) sub-ottimale	*Bisogno di Relief *Bere finalizzato alla riduzione dello stress e dei sintomi astinenziali *Bere compensatorio di uno stato di ipereccitazione	*Perdita di controllo *Caratteristiche ossessivo-compulsive
Sintomi associati	*Ricerca spontanea di alcol *Incapacità ad astenersi *Binge drinking *Familiarità ed inizio precoce alcolismo	*Sintomi astinenziali *Bere reattivo *Inizio tardivo alcolismo	*Bere compulsivo *Perdita controllo *Problemi alcol-correlati

Fonte: Verheul *et al.*

Tab. 2 - Farmacoterapia Craving

	<i>Reward Craving</i>	<i>Relief Craving</i>	<i>Obsessive Craving</i>
Farmacoterapia	Naltrexone GHB	Acamprosato GHB	SSRI

Il "core" del trattamento farmacologico nella prevenzione della ricaduta fondamentale è riconducibile al contenimento del craving e, ove presente, al trattamento della comorbidità psichiatrica correlata.

Scopo del lavoro

Questo lavoro vuole prendere in esame il ruolo del trattamento farmacologico con Sodio Oxibato (GHB) nella prevenzione della ricaduta in un gruppo di pazienti in

carico al Servizio di Alcolologia del Dipartimento Dipendenze I della ASL TO2 di Torino.

Il GHB è un farmaco usato nell'alcoldipendenza, nel trattamento della sindrome astinenziale e nella prevenzione della ricaduta.

La sua azione GABAergica ed il conseguente effetto sedativo motivano il suo utilizzo nel trattamento della Sindrome Astinenziale con dosaggio di 100mg/kg/die.

L'azione anticraving del GHB è dovuta al suo effetto "alcol-mimetico" verosimilmente correlabile all'aumento dell'attività Dopaminergica a livello del circuito mesolimbico della gratificazione.

In questo caso il dosaggio raccomandato è di 50-75 mg/kg/die. (F. Caputo *et al.* - 2009; Maremmani *et al.* - 2010).

La Consensus Conference di Bologna sulle modalità d'uso del farmaco, che ha visto riuniti sanitari di tutto il territorio nazionale, ha individuato i suddetti dosaggi come quelli raccomandati, focalizzando ulteriori aspetti d'attenzione nella prescrizione del farmaco che riguardano il frazionamento della dose, consigliato fino a sei somministrazioni/die, e nell'affidamento che, ove possibile, è preferibile assegnare a terzi capaci di supervisione. È stata inoltre segnalata la maneggevolezza del farmaco, efficace in entrambe le modalità prescrittive (antiastinenziale-anticraving) seppure, nella prevenzione della ricaduta, in una bassa percentuale di casi, permangano rischi di abuso, (secondo alcuni più frequente nel cluster B dei Disturbi di Personalità) e di craving nei confronti del farmaco stesso (Maremmani *et al.* - 2010).

Particolare attenzione va perciò posta in questi casi.

Questo studio si propone di:

1. valutare l'efficacia del sodio oxibato nella prevenzione della ricaduta in termini di mantenimento dell'astinenza;
2. evidenziare gli eventuali casi di abuso del farmaco specie in presenza di un disturbo sull'asse II del DSM IV.

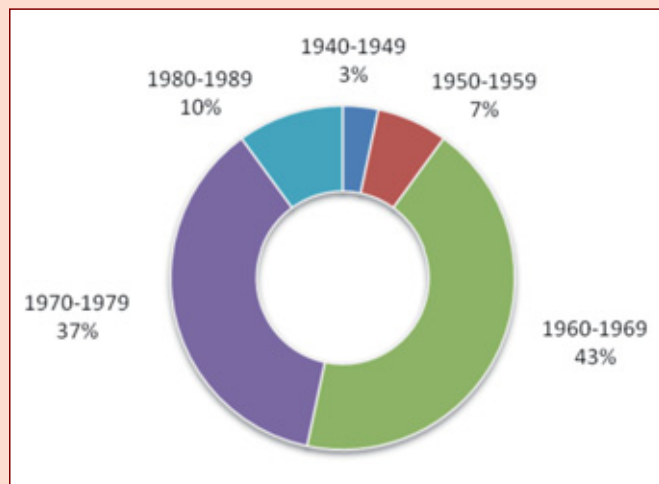
Metodologia

Lo studio comprende 30 pazienti di cui 25 maschi (83%) e 5 femmine (17%) di età compresa tra 21 e 70 anni seguiti nel periodo compreso tra febbraio 2009 e giugno 2010: la fascia maggiormente rappresentata è quella dei pazienti nati nel decennio 1960-69 seguita da quelli nati nel decennio 1970-79 (tab. 3).

Alcuni pazienti avevano avuto un abuso pregresso di altre sostanze, ma durante lo studio presentavano un abuso esclusivamente di alcolici.

Completata la fase di disintossicazione, sono stati somministrati il TCI (Temperamento and Character Inventory) e la SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder).

Tab. 3 - Distribuzione in base all'età



Nel frattempo si è valutato il craving verso l'alcol, sulla base di quanto riferito dal paziente, e si è inserito, nell'ottica della prevenzione della ricaduta, il GHB ad un dosaggio compreso tra 30 ml e 40 ml in tre/quattro somministrazioni die, pari a 50-75 mg/kg/die.

Tutti i pazienti hanno avuto colloqui con l'educatore condotti con tecniche psicoeducative e motivazionali volti al riconoscimento e al fronteggiamento delle situazioni a rischio di ricaduta nell'abuso di alcol (per migliorare le strategie per evitare l'assunzione di sostanze alcoliche) ed alcuni sono stati inseriti in gruppi sia di mutuoaiuto sia psicoeducativi.

Con monitoraggi periodici a cadenza mensile si è valutata l'astinenza, il craving, l'eventuale abuso di GHB e la necessità d'introdurre terapie farmacologiche rivolte sia a contrastare il craving (verso l'alcol) sia al trattamento delle problematiche psicopatologiche (che si traducevano in una sintomatologia psichiatrica) e di monitorare l'andamento del paziente nel tempo.

Risultati

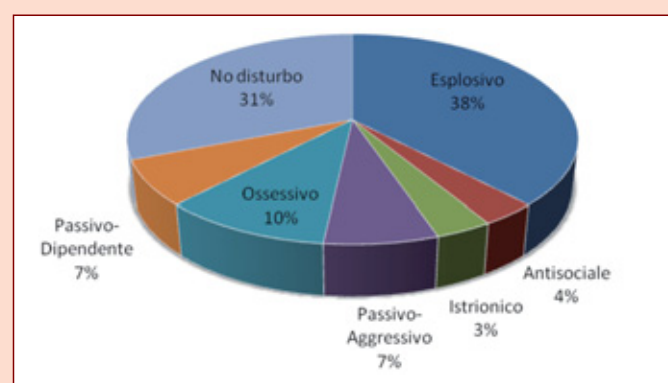
Nel gruppo in osservazione 15 pazienti avevano fatto precedente uso di tetraidrocannabinoli, 4 di eroina e 7 di cocaina (di cui 8 erano stati poliassuntori) infine 14 pazienti non hanno mai consumato sostanze psicotrope.

Il dato del temperamento, legato a elementi costituzionali, è ottenuto dall'elaborazione della Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence, Persistence del TCI (come da indicazioni di Cloninger). Nello studio sono presenti 11 pazienti con temperamento esplosivo (38%) 9 pazienti con assenza di disturbo (30%); i restanti 10 pazienti (32%) si distribuiscono tra temperamento passivo-dipendente, ossessivo, passivo-aggressivo, istrionico e antisociale (tab. 4).

Tabella complessiva dei dati degli utenti in studio

GENERE	Data	THC	Eroina	Cocaina	SCID	TCI NS	TCI HA	TCI RD	TCI P	TCI S	TCI C	TCI ST	Temperamento	Farmacoterapia	GHB	Disulfiram (DSF)	Abuso GHB
M	1974	1		1	DPE-DPD	60	85	10	1	4	1	1	Esplosivo	Depakin1000/ Sereupin 20	0	200mg	
M	1982	1			DPO- DPPA-DPB	75	20	50	55	1	15	75	0	Lyrica 150mg	30 ml	200mg	
M	1972	1		1	DPB	75	25	70	35	30	70	70	Istrionico		30 ml	200mg	
M	1968				DPB	6	65	6	35	20	50	35	Ossessivo		30 ml	0	
M	1977	1	1	1	DPB	15	85	35	15	25	35	7	Ossessivo	Depakin 1500/ Solian 200	40 ml	200mg	1
M	1964	1		1	DPB-DPD	80	99	25	2	55	50	65	Esplosivo		30 ml	400mg	
M	1978	1		1	DPO - DPP	85	35	50	75	5	65	3	0		0	0	
M	1966				DPB	50	65	60	55	25	15	91	0		40 ml	400mg	
M	1985				DPPA-DPB	97	99	85	1	7	7	35	Passivo- Aggressivo		30 ml	0	
F	1972				DPE-DPB	80	85	35	35	5	20	25	Esplosivo		30 ml	0	
M	1960				DPB	10	80	75	75	55	75	5	Passivo- dipendente		0	0	
F	1972				DPO-DPE- DPB	35	98	50	35	35	80	1	0		30ml	0	
M	1964	1	1		DPB	85	80	15	55	7	20	70	Esplosivo	Depakin 1000mg	0	400mg	
M	1968	1	1		DPB	99	70	35	75	1	50	35	Esplosivo	Ziprexa 5mg	0	0	
M	1980	1	1	1	DPB	70	10	75	75	55	60	35	Istrionico	Depakin 1500 / Efevor 75	0	0	
M	1979	1			DPO- DPPA- DPP-DPB	90	98	15	55	7	20	1	Esplosivo	Depakin 1000/ Abilify 10/ Sereupin 10/ Xanax0,50	40 ml	200 mg	1
M	1966	1			DPO-DPP- DPN	60	60	25	35	9	1	20	Esplosivo	Zoloft50 mg/ Tolepre900mg	30 ml	200 mg	1
M	1961				DPE- DPPA-DPB	70	91	60	8	20	50	80	Passivo- Aggressivo	xeristar60 mg	30 ml	0	
M	1978				DPB	15	65	45	35	45	15	15	0		0	0	
M	1974	1			DPB	65	98	10	8	40	3	20	Esplosivo		40 ml	200mg	
M	1969	1			DPO	45	60	35	8	25	35	20	0	cymbalta 30 mg	20 ml	0	
M	1945				DPB	65	45	50	75	65	80	65	0		0	0	
M	1972	1			DPB	94	75	6	15	1	15	1	Esplosivo		50 ml	0	1
M	1950				DPO-DPB	15	98	1	8	9	1	1	Ossessivo		30 ml	200 mg	
M	1956	1			DPD-DPB- DPE	80	96	25	2	4	40	75	Esplosivo		40 ml	400 mg	1

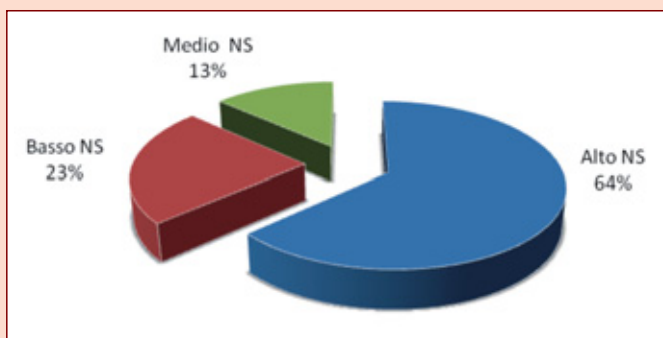
Tab. 4 - Temperamento



Osservando i risultati degli item del TCI osserviamo che 19 (64%) pazienti hanno una NS elevata (valori superiori a 65), 7 pazienti (13%) presentano valori medi e 4 (23%) hanno valori bassi (inferiore a 35) per la ricerca della novità (tab. 5).

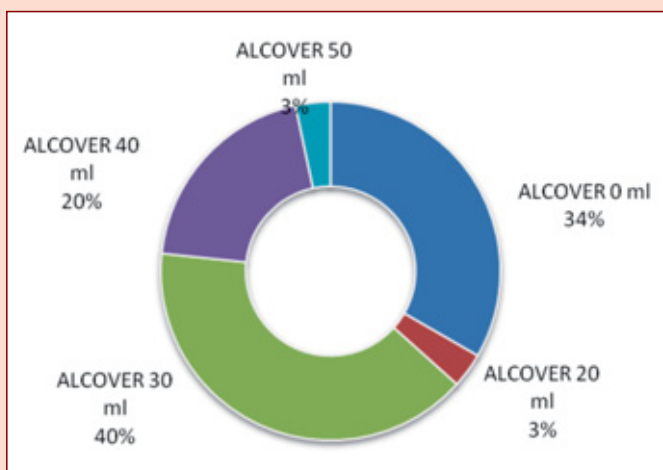
La SCID-II, test per l'assessment psicodiagnostico dei Disturbi di Personalità di Asse II del DSM IV-TR, ha evidenziato una prevalenza dei Disturbi di Personalità Borderline, una discreta rappresentanza dei Disturbi di Personalità Ossessivo ed Evitante, la presenza di Disturbi Passivo Aggressivo, Dipendente, Paranoico e Narcisistico (vedi tab. complessiva dei dati).

Tab. 5 - Distribuzione NS



Nel gruppo di studio 10 pazienti non hanno assunto GHB (34%), 12 pazienti (40%) hanno assunto GHB al dosaggio di 30 ml e 6 pazienti (20%) a 40 ml (tab. 6).

Tab. 6 - ALCOVER



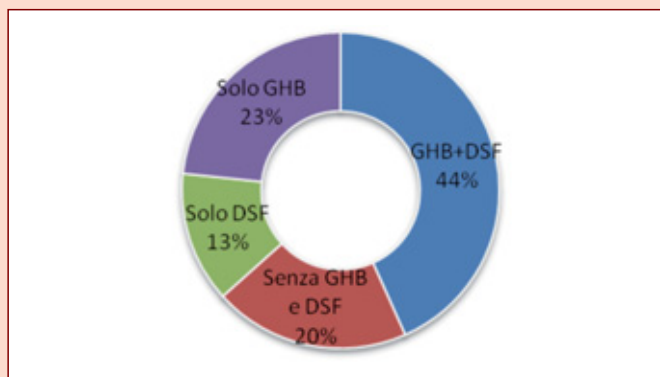
Nel gruppo che aveva in terapia il GHB (20 pazienti) il 75% (15 pazienti) assumevano il farmaco correttamente e il 25% (5 pazienti) ne faceva abuso (tab. 4). Infine 11 pazienti (35%) hanno assunto una terapia psicofarmacologica.

Discussione

Il farmaco GHB è stato somministrato nel 67% dei casi mentre nel 33% dei casi non è stato assunto il GHB. Tra i 20 pazienti che hanno assunto il GHB (67% dell'intera popolazione), il 65% lo associavano al disulfiram (13 pazienti) e il 35% lo assumeva in monoterapia (7 pazienti). L'associazione farmacologica del GHB con disulfiram ha come scopo, da una parte, di fronteggiare il desiderio di bere, dall'altra di intervenire in modo più "auto-normativo" sulla decisione di non assumere alcolici. In particolare l'azione farmacologica si manifesta sulla neurotrasmissione a livello del sistema mesolimbico in maniera diretta attraverso l'utilizzo del GHB; paralle-

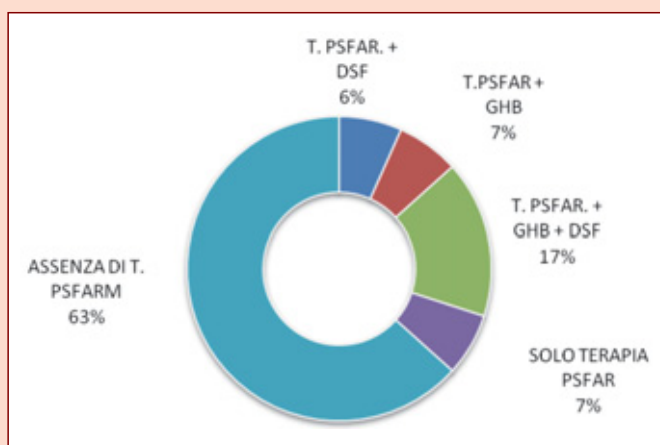
lamente si può considerare un'altra azione neuroplastica indiretta correlata al trattamento psico-educativo ed ai vissuti esperienziali e relazionali, consentiti dallo stato di sobrietà (al quale entrambi i farmaci prescritti contribuiscono), essenziali nella prevenzione della ricaduta. Tra i pazienti che non assumevano GHB (10 pazienti), 4 assumevano il disulfiram (13% della popolazione complessiva) (tab. 7).

Tab. 7 - Distribuzione GHB e Disulfiram



Nella popolazione ove era presente un malessere psichico, l'introduzione di farmaci che agivano sulla sfera affettiva, sull'ansia e sull'impulsività quali stabilizzatori dell'umore e antidepressivi di nuova generazione, ha permesso di dare una risposta di cura al sintomo-disagio psichico che si rifletteva positivamente sul craving. Nel nostro studio osservazionale il 37% dei pazienti ha trovato giovamento dall'introduzione di una terapia psicofarmacologica da sola o associata con GHB o Disulfiram. I presidi farmacologici principalmente utilizzati sono stati antidepressivi quali venlafaxina 75 mg, escitalopram 20 mg, sertralina 50 mg, duloxetine 60 mg e stabilizzatori d'umore quali acido valproico 1000 mg, gabapentin 600 mg, oxcabazepina 600 mg, olanzapina 2,5 mg, quietapina 200 mg (tab. 8).

Tab. 8 - Terapia psicofarmacologica associata a DSF e GHB



In totale 25 pazienti hanno tratto beneficio da terapie che, a diversi livelli, hanno collaborato allo stato di sobrietà.

I pazienti trattati con GHB nell'85% dei casi (17) hanno avuto un buon controllo del craving ed hanno mantenuto l'astinenza per tutto il periodo di osservazione.

La Novelty Seeking (ricerca della novità) presenta elevati valori, come sopra detto, in 19 pazienti; secondo Cloninger il suo principale mediatore chimico è la dopamina.

Possiamo ritenere che questi soggetti abbiano un'alterazione di tale neuro modulatore.

Abbiamo osservato che il gruppo di pazienti che presentano temperamento esplosivo (11 pazienti) ha assunto nel 64% dei casi (7) il farmaco GHB a dosaggio vario. Il 57% di questo gruppo (4 pazienti) ed 1 paziente con temperamento ossessivo hanno sviluppato una dipendenza verso il farmaco con tendenza all'abuso.

Nell'insieme il 25% (5 casi) dei pazienti che ha assunto GHB ha avuto comportamenti d'abuso verso il farmaco. Tra questi, in 3 casi si è deciso di sospendere il farmaco (15% dei casi).

Questo dato che si discosta da quanto emerge dalla letteratura (abuso nel 2,3-10,1% dei casi - Manzato 2004) merita maggiore approfondimento e non può pertanto rappresentare una considerazione conclusiva per via dell'esiguità del campione (solo 30 casi) e della prevalenza ampia dei disturbi di asse II del DSM IV.

Un altro approfondimento diagnostico effettuato tramite la SCID e i colloqui osservazionali ha consentito di osservare che i pazienti con tendenza all'abuso del GHB (5) presentano nell'80% un Disturbo di Personalità Borderline sull'asse II del DSM IVTR ed in un caso un Disturbo di Personalità Narcisistico.

Tutti gli abusatori presentavano un disturbo di personalità del cluster B.

L'abuso dell'acido gammaidrossibutirrico, si è rilevato in parte, 40% (2 casi), un misuse finalizzato all'ottenimento di un effetto anticraving del farmaco con la correzione "autocurativa" della posologia.

In questi casi si è risposto al misuse, con esito positivo, attraverso un ri-aggiustamento del dosaggio del farmaco.

Negli altri casi, 60% (3 casi), l'abuso del GHB da parte del paziente, a fronte di un malessere psichico (ansia, depressione, discontrollo degli impulsi), mascherava il craving verso l'alcol (sostanza alla quale il paziente aveva dato una connotazione di senso negativo nella propria vita).

In questi casi la persistenza del disturbo psichico e del craving non hanno consentito di correggere l'abuso.

Infine abbiamo osservato che tutti i pazienti che hanno avuto comportamento d'abuso verso il GHB sono stati in passato consumatori di sostanze psicotrope illegali e presentano in buona maggioranza un temperamento esplosivo.

Questo dato può far riflettere su una predisposizione

genetica di alcuni soggetti a essere degli abusatori di sostanze psicotrope.

Conclusioni

Il Sodio Oxibato (GHB) ha mostrato essere un farmaco maneggevole ed efficace oltre che nella sindrome astinenziale dall'alcol anche nella più articolata fase della prevenzione della ricaduta, sia in monoterapia sia in associazione con altri farmaci del tipo revulsivante (Disulfiram) e neuropsichiatrico (Stabilizzanti dell'umore, antidepressivi di nuova generazione).

Il GHB in monoterapia ed in associazione con i neuropsicofarmaci ha svolto un'azione anticraving e di supporto ai trattamenti non farmacologici essenziale per il buon esito del trattamento (mantenimento dell'astinenza durante il periodo di osservazione nell'85% dei casi, ovvero 17 su un totale di 20 dei pazienti trattati con GHB).

I soggetti (5) che manifestavano un'appetizione verso il farmaco GHB presentavano in 4 casi un temperamento esplosivo ed in 1 caso temperamento ossessivo.

Tutti presentavano una diagnosi di Disturbo di Personalità del cluster B, in particolare 4 soggetti presentavano una diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline ed un soggetto presentava una diagnosi di Disturbo di Personalità Narcisistico.

Tra gli abusatori il 40% (2 casi) ha espresso un misuse finalizzato all'ottenimento di un effetto anticraving del farmaco con la correzione "autocurativa" della posologia; in questi casi si è risposto al misuse, con esito positivo, attraverso un ri-aggiustamento del dosaggio del farmaco; nel restante 60% (3 casi) l'abuso di GHB mascherava il craving verso l'alcol sostenuto dal disturbo psichiatrico.

In questi casi la persistenza del sintomo psicopatologico e del craving non hanno consentito di modificare l'abuso di GHB e ciò ha indotto i curanti alla sospensione del farmaco.

In ultimo riteniamo che l'estensione ad un più allargato numero di casi sia utile per verificare la validità dei risultati ottenuti da questo studio.

Bibliografia

1. Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G. (2003), "Il craving nella dipendenza da alcol: dalla clinica al trattamento", *Medicina delle Tossicodipendenze*, anno XI, n. 40, sett.
2. Addolorato G., Ferrulli A., Leggio L., Diana M., "Il craving nell'alcol-dipendenza: meccanismi fisiopatologici e trattamento", *Elementi di neuroscienze e dipendenze*.
3. Addolorato G., Caputo F., Stefanini G.F., Gasbarrini G., "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: possible craving development for the drug", *Addiction*, 92: 1041-1042.

4. Anton R.F., M.D. (1999), "What Is Craving? Models and Implications for Treatment", *Alcohol Research & Health*, vol. 23, n. 3.
5. Bignamini E., Arcieri L., Damiani M., Giulio R., Minniti M., Zazza S. (2006), *La dipendenza da sostanze*.
6. Carter L.P., Koek W., France C.P. (2009), *Behavioral Analyses of GHB: Receptor Mechanisms*, NIH Pharmacol Ther., January.
7. Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001), "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico", *Boll. Farmacodip. e Alcolis.*, XXIV(1).
8. Cibin M. (2004), "Il GHB nella pratica clinica: alcune 'frequent questions'", *Mission 11*.
9. Cibin M., Zavan V., Manzato E., *La prevenzione della ricaduta*.
10. Caputo F., Vignoli T., Maremmani I., Bernardi M., Zoli G. (2009), "Gamma Hydroxybutyric Acid (GHB) for the Treatment of Alcohol Dependence: A Review", *Int. J. Environ Res. Public Health*.
11. Gerra G., Zaimovic A. (2003), *L'acido gamma-idrossibutirrico (GHB) come farmaco*, Mission 8.
12. Gerra G., Zaimovic A., *Craving: aspetti comportamentali e biologici, Vulnerabilità all'Addiction*.
13. Gilpin N.W., Ph.D., Koob G.F., Ph.D. (2008), "Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms", *Alcohol Research & Health*, vol. 31, n. 3.
14. Janiri L., Calvosa F., Dario T., *Il "craving" nell'alcolismo*.
15. Manzato E. (2004), "Il trattamento farmacologico di prevenzione della ricaduta nell'alcoldipendenza", *Mission 11*.
16. Manzato E. (2004), *Alcolismo, policonsumo e comorbidità psichiatrica - Alcol, alcolismi: cosa cambia*.
17. Manzato E., *Il trattamento riabilitativo integrato della comorbidità psichiatrica nell'alcoldipendenza*.
18. Maremmani I., Cibin M., Mosti A., Ceccanti M. (2010), "GHB nella clinica dell'alcolismo: raccomandazioni ed osservazioni", *Addict 67*, giugno.
19. Verheul R., Van Der Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol", *Alcohol & Alcoholism*, vol. 34, n. 2: 197-222.

La Psicoterapia di accompagnamento riabilitativo (PAR)

"Metafore specifiche e Mindfulness nella psicoterapia delle alcoldipendenze"

Paolo de' Lutti*

Nel testo di presentazione del recente convegno FeDerSerD di Riva del Garda si legge: "Mito è narrazione fantastica, ma anche evento o personaggio idealizzato che assume caratteri simbolici e capacità di agire sul pensiero e sui comportamenti delle persone...".

Da queste osservazioni è possibile impostare una metodologia di approccio e di intervento terapeutico in diversi campi del comportamento e della psicopatologia, come ad esempio nelle Dipendenze, dove oltre ai trattamenti basati su evidenze scientifiche, si possono affiancare tecniche terapeutiche che utilizzano elementi di tipo immaginativo e simbolico di pari importanza ed efficacia.

Quando ho iniziato a occuparmi della Riabilitazione di persone alcol dipendenti ero molto interessato alle diverse modalità di espressione della sofferenza da parte di tali pazienti e, nel servizio ospedaliero dove lavoravo, si privilegiava un approccio di tipo creativo, lasciando spazio alla espressione grafica, pittorica ed alle verba-

lizzazioni derivanti dalle tecniche immaginative proposte, o alle esperienze di contatto di gruppo con l'ambiente naturale, durante le escursioni guidate previste dal programma.

Infatti ogni occasione creativa permette a ciò che si è raccolto nella coscienza di emergere, come da un "crogiolo segreto".

In tal modo si potevano cogliere importanti aspetti relativi alla unicità dell'espressione patologica, che trovava così un idoneo modo di evidenziarsi.

In quel contesto e successivamente in altri ambiti terapeutici ho continuato a sviluppare un orientamento metodologico che privilegiava l'utilizzo di strategie basate sull'uso delle metafore, delle immagini, delle tecniche di distensione immaginativa, a volte ipnotica, individuali e di gruppo.

Infatti ritengo possibile individuare un percorso ideale di "recupero terapeutico" nei pazienti con problemi di dipendenza da sostanze, che mi piace chiamare "Psicoterapia di accompagnamento riabilitativo" (PAR).

Tale modalità di intervento, fatte salve le premesse di inquadramento diagnostico abituali, presuppone un percorso riabilitativo di lungo periodo che richiede sem-

* Medico-psicoterapeuta, Responsabile Riabilitazione Alcolologica Associazione HANDS, Bolzano, Psicoterapeuta Istituto RIZA, Docente Istituto Bernheim Ipnoterapia - Verona.

pre un notevole impegno in termini di risorse umane e professionali.

Già il trattamento medico psico sociale teorizzato da Hudolin e ampiamente sviluppato a livello internazionale, implica un orientamento ampio, che include spesso l'intervento di varie professionalità e anche di operatori volontari sullo sfondo di uno specifico orientamento culturale.

Inoltre alcune convalidate buone prassi di approccio alle problematiche alcol correlate come l'intervento motivazionale, il counseling di prevenzione della ricaduta, e le metodologie insite nei Gruppi di aiuto per alcolodipendenti, prevedono l'utilizzo di alcune specifiche qualità come l'ascolto aperto, l'empatia, l'approccio fiducioso e non giudicante.

Tali aspetti che possono andare a configurare un più adeguato modo di porsi nei confronti delle persone con problemi di dipendenza, non sono messi in primo piano a livello di formazione universitaria e di pratica professionale, ma essi vengono spesso riscoperti come assai utili solamente nella esperienza pratica diretta e continuativa (come è accaduto anche nel mio caso).

Lavorando in ambito ospedaliero, e poi ambulatoriale, con strategie individuali e di gruppo a fianco di operatori professionali e volontari, posso affermare che il percorso riabilitativo di una alcolodipendenza va a configurare una storia assai lunga con capitoli anche molto sofferti, e che può considerarsi a basso "rischio di ricaduta" solamente quando si è instaurato un cambiamento assai profondo nella visione del mondo del paziente, e nel suo modo di saper fronteggiare la vita.

Una PAR si propone di accompagnare, appunto la persona, ad individuare gli elementi più idonei per ristrutturare una condizione psicosociale e intrapsichica spesso molto decaduta.

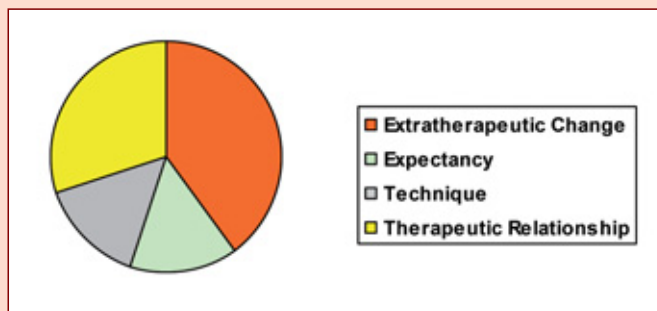
Proprio in virtù della cronicità del problema patologico come l'alcolodipendenza, trovo adeguato inserire nell'ambito dell'intervento terapeutico e riabilitativo alcuni strumenti che sembrano divergere come direbbe M. Fea, dal "metodo scientifico" ma che invece possono rivelarsi molto efficaci, come le metafore, e le immagini. Uno studio molto ampio di M. Lambert (1992) ha valutato l'importanza dei fattori di base che possono risultare efficaci in una Psicoterapia (Factors in Psychotherapeutic Outcome).

La conclusione è che solo il 15% dei "buoni risultati" è da attribuire alla "tecnica terapeutica"!

Un altro 15% è da attribuire alla aspettativa del cliente, un 40% a quello che è definito come cambiamento extraterapeutico (Extratherapeutic Change), e un 30% alla relazione terapeutica.

Questi dati possono far riflettere adeguatamente sulla modalità con cui ci rapportiamo ai pazienti.

Il presente lavoro, "Metafore specifiche e Mindfulness nella psicoterapia delle alcolodipendenze" propone alcune strategie che derivano dalla esperienza terapeutica



diretta con utenti in ambito di setting individuale e di gruppo.

Le metafore specifiche sono state da me elaborate e validate, e ho poi nel tempo desiderato metterle "nero su bianco" trasferendole in ambito grafico.

A tale scopo mi sono avvalso della preziosa opera di Marco Weber, operatore sociale dalle spiccate qualità artistiche, con cui ho lavorato molto spesso.

Senza entrare nel merito di una specifica presentazione del metodo, che inoltre può variare sulla base della diversa utenza, ritengo che l'uso delle immagini e delle metafore possa trovare una valida applicazione in diverse situazioni e sulla base di differenti strategie:

- utilizzo in ambito informativo e motivazionale;
- utilizzo in fase di approccio medico anche in prima fase di detossicazione;
- utilizzo in una seconda fase di stabilizzazione in ambito di psicoterapia individuale;
- utilizzo in una terza fase di intervento riabilitativo con strategie che definisco "ristrutturanti";

e inoltre specifiche metafore e immagini possono essere proposte anche per:

- incontri di gruppo
- interventi di rinforzo "dell'IO" e delle capacità di fronteggiamento;
- interventi finalizzati alla modulazione del Craving;
- interventi di sensibilizzazione per operatori del settore.

A livello strettamente pratico è possibile in ambito di setting individuale, ad esempio, proporre direttamente una immagine che individua una metafora rappresentante uno specifico tema.

Se ad esempio presento l'immagine del *Temporale* come metafora della ricaduta, posso usare un metodo *induttivo* citando esplicitamente le analogie che l'immagine ha col fenomeno della ricaduta, oppure utilizzo un metodo *deduttivo*, ricavando dalla testimonianza del paziente stesso sulla sua ricaduta, gli elementi che possono essere individuati nell'immagine stessa.

L'efficacia del metodo mi è spesso possibile riscontrarla allorché è la persona stessa che mi porta la sua esperienza personale di percorso riabilitativo, riporta metafore ed immagini che abbiamo precedentemente affrontato assieme.

Questo aspetto è anche particolarmente utile quando viene proposto e discusso in incontri di gruppo.

Come sopra segnalato, alcune metafore trovano particolare indicazione in determinati momenti del percorso di cura e riabilitazione, così che ho l'abitudine di abbinare in questo modo specifiche metafore a determinati momenti del percorso riabilitativo.

Trovo indicato proporre in una prima fase, dopo l'eventuale disassuefazione o disintossicazione, metafore come: *la strada - la maschera - il capo indiano - la bilancia - il miele sul rasoio*.

In una seconda fase immediatamente successiva al trattamento medico, o dopo una ricaduta, propongo metafore più specifiche per fronteggiare il Craving come: *il ponte - il surfista - il temporale - angelo e diavolo - la sentinella*.

In una terza fase, che intendo come quella del lungo percorso di riabilitazione, dove è necessario individuare interventi di tipo "strutturante" e che spesso implicano un profondo confronto con la nostra interiorità, come in ambito psicoterapeutico, trovo utile lavorare con metafore tipo: *il contadino - il castello delle emozioni - il cuoco - la stufa - il luogo sicuro...*

Sono veramente numerose le associazioni mentali e comportamentali che possono essere favorevolmente utilizzate nel percorso riabilitativo, derivanti dall'approccio terapeutico basato sulle immagini.

In particolare alcune di esse, quando vengono proposte in un setting di tipo psicoterapeutico con approccio di distensione immaginativa o ipnotica, possono determinare elaborazioni personali molto significative per il soggetto in questione.

La Mindfulness

Può essere definita come *"la consapevolezza che emerge prestando attenzione intenzionalmente nel momento presente e in modo non giudicante al presentarsi dell'esperienza momento per momento"*.

Questa semplice definizione di John Kabat Zinn, uno dei primi medici attivi nella sperimentazione scientifica della Mindfulness, fa intuire che tale metodologia è una cosa molto pratica.

Essa affonda le radici nella Psicologia buddista e applica strategie di tipo meditativo ma che sono molto facilmente proponibili a persone che abbiano una adeguata motivazione a migliorare la loro qualità di vita, così come a persone portatrici di vari tipi di sofferenza fisica e psichica.

La Mindfulness propone strategie che partono dal quotidiano, dalla pratica, dalla semplicità.

Strategie che peraltro necessitano di una certa determinazione e di una continua applicazione.

In questo modo essa diviene un potente strumento di cambiamento, partendo dalle piccole cose.

Questa possibilità di cambiamento di certe abitudini mentali consolidate, è portatrice di benessere e stabi-

lità, e va intesa come uno sviluppo delle potenzialità umane, ovvero come un obiettivo raggiungibile da persone interessate ad un cambiamento sostanziale del loro stile di vita.

Queste potenzialità vanno ascritte al campo che il professor Hudolin definiva "Spiritualità antropologica", e questa dimensione umana non va equivocata, perché è la stessa che C.G. Jung indicò ad uno dei fondatori di Alcolisti Anonimi, come via maestra per potersi affrancare dall'alcoldipendenza.

E tale condizione è anche la stessa che possiamo trovare nei lavori di molti autori che si occupano di Medicina e Psicologia delle Dipendenze (Schaub, Cloninger, Marlatt, Kabat Zinn, Bien, ed altri).

Io credo che l'utilizzo della Mindfulness, delle tecniche immaginative, e delle metafore specifiche possa essere validamente proposto nell'ambito della prevenzione delle ricadute, come ci ricorda lo stesso prof. Marlatt.

Infatti l'esperienza terapeutica insegna che la ricaduta non è mai un evento casuale, ma sembra essere il frutto di precisi accadimenti interiori associati a comportamenti e stimoli esterni che assumono un ruolo decisivo nel determinare e mantenere questo fenomeno.

Vi sono situazioni della vita personale che un alcolista in buona parte conosce ma che fatica a fronteggiare.

In questo campo specifiche strategie immaginative di fronteggiamento delle situazioni di rischio di ricaduta, possono assumere un elevato valore terapeutico e riabilitativo.

Il Craving

È un complesso insieme di fattori che si configura come un intenso e incontrollabile desiderio di sperimentare gli effetti di una sostanza psicoattiva che già è stata utilizzata in passato, e tale fenomeno che si attenua nel tempo, può peraltro comparire anche dopo molti anni.. Le aumentate conoscenze neuro biologiche e sperimentali sul fenomeno Craving hanno dimostrato la possibile origine profonda di tale compulsione, che avrebbe collocazione mesencefalica, poco facilmente modulabile dalle strutture corticali umane.

E tale fenomeno si esprime in una sofferenza clinica ai confini tra il pensiero ed il corpo, ingestibile con un approccio basato sulle parole, ma piuttosto sensibile ad un accudimento corporeo e preverbale (Cibin-Hinenthal-Zavan e coll.)

Da qui nasce una prima considerazione sull'importanza dell'atteggiamento personale del terapeuta o dell'operatore che si occupa di questa sofferenza.

Ed anche sull'importanza di poter sviluppare un metodo ed una serie di strategie che possano aumentare le capacità di fronteggiamento della ricaduta, ovvero le famose "Coping Skills". L'utilizzo della Mindfulness e

alcune strategie immaginative ed esperienziali mi sembra possano essere certamente incluse nel novero delle tecniche più idonee a questo scopo.

Gerra e Zaimovic in un loro interessante lavoro approfondiscono alcuni aspetti del craving in modo assai convincente e arrivano a concludere che: è stato verificato che le misure della consapevolezza e dell'attenzione rispetto agli elementi scatenanti il Craving possono essere inversamente correlate con l'entità reale del consumo di sostanze.

Semplificando molto, possiamo dire che più sei attento e consapevole, e meno bevi !

L'attenzione, la consapevolezza, la disciplina mentale, l'accettazione, la capacità di osservare attentamente le parti costitutive delle proprie abitudini comportamentali ed emotive, per poi modificarle con atteggiamenti mentali più idonei, sono la base fondante della Mindfulness, intesa come strumento privilegiato per una profonda e positiva ristrutturazione mentale, comportamentale ed emotiva. Molto idonea quindi per le persone con problemi di dipendenza da sostanze.

È possibile individuare ancora un'altra area di intervento specifico nell'ambito della alcol dipendenza, in cui poter proporre anche l'uso di tecniche immaginative e di Mindfulness.

Mi riferisco alle ricerche sperimentali che hanno tentato di investigare come origina il Craving per l'alcol.

Ancora Gerra e Zaimovic citano uno studio di Weinstein relativamente alle diverse condizioni interne e ambientali che possono innescare "l'urgenza del bere".

È stato verificato che in una prima fase susseguente alla disassuefazione alcolica, gli stimoli scatenanti di rilievo per una riattivazione del Craving sarebbero la disponibilità di bevande alcoliche, le immagini "cue" che richiamano il bere, così come alcuni "passaggi ponte" con elementi autobiografici della storia personale che evocano esperienze di craving.

Tutte queste condizioni si sono rivelate capaci di indurre una serie di condizioni psicobiologiche correlate con un aumento del Craving.

Relativamente alle "immagini cue" e al richiamo di ricordi autobiografici di craving, ho notato che è possibile intervenire con l'utilizzo di strategie di tipo immaginativo che abbiano una capacità di "ristrutturazione" interiore con la possibilità di favorire la creazione di un "luogo sicuro interiore".

Sulle stesse componenti scatenanti il Craving, trovo possibile poter anche proporre l'utilizzo di

Esperienze di Mindfulness mirate allo sviluppo di una capacità di "osservazione interna" che permetta di lasciar scorrere via qualunque tipo di immagine o sensazione che non riguardi "il momento presente".

Questo training mentale propone esattamente la possibilità di creare una base sicura nel corpo (che a differenza dei nostri pensieri è *sempre nel presente*) in modo da poter ancorare le nostre sensazioni del momento solo sul corpo, imparando, come detto a *lasciar fluire* senza interferire in alcun modo.

La chiave risulta quindi essere non quella di cambiare i nostri pensieri, ma solamente il nostro modo di relazionarci ad essi.

Queste modalità si possono rintracciare anche in sperimentate tecniche di approccio strutturate in efficaci metodi terapeutici come la MBSR (Mindfulness-based-Stress-Reduction) di Kabat Zinn e la MBTC (Mindfulness - based-Cognitive - Therapy) di Teasdale, Segal & Williams ed anche in parte DBT (Dialectical - Behavior - Therapy) di Marsha Linehan.

Riprendo ancora in conclusione il lavoro di Lambert sulla efficacia complessiva dei trattamenti psicoterapeutici e propongo una riflessione di M. Fea che si interroga proprio sulla limitatezza delle usuali procedure di cure in ambito di patologie croniche come le Dipendenze, ipotizzando che alcuni costrutti teorici potrebbero essere "giunti a saturazione", dato che la guarigione spesso avviene quasi indipendentemente dal tipo di cura praticata (il 40% nello studio di Lambert).

Da qui la possibilità e la necessità di proporre a livello terapeutico l'utilizzo di strategie come le metafore e la Mindfulness nella riabilitazione dalle Dipendenze, come idonea modalità da utilizzare in veste di *artigiano riparatore di destini* e non solamente come *professionista della salute*, abituato ad una "prassi operativa e concettuale organizzata", a volte avara in termini di efficacia (parafrasando M. Fea).

Bibliografia

- Gerra G., Zaimovic A. (2002), "Vulnerabilità all'Addiction", *Craving: aspetti biologici e comportamentali*.
- Cibin M., Hinnenthal I., Levarta M., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001), "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico", *Bollettino per le farmacodipendenze e alcolismo*.
- Didonna F. (2010), *Master in Mindfulness Based Therapy - Introduzione alla Mindfulness*, Vicenza.
- Nairn R. (2010), *Compassione ed accettazione in Psicoterapia*, Master in MBT.
- Fea M. (2010), *Riparatori di destini: dipendenze, etica e biologia*, FrancoAngeli.
- Giorgiotti A.B. (2005), *L'arte di coltivare l'orto e se stessi*, Consorzio LVG.

Alcol e gravidanza tra ricerca e intervento

Progetto “Kambiomarcia-in attesa cambia”

P. Riscica*, S. Bazzo**, L. Czerwinsky**, G. Dal Pozzo***, M. Bottarel***, G. Moino*, F. Marini****, G. Battistella*****



Il progetto “Kambiomarcia: in attesa cambia”

Il progetto è stato realizzato dall’UO di Alcolologia del Ser.T. 1 - Dipartimento delle Dipendenze in collaborazione con UO di Ginecologia Ostetrica del Presidio Ospedaliero di Treviso, il Servizio di Statistica ed Epidemiologia, l’UO di Controllo e Gestione

URP – Comunicazione e

Marketing dell’Azienda ULSS n. 9 – Treviso e con l’Università di Trieste attraverso un dottorato di ricerca in Medicina Materno - Infantile, Pediatria dello Sviluppo e dell’Educazione, Perinatologia.

Il progetto rientra nella strategia di prevenzione alcolica dell’Azienda ULSS 9, che vede come centrale l’obiettivo del cambiamento culturale della comunità attraverso azioni complementari di marketing sociale e di prevenzione selettiva, mirate alle situazioni di consumo di alcol particolarmente a rischio.

Kambiomarcia: “in attesa cambia” ha come obiettivo quello di aumentare la possibilità di avere una gravidanza sana e quindi un bambino in buona salute: il consumo di alcol durante la gestazione e l’allattamento, come emerge dall’ampia letteratura scientifica sul tema, è da ritenere evento altamente a rischio.

Il progetto ha visto il coinvolgimento dell’Università di Trieste tramite un dottorato che ha permesso la realizzazione di una ricerca dettagliata e completa sulle conoscenze e atteggiamenti di alcune fasce di popolazione dell’Azienda ULSS n. 9.

A seguito della ricerca è stata lanciata una campagna di marketing sociale con un’immagine coordinata che ha coinvolto una rete intra ed extra aziendale, da segnalare in particolare il coinvolgimento della rete dell’area commerciale.

L’immagine, volutamente di impatto, è stata realizzata da Fabrica della Benetton Group che ha collaborato come creative sponsor del progetto.

* UO Alcolologia Ser.T., 1 Regione Veneto Az. ULSS 9.

** Università degli Studi di Trieste.

*** UOC Ginecologia, Regione Veneto Az. ULSS 9.

**** Servizio Comunicazione e Marketing Regione Veneto Az. ULSS 9.

***** Servizio di Statistica ed Epidemiologia. Regione Veneto Az. ULSS 9.

La immagine del feto nel bicchiere di spritz ha avuto nel web un’inaspettata diffusione in tutto il mondo e ha posto le basi per avviare percorsi futuri di interventi di prevenzione.

Questo progetto rappresenta la prima esperienza italiana di ricerca ed intervento educativo da parte di un’azienda sanitaria, con la partecipazione di quanti (professionisti, istituzioni, volontariato, reti commerciali, popolazione) sono chiamati a perseguire l’obiettivo salute, rispetto ai rischi dell’uso di alcol in gravidanza e in allattamento (1).

Il consumo di alcol in gravidanza

Quando una donna in gravidanza beve alcol, anche il suo bambino “beve” con lei.

Questo rappresenta un grave rischio per lo sviluppo fetale.

L’alcol attraversa facilmente la placenta (2) e raggiunge elevate concentrazioni a livello fetale, simili a quelle materne (3).

Non avendo ancora sviluppato il corredo enzimatico necessario per la metabolizzazione dell’alcol e dei suoi metaboliti tossici, il suo livello di alcolemia resta alto per un periodo di tempo più lungo, rimanendo così più esposto ai suoi effetti nocivi (4).

Numerosi studi hanno messo in evidenza gli effetti negativi legati all’assunzione di etanolo, evidenziando i diversi meccanismi molecolari (5) con cui l’alcol agisce ed interferisce con il normale sviluppo del feto e sebbene questi meccanismi molecolari non siano ancora del tutto chiariti, anche gli studi più recenti sottolineano come i risultati possono essere drammatici e irreversibili (6).

L’alcol può indurre direttamente delle anomalie nello sviluppo dell’embrione e del feto (7).

Essendo il suo consumo legale e molto diffuso, l’alcol è ritenuto la sostanza potenzialmente teratogena più frequentemente usata al mondo (8).

Nel mondo occidentale l’uso di alcol in gravidanza è la principale causa prevenibile di ritardo mentale nel bambino (9).

A seconda dello stadio di sviluppo dell’embrione o del feto, e in proporzione alla quantità di alcol consumata e alla durata del consumo, le ripercussioni sulla salute del bambino possono essere più o meno gravi (10).

L’effetto teratogeno dell’alcol si manifesta attraverso vari meccanismi, che portano alla morte prematura

delle cellule (11) o interferiscono con il loro normale sviluppo o collocazione, causando anomalie nella struttura fisica del neonato e compromettendone la crescita.

La conseguenza più grave dell'esposizione prenatale all'alcol è data dall'impatto sullo sviluppo del sistema nervoso centrale (12).

Diversi studi dimostrano gli effetti dell'alcol sul sistema nervoso centrale del feto, che dal punto di vista strutturale si concretizzano in alterazioni della forma, del volume e dell'area superficiale dell'encefalo, mentre stanno cominciando ad essere descritte anche le anomalie funzionali che possono permettere una migliore comprensione dei processi neurali associati ai deficit riscontrati (13).

Tali effetti sono permanenti e possono verificarsi in qualsiasi stadio della gravidanza, anche se alcuni studi suggeriscono che i periodi più critici nell'uomo sembrano essere il primo e il terzo trimestre (14).

La probabilità che il feto subisca danni aumenta proporzionalmente al consumo di alcol da parte della madre, tuttavia nel determinare il danno al feto, contribuiscono diversi fattori (15).

Oltre allo stadio della gravidanza, le alterazioni causate dall'alcol dipendono in primis dal livello di alcolemia fetale, che varia a seconda della quantità consumata, la frequenza del consumo, la tipologia del consumo.

In particolare, il binge drinking (cioè il consumo di 5 o più bicchieri di alcol in un arco di tempo molto ravvicinato) risulta essere più pericoloso del consumo della medesima quantità in un arco di tempo dilazionato (16).

Altri fattori di rischio sono rappresentati dalle abitudini e condizioni alimentari della madre, da fattori genetici, dalla poliassunzione di sostanze (tabacco, droghe ecc.), dallo stato di salute generale della madre, dall'età, dallo stato socioeconomico, dallo stress, da fattori ormonali e metabolici (17).

Una questione ancora dibattuta è la possibilità di individuare una quantità di alcol assumibile senza provocare danni al bambino.

Gli studi finora effettuati sui potenziali effetti derivati dal consumo "moderato" di bevande alcoliche non hanno ancora trovato consenso sui livelli di rischio, ovvero se esista una soglia sotto la quale l'alcol non eserciti un'azione teratogena (18).

Questo può essere spiegato sia dalle diverse definizioni di consumo, sia da problemi metodologici e di analisi dei dati, sia dalle difficoltà nel determinare l'importanza di fattori confondenti (come ad esempio la predisposizione genetica) (19).

Secondo alcuni autori, il consumo di 7 drink a settimana è associabile a problemi cognitivi e comportamentali nel bambino (20).

Una recente review dello Swedish National Institute of Public Health (21) sottolinea come anche dosi modeste di alcol, quali ad esempio un bicchiere alla settimana, possano avere un impatto sullo sviluppo cognitivo e socio-emozionale del bambino in età prescolare e scolare.

Alcuni autori affermano che il consumo in gravidanza di 1-2 unità di alcol al giorno è associato a disturbi dell'attenzione e del comportamento nell'infanzia (22).

Consumo di alte e frequenti dosi determinano una probabilità del 6-10% che il feto sviluppi la sindrome fetale alcolica, mentre per dosi modeste e frequenti c'è il rischio di "effetti alcolici", quali lieve disabilità intellettiva, disturbi della crescita ed anomalie del comportamento.

Invece per episodi di "binge drinking" il bambino corre il rischio di moderati deficit intellettivi (23).

Secondo altri studi (24), è possibile che anche bassi livelli di esposizione all'etanolo in gravidanza possano comportare un fetal learning dell'etanolo e che, pertanto, anche se non sono causa di evidenti alterazioni morfologiche o neurocomportamentali nel bambino, possono avere un impatto nei comportamenti di consumo di alcol che l'individuo metterà in atto nel corso della vita.

L'alcol agisce in maniera negativa sull'intero processo riproduttivo provocando una maggiore incidenza di (25, 26):

- infertilità;
- aborti spontanei;
- parti pre-termine;
- basso peso alla nascita (è l'effetto più documentato dell'esposizione intrauterina all'alcol, si osserva anche in seguito ad un consumo moderato di alcol. Potrebbe avvenire sia per ritardo di crescita intrauterino, sia per maggior incidenza di parto pre-termine);
- morte perinatale;
- morte improvvisa del neonato (SIDS);
- un insieme di disabilità e complicanze rientranti nella comune denominazione di Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD).

Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD)

Il termine Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (27) descrive un ventaglio di effetti che possono manifestarsi negli individui le cui madri hanno consumato bevande alcoliche durante la gravidanza.

Il termine FASD non identifica una diagnosi specifica ma è definito un "termine ombrello" in quanto include una gamma di differenti patologie e problemi legati al consumo di alcol in gravidanza (28).

La forma clinicamente più riconoscibile di FASD è la Fetal Alcohol Syndrome (FAS).

La FAS è l'unica specifica diagnosi (Q86.0) legata all'esposizione prenatale all'alcol presente nell'International Classification of Diseases (ICD-10).

I bambini affetti da FAS presentano caratteristiche fisiche peculiari (29):

- facies: epicanto, fessure oculari strette, strabismo, naso corto e piatto, labbro superiore sottile, solco

naso-labiale piatto, fronte alta e stretta, ipoplasia mascellare e mandibolare;

- sistema scheletrico: ritardo rilevante nell'età ossea media, presente anche negli anni dell'adolescenza;
- valori inferiori alla media di altezza, peso corporeo;
- microcefalia;
- riduzione nella dimensione della volta cerebrale e cerebellare, dei gangli basali e del diencefalo;
- ritardo mentale;
- malformazioni cardiache, in particolar modo rappresentate dai difetti del setto ventricolare;
- possibilità di altre malformazioni.

Oltre alla FAS, il FASD include altre problematiche legate all'esposizione prenatale all'alcol, che si pongono lungo un continuum di anomalie fisiche e deficit cognitivi e comportamentali, variamente definiti:

- Partial FAS;
- Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND);
- Alcohol-Related Birth Defects (ARBD) (30);
- Fetal Alcohol Effects (FAE) (31);
- Static Encephalopathy (32).

Il FASD descrive una gamma di manifestazioni complesse con diverse sfaccettature.

La diagnosi delle patologie comprese nel range del FASD non è semplice, in quanto manca uno specifico test diagnostico e si avvale di una serie di criteri clinici, oltre alla determinazione dell'esposizione prenatale all'alcol (33).

Una proposta di guida diagnostica arriva dalla University of Washington, the 4 Digit Diagnostic Code (34) e prende in considerazione 4 caratteristiche diagnostiche del FASD nel seguente ordine:

1. difetto della crescita;
2. fenotipo facciale della FASD;
3. anomalie del SNC;
4. esposizione prenatale all'alcol.

La varietà e le differenti intensità con cui si manifestano i danni legati all'esposizione all'alcol rendono ancora più complicato il riconoscimento, in quanto spesso diventano visibili non al momento della nascita, ma nella prima infanzia.

Nella diagnosi inoltre è necessaria una notevole cautela legata alla presenza di fattori confondenti e di altre patologie che presentano caratteristiche simili (35).

Non tutte le esposizioni all'alcol nel grembo materno hanno gli stessi effetti sulla salute del nascituro.

Alcune stime riferiscono che fino al 44% delle donne con diagnosi di alcol dipendenza partoriranno bambini con FAS, mentre delle altre alcuni avranno bambini con manifestazioni minori, altri non avranno problemi (36).

Anche se non è definita chiaramente una quantità di alcol che comporta la FAS, sembra che i consumi dichiarati di almeno 1,5 drinks al giorno o 10 drinks a settimana siano associati ad una maggiore incidenza di FAS (37).

Nella popolazione generale la prevalenza della FAS è stata stimata tra lo 0.5 e i 3 casi per 1,000 nati vivi nella

maggior parte delle popolazioni, con alcune comunità che hanno tassi più alti (38). Altre stime riferiscono una prevalenza di FAS nel mondo occidentale un'incidenza tra 0,5 e 5 nati vivi su 1000 (39).

Allargando la rilevazione dell'incidenza all'intero spettro di possibili problemi legati all'esposizione prenatale all'alcol, è stato stimato che nel mondo l'incidenza di FAS e ARND sia intorno ai 9.1 casi su 1000 nati vivi (40).

Analisi più recenti stimano la prevalenza della FASD nel mondo intorno all'1/100 di tutti i nati, facendoli diventare la causa più comune di difficoltà dell'apprendimento (41).

Inoltre, è ritenuta la principale causa conosciuta di disabilità cognitiva non genetica nel mondo occidentale (42).

Il Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico non è curabile e le sue conseguenze perdurano per tutta la vita (43), con implicazioni non solo per il singolo individuo, ma anche per la famiglia e la società, anche se le manifestazioni neurocomportamentali della FAS possono cambiare con l'età. Il FASD contribuisce quindi in maniera significativa al carico di disabilità, di costi sociali e di ineguaglianze sociali.

Anche se la ricerca dimostra che intervenire precocemente sul bambino con FASD può contribuire a migliorare il suo sviluppo (44), l'unico modo per prevenire completamente le disabilità primarie e secondarie associate alla FASD è l'astensione totale dal consumo di alcol da parte della donna in gravidanza.

Alla luce di tale complessità e fino a quando non sarà possibile dare una risposta certa, nessuna quantità di alcol può essere considerata sicura in gravidanza e perciò si raccomanda l'astensione in questa particolare fase della vita (45).

Tra le raccomandazioni più autorevoli, è la stessa OMS a considerare la protezione del nascituro e del neonato dai problemi legati all'esposizione prenatale all'alcol e a identificare la gravidanza come una delle situazioni che dovrebbero essere "alcol free", raccomandando alle donne l'astensione (46).

Questa attenzione deve essere posta dalla donna non solo dopo la scoperta di essere incinta, ma nel momento stesso in cui intende pianificare una gravidanza o se non usa contraccettivi efficaci (47) in quanto proprio le primissime settimane di gravidanza, quando spesso la donna non sa di aspettare un bambino, sono le più cruciali per il suo sviluppo.

In Italia il FASD è ancora troppo poco considerato sia in termini diagnostici sia nell'ambito della prevenzione, prova ne è la scarsa letteratura italiana sull'argomento, infatti quasi tutti gli studi provengono dall'estero in particolare Usa, Canada e anche da paesi europei tra cui Regno Unito, Svezia, Finlandia, Spagna, Olanda, Francia, Russia.

Solo uno studio di rilievo è stato svolto nel 2003-2005 attraverso la collaborazione di alcuni ricercatori italiani e statunitensi (48, 49, 50).

Nel territorio studiato, il Lazio, la prevalenza di FAS rilevata è tra i 3,7 e i 7,4 bambini su 1000 nati vivi.

Le percentuali salgono rispettivamente dal 20,3 al 40,5 per mille se si considerano anche i casi di FASD.

La ricerca

La progettazione di interventi di prevenzione in uno specifico contesto richiede la rilevazione preliminare sul territorio di conoscenze, convinzioni e atteggiamenti rispetto al fenomeno con l'utilizzo di strategie di indagine specifiche.

Su questi presupposti nel 2009, è stata avviata un'attività di ricerca, estesa e completa, che indaga, tramite la somministrazione di un questionario, le conoscenze e le abitudini in generale sul consumo di alcol in alcune fasce di popolazione, ponendo particolare attenzione all'uso di alcol in gravidanza.

La ricerca è stata rivolta ai soggetti dell'azienda ULSS 9 che si presume maggiormente coinvolti nella tematica, in particolare:

- i professionisti sociosanitari dedicati al percorso nascita ed età evolutiva;
- gli adolescenti;
- i giovani;
- le donne in età fertile, in gravidanza e in allattamento.

Le azioni della ricerca hanno utilizzato come strumento la somministrazione di questionari predisposti a seconda dei target considerati e sono stati effettuati:

- un'indagine esplorativa sul personale sociosanitario (ginecologi, ostetriche, inf. prof., ass. san., MMG, PLS, psicologi, educatori, assistenti sociali, ecc.) che lavora nel territorio dell'Az. ULSS 9;
- tre studi descrittivi osservazionali, rivolti alle donne in gravidanza, agli adolescenti e ai giovani.

Ai questionari hanno risposto 1578 persone, così suddivise:

- 302 operatori sociosanitari dell'Az. ULSS 9 (ospedale e territorio);
- 135 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nell'area territoriale dell'ULSS 9;
- 569 studenti di terza media inferiore frequentanti gli istituti scolastici;
- 344 giovani allievi delle autoscuole della provincia di Treviso;
- 228 donne in gravidanza che nel mese di aprile 2010 hanno avuto accesso ai presidi ospedalieri dell'ULSS 9.

Nel presente articolo verranno descritti i risultati emersi dallo studio effettuato sulle donne in gravidanza.

Obiettivi dell'indagine:

Conoscitivi

Rilevare i consumi di bevande alcoliche.

Contestualizzare le abitudini di consumo alcolico nell'insieme delle dimensioni valoriali della propria vita.

Rilevare le fonti da cui ricevono informazioni sugli effetti dell'alcol.

Operativi

Predisporre interventi educativi specifici, che possano entrare a far parte della ordinaria prassi assistenziale.

Il disegno di studio

È stato realizzato un survey sulla serie clinica di donne in gravidanza che hanno avuto accesso alle UO di Ginecologia e Ostetricia degli ospedali di Treviso (Ca' Foncello) ed Oderzo dal 7/4/2010 al 7/5/2010, in occasione del monitoraggio ostetrico della 38ª settimana.

Lo strumento di indagine è un questionario somministrato dal personale ostetrico.

I questionari raccolti sono stati 228, il 70% raccolti all'ospedale di Treviso (n=160) e il 30% ad Oderzo (n=68) Non c'è stato nessun rifiuto.

La scelta di sottoporre il questionario a tutte le donne in gravidanza che si sono presentate in ospedale è stata concordata con i responsabili e i coordinatori ostetrici delle UO coinvolte, i quali hanno ritenuto il monitoraggio della 38ª settimana il momento più adeguato per poter disporre di un campione di donne rappresentativo.

Prima dell'avvio dello studio, il personale ostetrico coinvolto è stato addestrato durante un incontro preliminare al fine di ridurre al minimo eventuali condizionamenti nella somministrazione.

Il questionario

Il questionario è costituito da 74 items, articolati in 15 batterie di domande.

È lo stesso che è stato utilizzato con gli studenti di terza media e gli allievi delle autoscuole, con alcune modifiche per adattarlo a questa specifica fascia di popolazione.

L'area di indagine relativa ai caratteri socio-demografici è costituita da 11 items che raccoglie informazioni relative all'età, alla nazionalità, al comune di residenza, al titolo di studio e alla composizione familiare.

L'area di indagine incentrata sui valori generali del benessere e della salute è costituita da 25 items finalizzati a raccogliere informazioni sulla percezione valoriale della salute e del benessere e 10 relativi alla soddisfazione per vari aspetti della vita.

Gli aspetti relativi conoscenza dei fattori di rischio/salute in gravidanza sono indagati in 13 items.

L'area di indagine relativa al consumo di alcol è così articolata: 3 sul consumo di alcol in gravidanza (test AUDIT-C), 1 item sulla frequenza del consumo di alcol prima della gravidanza, 7 items sulle abitudini familiari di consumo di bevande in famiglia e 16 sulle convinzioni sull'effetto dell'alcol.

Infine, 3 items riguardano le informazioni ricevute e le fonti di informazioni sull'alcol in gravidanza.

Il data management e l'analisi dei dati

Il data-entry è stato fatto con EpiData, l'analisi con SPSS 13 e con WinPEPI 10.0

È stata effettuata la valutazione della consistenza dei risultati tra gli items del questionario, nella sua interezza e nelle singole sezioni (Alpha di Cronbach).

Si è poi proceduto con l'analisi descrittiva di distribuzione di frequenza delle variabili.

È stata quindi effettuata l'analisi stratificata per valutare le associazioni tra le variabili e sono state fatte alcune analisi multivariate tramite regressione logistica binaria.

Nella presentazione dei risultati le associazioni tra variabili risultate statisticamente significative, sono riportate con l'indicazione degli ODDS RATIO e i rispettivi intervalli di confidenza al 95%, calcolati con il software WinPEPI.

Risultati

Aspetti socio-demografici

L'83% delle donne che ha compilato il questionario (189) è di nazionalità italiana, il 17% (39) straniera.

L'età media delle donne italiane è di 34 anni (mean 34,1 Dev. Std 4,76), delle straniere 29 (mean 28,9 Dev. Std 4,48).

La più giovane ha 20 anni, la meno giovane 45. 18 donne hanno meno di 25 anni, 14 più di 40.

Il 22% risiede nel territorio del distretto sociosanitario n. 1, il 24% nel n. 2, il 21% nel n. 3 e il 17% nel n. 4.

Il 16% non è residente nei comuni dell'Azienda ULSS di Treviso, il 3% dichiara di non avere nessun titolo di studio, il 14% ha una licenza elementare o media inferiore, il 18% ha un diploma di scuola superiore triennale o diploma professionale, il 39% ha un diploma di scuola superiore quinquennale e il 26% ha un titolo universitario.

Il 96% convive con il partner, il 47% con uno o più figli. Solo 3 donne vivono sole.

In 8 casi vi è la convivenza con altri parenti (4%), in 6 con parenti del partner (3%) ed in 4 con bambini diversi dai figli.

I consumi

Nelle famiglie delle donne intervistate, il vino è la bevanda alcolica che si beve più frequentemente, con un consumo giornaliero nel 29% dei casi e solo un 14% di famiglie dove non si beve mai.

Il consumo di aperitivi alcolici/amari e di superalcolici è un comportamento invece quasi esclusivamente occasionale (non giornaliero), e riguarda il 55% delle famiglie nel primo caso e il 24% nel secondo.

Solo quattro donne dichiarano che nella propria famiglia si bevono ogni giorno aperitivi alcolici, mentre in nessuna si consumano quotidianamente superalcolici.

La bevanda più diffusa nelle famiglie delle donne intervistate è il caffè che si beve ogni giorno nel 52% delle famiglie, seguito dal latte, bevuto quotidianamente nel 35% dei casi.

Circa il 34% (IC95 27,4%-40,3%) delle gravide intervistate ha dichiarato di consumare bevande alcoliche indipendentemente dalla dose, il 18,55% ha consumato più volte intere unità di alcol in gravidanza (IC95 13,65%-24,31%).

Le consumatrici ad alto rischio (non sporadiche e con consumo importante) sono il 9,05% (IC95 5,62%-13,63%)

Il 3,17% riferisce di aver fatto binge (IC95 1,28%-6,42%).

Diminuzione dei consumi

Età, nazionalità, distretto di residenza e titolo di studio non sono associati significativamente alla diminuzione del consumo.

Tra le variabili sociali è associata la convivenza con figlio/i.

Chi non convive con figli ha quasi tre volte la probabilità d'avere una maggiore diminuzione di consumo (GOR 2,761 IC95 1,528-4,989).

Quindi le donne che hanno già figli hanno una modificazione delle abitudini di consumo nettamente inferiore.

L'ipotesi che si potrebbe fare è che le pluripare pongono meno attenzione delle primipare ai comportamenti protettivi, quanto meno per quanto riguarda il consumo di alcol.

Comparazione dei consumi delle gravide con quelli delle adolescenti e delle giovani

Il consumo delle adolescenti e delle donne in gravidanza sono molto simili, queste sono due situazioni in cui il consumo di alcol è assolutamente sconsigliabile, ma si evidenzia invece una percentuale non bassa di persone che presenta un comportamento a rischio, non ritenendo significativa l'astensione dall'alcol, tanto che una certa percentuale fa anche il binge. Un'osservazione esperienziale del territorio fa proporre anche l'ipotesi che negli anni i consumi delle adolescenti siano aumentati (diminuzione dell'età di inizio consumo), mentre quelle delle gravide forse siano diminuiti (più attenzione alla salute in gravidanza), facendo avvicinare i due valori.

Questo potrebbe far supporre che il consumo dell'alcol, in particolare nei target più a rischio, sia influenzato dall'adesione agli atteggiamenti, pensieri e modelli culturali e commerciali della comunità a cui si appartiene.

L'informazione

Due donne su tre consumavano alcol prima della gravidanza, di queste quasi la metà ha interrotto il consumo.

bere prima della gravidanza e durante la gravidanza

CAMBIAMENTO ?

- Vi è un **associazione diretta**, consistente e statisticamente significativa, tra la **frequenza con cui si consumano alcolici prima e durante la gravidanza**

(rho = 0,624 p = 0,000)

ULSS 9 TREVISO- Dott.ssa Patrizia Riscica

Nessuna donna, che prima della gravidanza non beveva bevande alcoliche, ha bevuto in gravidanza.

Questo fa pensare che le donne non bevitrici non siano da considerare a rischio.

L'indagine si era proposta di valutare le informazioni ricevute durante la gravidanza, con il presupposto che le informazioni corrette possano determinare comportamenti più protettivi.

Da chi dicono di aver ricevuto informazioni le donne?

fonte d'informazione delle donne	%	IC 95%
ginecologo	37,3%	31 - 43,9
Internet/TV/giornali	28,5%	22,7 - 34,8
corsi preparazione parto	24,6%	19,1 - 30,7
medico di base	15,4%	7,3 - 14,1
ostetrica	15,4%	7,3 - 14,1
amici/parenti/conoscenti	13,6%	9,4 - 18,7
altro personale sanitario	4,4%	2,1 - 7,9
convegni/studio	1,8%	0,5 - 4,4
altro personale sanitario	0,4%	0,0 - 2,4

ULSS 9 TREVISO- Dott.ssa Patrizia Riscica

Il 25% delle donne ha ricevuto informazioni da un'unica fonte, il 18% da due fonti diverse, l'11% da tre fonti e l'11% da almeno quattro fonti differenti.

Per quanto riguarda le tipologie di informazioni ricevute, al 32% delle donne è stato detto di evitare il più possibile di bere, al massimo un bicchiere ogni tanto, al

25% di evitare assolutamente di bere per tutta la gravidanza e al 7% di bere quantità moderate quali un bicchiere di vino a pasto. Il 28% delle donne ha ricevuto l'informazione di evitare i superalcolici. Il 30% delle donne, inoltre, oltre ad informazioni sulle quantità, ha ricevuto informazioni anche sugli effetti dannosi dell'alcol sulla salute del feto e del neonato. La frequenza delle informazioni ricevute è riportata nella tabella 1.

Informazione ricevuta	%	IC 95%
Evitare il più possibile di bere, al massimo un bicchiere ogni tanto	32,0%	26 - 38,5
L'alcol ha effetti dannosi sulla salute del feto e del neonato	29,8%	24 - 36,2
Evitare i superalcolici	28,1%	22,3 - 34,4
Evitare assolutamente di bere per tutta la gravidanza	25,0%	19,5 - 31,1
Bere quantità moderate (es. un bicchiere a pasto)	7,5%	4,4 - 11,7
Continuare a bere come prima della gravidanza	0,0%	

Considerando quali informazioni corrette, le seguenti tre opzioni di risposta: evitare il più possibile di bere bevande alcoliche, evitare assolutamente di bere alcol, l'alcol danneggia il feto, sul totale di 148 donne che hanno ricevuto informazioni, le donne che hanno ricevuto almeno un'informazione ritenuta corretta sono l'87% (129), mentre quelle che non hanno ricevuto nemmeno un'informazione corretta sono il 13% (19).

La probabilità di ricevere informazioni contrastanti (corrette ed errate) su alcol e gravidanza raddoppia all'aumentare del numero delle fonti (GOR: 2,116 IC95 1,236-3,623).

La probabilità di ricevere informazioni contrastanti su alcol e gravidanza raddoppia all'aumentare del numero delle fonti (GOR: 2,116 IC95 1,236-3,623).

Le gravide esposte a informazioni di provenienza da "Internet/TV/giornali" hanno più probabilità di aver ricevuto almeno un'informazione non corretta (OR 1,38 IC95 1,01-1,88).

Inoltre, questo gruppo di donne ha una probabilità più alta d'aver fatto "binge" in gravidanza (OR 6,54 IC95% 1.03-69,76).

Si evidenzia un importante ruolo dell'informazione nel web e mass media, molte sono le donne che cercano di autoinformarsi.

In particolare nel web sono presenti moltissimi siti dedicati alla gravidanza che sono frequentatissimi dalle donne. Abbiamo riscontrato che molto spesso le informazioni sono contraddittorie e/o scorrette.

La diminuzione della frequenza del consumo con la gravidanza ha dinamiche complesse

Non vi sono chiare associazioni tra diminuzione del consumo di alcol in gravidanza e tipologia d'informazioni ricevute o chi le ha fornite.

Abbiamo constatato che le donne che hanno già figli tendono ad avere una minor diminuzione dei consumi di

alcolici in gravidanza e anche una minore probabilità di ricevere informazioni sull'alcol.

Le altre associazioni sono deboli e di difficile interpretazione.

I determinanti della variazione dei consumi in gravidanza sono complesse e la semplice informazione corretta, presumibilmente, non sembra in grado di modificare il fenomeno.

Conclusioni

La prevenzione dei problemi alcol correlati è complessa e difficile.

Per quanto riguarda nello specifico la prevenzione del FASD, da intervento apparentemente banale: "Il FASD può essere prevenuto al 100% sospendendo in tutte le donne l'uso di alcol al concepimento, in gravidanza e in allattamento" si trasforma in un percorso impervio, ricco di ostacoli e trappole costruiti da disinformazione, pregiudizi, falsi miti, stereotipi, interessi commerciali e tutto ciò che allontana, compreso il mondo scientifico, dall'evidenza del fatto che l'alcol ha inevitabilmente un'azione tossica e che le categorie più sensibili vanno assolutamente protette.

Abbiamo evidenziato nello studio che l'informazione, anche quella corretta, non sostiene un comportamento conseguente.

Che significato dobbiamo allora dare a questo dato?

L'ipotesi più sostenibile è che un'informazione difficilmente si trasforma in cambiamento di comportamento se non è sostenuta dalla cultura della comunità.

Alla donna può arrivare l'informazione corretta, ma se non trova riscontro da parte delle persone che le sono accanto e molto spesso neppure dai professionisti sanitari, questa informazione rimane debole e va persa.

L'indagine esplorativa fatta agli operatori socio sanitari ha dimostrato che ben il 38% degli operatori ritiene che ci sia una quantità di alcol sicura in gravidanza.

Inoltre emerge che la conoscenza del FASD è utile all'operatore per informare correttamente le donne, infatti chi dice di conoscere il FASD ha l'88% di probabilità in più di dare un'informazione orientata all'astensione (evitare o evitare il più possibile) alle donne in allattamento o in gravidanza (OR 1,88 IC95% 1,03-3,52) rispetto a chi non la conosce.

Appare quindi fondamentale che innanzitutto gli operatori sanitari ricevano un'informazione/formazione adeguata e corretta sul tema alcol e gravidanza, superando gli aspetti di ambivalenza culturale che caratterizza sempre l'approccio ai problemi alcol correlati.

In quest'ottica si ritiene che il primo passo per il cambiamento sia attivare azioni che promuovano il concetto di rischio nel consumo di alcol e gli operatori sociosanitari e sanitari devono essere il primo bersaglio.

L'azienda ULSS 9 ha già attuato una prima formazione in quattro moduli (obbligatoria con ECM) con i profili professionali di ostetrica, infermiere professionale e assistente sanitario (tot. 180 operatori) e sono in progetto interventi formativi per altri profili.

Il gruppo di lavoro sta progettando la valutazione dell'efficacia degli interventi del progetto, quali ad esempio la ripetizione del survey sulle gravide a distanza.

La campagna di marketing ha innestato interesse sul tema. Altre realtà regionali, nazionali ed estere hanno chiesto informazioni per possibili future collaborazioni.

Bibliografia

1. Riscica P., Bazzo S., Moino G., Marini F., Czerwinsky L., Codenotti T., Battistella G. (2010), Project "Kambiomarcia - in attesa, cambia". Atti della First European Conference on FASD. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: growing awareness in Europe. Rolduc, NL. 3-5 novembre.
2. Spagnolo A. (1993), "Teratogenesis of alcohol", *Ann Ist Super sanità*, 29(1): 89-96.
3. Cosmi E.V., Maranghi L., Cosmi E., Gojnic M., Salernitano D. (2002), "Droghe e gravidanza", *Ann Ist Super Sanità*, 38(3): 265-270.
4. Mello G., Cioni R., Lucchetti R. (2000), "Alcol: fertilità e gravidanza", in Angioli D., Dimauro P.E. (a cura di), *Manuale di Alcolologia*, Le Balze Editore, Siena.
5. Micaelis E.K., Micaelis M.L. (1994), "Cellular and molecular basis of alcohol's teratogenic effects", *Alcohol Health Res World*, 18: 17-21.
6. Ismail S., Buckley S., Budacki R., Jabbar A., Gallicano G.I. (2010), "Screening, diagnosing and prevention of fetal alcohol syndrome: is this syndrome treatable?", *Dev Neurosci*, 32(2): 91-100. Epub 2010 Jun 16.
7. Larkby C., Day N. (1997), "The effects of prenatal alcohol exposure", *Alcohol Health Res World*, 21(3): 192-198.
8. Streissguth A.P. (1997), *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*, Paul H. Brookes, Baltimore.
9. Abel E.L., Sokol R.J. (1986), "Fetal alcohol syndrome is now leading cause of mental retardation", *Lancet*, 2(8517): 1222.
10. Larkby C., Day N. (1997), "The effects of prenatal alcohol exposure", *Alcohol Health Res World*, 21(3): 192-198.
11. Goodlett C.R., Horn K.H. (2001), "Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system", *Alcohol Research and Health*, 25(3): 175-184.
12. "Prenatal exposure to alcohol", *Alcohol Research and Health*, 2000, 24(1): 32-41.
13. Guerri C., Bazinet A., Riley E.P. (2009), "Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour", *Alcohol and Alcoholism*, 44(2): 108-114.
14. BMA Board of Science. Fetal alcohol spectrum disorders: A guide for healthcare professionals, 2007, [www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF/Fetalalcohol/\\$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF/Fetalalcohol/$FILE/FetalAlcoholSpectrumDisorders.pdf).
15. O'Leary C. (2002), "Fetal Alcohol Syndrome: A Literature Review", *Publications Production Unit, Com-*

- monwealth Department of Health and Ageing Australia. [www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/746BAD892492B586CA2572610010C29A/\\$File/fetalsyn.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/746BAD892492B586CA2572610010C29A/$File/fetalsyn.pdf).
16. Mayer S.E., West J.R. (2001), "Drinking patterns and Alcohol-Related Birth Defects", *Alcohol Research and Health*, 25: 168-174.
 17. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000), Issues in fetal alcohol syndrome prevention, *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, pp. 323-338.
 18. Henderson J., Gray R., Brocklehurst P (2007), "Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome", *BJOG*, 114: 243-252.
 19. Elliott L., Coleman K., Suebwongpat A., Norris S. (2008), "Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): systematic reviews of prevention, diagnosis and management", *HSAC Report*, 1(9).
 20. Jacobson J.L., Jacobson S.W. (1999), "Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development", *Alcohol Research and Health*, 23(1): 25-30.
 21. The Swedish National Institute of Public Health. Low dose alcohol exposure during pregnancy - does it harm? A systematic literature review, 2009.
 22. Sayal K. (2007), "Alcohol consumption in pregnancy as a risk factor for later mental health problems", *Evid Based Mental Health*, 10: 98-100.
 23. Ornoy A., Ergaz Z. (2010), "Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment", *Int J Environ Res Public Health*, Feb, 7(2): 364-79. Epub 2010 Jan 27.
 24. Abate P., Pueta M., Spear N.E., Molina J.C. (2008), "Fetal learning about ethanol and later ethanol responsiveness: evidence against safe amounts of prenatal exposure", *Exp Biol Med.*, 233: 139-154.
 25. Litte R.E., Streissguth A.P. (1981), "Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention", *CMA Journal*, (15), 125: 159-64.
 26. Cfr. BMA 2007.
 27. FASD Terminology Summit Consensus Statement, 2004. www.nofas.org.
 28. Chudley A., Conry J., Cook J., Loock C., Rosales T., LeBlanc N. (2005), "Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis", *Can Med Assoc J*, 172(Suppl): Mar05-S21.
 29. Diane Black, *La FASD: Quali evidenze per la comunità scientifica e sociale? Giornata internazionale di sensibilizzazione sulla FASD*, Treviso 9 settembre 2010 www.mammabevebimboveve.it.
 30. Stratton K., Howe C., Battaglia F. (eds.) (1996), *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*, Washington, DC: National Academy Press.
 31. Clarren S.K. (1981), "Recognition of fetal alcohol syndrome", *JAMA*, 245: 2436-9.
 32. Astley S.J. (2004), *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. 3rd edition*, University of Washington Seattle, Washington. <http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf>.
 33. Cfr. BMA 2007.
 34. Astley S.J., Clarren S.K. (2000), "Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: introducing the 4-Digit Diagnostic Code", *Alcohol & Alcoholism*, 35(4): 400-410.
 35. Bertrand J., Floyd R.L., Weber M.K., O'Connor M.L., Riley E.P., Johnson K.A., Cohen D.E. (2004), *National Task Force on FAS/FAE. Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.
 36. Giani I. (2000), "Alcolismo: aspetti pediatrici", in Angiolini D., Dimauro P.E. (a cura di), *Manuale di Alcolologia*, Le Balze Editore, Siena.
 37. Autti-Ramo I. (2002), "Foetal Alcohol Syndrome - a multifaceted condition", *Dev Med Child Neurol*, 44: 141-144.
 38. Cfr. Stratton *et al.*, 1996.
 39. Guerri C., Rubio V. (2006), "Alcohol, gestacifin y alteraciones infantiles", *JANO*, 1611: 29-33.
 40. Sampson P.D., Streissguth A.P., Bookstein F.L., Little R.E., Clarren S.K., Dehaene P., Hanson J.Q., Graham J.M. (1997), "Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and Prevalence of Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder", *Teratology*, 56: 317-326.
 41. O'Leary C.M. (2004), "Foetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology and developmental outcomes", *J Paediatr Child Health*, 40: 2-7.
 42. Cfr. HSAC report, 2008.
 43. Cfr. Streissguth A.P. (1997), *Fetal Alcohol Syndrome: A Guide for Families and Communities*.
 44. Streissguth A.P., Bar H.M., Kogan J., Bookstein F.L. (1996), *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, Seattle, WA, University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit. Report 96-06.
 45. Cfr. Stratton *et al.*, 1996.
 46. World Health Organization (2006), *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*.
 47. Floyd R.L., Weber M.K., Denny C., O'Connor M.J. (2009), "Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders", *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15: 193-199.
 48. May P.A., Fiorentino D., Gossage P.J., Kalberg W.O., Hoyme E.H., Robinson L.K., Coriale G., Jones K.L., Del Campo M., Tarani L., Romeo M., Kodituwakku P.W., Deiana L., Buckley D., Ceccanti M. (2006), "Epidemiology of FASD in a province in Italy: prevalence and characteristics of children in a random sample of schools", *Alcohol Clin Exp Res*, 30(9): 1562-75.
 49. Fiorentino D., Coriale G., Spagnolo P.A., Prastaro A., Attilia M.L., Mancinelli R., Ceccanti M. (2006), "Fetal Alcohol Syndrome Disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report", *Ann Ist Super Sanità*, 42(1): 53-57.
 50. Ceccanti M., Spagnolo P.A., Tarani L., Attilia M.L., Chessa L., Mancinelli R., Stegango M., Sasso G.F., Romeo M., Jones K.L., Robinson L.K., Del Campo M., Gossage J.P., May A.P., Hoyme H.E.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.

Il Disturbo da Uso di Sostanze in due Ser.T. di Genova: rilievi epidemiologico-clinici e considerazioni psicodinamico-relazionali a margine dell'applicazione di un questionario-intervista

A. Lunetta*, A. Presta**, E. Rasore***

SUMMARY

■ *In the first part of the work we present findings from an epidemiological survey carried out in two Ser.T (Drug Addiction Service) in Genoa. The sample consists of 97 patients. Among collected data some are particularly significant: the long latency between first time use of drug and first approach to health care, as well as priority of Ser.T as care service institution, the preponderance of opiate dependency, the frequency of comorbidity with Axis I disorders (34,0%, for most mood disorders) and Axis II disorders (35,1%).*

In the second part of the work we propose a psychodynamic and relational approach to drug and its fantastical and symbolic meaning. ■

Keywords: *substance abuse, epidemiology, symbolic meaning.*

Parole chiave: *abuso di sostanze, epidemiologia, significato simbolico.*

Parte I. Rilievi epidemiologico-clinici

Introduzione

Il fenomeno dell'uso di sostanze rappresenta un problema di grande rilevanza sia sotto il profilo medico che politico-sociale e richiede un approccio multidisciplinare.

Oltre alla tossicodipendenza, con tutti i correlati comportamentali ad essa connessi, i pazienti sono infatti spesso portatori di una vasta gamma di patologie concomitanti che necessitano, per il loro trattamento, di competenze plurispecialistiche.

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva estensione dell'uso di sostanze in ampie fasce della popolazione, nonché a una continua evoluzione degli stili di abuso.

Su queste premesse, nonostante l'uso di sostanze sia un fenomeno ubiquitario e di difficile quantificazione, appare sempre più importante la raccolta di dati clinici ed epidemiologici utili alla conoscenza allargata del fenomeno, anche al fine di consentire la programmazione di adeguate strategie di intervento sanitario.

In letteratura sono state accuratamente descritte tre diverse modalità di consumo che, pur presentando tra loro differenze sostanziali, possono talvolta rappresentare tappe successive di

un unico percorso tossicofilico: l'uso *episodico* (ricreativo o "funzionale") è molto diffuso nella popolazione, soprattutto nel caso di alcune sostanze (ad esempio alcool e cannabinici); l'uso *problematico* (abuso) e quello *compulsivo* (dipendente) rappresentano invece modalità di consumo di carattere francamente patologico.

Nel DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) con il termine *Disturbi correlati a sostanze* sono definiti tutti i "disturbi secondari all'assunzione di una sostanza di abuso (incluso l'alcool), agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine".

I **Disturbi Correlati a Sostanze** sono suddivisi in due gruppi:

1. *Disturbi da Uso di Sostanze*:
 - a) Abuso di Sostanze
 - b) Dipendenza da Sostanze
2. *Disturbi Indotti da Sostanze*:
 - a) Intossicazione da Sostanze
 - b) Astinenza da Sostanze
 - c) Disturbi Mentali Indotti da Sostanze (Delirium, Demenza Persistente, Disturbo Amnestico Persistente, Disturbo Psicotico, Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disfunzione Sessuale, Disturbo del Sonno e Disturbo Percettivo Persistente da Allucinogeni-Flashbacks)

Il DSM-IV-TR descrive le seguenti 11 classi di sostanze d'abuso: alcool; amfetamine (e sostanze con struttura simile); caffeina; cannabis; cocaina; allucinogeni; inalanti; nicotina; oppiacei; fenciclidina (PCP) e sostanze simili; sedativi, ipnotici o ansiolitici.

* *Responsabile Ser.T. Distretto 10, ASL 3 genovese.*

** *Medico specializzando in Psichiatria, Clinica Psichiatrica Universitaria, Genova.*

*** *Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Clinica Psichiatrica Universitaria, Genova.*

L'indagine clinico-epidemiologica

Materiale e Metodo

Nello studio, condotto nei Distretti 8 e 10 del Ser.T. (Sampierdarena e Voltri) sono state esaminate le principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche relative a un campione di 97 pazienti.

I dati, che sono stati raccolti mediante la somministrazione guidata di un questionario nonché attraverso valutazioni psichiatriche volte alla formulazione di una diagnosi multiassiale secondo i criteri del DSM IV-TR, hanno consentito di ottenere informazioni relative alle seguenti aree:

1. Caratteristiche socio-anagrafiche del campione
2. Ricostruzione dell'iter di tossicodipendenza
3. Definizione della storia clinica e del percorso di cura
4. Valutazione della diagnosi di abuso/dipendenza e dell'eventuale psicopatologia associata

L'applicazione del questionario-intervista è avvenuta nel periodo di un anno (gennaio-dicembre 2007); alla ricerca hanno partecipato cinque operatori (tre psichiatri e due assistenti sociali) operanti in aree diverse dei due Ser.T.

I pazienti sono stati selezionati in relazione alla frequenza degli appuntamenti al servizio (due o più visite mensili).

I risultati dell'indagine

Nel periodo gennaio-dicembre 2007, il questionario intervista è stato somministrato a 97 pazienti sul totale di circa 800 seguiti dalla zona 3 del Ser.T. (Voltri e Sampierdarena).

Dati socio-demografici generali

Nel nostro campione abbiamo riscontrato un'età media di 38 anni.

Il range entro cui sono distribuite le età dei pazienti è molto ampio (da 19 a 60 anni).

La casistica è composta da 76 soggetti di sesso maschile e 21 soggetti di sesso femminile.

Questi dati, in accordo con quelli riportati in letteratura, dimostrano la netta prevalenza del sesso maschile nell'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze.

Nel campione abbiamo riscontrato una bassa scolarità: l'11,3% dei soggetti ha conseguito solamente il titolo di licenza elementare; il 58,8% dei soggetti possiede la licenza media inferiore.

Relativamente allo stato civile, la maggioranza del campione è costituita da celibi/nubili (60% circa).

Per quanto riguarda la condizione abitativa, abbiamo riscontrato che 7 soggetti non avevano fissa dimora; altrettanti erano ospiti di una struttura comunitaria.

Il 43,3% del campione viveva in un appartamento in affitto e il 34,0% in una casa di proprietà.

Relativamente alla condizione familiare, il 30% circa dei pazienti viveva nel nucleo familiare di origine, il 33% viveva nel proprio nucleo di procreazione e il 29% viveva solo.

Inoltre il 44% circa dei soggetti ha figli ma questi, nel 36,6% dei casi, non abitano con loro.

Nel campione abbiamo riscontrato un tasso di disoccupazione pari al 40%.

L'invalidità civile è riconosciuta al 31% dei soggetti del campione. Si tratta, nella grande maggioranza dei casi, di un'invalidità parziale dovuta a cause fisiche.

La percentuale di soggetti con problemi penali per reati connessi alla tossicodipendenza è pari al 57%.

Il tossicodipendente e la droga: dal primo incontro al percorso di cura

Motivi personali di inizio dell'uso della sostanza principale

L'incontro con la droga è molto frequentemente riferito al bisogno/curiosità di "sperimentare": ciò richiama il concetto di *novelty-seeking* come caratteristica temperamentale associabile all'uso di sostanze (Cloninger).

Altre motivazioni frequentemente addotte da parte dei pazienti sono la sollecitazione degli amici e i problemi familiari.

È da notare inoltre, come meno del 15% dei pazienti abbia riferito problemi psicologici tra i motivi personali di inizio dell'uso: è però possibile che dimenticanza o minimizzazione abbiano inficiato il ricordo delle prime esperienze.

Motivi personali per continuare l'uso della sostanza principale

I problemi psicologici assumono nella percezione dei pazienti una valenza decisamente superiore in questo ambito, rispetto alle motivazioni di inizio dell'uso.

Quasi il 60% dei motivi personali riconosciuti alla base del bisogno di continuare a ricorrere all'uso di sostanze sono ascrivibili alla percezione di uno stato di sofferenza, in accordo con l'ipotesi eziopatogenetica dell'uso di sostanze come "autoterapia".

Non basta l'incontro con la droga per creare una situazione di tossicodipendenza.

Il perpetuarsi del comportamento tossicomane poggia su un insieme di caratteristiche proprie del soggetto, della sostanza d'abuso, nonché ambientali, ben descritte in letteratura come triade "sostanza, persona, ambiente" (Zinberg, 1985).

Tempi di latenza

Si definisce tempo di latenza (TL) il periodo di tempo che intercorre tra il primo uso di una determinata sostanza e il primo ingresso in trattamento presso una struttura di cura.

La valutazione di questo parametro assume un'importanza notevole nello studio epidemiologico delle tossicodipendenze, ad esempio nell'ambito della programmazione di interventi di prevenzione secondaria.

Appare quindi utile valutare non solo i TL medi riscontrati nel campione, ma anche cercare l'eventuale presenza di un'associazione tra questi e altre variabili rilevate.

Nel campione totale abbiamo riscontrato un TL medio di 6,6 anni (mediana pari a 5 anni).

Le considerazioni più precise possono essere desunte dal valore medio dei TL relativi ai pazienti dipendenti da oppiacei, che rappresentano la grande maggioranza della casistica (63 pazienti): i risultati indicano che questi soggetti entrano in trattamento per la prima volta mediamente 5,7 anni dopo il primo utilizzo e che metà del campione considerato è entrato in trattamento per la prima volta 3 anni dopo la prima assunzione.

I suddetti valori, che trovano conferma in studi condotti su casistiche più ampie, sintetizzano un quadro piuttosto preoccupante: si tratta evidentemente di tempi molto lunghi, che dimostrano come in quest'area possa essere necessario un lavoro di prevenzione secondaria utile a far accedere il prima possibile il tossicodipendente alle cure.

All'interno del campione il TL medio relativo ai pazienti con doppia diagnosi è risultato pari a 7,3 anni; il TL medio relativo ai pazienti senza doppia diagnosi è risultato invece pari a 5,5 anni. Suddividendo la popolazione in base alla condizione familiare, abbiamo rilevato che i pazienti che vivono da soli hanno un TL medio (8,0 anni) sensibilmente superiore a quello dei soggetti che vivono in un proprio nucleo di procreazione o nella famiglia di origine (5,6 anni).

Questo dato potrebbe far riflettere sulla potenzialità della risorsa "famiglia" nel facilitare l'accesso al percorso di cura.

Motivi personali di ritardo nella richiesta di aiuto

Nell'ambito della popolazione che presentava un tempo di latenza abnorme (maggiore o uguale ad un anno), abbiamo indagato sulle possibili motivazioni del ritardo nella richiesta d'aiuto.

Le motivazioni più scelte sono la convinzione di farcela da solo (52,6%) e la mancata percezione del problema (25,8%), a conferma della presenza, nei soggetti del nostro campione, di quei meccanismi di negazione tipici del paziente tossicodipendente.

Motivi per chiedere aiuto

Dall'analisi dei questionari è emerso che le motivazioni a smettere riguardano prevalentemente timori per la comparsa di sintomi astinenziali; nel contempo le risposte fornite hanno mostrato la presenza di un certo grado di consapevolezza del fatto che la droga non risolve i problemi.

Prima struttura presso cui si è richiesto aiuto e strutture successive
Nel nostro campione, il Ser.T. rappresenta la struttura presso cui ci si rivolge con maggior frequenza per la prima volta, con una percentuale di circa il 74%.

Anche nel prosieguo del percorso di cura il Ser.T. è la struttura di prevalente utilizzazione, affiancato però, in alcuni casi, dalle strutture comunitarie.

Terapie praticate

Accanto alle terapie sostitutive (56,7% dei pazienti) e psicofarmacologiche (52,6%), un peso notevole hanno anche le terapie psicoterapiche, utilizzate dal 33% dei pazienti.

Le cure erogate rispecchiano i protocolli terapeutici in genere previsti per questi disturbi.

La presenza, in un terzo dei casi, di un approccio anche psicoterapico, testimonia un'attenzione alla dimensione psicologica e relazionale.

Ricoveri in ambiente psichiatrico e periodi in comunità

Il 34% dei pazienti del nostro campione ha avuto uno o più ricoveri in ambiente psichiatrico.

Di questi il 71% ha una diagnosi psichiatrica in Asse I o II, mentre il restante 29% potrebbe essere stato ricoverato per un disturbo indotto dalla sostanza.

Più del 50% dei pazienti, nel proprio percorso terapeutico, ha usufruito di periodi di inserimento in strutture comunitarie.

Figura terapeutica ritenuta più utile

Le due figure terapeutiche più riconosciute sono psichiatra (29%) e psicologo (25%): si delinea così il prevalente bisogno di risposte sia farmacologiche che relazionali del paziente tossicodipendente.

Colpisce inoltre la rilevante quota di pazienti che fornisce più di una risposta o che, viceversa, non risponde affatto.

Questo dato potrebbe indicare la consapevolezza, da parte del paziente, di una pluralità di bisogni, all'interno dei quali è difficile stabilire una gerarchia.

Struttura di cura ritenuta più utile

È il Ser.T. a delinarsi come struttura più utile (66%), forse anche per la sua presenza e stabilità nel tempo, nonché per l'offerta terapeutica che è in grado di erogare.

Gli operatori di questi servizi conoscono bene la spiccata tendenza di tali pazienti ad affidarsi al Ser.T. per problemi d'ogni sorta, anche non strettamente connessi alla dipendenza.

Quasi il 18% dei pazienti ritiene invece che sia la comunità la struttura più utile.

Terapia ritenuta più utile

Le terapie riconosciute più efficaci dai pazienti sono le terapie sostitutive (40%); considerando che di fatto esse non conducono in molti casi a una vera guarigione, ma finiscono per mantenersi nel tempo, si ha l'impressione che nel campione prevalga il

desiderio di una dipendenza controllata, meno devastante, socialmente più accettabile e con minori conseguenze.

La diagnosi attuale secondo il DSM IV-TR

In questa sezione prendiamo in considerazione i risultati dell'analisi delle diagnosi formulate nel campione secondo il sistema diagnostico multiassiale del DSM IV-TR.

Riportiamo di seguito le diagnosi formulate nel campione di 97 soggetti da noi presi in esame.

La maggioranza dei soggetti del nostro campione presenta una diagnosi di dipendenza.

Di questi il 75,3% circa ha una dipendenza da oppiacei, il 20,5% da alcool.

Nell'ambito del campione totale, il 34% dei soggetti ha una diagnosi di disturbo psichiatrico in Asse I, con una netta prevalenza dei disturbi dell'umore.

In particolare, tra i pazienti con disturbi affettivi il 65,4% rientrano nello spettro bipolare, con quadri di differente gravità, mentre la restante percentuale appartiene allo spettro unipolare.

Asse II

Nel campione una diagnosi di disturbo di personalità (DP) è presente in 34 soggetti su 97 (35,1%). È presente un solo caso di ritardo mentale.

All'interno della notevole percentuale di pazienti con DP, le diagnosi sono così ripartite: Borderline (26,5%); Dipendente (26,5%); Antisociale (11,8%); Evitante (11,8%); Narcisistico (8,8%); Ossessivo-Compulsivo (5,9%); NAS (5,9%); Istrionico (2,9%).

Asse III

Per quanto riguarda le condizioni mediche generali, abbiamo riscontrato nel campione una serie di malattie concomitanti, tra le quali spiccano le infezioni da HCV e/o HIV che riguardano, complessivamente, il 12,4% del campione.

Asse IV

L'Asse IV contempla l'eventuale presenza di fattori stressanti di tipo psicosociale o ambientale, che possono contribuire al disturbo psichico, come ad esempio lutti o separazioni, problemi famigliari, economici o lavorativi, ecc.

Ci limitiamo qui a segnalare che nel nostro campione, la presenza di uno o più "stressori" di tal genere è presente nel 24% circa dei casi.

Conclusioni

1. Nel campione analizzato, costituito da 97 soggetti di età media di circa 38 anni, prevalentemente maschi (78%) si riscontra un basso grado di istruzione.

Il campione è costituito per il 60% circa da celibi/nubili. Solo il 33% dei pazienti vive in un proprio nucleo di procreazione, mentre il 30% circa dei pazienti vive nel nucleo famigliare di origine. Questi ultimi dati, considerando anche il parametro età, sono indicativi della precarietà delle relazioni affettive dei nostri pazienti.

2. La condizione abitativa, con più del 14% dei pazienti senza fissa dimora o residente in strutture comunitarie, indica la precarietà sociale presente nel campione. Il dato è confermato da quello relativo all'attività lavorativa: di fatto circa il 40% del campione non è occupato, mentre in oltre il 12% dei casi sono svolte solamente attività lavorative saltuarie.

3. Le conseguenze devastanti sul piano fisico e sociale della tossicodipendenza sono comprovate dalla presenza, nel 33% dei casi, di invalidità civile, riconosciuta, nella maggioranza dei pazienti, per cause fisiche, nonché dalla grande frequenza di problemi penali per reati connessi alla tossicodipendenza riscontrata nel nostro campione (57% circa).

4. Il tempo di latenza medio (tempo intercorso tra primo uso della sostanza e primo accesso alle cure) riscontrato per i pazienti dipendenti da oppiacei è di quasi 6 anni, e coincide con quello evidenziato da ricerche epidemiologiche condotte su casistiche più ampie. Si tratta di un tempo lunghissimo, ed in quest'area è possibile ipotizzare interventi di prevenzione secondaria.

Al di là di dati quali l'efficacia della pubblicizzazione dei Ser.T., nonché le disposizioni giuridico-legislative vigenti in materia di droga segnalati in letteratura, la nostra analisi ha messo in luce l'esistenza di un rapporto tra questo parametro e caratteristiche più prettamente personologiche e psicopatologiche del soggetto. Abbiamo infatti evidenziato una rilevante differenza (quasi 2 anni) tra i TL medi di pazienti con doppia diagnosi e quelli senza doppia diagnosi.

5. Il Ser.T. si delinea prioritario nelle cure rispetto alle altre strutture, comunità terapeutiche comprese, proprio per la sua presenza costante e per la sua stabilità.

Tra le cure, le terapie sostitutive risultano essere (nel 40% circa dei casi) le più gradite, come se il paziente tossicodipendente ritenesse poco probabile adire ad un completo percorso di guarigione.

6. Le diagnosi in Asse I relative al disturbo da uso di sostanze (abuso/dipendenza) rispecchiano le caratteristiche tipiche dell'utenza del Ser.T. con una netta prevalenza dei casi di dipendenza da oppiacei (56,7%). Una dipendenza da alcool è presente nel 15,5% del campione; una dipendenza da cocaina nel 3,1%. La restante quota (24,7%) di pazienti presenta quadri più complessi di abuso e/o dipendenza da più sostanze, variabilmente associate. La sostanza che più frequentemente compare nelle diagnosi di abuso è la cocaina, consumata isolatamente o, più spesso, nell'ambito di un poliabuso.

7. Relativamente alla comorbidità, nel 34,0% dei casi sono presenti, in Asse I, concomitanti patologie psichiatriche. Si tratta nel 78,8% di disturbi dell'umore e, tra questi, il 65,4% appartiene allo spettro bipolare. Questi dati concordano con quelli riportati in letteratura che hanno evidenziato la prevalenza dei disturbi della sfera affettiva tra le comorbidità in Asse I e individuato nel disturbo bipolare un fattore di rischio specifico per l'esposizione alle sostanze di abuso, oltre che ad altri possibili comportamenti a rischio.

Nell'ambito della comorbidità con i disturbi di personalità (Asse II), nel nostro campione una diagnosi di DP era presente nel 35,1% dei casi, con un'elevata frequenza di Disturbo Borderline: in letteratura è ben documentato come tra i disturbi di personalità quelli più frequentemente associati alla tossicodipendenza siano il Disturbo Antisociale e il Disturbo Borderline, entrambi appartenenti al cluster B e accomunati dal carente controllo degli impulsi, caratteristica che sembrerebbe essere alla base della tendenza alla risoluzione dei problemi attraverso il ricorso alle sostanze d'abuso.

Infine i dati riscontrati in Asse III, relativi alle malattie fisiche concomitanti, rilevano una notevole presenza di patologia infettiva (riscontrata nel 12,4% del campione e determinata da HIV e HCV), anch'essa possibile espressione di una tendenza a comportamenti a rischio.

Parte II. La tossicomania: un'analisi in quattro tempi del questionario clinico

Il seguente contributo integra la ricerca di carattere più strettamente epidemiologico e vuole analizzare le risposte fornite dagli

utenti dei due Ser.T. alle domande a risposta aperta, presenti nel questionario, relative all'immaginario correlato alla droga.

La scelta di riflettere, oltre il dato numerico, sulle risposte dei pazienti trascritte senza soluzione di continuità (come singole note di un unico brano musicale) rappresenta il tentativo di comprendere meglio gli aspetti intrapsichici e relazionali del fenomeno tossicodipendenza.

"Per chi non si droga, colui che si droga è un -diverso-. E come tale viene generalmente destituito di umanità, sia attraverso il rancore razzistico che si attirano sempre addosso i -diversi-, sia attraverso l'eventuale comprensione o pietà. Nei rapporti col -diverso- intolleranza o tolleranza sono la stessa cosa. C'è da dire tuttavia che mentre gli intolleranti credono che la diversità dei diversi non abbia spiegazione e quindi meriti soltanto odio, i tolleranti si chiedono spesso, più o meno sinceramente, quali siano le ragioni di tale -diversità-..." (P.P. Pasolini, 1975).

La dipendenza è un elemento intrinseco della condizione umana e, come afferma anche la psicoanalista Joyce Mc Dougall, le vittime della dipendenza sono impegnate nella lotta contro le dipendenze universali proprie all'essere umano, ivi comprese l'illusione di riscoprire il paradiso perduto dell'infanzia; la libertà; l'assenza di tutte le responsabilità; la fuga dalla nozione del tempo.

Ma le droghe – scrive Paolo Rigliano – sono come le possenti onde dell'oceano, che ricoprono ritmicamente gli scogli e da essi si ritirano, lasciandone alcuni completamente scoperti, molti parzialmente inondati, altri completamente sommersi.

Un numero sempre maggiore di droghe arriva oggi in contatto con individui differenti, in tempi e modi assai diversi.

Alcuni non ne saranno toccati, molti lo saranno temporaneamente, altri ne conserveranno traccia, una minoranza, i tossicodipendenti, ne sarà a lungo sommersa.

A proposito della parola "tossicomanie", Mc Dougall associa il termine francese (analogo all'italiano tossicomania) al presunto bisogno dei tossicomani di farsi del male; più significativo, fa notare, il termine di "addiction", proprio della terminologia anglo-sassone, che deriva dal latino "addictus" (dato in schiavitù) e suggerisce immediatamente l'impressione che il soggetto dipendente (tossicodipendente) sia essenzialmente schiavo di una sola soluzione per sfuggire al dolore mentale.

Primo Tempo: IL RICORDO

"Effetto forte, sensazione piacevole. È stato bello. Euforia. Calore. Benessere. Tolleranza e menefreghismo. La sensazione di pace con se stessi. Unico, bellissimo. La grande amicizia. Mi ha dato una sensazione di benessere, di calma e di armonia con tutti. Evasione e benessere. Stato di onnipotenza. Una sensazione bellissima, che non avevo mai provato fino a quel momento. Bello, piacevole. Facendomi la cocaina in vena non ho avuto subito l'effetto sperato, ma la seconda volta mi è piaciuto al punto che ancora oggi ci sono dentro. Mi ha fatto piacere perché per tutto il giorno non ho pensato a niente, il tempo passava veloce ed io parlavo e parlavo con gli amici, ero leggero e non avevo problemi. Sono stata benissimo e dopo averlo fatto ho guardato in faccia un mio amico e gli ho detto: io non smetterò mai. Una emozione mai provata. Lo stare bene fisico e psichico. Ce n'è ancora? Benessere liberatorio dai problemi. Ricordo che stavo bene con me stesso. Era bella. Un relax (sballo). Benessere e stordimento. Era come avere mia 'mamma' dentro. Non ricordo, qualcosa di bello. Stavo molto bene. Mi girava la testa e dimenticavo i problemi. Illusione di superiorità. Divertimento, sballo. Curiosità, sconvolgimento, benessere. È stata una esperienza positiva..."

Queste, alcune delle risposte, alle quali fanno eco risposte analoghe, alla domanda rivolta nell'ambito di un setting individuale a novantasette tossicodipendenti in cura, intorno al ricordo del loro primo incontro con la droga (eroina e cocaina, nella maggior parte dei casi).

L'oggetto droga, che diventerà l'oggetto della dipendenza, viene qui rievocato come oggetto buono, dotato del magico potere di liberare la persona dalla necessità di provare dolore e di pensare.

Emozione mai provata. Un gruppo di amici, una cantina e Pink Floyd a tutto volume... – dicono altri due pazienti: l'oggetto della dipendenza sembra anche in grado di arricchire l'immaginario di colui, del quale la percezione della realtà è spenta dalla mancanza di capacità di immaginazione (G. Bourdellon).

A tali ricordi "positivi" si contrappongono vuoti di memoria e percezioni sgradevoli, per lo più (ma non in tutti i casi) riferite al corpo che viene attaccato:

"Non ricordo. Ho vomitato. Niente. Una brutta esperienza. Un grosso livido e nessuna sensazione piacevole. Mi stavo "incasinando". Sono stato male. Sono stata male di stomaco. No. Una giornata intera di nausea conseguente. Nessun ricordo particolare. Non mi è piaciuto più di tanto. Niente. Poco. Vomito continuo. Non ero in grado di capire. Nulla. Malessere. Nessuno..."

Secondo Tempo: IL BISOGNO

"A quale bisogno ha risposto la droga?" viene poi chiesto agli stessi pazienti. "Scoperta. Affetto. Tranquillità. Divertimento. Pace. Essere disinibiti. Rilassamento. Calore. In teoria a tutti, in pratica a nessuno. Benessere, menefreghismo. Bisogno caratteriale. Sociale, affettivo. Fare quello che non riuscivo a fare da sano. Sfuggire alla noia di tutti i giorni. Tutti. Superare la timidezza e il disagio giovanile. Serenità. Divertimento. Sicurezza. La calma più assoluta, e un sonno esagerato. Non sentire più dolore dentro di me. Appagamento, fisico e mentale. Anestetizzare le sensazioni e i sentimenti sgradevoli. La tranquillità momentanea. Al mio bisogno. Evasione da problemi. Mi sentivo solo e avevo problemi in famiglia. Stare insieme ad un ragazzo che già lo faceva. Contentezza. Sollievo. L'ecstasy mi serviva per andare a ballare, mi toglieva l'inibizione; lo stesso per la cocaina. Piacere. Superare l'emarginazione. Evadere dalla realtà e dalla consapevolezza di una vita che non piace, ma che difficilmente si ha la forza di cambiare. Autodistruzione. Poter essere considerata importante da certe persone ed amici. Evitare i problemi intorno a me. Stare bene. Non sentirmi vivo. Sedativo per l'angoscia. Trasgressione e ribellione nei confronti della famiglia. Annullamento di problemi. Occupare la testa. Nessuno. Adattamento. Tranquillità, coraggio, forza. Alleviare diverse sofferenze. A tutto. Fuggire la solitudine e la noia. Riempire un vuoto. Distrazione. Stare vicino a mio marito. Non affrontare la realtà. Essere più disinvolta con gli altri. Dialogare con me stesso e non guardarmi dentro. Concentrazione. Sicurezza..."

Il bisogno fondamentale dell'esperienza tossicomana sembra quello di ristabilire, comunque, un equilibrio affettivo, attenuare o neutralizzare l'angoscia, accanto al bisogno di ricercare mezzi per togliere le inibizioni e aumentare l'eccitazione.

Il ricorso all'oggetto di dipendenza, come afferma anche Geneviève Bourdellon, tende così a modificare il rapporto realtà interna/realtà esterna, al fine di ricreare una stabilità narcisistica preservando la relazione dell'Io con i suoi ideali e permettendo un sentimento di continuità interiore.

Una minoranza non ha saputo trovare le parole. Forse, ad indicare la presenza, più o meno sotterranea, di contenuti emotivi troppo intensi.

Si legge in Heidegger, a proposito dell'essenza del linguaggio: "Ma dove il linguaggio, come linguaggio, si fa parola? Pare strano, ma là dove noi non troviamo la giusta parola per qualche cosa che ci tocca, ci trascina, ci tormenta e ci entusiasma. Quello che intendiamo lo lasciamo allora nell'inespresso e, senza che ce ne rendiamo pienamente conto, viviamo attimi in cui il linguaggio, proprio il linguaggio, ci sfiora da lontano e fuggevolmente con la sua essenza".

Terzo Tempo: UNA IMMAGINE PER DESCRIVERE LA DROGA

"Una merda. Lucifero. Tritacarne. Paradiso. Bella ma pericolosa, come il mare. Una realtà virtuale dove tutto è bello, ma inutile. Una medaglia. Burrasca. M... (una voragine). Una bella donna. Orgasmo continuo. Una cosa buona come un dolce. La morte. Una compagna quando serve. (Disegna un teschio): uno schifo! (Disegna un teschio): teschio. (Disegna le nuvole che oscurano il sole): nuvolo. Deserto con oasi. Rovina. Io tre metri sopra il cielo. Una gabbia. Un'illusione. Sicurezza, sostituzione, distruzione. Immensa. Merda. Terremoto. Come una bella donna, o una musica, che ti porta sempre alla rovina. Dannosa, affascinante. Mi viene in mente il degrado, o cose lasciate a marcire in un angolo buio (disegna una siringa. Dalla punta dell'ago esce una nuvoletta, che raffigura una faccina con espressione sardonica). Una donna che ti fa innamorare e ti distrugge. Una bella donna che prende più di ciò che dà. Devastante. Un cesso pieno di merda. Spazzatura. È il vuoto assoluto. Una piovra gigante. Il sole. Il nero. Un buco nero. Buio totale. Anestetico per sopperire ai propri mali. Amante. Affascinante. Un cancro. Una fiamma che all'inizio ti scalda e poi ti brucia. Meraviglioso. Un bel film. Inutilità. Risolutiva. Una farfalla o una nuvola. Un senso di freddo. Il demonio. Un posto dove stare tranquilli. Un enorme buco che si apre e si chiude. Giorno/notte. Un tunnel interminabile..."

Molte delle definizioni date (alcune solo graficamente, non appartenenti al dominio del linguaggio) alludono a rappresentazioni oggettuali "cattive", frustranti; come si riferissero ad una madre "cattiva" e perturbante perché traditrice dell'originaria promessa di nutrimento incondizionato.

L'oggetto droga è qui vissuto, infatti, come oggetto "cattivo" (il demonio, mostro bestiale, una piovra, cose lasciate a marcire in un angolo buio...), sperimentato in modo ambivalente (una medaglia, bella ma pericolosa- come il mare, paradiso, affascinante e dannosa, una donna che ti fa innamorare e poi ti distrugge...), con il quale il soggetto tende peraltro a fondersi (fino all'autodistruzione), per l'arcaico bisogno di fusione con un oggetto onnipotente (immensa, devastante, vuoto assoluto, morte...).

Si tratta di "immagini" intense e quasi tutte evocative di una realtà psichica conclusa, che sembra escludere la presenza di una libido oggettuale autentica e, quindi, il presupposto di un Sé normale.

Viene alla mente quanto ipotizzato da Kernberg a proposito del "narcisismo maligno": il paziente, cioè, avrebbe sperimentato, nel suo passato, gli oggetti esterni come onnipotenti e crudeli; avrebbe la sensazione che ogni rapporto buono, affettuoso e reciprocamente appagante con un oggetto, sia fragile, facilmente distruggibile, o addirittura contenga i semi dell'aggressione da parte dell'oggetto prepotente e crudele; sarebbe mosso dalla convinzione che la totale sottomissione a quell'oggetto sia l'unica condizione per la sopravvivenza.

Secondo J. McDougall la ricerca tossicomana non è altro che la ricerca nel mondo esterno di una soluzione alla mancata introiezione di un ambiente materno ("un posto dove stare tranquilli").

L'autrice riprende il modello di Winnicott di una attività transizionale mancante e descrive l'oggetto dell'"addiction" come "transitorio" ("una compagna quando serve", ha detto un paziente).

Questi oggetti "transitori", tuttavia, solo momentaneamente risolvono la tensione affettiva, poiché si tratta di soluzioni somatiche e non psicologiche, incapaci di sostituire la funzione materna primaria mancante ("una realtà virtuale, dove tutto è bello ma inutile"; "una illusione").

Le modificazioni somatiche indotte dalle droghe, peraltro, – commenta Bernard Brusset – comportano anche modificazioni psichiche e, come all'interno di un percorso circolare di cause ed effetti, anche il rapporto dell'individuo con se stesso e il mondo va progressivamente modificandosi.

La dipendenza tossicomana, dunque, che un certo modello teorico fa derivare da un relazione oggettuale insicura e pericolosa, si presenta antitetica alla dipendenza affettiva, in questo caso insopportabile e negata.

Quarto Tempo: IL TEMPO DELLA TRASFORMAZIONE

Quali, i motivi personali per interrompere l'esperienza tossicomana? – Viene chiesto al termine del questionario.

"Per non rovinare la vita; basta? Malattia, fegato, figlio. Il figlio. Per costruirmi un futuro. Me, la mia famiglia, tutto. Vivere. Non riconoscevo più la mia vera persona. Me stessa e i figli. Condurre una vita sana. La vita senza droghe o alcool è un'altra cosa. Perdo il controllo, rischiamo di tornare in carcere. Stanchezza. Purtroppo è illegale. Non riuscire più a vivere. Ricominciare a vivere. Stato di malessere. Vivere nella realtà. Inserimento sociale, familiare. Essere normale per chi mi vede ogni giorno (colleghi, familiari, amici); tornare ad avere cura del mio corpo e rifare sport. Non è la mia vita. Stato di salute e rappacificazione con la famiglia. Due figli. Per vivere un'altra vita. Vincere le proprie fragilità ed aumentare/ ricercare l'autostima. Distruzione fisica e sociale. Non far più soffrire la mia famiglia. Vita sregolata e solitudine. Voglia di vivere le cose belle che ci sono in natura. I motivi sono tanti, ne ho perso memoria, non ricordo tante cose: la droga ha distrutto la mia vita e quella di mia sorella... Stanchezza di un incubo. Più che per me stesso, per mia figlia. La voglia di tornare ad una vita normale; penso però che per me sia troppo tardi. Per il mio benessere. Ritrovare la credibilità nelle persone care e poter iniziare una vita più tranquilla e solida. Dopo il mio ultimo arresto ho deciso che per me la droga era storia chiusa: il motivo principale è stato incontrare il grande amore. Ho conosciuto una donna fantastica. Rispetto di me stesso, morte di mia moglie. Divento marcio e vado in rovina. Essere sani e avere le forze per un progetto. Crescita. La famiglia e me stesso. La mia vita. Responsabilità di padre. Troppe cose da perdere, essere caduta troppo in basso, aver perduto amici e parte di me. Non avere mai problemi, essere sempre felici in famiglia. Nessuno. Riprendere il controllo della vita. Potrei interrompere/rinunciare all'uso di determinate sostanze, solo per non far stare in pensiero la gente che mi circonda. Evitare il malessere fisico e i problemi legali. Motivi di salute e desiderio di costruirmi una famiglia. Affetti familiari. Non mi sento più a mio agio. La famiglia e i figli. Riprendersi la vita..."

L'oggetto di dipendenza, scrive Mc Dougall, provoca una sorta di shunt progressivamente disumanizzante perché compulsivo, ripetitivo e antiprocessuale.

Nella realtà, si verifica spesso che la dipendenza non possa essere abbandonata in altro modo che tramite il riconoscimento, o il ritrovamento, di una dipendenza affettiva, inclusa la dipendenza da un terapeuta (attraverso un processo relazionale di graduale trasformazione della matrice narcisistica).

Si legge, a questo proposito, in Kohut, nel saggio del 1971 sulle "Riflessioni sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica": "Noi siamo soliti pensare al rapporto tra narcisismo e amore oggettuale in un modo che corrisponde all'immagine dei livelli di un liquido in un tubo a U. Se il livello cresce a un'estremità, diminuisce nell'altra... Questi modelli di pensiero, però, dovrebbero essere abbandonati quando si rivelano inadeguati per organizzare i dati dell'osservazione. Per esempio, il senso di accresciuta autostima che accompagna l'amore oggettuale dimostra che tra le due forme di investimento libidico c'è una relazione che non corrisponde a quella delle fluttuazioni in un sistema a U..."

Nel caso del disturbo narcisistico della personalità, ritiene Kohut, la coesione del Sé e dell'oggetto Sé nucleari si presentano instabili, con frammentazione passeggera di queste configurazioni (1).

La minaccia al mantenimento di un Sé coesivo a causa della mancanza nelle fasi precoci della vita di adeguate risposte di conferma ("speculari") da parte dell'ambiente, comporta, in questi individui, il ricorso all'autostimolazione per conservare la precaria coesione del loro Sé percettivo e agente.

Solo quando l'analista che assiste all'emergere di una delle forme di transfert narcisistico, ossia un transfert in cui le vicissitudini della coesione e della frammentazione del Sé sono correlate alle vicissitudini del rapporto, riesce ad essere empaticamente vicino al Sé destrutturato del paziente; solo allora – afferma Kohut – comincia a diminuire la stimolazione del Sé attraverso svariate forme di acting out (2).

Più in generale, lottare contro la dipendenza tossicomana significa anche poter "sognare un uomo", per quanto "irreale" (indecifrabile e precaria) possa essere vissuta la condizione umana.

Così si legge nelle "Rovine circolari" di Borges: "Il proposito che lo guidava non era impossibile, anche se soprannaturale. Voleva sognare un uomo: voleva sognarlo con minuziosa interezza e imporlo alla realtà. Questo progetto magico aveva esaurito l'intero spazio della sua anima; se alcuno gli avesse chiesto il suo nome, o un tratto qualunque della sua vita anteriore, non avrebbe saputo rispondere..."

"La calma più assoluta – ha risposto un intervistato alla domanda sull'analisi del proprio bisogno anomalo – ... E un sonno esagerato".

Forse, anche nel tempo apparentemente negato della tossicodipendenza, nel sonno "esagerato" di molti di questi pazienti, si cela (talvolta, a lungo introvabile dagli stessi terapeuti) un progetto di "sogno" (desiderio) simile a quello dell'ostinato protagonista dello scritto di Borges.

Preservare il Sé e il Sé corporeo ("non riconoscevo più la mia vera persona", "condurre una vita sana"); preservare gli affetti ("non far più soffrire la mia famiglia", "me stessa e i figli"); non distruggere la speranza ("voglia di vivere le cose belle che ci sono in natura", "riprendere il controllo della vita") sono i desideri fondamentali, per certi aspetti indicativi di una trasformazione in atto che, nella maggior parte dei casi qui considerati, stanno a testimoniare.

Bibliografia Parte I

- American Psychiatric Association (2001), *DSM-IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*, Masson.
Cassano G.B. et al. (2002), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson.
Giberti F., Rossi R. (2007), *Manuale di Psichiatria*, Piccin.

Maremmani I. et al. (2002), "Disturbi Correlate A Sostanze", in Cassano G.B. et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, 2ª Ed., Masson.

Presta A. (2009), "Il Disturbo da Uso di Sostanze: rilievi clinici ed epidemiologici in due Ser.T. di Genova", in *POL.it*, The italian on line psychiatric magazine.

Rigliano P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina.

Salvadori S., Curzio O., Schizzi I., Biemosi L., Ravera R., Lanza A., Rolando L., Ferrari F., Salata A., Mariani F. (2005), "Analisi dei tempi di latenza in Regione Liguria", in Strepparola G., Di Carlo C., *Le radici dell'innovazione. Ricerche e progetti degli operatori delle dipendenze*, FrancoAngeli.

Strepparola G., Di Carlo C. (2005), *Le radici dell'innovazione. Ricerche e progetti degli operatori delle dipendenze*, FrancoAngeli.

Zinberg N. (1984), *Drug, set and setting*, Yale University Press, New Haven.

Bibliografia Parte II

Borges J.L. (1995), *Finzioni*, Einaudi.

Bourdellon G. (2004), "Engagement dans le désir ou engouffrement dans le dépendance", *Rev. franç. Psychanal.*, 2.

Brusset B. (2004), "Dépendance addictive et dépendance affective", *Rev. franç. Psychanal.*, 2.

Gabbard G.O. (1995), *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina.

Gabbare G.O. (2005), *Introduzione alla psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina.

Heidegger M. (1973), *In cammino verso il linguaggio*, Mursia.

Kernberg O.F. (2000), *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri.

Kohut H. (1986), *Potere coraggio e narcisismo*, Astrolabio.

McDougall J. (2004), "L'économie psychique de l'addiction", *Rev. franç. Psychanal.*, 2.

Pasolini P.P. (1976), *Lettere luterane*, Einaudi.

Rigliano P. (2004), *Doppia Diagnosi*, Raffaello Cortina.

Appendice - Il questionario intervista

N°	Questionario TD	Data
1a) Età	1b) Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2) Scolarità		
Elementare <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Media Superiore <input type="checkbox"/> Università non completata <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
3) Stato civile		
Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
4) Condizione abitativa		
Vive in casa di proprietà <input type="checkbox"/> Vive in appartamento in affitto <input type="checkbox"/> Vive in camera in affitto <input type="checkbox"/>		
Vive in struttura comunitaria <input type="checkbox"/> Non ha fissa dimora <input type="checkbox"/>		
Altro (specificare)		
5) Condizione familiare		
Vive solo <input type="checkbox"/> Vive in nucleo familiare di origine (coi genitori) <input type="checkbox"/> Vive in nucleo di procreazione <input type="checkbox"/>		
6) Genitori separati	no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	
7a) Figli	no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	7b) Se sì, abitano con Lei?
		no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)		
8) Condizione lavorativa		
Disoccupato <input type="checkbox"/> Occupazione saltuaria <input type="checkbox"/> Lavoro stabile <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		

9) Interessi o hobby extra-lavorativi no sì se sì:

Sport Musica Cinema Disegno Computer Gioco d'azzardo

Altro (specificare)

10a) Invalidità civile riconosciuta no sì Se sì:

10b) parziale totale 10c) per quali motivi? fisici psichici

10d) da quanto tempo? mesi anni

11) Problemi penali per reati connessi alla tossicodipendenza no sì

12) Da quanto tempo fa uso di sostanze ? mesi: anni :

13) Sostanza principale d'abuso

14) Eventuali altre sostanze d'abuso

15) Fa uso di alcool ? no sì

16) Per quali motivi ha iniziato l'uso della sostanza principale ? (possibili più risposte)

Desiderio di emancipazione Problemi psicologici Problemi con la famiglia

Sollecitazioni degli amici Disturbi psichici Curiosità

Altro (specificare)

17) Per quali motivi ha continuato l'uso della sostanza principale ? (possibili più risposte)

Desiderio di emancipazione Problemi psicologici Problemi con la famiglia

Sollecitazioni degli amici Disturbi psichici Curiosità

Altro (specificare)

18) Dopo quanto tempo ha deciso di curarsi ? mesi: anni :

19) Se dopo un anno o più indicare i motivi di ritardo nella richiesta d'aiuto (possibili più risposte)

non avevo problemi (stavo bene) timori nel chiedere aiuto

convincione di farcela da solo a smettere non sapere a chi rivolgersi

Altro (specificare)

29) Cosa ricorda del suo primo incontro con la droga ?

30) A quale bisogno la droga ha risposto ?

31) Una immagine per descrivere la droga

32) Motivi personali per interrompere/ rinunciare all'uso di alcool/ stupefacenti o sostanze in genere

33) Quali sono le Sue impressioni sul questionario ?

34) Se non gradisce rispondere al questionario, può indicarne le ragioni

disinteresse

manca di fiducia

non desiderio di collaborare

Altro (specificare)

Valutazione multiassiale DSM-IV (per il medico)

Asse I

Asse II

Asse III

Asse IV

Asse V

Eventuali note dell'intervistatore

Cocaina e “Violenza”: Victus e Invictus

Anna Paola Lacatena*, Cosimo Buccolieri**, Vincenzo Simeone***

SUMMARY

■ Cocaine, right after cannabis, is the highest sold drug in the world, with a rising trend, even though, transgressing common market laws, prices are in strong decline. In Europe, it is available in two forms: cocaine powder (cocaine HCl, a hydrochloric salt) and crack (free Cocaine and crack (in smokable form) acts by increasing production of dopamine in areas of the brain responsible for gratification and reward. When one considers that therapies used in paranoid schizophrenia aim to reduce dopamine levels in the mesolimbic and mesocortical areas and that these pathologies are frequently associated with feelings of persecution and violent behaviour, it is presumable to express strict correlations between the use of cocaine and violence. It is casual, temporary, occasional. Perfect for the dominant “use and throw” cultural model. It is mobile, adaptable, projected at “let’s have fun” without any real or meaningful experience between people. Violence towards others sets itself up as an inevitable consequence of drug use but also in an environmental context which favours its onset, stemming from the most cruel violence enactable upon oneself, that is, to deny themselves a real life. ■

Keywords: cocaine, dopamine, violence, narcissism, society.

Parole chiave: cocaina, dopamina, violenza, narcisismo, società.

Negli ultimi anni tra i Paesi dell’Unione Europea si è assistito ad un corposo e preoccupante incremento dell’uso di cocaina.

Nonostante la variabilità in termini di modelli di consumo e di caratteristiche socio-demografiche dei consumatori, è possibile stabilire almeno tre importanti tipologie di assuntori: occasionali, abituali – socialmente integrati e abituali – socialmente esclusi o problematici.

In generale, dalla Relazione annuale 2009 dell’UNODC, World Drug Report, si evince che il consumo di cocaina sembra concentrarsi in pochi Paesi, in particolare Danimarca, Spagna, Italia, Irlanda e Regno Unito, mentre nei restanti Paesi dell’UE il suo utilizzo è piuttosto limitato.

Lo spartiacque sembra essere il dominio del mercato delle anfetamine.

Lì dove queste ultime dominano il settore delle sostanze stimolanti illecite, le stime del consumo di cocaina si mantengono basse in quasi tutti i casi.

Al contrario, nei Paesi in cui la principale sostanza stimolante è la cocaina, vengono segnalati bassi livelli di consumo di anfetamine.

La cocaina, subito dopo le foglie e la resina di cannabis, è la sostanza più venduta nel mondo con un trend in continua crescita sebbene, contravvenendo ad una comune legge di mercato, i prezzi siano in forte contrazione.

* Dirigente Sociologa c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

** Dirigente Medico c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto, Sezione Dipartimentale Ser.D. di Taranto, Ospedale “Testa” c.da “Rondinella”

*** Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

In Europa è disponibile in due forme: polvere di cocaina (cocaina HCl, un sale idrocloridrico) e crack (una base libera).

Di fatto, l’espansione del mercato europeo unitamente alla forza delle sue valute rispetto alla discesa del dollaro e all’implementazione delle nuove e meno controllate rotte (soprattutto Africa Occidentale) può aver contenuto il calo dei prezzi e il ridursi dei margini di profitto dei grandi produttori andini.

Quando si parla di cocaina, infatti, si intende un composto chimico in forma di polvere biancastra cristallina, ricavato dalla foglia di coca, pianta diffusa soprattutto sulle Ande.

La purezza media della cocaina europea varia dal 22 al 58% circa (Spagna e Portogallo non fanno registrare cadute negli ultimi tempi al contrario di altri Paesi europei) con un costo medio al dettaglio compreso tra i 44 e gli 88 euro al grammo.

Conosciuta come *neve* e diffusa da prima come polvere da sniffare, oggi è utilizzata anche in vena o fumata in cristalli (crack). Agisce sul sistema nervoso, influenzando memoria, vigilanza, umore, senso di piacere. Il consumatore solitamente cerca nel ricorso a tale sostanza un senso di energia, forza, potenza e stimolazione sessuale.

Può dare tremori, irritabilità, tachicardia, aumento della temperatura corporea, sospettosità, irritabilità e alla lunga aggressività (enfattizzata dall’utilizzo concomitante di alcol), anoressia, paranoia, delirio ed impotenza.

Altera il sonno e l’appetito e induce il consumatore a sopravvalutare le proprie capacità senza alcuna considerazione delle possibili conseguenze.

L’overdose può portare alla morte per arresto cardiaco, convulsioni o paralisi respiratoria.

Quando l’effetto termina subentra il “down”, ossia ci si sente stanchi, senza energie, depressi.

È una sostanza che induce all'abuso, innescando da subito una forte dipendenza psicologica.

A tal proposito si ricorda che le epatiti possono essere trasmesse anche attraverso cannuccie riutilizzate e banconote adoperate per lo sniffing.

Essendo la cocaina un vasocostrittore, dopo alcune assunzioni per sniffing, le membrane delle narici fungono da deterrente rispetto all'assorbimento.

Se la stessa è, invece, assunta per via endovenosa, alla luce della biodisponibilità pari al 100%, appare quasi inevitabile, per gestirne gli effetti, l'assunzione successiva di eroina (*speed-ball*). Per ciò che attiene al crack (cristalli fumabili), data la sua termolabilità (150 °C), va ricordato che i produttori onde evitarne la denaturazione sono soliti *tagliarla* con carbonato di sodio o ammoniaca, rendendola altamente assorbibile a livello di alvei polmonari portando così l'assorbimento dal consueto 25-28% della cocaina inalata al 90-94% di quella fumata, determinando un'inevitabile dipendenza.

Altri rischi per il consumatore discendono da alcune sostanze utilizzate per il *taglio*.

Di recente, infatti, nuclei operativi delle Forze dell'Ordine hanno rintracciato in alcune partite e attraverso le indagini relative ai "precursori" (sostanze che hanno uno stretto legame con gli stupefacenti e la loro lavorazione) l'antiparassitario Levamisolo.

Essendo quest'ultimo un inibitore delle Mao (monoaminossidasi), veri e propri nemici della dopamina, soprattutto di quella che si attarda rispetto ai normali processi di smaltimento tra un neurone e l'altro, è evidente il beneficio in termini di prolungamento del piacere e di riduzione della dose per il consumatore nonché l'ampliarsi del parco clienti per il grande produttore che in questo non solo ha scorto ma soprattutto ha colto l'opportunità di abbassare i costi e ampliare il mercato.

Va precisato che queste sostanze utilizzate nella lavorazione producono danni alle difese naturali del corpo soprattutto per ciò che attiene alla quantità di globuli bianchi, notoriamente deputati a fronteggiare le infezioni batteriche.

Gli ambienti poco asettici della lavorazione, dunque, unitamente all'utilizzo di queste sostanze nella catena produttiva innescano ulteriori gravi rischi per la salute non solo psichica ma anche fisica.

È noto come la cocaina e il crack agiscano aumentando la produzione di dopamina, metaforicamente un po' il postino del piacere, all'interno delle aree cerebrali della gratificazione e della ricompensa.

Di fatto il cervello, dopo l'assunzione, continua a rilasciare il neurotrasmettitore dal terminale pre-sinaptico a monte al recettore post-sinaptico a valle; allo stesso tempo, la dopamina rilasciata non viene riassorbita, restando in circolo e facendo perdurare gli effetti.

Di fatto, il terminale presinaptico normalmente riassorbe la dopamina non utilizzata ma, nella fattispecie, la cocaina impedisce questa attività.

Cocaina e crack, dunque, implementano la produzione di dopamina nella corteccia esterna del nucleus accumbens.

L'aumento della stessa garantisce la trasmissione fino all'area ventrale tegmentale.

Continuando nel suo percorso, da neurone a neurone, *la staffetta chimica* arriva alla corteccia prefrontale dove determina la sensazione di piacere (*high*).

Solo successivamente la dopamina prodotta giunge nelle aree della corteccia mesolimbica e mesocorticale dove, però, può provocare crisi psicotiche e schizo-paranoidi.

Per quanto, spesso, si associ alla cocaina la dipendenza psicologica escludendo quella fisica, in realtà si tratta della droga che, a prescindere dalle differenze soggettive proprie del consumatore, è indiscutibilmente in grado di innescare, in funzione dei meccanismi farmacologici scatenabili, elevatissimi gradi di dipendenza.

Se si pensa che le terapie utilizzate nei casi di schizofrenie paranoide puntano a ridurre i livelli di dopamina nelle aree mesolimbiche e mesocorticali e che tale patologia è spesso associata a sensazioni persecutorie e comportamenti violenti, è possibile ipotizzare una non casuale correlazione tra uso di cocaina e comportamento violento.

Infatti, facendo aumentare i livelli del neurotrasmettitore in questione proprio all'interno di quelle aree, la cocaina può scatenare crisi psicotiche con allucinazioni e deliri particolarmente aggressivi, capaci di perdurare anche per mesi.

Se, poi, per alcune sostanze si parla di tolleranza, considerata la reazione soggettiva all'assunzione (es. alcol), nel caso degli stimolanti si dovrebbe parlare di tolleranza inversa, ossia divenendo l'assuntore sempre più sensibile nel tempo anche piccolissime quantità potrebbero determinare reazioni del tutto imprevedute e incontrollabili.

Come frequentemente accade e i dati presenti nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL TA lo confermano, all'assunzione di cocaina, crack e stimolanti in genere si accompagna l'uso di alcol, costituendo quest'ultimo un altro importante fattore di pericolo per sé e per gli altri.

Infatti, tale abbinamento determina la produzione di un metabolita intermedio, il cocaetilene (cardiotossico), capace di inibire l'eliminazione della cocaina per via renale di quasi il 50%, esponendo assuntori anche giovanissimi a possibili attacchi di ipertensione, emorragie cerebrali, problemi del ritmo cardiaco. Se gli effetti desiderati ed il persistere della sostanza in circolo, dunque, si conservano più a lungo, per contro il soggetto più a lungo ed in modo più massiccio resta esposto a gravi rischi.

Le conclusioni di studi internazionali di recente acquisizione inducono, in merito all'intera problematica, a rivedere alcune diffuse percezioni.

Il mainstream relativo alla cocaina quale sostanza dei vip e dei leader subisce dagli stessi importanti colpi in grado di farlo decisamente vacillare.

Robert Warren Gould della Wake Forest University nel 2008 ha affermato a tal proposito che quanti sono in grado di produrre elevate quantità di dopamina attraverso naturali processi biochimici o per capacità indotte da quello che i sociologi definiscono il naturale "equipaggiamento" mentale sono coloro che riescono ad affermarsi negli studi e nella vita sociale con più facilità. In sintesi sono quelli che non hanno necessità di procurarsi massicce dosi di dopamina in modo artificiale ad essere i più "riusciti" socialmente.

Lo stesso zeitsteig sembra essere promosso da uno studio di Diana Martinez della Columbia University del 2009, pubblicati sul numero di febbraio 2009 della rivista *Biological Psychiatry*, organo di divulgazione della *Society of Biological Psychiatry*, secondo cui lo status ed il sostegno sociale sono correlati con una maggiore densità di recettori D2 e D3 della dopamina.

Praticamente sono i soggetti con più difficoltà ad integrarsi socialmente, questo a prescindere dall'estrazione socio-culturale e ad avere una maggiore propensione al consumo e alla dipendenza da cocaina e stimolanti in genere.

"Dal nostro studio – ha spiegato la Martinez – è emerso che bassi livelli di recettori per la dopamina sono generalmente associati a una posizione sociale non elevata. Viceversa, alti livelli si tro-

vano in relazione con uno status più alto. Lo stesso tipo di rapporto è emerso rispetto al supporto sociale che i soggetti credono di ricevere da parenti, familiari e altre persone significative” (Ficocelli 2010).

L’Equipe di studiosi coordinati dalla Martinez hanno analizzato il cervello di un gruppo di volontari mediante PET (tomografia ad emissione di positroni), ossia con la visualizzazione del rilascio e della captazione di diversi neurotrasmettitori tra i quali proprio la dopamina.

Secondo John Krystal, docente del Dipartimento di Psichiatria della Yale University ed Editor di *Biological Psychiatry*, “i dati gettano una luce interessante su ciò che muove il perseguimento di uno status elevato, che rappresenta un processo sociale basilare. Si può infatti ipotizzare che i soggetti con più alti livelli di recettori D2 siano anche i più motivati e impegnati dalle situazioni sociali, e di conseguenza arrivino più facilmente al successo” (Ficocelli 2010).

La significatività di questa ricerca, richiamando per altro il legame della carenza della molecola in questione alla stessa comparsa del morbo di Parkinson – in questa patologia i neuroni che la producono muoiono, lasciando il cervello umano sprovvisto delle quantità di neurotrasmissione utili, con evidenti segni di rallentamento delle funzioni motorie e cognitive – riporta, dunque, all’importanza delle strutture sottocorticali per ciò che attiene soprattutto alle funzioni cognitive.

Queste strutture cerebrali, infatti, influenzano l’attività di aree corticali (frontali nella fattispecie), direttamente chiamate in causa nei meccanismi decisionali, comportamentali, di ragionamento e di adeguamento al contesto.

Gli studi paralleli di Nora Volkow, Responsabile del *National Institute on Drug Abuse* hanno, inoltre, suggerito che gli stessi bassi livelli dei recettori D2 e D3, associati ad un basso status sociale e a carenze nel supporto familiare e sociale, costituirebbe un fattore di rischio anche rispetto al manifestarsi dell’alcolismo soprattutto in quei soggetti che appartengono a nuclei familiari in cui altri membri abusano di alcol.

L’interesse di questi rilievi sono proprio nel tentativo di connettere la neurobiologia umana al contesto sociale senza prevaricazioni da cui il comportamento umano sarebbe definito esclusivamente dal determinismo biologico o, in chiave altrettanto esclusiva, da quello ambientale e culturale.

Si tratta, in realtà, di una connessione e, forse più ancora, di un’interdipendenza per le quali gli effetti biologici sul comportamento si manifestano solo nel contesto sociale e dallo stesso veicolati e determinati ad esprimersi.

Pur percorrendo binari metodologici e paradigmatici differenti, due importanti ricerche sociologiche condotte negli Stati Uniti sull’origine del comportamento deviante giungono a conclusioni non dissimili.

Crime in the making di Robert J. Sampson e John H. Laub, pubblicata nel 1993 e *Islands in the street* di Martin Sanchez-Jankowski del 1991 si chiedono come possa avere origine la devianza e, dunque, anche il consumo di sostanze stupefacenti. Sinteticamente, Sampson e Laub ipotizzano un modello teorico per il quale le variabili strutturali di base influirebbero sul comportamento deviante non in maniera diretta ma in maniera mediata dalle variabili intervenienti rappresentante dal controllo familiare.

Analogamente gli stessi individuano significative variabili processuali familiari, sintetizzabili in:

- rapporto affettivo con i genitori;
- uso o meno di punizioni fisiche;
- presenza/assenza di supervisione materna;
- situazioni di rifiuto/abbandono/ostilità da parte dei genitori.

Analizzando il modello completo variabili strutturali di base e variabili processuali familiari assunte tutte assieme come indipendenti e comportamento deviante come dipendente, l’effetto delle variabili strutturali di base quasi sparisce.

In estrema sintesi: le variabili strutturali non avrebbero effetto diretto sul comportamento deviante ma la loro azione sarebbe mediata dalle variabili processuali (per un 73%).

I processi familiari di controllo informale, dunque, andrebbero ascritti tra i più importanti effetti inibitori sulla delinquenza e più in generale sulla devianza degli adolescenti.

Martin Sanchez-Jankowski indagando per 10 anni, secondo l’approccio comparativo, ben 37 Gangs tra Los Angeles, New York e Boston, fornisce un superbo esempio di indagine condotta attraverso la tecnica dell’osservazione partecipante.

Non si tratta come nel caso precedente di una sistematica riflessione teorica che porta all’elaborazione di ipotesi da controllare empiricamente ma seguendo l’approccio induttivo, la teoria andrebbe scoperta e sistematizzata nel corso dell’indagine stessa. Ciò che emerge immediatamente è che gli individui che vivono nei quartieri a basso reddito entrano nelle gang per varie ragioni, ma tutte basate sul calcolo di ciò che è meglio per loro in quel determinato momento, seguendo, sostanzialmente 6 motivazioni:

- incentivi materiali;
- entrate anche in situazioni di emergenza;
- aspettative di future opportunità economiche
- divertimento;
- rifugio-nascondiglio.

Da quanto riportato dalle ricerche citate e dai dati ufficiali sembra davvero possibile sfatare quell’immagine radicata nel tempo della cocaina come la droga della riuscita e del successo a vantaggio di una lettura, in alcune realtà, diametralmente opposta.

Dal contesto del disagio e della marginalità a quello del loisir e dell’integrazione sociale, sembra sovvertirsi l’apparente ossimoro, delineando in maniera più omogenea il profilo del consumatore di cocaina (+ alcol).

Azzardando una sorta di tipizzazione, si tratterebbe di un abitante della globalizzazione di cui percepisce i tratti più comuni ma finisce per viverli in maniera del tutto locale, incline a percepire la sostanza come rischiosa ma non in grado di valutarne l’effettiva pericolosità.

Il consumatore di cocaina chiede di esserci, tenendo ben stretta la propria appartenenza culturale, attraverso modelli e valori modali di impronta esogena, percorrendo in maniera privilegiata i binari dell’apparire sino a sfociare nel narcisismo.

Non aderisce a ciò che è consentito ma a ciò che è trasgressivo nella percezione dominante.

Quel suo essere tale (trasgressivo ma comune), però, finisce per assurgere a *pattern* massificante, diffuso, omologante.

Alla consapevolezza che la cocaina è rischiosa, si finisce per rispondere che è comunque diffusa, normale, ad appannaggio di tante persone.

Proprio per tale ragione, però, non è più una trasgressione e, dunque, non è più neppure pericolosa.

È già questo, neanche tanto paradossalmente, ne decreta l’indiscutibile pericolosità.

I più la usano saltuariamente, in occasione di eventi e, dunque, non è percepita come sostanza in grado di promuovere dipendenza o comportamenti a rischio.

È saltuaria, precaria, occasionale perfetta per il modello culturale dominante dell’usa e getta.

È mobile, adattabile, proiettata verso il *divertiamoci* (dal latino *divergere* ossia guardare da un'altra parte) e *su le mani* da esistenza consacrata al divino disimpegno.

Se la variante crack, almeno negli Stati Uniti e nel Regno Unito, si è diffuso principalmente all'interno di quartieri degradati e di sobborghi urbani, configurandosi come sostanza tipica degli emarginati, svantaggiati e consumatori problematici di oppiacei (Connolly e coll. 2008), anche in altre realtà europee risulta insolito il suo consumo tra individui socialmente integrati, compresi i consumatori abituali di cocaina in polvere (Prinzleve e coll. 2004).

Nello specifico, a Londra la diffusione di crack sembra destare non poche preoccupazioni, collocandosi in netta crescita (già dagli anni '90) tra i consumatori di oppiacei (GLADA 2004).

Compatta, unisce, colora, fluttua, la cocaina dispensa appartenenza ma non sembra determinare legami stabili se non con se stessa.

La trasgressione praticata sembra assurgere a identità negata in un processo di omologazione che permette di essere, esserci, esserne parte prendendo le distanze da ciò che si è e che differenzia, in termini di costruzione dell'identità propria, dall'Altro. Quest'ultimo non è utile per la costruzione della personalità del singolo ma per fornire il biglietto di ingresso in realtà impersonali dove è possibile trovare tracce di un Io frantumato, spezzettato in piccoli e non sempre riconoscibili tratti e dimensioni. È la sostanza "perfetta" per un mondo perfettamente dedito all'assenza di consapevolezza e profondità.

È adeguata alla possibilità di sentire di esserci senza esserci mai veramente da individuo ad individuo, da persona a persona.

Essere per essere sempre altro da sé.

Intrappolati all'immagine di un novello Narciso in cui non ci si riesce ad immedesimarsi.

Si vorrebbe essere altro, si finisce per esserlo con tutto ciò che questo in negativo comporta.

"Naturalmente anche il narcisismo è una trappola: non a caso il mito racconta che il bellissimo Narciso, dopo aver rifiutato innumerevoli spasimanti, si lasciò morire per la tristezza di non poter abbracciare la propria immagine riflessa dalle acque, unica realtà che riusciva ad amare (il mito aggiunge che il cadavere venne ritrovato accanto ad un fiore a cui fu dato il nome dello sfortunato ragazzo). Il narcisismo è un'angusta prigione della mente, magari con le sbarre dorate ma non per questo meno soffocante, una prigione che impedisce la presa di contatto con la realtà effettiva e che deforma tutto a partire dall'Io, e quindi una fonte pressoché inesauribile di menzogne" (Mancuso 2009).

Tale individuo finisce per inghiottire nel suo interno buco nero tutto ciò che lo circonda (persone, cose, esperienze), consegnandosi ad un inevitabile destino di solitudine pur tra tanta gente.

Anzi proprio perché consumato tra tanta gente che non è concepita come Altro ma come estensione e specchio di se stesso, la solitudine si fa più severa.

"Il consumo di cocaina sembra essere collegato a una forma di condivisione o perlomeno a un uso in socialità, infatti alla maggior parte degli intervistati essa è stata offerta in situazioni collettive, e questo vale soprattutto per le femmine" (Dionigi & Pavarin 2010).

Con estrema chiarezza, Hegel (1802) aveva precisato la pericolosità della trappola del narcisismo: *"(...) la dannazione dell'in-*

ferno come l'essere eternamente legati all'azione soggettiva, l'essere soli con il proprio appartenere a se stessi (...) proprio questo tormento dell'eterna contemplazione di se stessi".

Dallo studio multicentrico PCS emerge un'associazione tra consumo recente di cocaina e problema della sfera relazionale (familiari, partner, amici) e del mondo sociale (lavoro, giustizia, sfera economica) (Pavarin 2008).

La violenza contro gli altri si configura allora come una conseguenza della sostanza ma la sostanza non è meno consequenziale ad un ambiente-contesto che ne favorisce l'insorgenza, partendo dalla violenza più crudele che si possa commettere contro se stessi, ossia quella di negarsi una vita autentica.

Per il tedesco *eigentlich* ("autentico", "appropriazione di sé"), per l'inglese *authentic*, per il francese *authentique*, anche per l'italiano *autentico* il significato etimologico è da riportare al termine greco *autòs* (se stesso proprio). Il breve, l'autenticità è tale solo nell'appropriarsi di se stessi: tanto più un uomo è se stesso tanto più egli stesso è autentico.

Heidegger (1927) sostiene a riguardo che si tratterebbe di vivere una vita guidata *"dall'essere-sempre mio"* che non è ipertrofia egoica ma il suo esatto contrario.

Il consumatore di cocaina non sembra essere il vincente che un certo tipo di mainstream ci ha consegnato.

Tutt'altro.

Sembra essere colui che non riesce a vincere, a creare intorno e dentro di sé le condizioni per un'esistenza soddisfacente, risolta, appagata.

Fa fatica ad arrivare (nelle azioni) e spesso ad evitare (nel sentire) di arrivare a se stesso e agli altri in maniera diretta e profonda.

In *un voglio non voglio* che cristallizza l'essenza, nel dilagare rabbioso e narcisistico di un *essere ma non essere* mai veramente, al perdente della *modernità liquida* (Bauman Z. 2003) sembra non offrirsi nulla con altrettanta forza d'impatto dell'ammagliante sirena degli effetti della cocaina.

Vinti pur sentendosi invincibili.

Bibliografia

- Bauman Z. (2003), *Modernità Liquida*, Laterza, Bari.
- Connolly J. et al. (2008), *Cocaina Crack nella regione di Dublino: una base per una strategia*, HRB Ricerca Serie 6, Health Research Board Dublino.
- Dionigi A., Pavarin R.M. (2010), *Sballo*, Erickson, Trento, p. 197.
- Ficocelli S. (2010), "Dopamina, la molecola che porta al successo", *Repubblica.it* del 19 marzo.
- GLADA (2004), *Una base per la strategia contro la diffusione di cocaina e crack a Londra*, Greater London Authority, Londra.
- Hegel G.W.F. (1971), *Fede e sapere (1802)*, tr. it. di Remo Bodei in *Primi scritti critici*, Mursia, Milano, p. 210.
- Heidegger M. (1976), *Essere e tempo (1927)*, tr. it. Di Pietro Chiodi, Longanesi, Milano, p. 65.
- Mancuso V. (2009), *La vita autentica*, Raffaello Cortina, Milano, p. 87.
- Pavarin R.M. (2008), *Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo*, FrancoAngeli, Milano.
- Prinzleve M. et al. (2004), "L'uso di cocaina in Europa. Uno studio multicentrico: i modelli di utilizzo in diversi gruppi", *European Addiction Research*, 10.

Alessitimia e dipendenze patologiche: la mediazione espressiva come strategia psicopedagogica di ingaggio e propedeutica alla psicoterapia

Guglielmo Campione*, Paolo Pozzi**

SUMMARY

■ *The scientific literature has long emphasized the close connection between alexithymia and addiction. Alexithymia is defined a set of emotional competence and emotional deficits, revealing the inability of mentalize, perceive, recognize and describe verbally their own and others' emotional states. For this reason, the classical psychotherapy is ineffective unless it is preceded by a preliminary non-verbal expressive training. The purpose of this article is to help increase the reflection of the professional services for diagnosis and treatment of addiction on the usefulness of art therapy.* ■

Keywords: *alexithymia, addiction, art therapy, psychotherapy, engagement.*

Parole chiave: *alessitimia, dipendenze, attività espressive, psicoterapia, tecniche di ingaggio.*

Il termine Alessitimia fu coniato da John Nemiah e Peter Sifneos all'inizio degli anni settanta, per definire un insieme di caratteristiche di personalità evidenziate nei cosiddetti pazienti psicosomatici. Il nome venne divulgato per la prima volta nel 1976 alla XI Conferenza Europea sulle Ricerche Psicosomatiche.

L'alessitimia si manifesta nella difficoltà di identificare e descrivere i propri sentimenti, ed a distinguere gli stati emotivi dalle percezioni fisiologiche.

I soggetti alessitimici hanno grandi difficoltà ad individuare quali siano i motivi che li spingono a provare od esprimere le proprie emozioni, ed al contempo non sono in grado di interpretare le emozioni altrui.

La loro capacità immaginativa ed onirica è ridotta, talvolta inesistente; mancano di capacità d'introspezione, e tendono ad assumere comportamenti conformati alla media.

I soggetti alessitimici tendono anche a stabilire relazioni di forte dipendenza o, in mancanza di essa, preferiscono l'isolamento. L'alessitimia è risultata significativamente correlata a numerose condizioni patologiche di Dipendenza e compulsione oltre che a patologiche sia di natura psicosomatica che psicologica, come l'ipertensione, la dispepsia i disturbi sessuali, ed alcuni disturbi d'ansia.

L'alessitimia è stata associata ad uno stile di attaccamento insicuro-evitante, caratterizzato da un bisogno talvolta ossessivo di attenzioni e cure.

Processo psichico frequente nei soggetti con tratti di personalità alessitimici è l'incapacità di mentalizzare e simbolizzare l'emozione.

* Medico Psichiatra, Psicoanalista IIPG, Responsabile UO Ser.T. Rozzano, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.

** Dottore in Lettere, Educatore, Arte terapeuta, UO Ser.T. Rozzano, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.

L'emozione viene vissuta per via somatica (direttamente sul corpo e senza elaborazione mentale), e non interpretata cognitivamente, né concettualizzata per immagini mentali o parole che la sintetizzano e contengano. L'emozione è, per il soggetto alessitimico, la mera percezione fisica, disregolata e presimbolica, dei correlati psicofisiologici dell'attivazione emotiva.

Sono tre le caratteristiche ritenute alla base del disturbo:

- la difficoltà nell'identificare i sentimenti;
- la difficoltà nel descrivere i sentimenti altrui;
- il pensiero orientato quasi solo all'esterno, e raramente verso i propri stessi processi endopsichici.

Dal punto di vista psicodiagnostico sono 3 gli strumenti specifici per valutare l'alessitimia: la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), una scala psicométrica di autovalutazione a 20 domande (item), il test proiettivo TAT (Thematic apperception test) e il SAT9 (Objectively Scored Archetypal Test).

La proverbiale difficoltà dei nostri pazienti alla riflessione, alla consapevolezza di sé e della realtà, la loro propensione ad un pensiero concreto e operativo privo di capacità di astrazione, rappresentazione e simbolizzazione (base dell'alessitimia e delle psicosomatosi) li priva della capacità di sublimare gli istinti e di dilazionarne la soddisfazione, spingendoli ad agire compulsivamente e impulsivamente con conseguenze disastrose.

Questa caratteristica mentale è anche alla base dell'angosciante solitudine relazionale dei pazienti dipendenti, spesso concausa delle depressioni concomitanti e dei non rari suicidi.

Un quadro così complesso e compromesso rende estremamente difficile il lavoro terapeutico, rendendo necessari approcci diversificati che, spesso, escludono un approccio psicoterapeutico diretto.

Ci si trova così a muoversi in una zona grigia, (buona metafora trattando di un congelamento delle emozioni), il che rende

necessaria l'individuazione di nuove coordinate di orientamento e di esplorazione.

È fondamentale a tale scopo poter disporre di strumenti pedagogici specializzati e non più "naïf", che siano propedeutici ad una successiva psicoterapia secondo un'ottica processuale e polifasica.

Uno di questi è la mediazione operata attraverso lo strumento espressivo non verbale, che consente l'emersione di contenuti mentali ancora privi di lessico per essere detti a parole in primis a se stessi e poi comunicati agli altri.

Sono contenuti spesso afasici o, per così dire, balbettanti: dare un nome all'emozione, al proprio stato d'animo, riconoscerla e condividerla in un processo terapeutico può essere più facile se, aggirando le difese del codice verbale, si sceglie di utilizzare (e qui, propedeuticamente e terapeuticamente, si scelgono le modalità che rendono possibile l'ingaggio), l'uso di codici espressivi alternativi, che possono essere anche usati parallelamente a questo e che alla parola consentiranno un ritorno.

È qui che il ricorso a tecniche, materiali, prassi artistiche può essere utile.

Il gioco del comunicare senza dire, dell'espressione anche caotica e grezza del proprio mondo interno in quegli spazi di mediazione che sono il setting ed il supporto possono aiutare ad acquisire una alfabetizzazione affettiva ed emotiva e codici espressivi più raffinati e finalizzati, naturalmente non o non necessariamente in senso estetico.

La nozione di arteterapia si costituisce quindi nell'incontro di due poli distinti, quello dell'arte e quello della terapia (Rudolf Arnheim "Per la salvezza dell'arte" (1994).

L'arte (intesa, fenomenologicamente, come "... tutto ciò che gli uomini chiamano arte") è intesa come uso di materiali, codici, procedure e tecniche propri della prassi artistica, la terapia come presa in carico, relazione d'aiuto e percorso strutturato e verificato.

L'arteterapia si fonda su un'esperienza non verbale e si avvale del potenziale terapeutico e riabilitativo insito nel processo creativo.

L'atto creativo può far affiorare emozioni, conflitti, problematiche, bisogni e può dare inizio all'avventura della messa in forma di tutto ciò, attraverso la creazione di oggetti di mediazione che, pur utilizzando, come si è detto più sopra, strumenti e codici della prassi artistica, non necessariamente vanno valutati e considerati secondo un metro estetico, ma secondo la loro carica espressiva, sia essa latente o consapevole, in quanto sono strumento di espressione e contemporaneamente oggetto di questa espressione, e si caratterizzano come oggetti esterni, altro da sé, ma anche come contenitori di elementi del sé.

Gli oggetti prodotti nel percorso arteterapeutico sono profondamente inseriti nel tessuto della relazione tra utente ed arteterapeuta, (ne scaturiscono quasi), relazione che dà protezione e contenimento e, pur rispettando i meccanismi di difesa, attiva la percezione di emozioni, ricordi, vissuti da elaborare: è il setting, quell'insieme di dimensioni materiali, relazionali, affettive, di regolazione che definiscono lo spazio della terapia: una cornice che presenta una doppia funzione, di elaborazione da una parte, di protezione e preservazione dall'altra.

Offrendo un contenitore rassicurante rende possibile il trattamento dell'esperienza, è contenitivo ma sufficientemente aperto a ciò che il paziente porta e dice di sé senza dire, è una pelle che respira, che si adatta al corpo dell'incontro tra le aree di gioco del paziente e del terapeuta, senza sfaldarsi o irrigidirsi.

Con il passare del tempo e con l'infittirsi del gioco terapeutico deve sempre essere contenente, come la pelle si adatta sempre al corpo, anzi ne è parte.

La stabilità del setting (inteso come "spazio sufficientemente buono" in cui si può "stare da soli anche in presenza di qualcuno") incoraggia movimenti in autonomia, favoriti dall'assenza di un giudizio estetico su quanto si sta creando, bilancia l'abbandono della razionalità e del controllo evidenti nella produzione, si configura come l'ambiente che rende possibile il dare e prendere forma.

In tale contesto, la funzione del terapeuta (compagno di viaggio, ascoltatore e visitatore, attento al processo come al prodotto) è accompagnare l'utente nella scoperta delle proprie potenzialità, accompagnandone la progressiva consapevolezza: l'arte porta l'utente a fare come il bambino nel gioco, ("il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine quello di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace". "Si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme". Winnicott) rendendo plasmabile il confine tra realtà e fantasia, tra realtà soggettiva ed oggettiva, oscillando dall'una all'altra.

Il tutto in uno spazio limitato dai confini del foglio (il supporto) da colore e consistenza del materiale, nonché dai confini spaziali, temporali, di relazione, del setting, in cui il terapeuta continua ad essere disponibile e rispecchiante ciò che avviene nel gioco.

Gioco che porta alla produzione di oggetti definiti, nella loro apparenza immediatamente percepibile, dai materiali che li costituiscono, più o meno trasformati ed elaborati: l'oggetto è quindi percepibile fuori di sé e contemporaneamente investito di una parte molto intima di sé, è un ponte tra mondo esterno e mondo interno, ma anche, in trasparenza, la visualizzazione di una relazione "buona" tra paziente e terapeuta.

Arteterapia: brevi cenni storici

Il '900 è il secolo in cui il mondo dell'arte, configurato come uno spazio aperto e dai confini mutevoli, sperimenta fitte e spesso biunivoche relazioni con la psichiatria, che, frequentemente, nate nel segno della fascinazione, si evolveranno, specie dagli anni quaranta in poi, in senso terapeutico. diffondendosi principalmente in quei paesi che hanno avuto importanti tradizioni di studi psicoanalitici e psichiatrici: Gran Bretagna, Francia, Germania e Stati Uniti.

L'uso di linguaggi non verbali (noi qui ci soffermeremo in particolare su quelli grafico-pittorico e plastico) ha quindi ormai acquisito diritto di cittadinanza in ambiti terapeutici non solo psichiatrici. Dal saggio di Morgenthaler su Woelffli (Ein Geisteskranker als Kunstler, 1921) al testo di Prinzhorn (Bildnerei der Geisteskranken, 1922) numerose sono le esperienze, ampiamente storicizzate, che utilizzano le possibilità di mediazione consentite dalla prassi artistica.

Il tutto non privo di equivoci: ad esempio, facile è stato riproporre l'abusato binomio "genio e follia" sotto l'etichetta dell'"arte psicopatologica", interpretando le espressioni artistiche come corrispondenti ai sintomi caratteristici delle varie sindromi cliniche.

In realtà (Dubuffet) "non esiste un'arte malata", come, paradossalmente, non esiste un'arte dei dispettici o dei malati del ginocchio", ma (ancora Dubuffet) "... può trascrivere in maniera immediata... i moti dello spirito... trasporta le cose nel loro corpo, e il loro corpo è meglio del loro nome, può prestare un corpo a chi non ne ha, può fare dare di un albero un'idea, può fare di un'idea un albero".

I primi gruppi di arteterapia nascono nel 1942 in Gran Bretagna ad opera di Adrian Hill, all'interno di un sanatorio.

L'introduzione di attività artistiche si diffonderà dapprima in strutture ospedaliere che accoglievano veterani di guerra e poi sarà comune a partire dalla metà del secolo.

Inizialmente il metodo è quello di una scuola d'arte, ma dopo qualche anno una prospettiva più consapevolmente terapeutica viene approfondita dall'analista junghiana Champernowne.

L'arteterapia si sviluppa anche in Francia, Germania e Stati Uniti principalmente nel campo della riabilitazione psichiatrica.

Nel Nord America intorno agli anni '40 si inizia a parlare di Art Therapy: le pioniere in questo campo sono Edith Kramer e Margaret Naumburg.

La Naumburg, di stretta derivazione psicodinamica, ha una visione molto vicina a quella di Freud e considera il prodotto artistico del paziente come uno strumento d'accesso ai suoi contenuti inconsci, da utilizzare nel corso della terapia come materiale da interpretare e favorire così l'insight e la risoluzione dei conflitti interni.

L'espressione artistica del paziente è dunque vista ed utilizzata esclusivamente come strumento diagnostico.

L'arte, dunque, come strumento ai fini della terapia, e non arte come terapia.

Edith Kramer (1958), invece, si muove da un'ottica completamente diversa e concentra l'attenzione sul *processo creativo*, ritenuto di per sé uno strumento terapeutico.

L'espressione artistica del paziente non è vista solo come mezzo per l'espressione dei conflitti inconsci, ma come strumento per la loro risoluzione e come risorsa per la crescita e la maturazione personale.

Arte, dunque, *come* terapia, con lo spostamento dell'attenzione dal prodotto artistico come materiale da interpretare, al processo creativo vero e proprio, che, avvalendosi di simboli e metafore, coinvolgendo il soggetto in attività che implicano un impegno sensoriale e cinestesico, si propone come un mezzo per identificare ed esprimere le proprie emozioni, e per comprendere e risolvere le proprie difficoltà.

La Kramer fa risalire il proprio interesse al valore dell'arte in situazioni di grave stress alla fine degli anni '30, quando insegnava arte ai figli dei profughi della Germania nazista rifugiati a Praga, in una scuola fondata dall'artista Friedl Dicker-Brandeis, poi deportata a Terezin.

Dicker-Brandeis, non a caso, si era formata al Bauhaus con Itten; pare quindi non casuale la tangenza tra l'attenzione al processo creativo della Kramer e quel monumento al processo creativo che, in ambito squisitamente pedagogico e artistico, è la "Teoria della forma e della figurazione" di Paul Klee, anch'egli insegnante al Bauhaus in quegli anni.

In Francia negli anni '50 durante il congresso mondiale di psichiatria si inizia a parlare delle ricerche sulla psicopatologia dell'espressione e si aprono i primi atelier all'interno di alcuni ospedali di Parigi.

Poco prima, nel 1947 – altro momento di altissima tangenza tra psichiatria e arte del '900 – Jean Dubuffet fonda la "Compagnie de l'Art Brut", a conferma dell'interesse per la produzione artistica di persone fuori dal condizionamento culturale e sociale, che datava dal 1923 (si ricordi, Prinzhorn pubblica il suo testo nel 1922) e che, oltre alla proteiforme attività artistica di Dubuffet, ha dato origine alla spettacolare collezione di opere di artisti "irregolari", oggi ospitata stupendamente all'Hotel du Beau-lieu di Losanna.

In Italia l'interesse per la produzione artistica manicomiale, sia pure messa al servizio di impianti teorici fuorvianti, era comun-

que coltivato da Cesare Lombroso all'inizio del 900. Pionieristico quindi appare il lavoro compiuto tra gli anni 50 e 60 al manicomio S. Giovanni della Tomba di Verona, dove viene aperto nel 1957 un laboratorio artistico, e dove un giovanissimo Vittorino Andreoli "scoprirà" Carlo Zinelli, oggi considerato uno dei più significativi esponenti italiani dell'art brut. L'esperienza dell'atelier La Tinaia di Firenze, presso il manicomio di San Salvi si inserisce nel movimento dell'antipsichiatria che culminerà nell'esperienza basagliana e nell'entrata in vigore della Legge 180, che segna il passaggio dalle strutture manicomiali a quelle di tipo riabilitativo sul territorio. Le esperienze in questo nuovo ambito consentono di valorizzare l'esperienza creativa la sua capacità di attivare processi di rinnovamento anche nelle forme psicotiche più gravi. Gaetano Benedetti nel suo lavoro con pazienti schizofrenici esprime chiaramente come la creatività sia da considerare una risorsa umana di grande valore capace di ristrutturare stati del sé frammentati e discontinui.

La relazione tra terapie Espressive e psicoanalisi

Dalla seconda metà del XX secolo l'Arte terapia o terapia espressiva, è una tecnica psicologica di trattamento per i disturbi psichici la cui applicazione si rivolge a contesti sensoriali e percettivi che permettono comunicazione senza parole.

Condivide con il processo della comunicazione artistica il contenuto inconsapevole, rimosso e represso al tempo stesso, espresso con linguaggio essenzialmente metaforico o simbolico per analogia.

Questo fenomeno, oltre le possibilità di comunicazione che comporta sul piano sensoriale e percettivo, è utilizzato in Psicoanalisi per l'analisi dei contenuti inconsci la cui espressione è facilitata dalla spontaneità ed impulsività del mezzo così come accade nei sogni, nelle associazioni libere, negli atti mancati etè (Freud).

Al di là quindi delle preoccupazioni estetiche l'arte terapia punta essenzialmente sull'espressione dell'inconscio attraverso un'attività veloce ed impulsiva che poi richiede un lavoro aggiunto psicoterapico d'analisi dinamico o psicoanalitico attraverso la verbalizzazione.

La rappresentazione diventa espressione e la metafora per analogia assume il carattere simbolico che può essere sottoposto ai processi d'insight.

La Psicoterapia si conclude pertanto con l'elaborazione verbale e la presa di coscienza di contenuti inconsci oggetto di rimozione attraverso la liberazione agita d'oggetti repressi, mentre l'Arte terapia resta una risoluzione catartica d'oggetti psichici repressi o rimossi.

L'interesse della psicologia, della psicoanalisi e della psichiatria nei confronti dell'arte arriva da lontano, già Sigmund Freud nel 1905-1907 nei due saggi "Il motto di spirito e le sue relazioni con l'inconscio" e "Il poeta e la fantasia" esprimeva il suo pensiero riguardante il collegamento tra l'esperienza ludica del bambino ed il processo dell'immaginario nella vita adulta.

Ernst Kris, psicoanalista e studioso di estetica e di storia dell'arte, nella sua opera "Ricerche psicoanalitiche sull'arte" (1952), rifacendosi al saggio di Freud sul motto di spirito, considera la sublimazione una via importante per la comprensione dell'attività artistica, attribuendole però una funzione più ampia rispetto a quella difensiva in cui la psicoanalisi classica l'aveva relegata. Il suo interesse si rivolge soprattutto alle deformazioni caricaturali, che nascono da una sorta di piacere funzionale di padronanza, della capacità di dominare la paura e l'angoscia.

Secondo Kris la differenza tra l'artista ed il nevrotico è che il primo ha la capacità di operare una regressione al servizio dell'Io, cioè una regressione controllata e reversibile, mentre il secondo si trova in preda a dinamiche incontrollabili.

È nell'ambito della psicoanalisi infantile che il gioco, la creatività e la fantasia acquistano una specifica rilevanza in qualità di processi intermedi tra conscio ed inconscio: Anna Freud introduce la tecnica del disegno, mentre Melanie Klein approfondisce il metodo del gioco spontaneo.

Negli anni '60 e '70 la pratica dell'arteterapia viene influenzata dal contributo psicoanalitico di Donald W. Winnicott, che nel suo libro *Gioco e realtà* (1971) considera il rapporto psicoterapeutico come un'esperienza di gioco dove i bambini manipolano delle cose e gli adulti combinano delle parole.

In questa esperienza l'analista non è uno spettatore, ma si immerge nel gioco: nella tecnica dello scarabocchio bambino e terapeuta intervengono a turno sullo stesso disegno.

È proprio nella compenetrazione delle esperienze che si può scorgere quella zona intermedia che Winnicott chiama "spazio transizionale", dove i confini psichici precostituiti si fondono e i processi transizionali, il gioco, la creazione e la fantasia consentono di infrangere le barriere tra il dentro e il fuori e tra il me e non-me.

Un'altra grande psicoanalista, Marion Milner, si è occupata di psicoterapia a mediazione artistica sottolineando nell'espressione artistica un forte bisogno di fusione con la materia ed una perdita transitoria di differenziazione tra sé e l'oggetto.

Neuroscienze e attività espressive: l'accesso alla memoria implicita

Come afferma LeDoux (1996), "i sentimenti emotivi risultano dal fatto che diventiamo coscienti dell'attività di un sistema cerebrale emotivo.

Gli stati del cervello e le risposte del corpo sono i fatti fondamentali di un'emozione, e i sentimenti coscienti sono solo decorazioni, la ciliegina sulla torta emotiva".

La memoria implicita è un'area della mente di natura preverbale e presimbolica, risalente per lo più ai primi due anni di vita, dunque a una fase dello sviluppo in cui non sono ancora mature le strutture nervose necessarie al funzionamento della memoria esplicita, di per sé autobiografico-narrativa e come tale accessibile alla coscienza e verbalizzabile. Infatti la memoria esplicita dipende dall'ippocampo e dalle aree corticali temporali e baso-frontali, strutture appunto non sufficientemente attive nelle prime fasi della vita.

In queste fasi invece altre strutture, soprattutto la corteccia posteriore temporo-parieto-occipitale – in particolare dell'emisfero destro – e ancora poi l'amigdala, sono già pienamente attive, e determinano perciò la quasi esclusiva archiviazione delle più fondamentali esperienze in un "formato" non accessibile alla coscienza, non verbalizzabile e caratterizzato da un'intensa sensorialità affettiva.

Da queste evidenze deriva l'idea secondo cui l'attività mentale successiva, più adulta, a forte predominanza logico-riflessiva, si trovi inconsapevolmente costretta a rielaborare un serbatoio di vissuti che le sfuggono, perché archiviati in un formato motorio, sensoriale ed emotivo che soltanto la concomitante modalità extra-riflessiva, non verbale, artistica, espressiva può invece "raccolgere".

Anzi, la modalità extra-riflessiva tenderebbe automaticamente a raccogliere e a incanalare questo genere di vissuti, offrendo la "traduzione" a loro più vicina, vale a dire quella non-narrativa,

racchiusa in "insiemi" percettivo-affettivi di tipo globale e non-sequenziale.

Certamente anche quest'ultima sarebbe poi comunque una "traduzione" infedele, perché i contenuti della memoria implicita, in quanto costitutivamente inaccessibili, sarebbero pressoché virtuali. Però la modalità extra-riflessiva consentirebbe a tali vissuti l'unica via di sbocco realmente confacente, perché composta degli stessi processi e dello stesso "linguaggio", vale a dire processi e linguaggi di natura commistamente psicofisica, vale a forte connotazione corporeo-affettiva..

Questa capacità del "pensare extra-riflessivo", consistente nell'attingere in via diretta aree mentali che sono sede di esperienze e di ricordi non-pensabili, permetterebbe quindi di riattraversare queste "tracce", tentandone così la "reiscrizione" in un formato definito, di per sé motorio, sensoriale ed affettivo.

Tale reiscrizione consentirebbe una pensabilità sensoriale-emotiva, una sorta di coscienza di natura subliminale e sinestesica, la quale – in quanto è comunque cognizione e coscienza – può condurre al superamento di traumi, di conflitti o di altri nodi emotivi. Questi altrimenti resterebbero depositati in un formato che sfugge alla psiche e che perciò tende di continuo a invaderla e a minarla.

L'organizzazione di un atelier di Attività espressive nella Clinica delle dipendenze

I fondamenti per un utilizzo clinico dell'arte terapia si rintracciano nell'attenzione costante alle dinamiche di relazione e nello sviluppo della libertà espressiva con la sua quota di imprevedibilità. La scelta di una relazione condotta attraverso un codice specifico come quello grafico-plastico permette di utilizzare strumenti che si saturano di valore terapeutico solo se collocati in una prospettiva di intervento integrata con altre figure professionali.

Un disegno, ad esempio, visto in équipe, è significativo, per la comprensione del mondo interno di un paziente, quanto il verbale di un colloquio.

Questo per il fatto che viene prodotto in un contesto che ha caratteristiche sempre consapevolmente terapeutiche o propedeutiche a una terapia, che possono andare di pari passo (ma non sempre e non necessariamente!) a connotazioni anche ludiche.

Questo non lo relega nel puro intrattenimento o nell'esercizio di abilità grafiche o plastiche, che non sono necessarie e che, a volte, dove presenti, sono solo una ulteriore difesa.

Gli strumenti specifici di analisi e valutazione dell'attività di arteterapia che possono essere messi a disposizione dell'équipe sono il diario di laboratorio, la cartella di arteterapia e la relazione finale.

La cartella di arteterapia analizza i manufatti maggiormente significativi prodotti da ogni utente in termini di utilizzo dello spazio, del colore, del tratto, dei contenuti, della relazione con il setting (materiali, arteterapeuta e gruppo).

La relazione finale di arteterapia viene redatta al termine del programma di trattamento e sintetizza ciò che è emerso durante il percorso, ne valuta l'efficacia e, soprattutto, indica eventuali problematiche aperte.

È chiaro che occorra contestualizzare tali strumenti in un'ottica di ingaggio e di propedeutica ad un percorso terapeutico più generale, senza mai dimenticare che l'obiettivo principale dell'attività è dare un contributo all'osservazione e diagnosi degli utenti: l'osservazione di materiali creativi può a sua volta, attraverso l'elaborazione di ipotesi, fantasie, rêverie, stimolare la creatività dell'équipe stessa.

Bibliografia

- Bucci W. (1997a), *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti, Roma, 1999.
- Bucci W. (1997b), "Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization", *Psychoanalytic Inquiry*, 17: 151-172 [ed. it. www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/bucci.htm].
- Campione G. (2010), "Creatività e trascendenza nell'opera di Marion Milner", relazione tenuta al convegno *Le arti, la mente, lo spazio, le cure*, Milano, 17 settembre, <http://statidellamente.blogspot.com>.
- Campione G. (2010), "La musica e la memoria implicita", in *Perché bisogna amare i bambini: il ruolo dell'affetto materno nello sviluppo del cervello infantile*, Milano, 30 ottobre, Spazio Oberdan.
- Campione G., *Gli stati di coscienza, la scienza e l'arte*, <http://statidellamente.blogspot.com>.
- Campione G., *Scultura, la forma artistica più vicina al protomentale?*, <http://statidellamente.blogspot.com>.
- Campione G. (2009), *Stati modificati di coscienza ed esperienza musicale*, Wave Ahead Production, Workshop Conservatorio musicale Niccolò Piccinni, Bari, 2009, <http://statidellamente.blogspot.com>.
- Caretto V., La Barbera D. (2005), *Alessitimia*, Astrolabio, Roma.
- Freedman N., Lavender J. (2002), "On de-symbolization: the concept and observations on anorexia and bulimia", *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 25: 165-200.
- Taylor G.J., Bagby M., Parker J.D.A. (1997), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*: 28-31.
- Jones B.A. (November 1984), "Panic attacks with panic masked by alexithymia", *Psychosomatics*, 25(11): 858-859. URL consultato il 2006-12-17.
- Jones M.P. (2004), "Alexithymia and Somatosensory Amplification in Functional Dyspepsia", *Psychosomatics*, 45(6): 508-516. url = <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/45/6/508>. URL consultato il 2006-12-17.
- Jula A. (April 1999), "Alexithymia: A Facet of Essential Hypertension", *Hypertension*, 33(4): 1057-1061. URL consultato il 2006-12-17.
- Krystal H. (2007), *Affetto, Trauma, Alessitimia*, Magi, Roma.
- Krystal H. (1988), "On some roots of creativity", *Psychiatric Clinics of North America*, 11: 475-491.
- Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Kaszniak A.W. (1997), "Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?", *Biological Psychiatry*, 42: 834-844.
- LeDoux J. (1996), *Il cervello emotivo. Alle radici delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano, 1998.
- Li, Chiang-shan Ray (March 2006), "Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women", *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 31(2): 115-121. URL consultato il 2006-12-17.
- Loatelli S. (2010), "Il contributo dell'arte terapia all'osservazione e diagnosi di tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica", tesi di Laurea in scienze e tecniche psicologiche, Università di Pavia.
- Lumley M.A. (1994), "Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(3-4): 156-162.
- Michetti P.M. (2006), "Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED)", *International Journal of Impotence Research*, 18(2): 170-174. URL consultato il 2007-02-02.
- Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976), "Alexithymia: A view of the psychosomatic process", in Hill O.W., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol. 3, Butterworths, London: 430-439.
- Newirth J. (2003), *Between Emotion and Cognition: The Generative Unconscious*, Other Press, New York.
- Pozzi P. (2010), Tesi di arte terapia.
- Sifneos P.E., Apfel-Savitz R., Frankel F.H. (1977), "The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 47-57.

RECENSIONE



UNA SCUOLA PER LA VITA

Il volume, della ASL Napoli 1, è sostanzialmente rivolto agli studenti e a tutti coloro i quali, direttamente e non, sono coinvolti nel

progetto "UNA SCUOLA PER LA VITA", progetto di prevenzione, finalizzato a trattare con adolescenti di Scuole Medie Inferiori e Superiori il tema delle sostanze d'abuso e delle patologie correlate. Riteniamo sia conoscenza utile a chi si occupa di prevenzione, educazione alla salute e prossimità.

A cura di:

Bongiorno Emanuela, Brunetti Carmela, Capraro Clara, Curcio Fabio, De Rosa Giuseppe, D'Ascoli Gelsomina, Focaccio Flora, Gaveglia Michela, Longobardo Anna, Losasso Carmen, Mariani Ulisse, Masucci Salvatore, Natale Lucia, Olivieri Mariano, Parente Mirella, Petti Maria, Plenzik Marinella, Senatore Ignazio, Veneruso Ciro, Villano Giuseppina.

Il 5 per mille ad ALT Onlus

Associazione per la formazione e la ricerca nel settore del disagio giovanile, delle dipendenze patologiche e dell'abuso da sostanze.

Fondata nel 1991, O.N.L.U.S. dal 1998.

Sede Legale: Via Giotto n. 3, 20144, Milano

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni.

Basta inserire nell'apposito spazio il codice fiscale e firmare.

Codice fiscale 97103240152

La consultazione psicologica breve rivolta a genitori di adolescenti utilizzatori di sostanze stupefacenti

Enrica Latterini,* Iva Vedovelli**

SUMMARY

■ *For a few years, the psychology team at Ser.T. has been offering a systematic intervention of psychological consultation addressed to parents of adolescents with the potential risk of developing a condition of addiction. Although these teenagers have difficulties that cannot be ascribed to pathological addictions, their consumption or substance abuse behavior reveals a potential risk of developing pathological addictions. This article traces the motivations, the rationale, and the theoretical premises at the base of this intervention as well as the reasons for locating the parenting couple as the privileged receiver and the modalities adopted to deliver this counseling. Exposing the issues that are prompting us to review this type of intervention, the essay will then highlight and explain the major points of divergence from the initial model and the clinical issues upon which we hypothesize changes.* ■

Keywords: *parenting counseling, adolescent substance use, critical areas, redefinition of operating modalities.*
Parole chiave: *consultazione genitoriale breve, adolescenti utilizzatori di sostanze, aree di criticità, ridefinizione modalità operative.*

Premessa

Un impegno recentemente assegnato all'area psicologica del Ser.T. della Provincia di Trento, quale obiettivo di budget, è stato quello di produrre un approfondimento relativamente ad una specifica area di intervento: l'attività rivolta ai **familiari dei soggetti a rischio**.

Tale incarico riflette l'attuale impegno del Servizio allo scopo di aumentare la propria ricettività rispetto al fenomeno del consumo, attraverso l'individuazione di assetti organizzativi e percorsi assistenziali e terapeutici atti a favorire l'emergere del cosiddetto "sommerso".

La tipologia di utenza a cui ci si riferisce

Il presente elaborato prende quindi in considerazione una fascia di utenza nettamente distinta da quella in trattamento e solitamente rappresentata da genitori (solo in rari casi da figure di familiari diverse) che si rivolgono al Ser.T. con richieste d'aiuto determinate da preoccupazioni inerenti un coinvolgimento con le sostanze stupefacenti da parte del proprio figlio adolescente. Si tratta in genere di situazioni ancora molto lontane dalle condizioni di abuso e dipendenza, nelle quali tuttavia si individua la presenza di comportamenti a rischio connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

* *Psicologa-Psicoterapeuta presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.*

** *Psicologa-Psicoterapeuta responsabile Articolazione Semplice presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.*

Le richieste provenienti dai genitori di soggetti a rischio vengono accolte dagli psicologi del Ser.T. e trattate attraverso interventi di tipo consulenziale.

Le forme in cui si sviluppa questo tipo di attività sono molteplici: comprendono interventi puntiformi, brevi cicli di incontri, come anche prese in carico protratte; possono rivolgersi al singolo genitore o alla coppia genitoriale o prevedere il coinvolgimento del figlio.

Oggetto del presente elaborato

Nell'ampio ventaglio di risposte che l'equipe psicologica del Ser.T. offre ai genitori di soggetti a rischio si colloca una particolare forma di **consultazione rivolta alla coppia genitoriale** che è stata sperimentata nel corso degli ultimi anni da una ristretta componente dell'equipe psicologica.

Il presente lavoro si focalizza su questa specifica modalità di trattare le richieste provenienti dai genitori di soggetti a rischio e vuole proporre una ricapitolazione ed una disamina dell'attività clinica svolta finora in tale ambito.

L'esperienza finora maturata ci porta a confermare la cornice concettuale entro la quale abbiamo operato e molte delle scelte metodologiche adottate, ma ci porta anche a delineare alcune aree di criticità rispetto alle quali vogliamo sollevare alcuni quesiti ed avanzare delle ipotesi.

Ripercorreremo sinteticamente le considerazioni che hanno motivato l'investimento di risorse in tale ambito, le premesse teoriche che hanno orientato l'intervento, le ragioni che hanno sostenuto l'individuazione della coppia genitoriale come destinatario privilegiato e le modalità operative adottate nel concretizzare l'intervento¹.

Esporre poi le ragioni che ci spingono oggi a riflettere su questa tipologia di intervento, indicheremo e motiveremo i punti di maggiore discostamento dal modello iniziale e le questioni di carattere clinico rispetto alle quali ipotizziamo dei cambiamenti. Infine concluderemo inquadrando tale intervento in un'ottica più generale di organizzazione dei servizi volti al trattamento delle problematiche adolescenziali evidenziando le criticità che a nostro parere sussistono su tale versante e avanzando alcune ipotesi.

a) Considerazioni che hanno motivato l'investimento di risorse in tale ambito

Una delle prime ragioni è stata dettata dal progressivo aumento di richieste d'aiuto provenienti da genitori preoccupati per un sospetto o accertato uso di sostanze stupefacenti da parte del proprio figlio, notato tra fine degli anni '90 e l'inizio del decennio 2000.

Nella loro formulazione iniziale, tali preoccupazioni non si esplicitavano in una vera e propria domanda di trattamento, assumevano piuttosto la forma della richiesta, spesso avanzata telefonicamente, di informazioni o consigli.

È parso fin da subito evidente che, a prescindere dalla modalità con la quale venivano espresse, tali richieste racchiudevano l'espressione di una difficoltà che necessitava di essere approfondita e compresa e che non potevano essere soddisfatte in modo estemporaneo e superficiale senza predisporre uno spazio entro il quale accoglierle ed esplorarle.

Altrettanto chiaro è parso il fatto che tale domanda non poteva essere trattata attraverso consulenze telefoniche o indicazioni meramente comportamentali o normative.

Una seconda ragione che ci ha indotti a dedicare particolare attenzione a questo segmento di utenza derivava da sollecitazioni di carattere teorico e da evidenze di natura clinica e fenomenologica connesse al fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti: le ricerche sugli stili di consumo dimostravano che l'accostamento alle droghe tendeva a verificarsi nel corso dell'adolescenza; d'altra parte la stessa anamnesi dei pazienti in trattamento presso il Ser.T. evidenziava come nella quasi totalità dei casi il primo contatto con le sostanze stupefacenti si collocasse in età adolescenziale.

Attraverso queste prime constatazioni trovava conferma la possibilità di cogliere una stretta associazione tra adolescenza e coinvolgimento con le sostanze psicoattive, inteso sia come mera sperimentazione sottesa da finalità ludico-ricreative, sia come esperienza caricata di importanti investimenti psicologici.

Inoltre i numerosi contributi teorici prodotti intorno alla fine del decennio '90, dettati dalla crescente diffusione del consumo di sostanze stupefacenti tra i giovanissimi e in particolare dal fenomeno "ecstasy", proponevano nuove chiavi di lettura relativamente ai fattori in grado di condizionare le evoluzioni dell'incontro con le sostanze stupefacenti; tra queste soprattutto l'idea che i possibili sviluppi di un comportamento di consumo dipendano da una complessa e dinamica interazione tra fattori di rischio e fattori protettivi ascrivibili alla dimensione intrapsichica, a quella familiare e a quella sociale.

L'assimilazione di tale idea inevitabilmente implica che nessuna risposta può prescindere da un processo conoscitivo della condizione complessiva nella quale si inserisce l'uso di sostanze.

L'interesse verso tale tipologia di utenza è stato inoltre alimentato dall'idea che intervenire sulla fascia adolescenziale possa racchiudere un'alta potenzialità preventiva.

Infatti l'adolescenza rappresenta una fase evolutiva ancora caratterizzata da forte plasticità, intendendo con ciò la possibilità di

riorganizzazione dell'assetto psichico in senso adattivo, a condizione che le esperienze relazionali del presente vadano a sostegno dei processi di separazione e individuazione.

b) Premesse teoriche che hanno orientato l'intervento

La cornice teorica entro la quale ci siamo collocati fa riferimento ai recenti sviluppi del modello sistemico.

Ci siamo riconosciuti in particolare in quel filone che è da anni interessato a ridefinire le proprie premesse in modo da poter affrontare i problemi della soggettività e recuperare l'interesse verso la dimensione individuale.

Tale prospettiva opera uno spostamento di focus dagli aspetti pragmatici a quelli semantici della comunicazione, cioè "... da ciò che gli individui fanno nel corso delle interazioni, ai significati che essi attribuiscono al comportamento interattivo".

Il centro dell'attività clinica si situa pertanto su come ciascun individuo costruisce e ricostruisce la propria identità e su come i processi cognitivi ed emotivi, sia nella normalità che nella patologia, si strutturano e si mantengono nell'intreccio relazionale familiare (Ugazio, Fruggeri, Bruner).

Tra i riferimenti teorici che hanno costantemente orientato la nostra attività va citato inoltre lo studio dell'aspetto strutturale della famiglia derivante dalla teorizzazione di Minuchin, Haley ed altri, fondato sull'analisi dei confini, delle gerarchie, delle regole che governano le relazioni, dei ruoli, ecc.

Un altro filone di studi che ha istruito il nostro intervento è quello derivante dalla teorizzazione psicodinamica relativa all'adolescenza, in particolare il modello di Senise.

c) Ragioni che hanno sostenuto l'individuazione della coppia genitoriale come destinatario privilegiato

Le ragioni che ci hanno indotto a rivolgerci alla coppia e a ricercare il coinvolgimento di entrambi i genitori in tutti i casi in cui ciò appariva possibile, fin dal momento in cui si raccoglie la richiesta telefonica e si concordano le modalità del primo incontro, poggiano sul convincimento che il superamento di uno stato di crisi adolescenziale presupponga un lavoro di bilanciamento delle funzioni genitoriali (laddove risultino non adeguatamente equilibrate) o di rafforzamento (nei casi in cui appaiano indebolite) e parallelamente sul riconoscimento della rilevanza del ruolo paterno in una problematica così strettamente connessa al tema del limite e alla dimensione normativa, come quella del consumo di sostanze stupefacenti.

L'approccio sopra descritto individuava quindi come destinatario il sottosistema genitoriale, ma comportava anche, almeno nella fase iniziale, l'esclusione del sottosistema costituito dai figli.

Tale scelta poggiava sulle seguenti considerazioni:

- voleva introdurre fin dall'inizio un elemento di gerarchizzazione del sistema e di valorizzazione della competenza genitoriale;
- racchiudeva l'aspettativa di poter promuovere un cambiamento evolutivo nel figlio in maniera indiretta, cioè attraverso la rimozione degli ostacoli di natura emotivo-cognitiva che potevano indebolire la funzione genitoriale intesa come capacità di accompagnamento nel processo di separazione/individuazione del figlio;
- tentava di proteggere il giovane adolescente dal contatto diretto con un servizio ancora fortemente connotato come luogo di cura della tossicodipendenza conclamata.

d) Modalità operative adottate

La modalità operativa prevalentemente adottata finora può essere così schematizzata:

- a partire dalla richiesta, spesso avanzata telefonicamente da un singolo genitore, si è solitamente proposto un primo colloquio con la coppia dei genitori volto ad un preliminare inquadramento del problema portato (in tale fase si è prevista l'attivazione di un solo psicologo);
- dopo il primo incontro, preso atto della presenza di difficoltà, da parte della coppia genitoriale, nello strutturare un'efficace alleanza rispetto alla gestione dei comportamenti di rottura espressi dal figlio, ma anche dell'assenza di elementi di gravità tali da determinare la necessità di una contestuale convocazione del figlio stesso, si è proposto alla coppia di genitori un breve ciclo di incontri di carattere valutativo (dai tre ai cinque). Tale intervento ha generalmente impegnato, in co-presenza, due psicologi;
- al termine di questa fase di lavoro si è attuato un colloquio finalizzato alla restituzione degli elementi emersi nel corso della valutazione e all'esplicitazione di un'eventuale indicazione trattamentale.

e) Considerazioni che ci portano a riflettere su questa tipologia di intervento, a distanza di alcuni anni dalla sua iniziale applicazione

Il proposito di sistematizzare alcune riflessioni sull'attività svolta in tale ambito, dopo quasi un decennio dalle prime sperimentazioni, si fonda su varie finalità: oltre al desiderio di rendere esplicito e comunicabile il lavoro attuato, vi è l'esigenza di aggiornare la nostra valutazione rispetto all'intervento, distinguendo tra gli aspetti che a nostro parere, trovano conferma e quelli che pongono la necessità di un ripensamento.

Questo tentativo di revisione non vuole essere una valutazione d'esito, ma più semplicemente un ragionamento sull'attività svolta, suffragato da dati oggettivi (laddove possibile), dall'osservazione clinica e dal confronto con la letteratura.

A nostro parere trova conferma innanzitutto la **necessità di impiegare risorse in tale area**: ne danno prova i numeri che quantificano l'attività svolta dagli psicologi del Ser.T. nei confronti dei genitori di soggetti a rischio.

Infatti, nel periodo 2000-2008 sono stati attivati complessivamente 101 interventi di consulenza psicologica o di supporto alla funzione genitoriale².

Analizzando più nello specifico i suddetti interventi, risulta che nella quasi totalità dei casi il genitore si è rivolto al Servizio spontaneamente; sono solo 7 gli invii esterni (due da parte del Servizio Sociale territoriale, quattro da parte dell'Ufficio Servizio Sociale Minorile del Tribunale per i Minori ed uno da parte dell'Unità Operativa di Psicologia).

La netta prevalenza della modalità d'accesso spontanea da parte dei genitori ci pare rappresentare un indicatore significativo della presenza di una domanda di aiuto che può canalizzarsi senza difficoltà in un contesto specialistico quale il Ser.T.

I 101 interventi attuati possono essere suddivisi in quattro tipologie: consulenza puntiforme limitata ad un unico incontro (16 casi), intervento di consultazione articolato in più incontri (51 casi), consultazione seguita da intervento di sostegno (14 casi) e consultazione seguita da psicoterapia (20 casi).

I casi in cui risulta essere stata aperta solo una cartella riferita ai genitori costituiscono la netta maggioranza (82%) rispetto a quelli in cui si è aperta, contemporaneamente o successivamente, anche una cartella riguardante il figlio³.

Tale dato potrebbe costituire una conferma, sebbene cauta e indiretta, della possibilità di operare in senso preventivo.

Dei suddetti 101 interventi, le consultazioni rivolte alla coppia genitoriale svolte in co-conduzione dalle scriventi utilizzando il modello qui descritto, sono state complessivamente 22.

Ulteriori stimoli a mantenere alta la ricettività rispetto a tali richieste provengono da fonti teoriche: da un lato le ricerche sul fenomeno del consumo testimoniano la tendenza ad una sempre maggiore precocità da parte dei giovani nell'accostarsi alle sostanze stupefacenti e il progressivo venire meno di quelle barriere ideologiche che in passato avevano sostenuto una netta demarcazione tra le cosiddette droghe leggere e quelle pesanti, con l'annunciarsi di una crescente diffusione dell'uso di cocaina anche tra gli adolescenti.

Su un altro versante, gli studi basati sui fattori positivamente o negativamente associati al consumo di sostanze psicoattive individuano nel ruolo genitoriale un fattore protettivo significativo.

La **cornice teorica di riferimento** rimane quella iniziale, tuttavia maggiore spazio viene dato alla valutazione della dimensione intrapsichica, accogliendo i suggerimenti provenienti dalla più recente letteratura riferita alla clinica del disagio adolescenziale che sostengono un'ottica di integrazione tra approccio individuale e approccio relazionale.

L'idea di **coinvolgere entrambi i genitori** trova ampie conferme anche nella più recente letteratura sul trattamento del disagio adolescenziale: citiamo al riguardo il pensiero espresso da Pietropoli Charmet "... mi sembra evidente che il successo della consultazione dipenda in larga misura dalla capacità di mettere in funzione una competenza paterna efficace nell'ecosistema di vita del figlio".

Gli stessi riscontri da noi ottenuti alimentano tale opinione.

La **scelta della coppia genitoriale quale unico destinatario dell'intervento** rappresenta il punto di maggiore criticità, attorno al quale si sono sviluppate molte delle riflessioni e domande che hanno stimolato il presente approfondimento.

Uno degli aspetti che ci hanno portato a rivedere la modalità di consultazione con i genitori riguarda l'ampliamento dei livelli di conoscenza e delle possibilità trattamentali apportato dal coinvolgimento dell'adolescente e/o della fratria nel setting della consultazione.

Fermo restando il convincimento che l'accesso di un adolescente ad una sede di trattamento organizzata per accogliere un'utente adulta e fortemente stigmatizzata rappresenta un'opzione discutibile e non priva di rischi, si vuole qui discutere dell'opportunità, in senso clinico, di utilizzare il contributo dei figli.

Un'altra questione sulla quale ci siamo interrogate riguarda la necessità di distinguere, possibilmente fin dai primi incontri, tra le situazioni nelle quali è opportuno, sempre dal punto di vista clinico, limitare l'intervento all'asse della genitorialità e quelle in cui è invece preferibile estendere il setting per includervi il sottosistema "figli" (da intendersi come l'intera fratria e non il solo "paziente designato").

Tale argomento verrà approfondito sotto il profilo prettamente clinico nel paragrafo **f (Esigenza di valutare se, quando e come coinvolgere i figli nella consultazione)**.

Le **modalità operative** finora adottate ci appaiono tuttora funzionali: in particolare si è riscontrata l'utilità di una co-conduzione durante la fase di consultazione e di un lavoro di restituzione al termine degli incontri.

La scelta della co-conduzione ci sembra consentire una più attenta osservazione dei flussi comunicativi ed una più equilibrata gestione delle dinamiche co-transferali, oltre che dei processi di identificazione.

Tale condizione rende inoltre possibile l'ampliamento del setting al sottosistema dei figli, scelta che sarebbe difficilmente compatibile con una conduzione individuale.

Per quanto riguarda il momento restitutivo, vogliamo rimarcare l'importanza di una particolare cura nel prepararlo e nel porlo.

Riteniamo infatti che attraverso una restituzione sia possibile dare contorni precisi, significato e valore a ciò che è stato espresso, verbalmente e non, nel corso degli incontri, favorendo in tal modo nella coppia genitoriale una maggiore consapevolezza rispetto al problema portato.

Invece, relativamente alla proposta trattamentale e in generale alle possibili evoluzioni che tale intervento può avere, sono maturate riflessioni e prassi che vorremmo descrivere.

Il tema inerente l'indicazione trattamentale verrà maggiormente articolato nel paragrafo **g (Possibili evoluzioni di un intervento di consultazione genitoriale)**.

f) Esigenza di valutare se, quando e come coinvolgere i figli nella consultazione

Quando si inizia a sperimentare una nuova metodologia di intervento, spesso ci si lascia guidare dalle intuizioni che emergono nel corso della concreta operatività.

Così, ad esempio, in alcuni casi è stata la sensazione di impasse nel lavoro con i genitori a stimolare l'idea di coinvolgere i figli nella consultazione, con la specifica richiesta, rivolta a loro stessi, di provare ad aiutarci a capire maggiormente le dinamiche familiari.

Si fa qui riferimento, in particolare, al ciclico riproporsi di una centratura sul "sintomo" (intesa come marcatura del comportamento problematico del figlio) ogni qual volta venivano proposti input volti a tematizzare altri aspetti della vita familiare (rapporto di coppia, rapporto con le rispettive famiglie d'origine, alleanze intergenerazionali, ecc.).

In altri casi ci ha orientato verso questa scelta la sensazione, ricavata dai resoconti dei genitori, di un rigido perdurare di segnali di malessere o stallo evolutivo nel figlio, malgrado l'assenza di particolari elementi di aggravamento rispetto al rapporto con le sostanze stupefacenti (v. il protrarsi di un atteggiamento di grave disinvestimento nell'area dello studio o del tempo libero, la tendenza al ritiro relazionale, la coazione a ripetere le esperienze fallimentari, ecc.).

L'inclusione dei figli nel setting si è spesso rivelata un fattore dinamizzante all'interno del processo conoscitivo.

Una prima constatazione che è stato possibile fare è che, di fronte ad una convocazione posta in termini non patologizzanti, i figli solitamente manifestano una collaborazione attiva.

Ci preme sottolineare l'importanza di questo aspetto e la necessità di curare attentamente i passaggi attraverso cui si richiede il coinvolgimento dei figli, a partire dalla "consegna" da affidare ai genitori, affinché il messaggio di cui si fanno portavoce raggiunga i destinatari senza subire distorsioni che modifichino il significato della convocazione ponendo l'accento sulla "patologia". Altrettanto importante è che la modalità di conduzione del primo colloquio con i figli risulti coerente con la finalità esplicitata: concretamente ciò può tradursi nella scelta di riservare ampio spazio ai figli richiedendo ai genitori di rimanere in una posizione di ascolto e di orientare la conversazione verso contenuti che riguardino l'intreccio relazionale più che il comportamento problematico.

Riteniamo che in un contesto di consultazione così definito l'adolescente possa connettersi al sistema genitori/terapeuti senza la preoccupazione di doversi difendere da attribuzioni identitarie patologizzanti.

Assicurate tali condizioni, la partecipazione dei figli immette apporti che si rivelano spesso estremamente creativi: grazie al massiccio utilizzo del canale analogico, alla tendenza ad esternalizzare i propri conflitti interni ed anche alla scarsa capacità di contenere le proprie emozioni, i figli adolescenti provocano

significative variazioni del flusso comunicativo sia a livello dei contenuti, sia a livello della definizione della relazione.

Attraverso una modalità di punteggiare gli eventi ancora fortemente centrata sul proprio punto di vista, i nostri giovani interlocutori spesso presentano una "versione dei fatti" fortemente dissonante rispetto alla descrizione tracciata dai genitori mettendo in atto una sorta di disvelamento degli elementi di contraddizione insiti nella versione proposta dai genitori.

Questa azione erosiva va ad "aggredire" le rappresentazioni e i costrutti dei genitori e consente di spostare il focus della discussione sul "sintomo" alla psicodinamica familiare e di toccare "la parte indicibile" (ad esempio un conflitto di coppia coperto, alleanze intergenerazionali implicite, tematiche trigenerazionali irrisolte, ecc.).

Si realizza in tal modo, nel "qui ed ora" della seduta, la possibilità di cogliere dinamiche familiari che nell'incontro con i genitori non avevano trovato possibilità di espressione o perché al di fuori dell'ambito di consapevolezza o perché volutamente estromesse dalla presentazione del problema e dalla narrazione della storia familiare.

Talvolta la tematizzazione di tali aspetti produce lo sblocco della dinamica disfunzionale (quando ad esempio si verifica una presa d'atto del problema da parte dei vari componenti del nucleo familiare e si creano le condizioni per esaminarne le implicazioni relazionali ed emotive).

In altri casi, invece, lo spostamento di focus dal comportamento problematico alla dinamica familiare provoca evidenti movimenti difensivi (ciò può accadere quando l'impatto delle comunicazioni immesse dai figli è percepito dal sistema familiare come dirompente e minaccioso per gli equilibri relazionali o individuali).

Tali movimenti difensivi si traducono in micro-interazioni osservabili in tempo reale che a loro volta costituiscono fonte di informazione relativamente al funzionamento familiare.

La possibilità che si crea all'interno della seduta di consultazione è quella di riconoscere le dinamiche relazionali che si sviluppano e nominarle in termini di metacomunicazione: ricordiamo ad esempio un caso in cui l'intensa reazione emotiva espressa dalla madre ad una frase della figlia sentita come attacco alla propria persona e il successivo "ritirarsi" da parte della figlia in una posizione di silenzio, ci ha dato modo di metacomunicare sulla sequenza di comunicazione osservata.

In questo specifico caso il nostro intervento si è espresso a partire da una semplice descrizione della dinamica relazionale ("abbiamo notato che dopo l'intervento della mamma Anna – nome fittizio – ha smesso di parlare") integrata da una traduzione degli aspetti emotivi che avevamo colto dal canale analogico a quello verbale ("intuiamo che la mamma si è offesa molto per le parole di Anna e che Anna lo ha immediatamente sentito") e dal tentativo di connettere il "qui ed ora" allo stile abituale di comunicazione familiare ("se quello che si verifica qui è quello che si verifica a casa, possiamo immaginare che sia molto difficile per Anna dire alla mamma le cose che potrebbero ferirla"). Questi passaggi avevano aperto l'accesso all'esplorazione di temi connessi ai bisogni di conferma della madre, alla paura dei figli di ferirla e alla conseguente tendenza a proteggerla e proteggersi attraverso il tentativo di non definirsi ed evitare il conflitto.

Dopo aver realizzato questo spostamento di focus abbiamo ritenuto opportuno congedare i figli e proseguire il lavoro con i genitori.

Tornando ai quesiti racchiusi nel sottotitolo del presente paragrafo (se, quando, come coinvolgere i figli adolescenti nella con-

sultazione) possiamo ora provare a dare delle risposte che in parte attingono dalla letteratura ed in parte dalla nostra esperienza clinica.

La nostra risposta al quesito “**se**” coinvolgerli è: sì...

1. di fronte a importanti segnali di stallo evolutivo o a situazioni di rigida ripetitività di comportamenti inadeguati da parte del figlio;
2. di fronte ad una forte tendenza alla patologizzazione del figlio o alla sua triangolazione nel conflitto di coppia e all'impossibilità di trattare tali aspetti nel lavoro con i genitori;
3. di fronte al rischio che il figlio venga inconsapevolmente utilizzato dai genitori in termini di risarcimento affettivo allo scopo di compensare elementi di sofferenza non riconosciuti derivanti dalle esperienze affettivo-emotive vissute nelle rispettive famiglie d'origine.

Relativamente al quesito “**quando**” coinvolgerli, riteniamo opportuno adottare un atteggiamento di flessibilità.

Solitamente proponiamo l'allargamento della consultazione al sottosistema dei figli solo dopo aver orientato la conversazione verso le tematiche relazionali e dopo aver sollecitato nei genitori un interesse per quanto i figli possono dire di se stessi e dei propri rapporti familiari.

Per quanto concerne il quesito “**come**” coinvolgerli, ci pare di poter dire con sufficiente sicurezza che la convocazione dei figli deve essere rivolta all'intera fratria; questo primo accorgimento racchiude l'obiettivo di depazientificare l'adolescente problematico e implicitamente definirlo, al pari dei fratelli, come un interlocutore in grado di favorire una maggiore comprensione degli intrecci relazionali che caratterizzano la famiglia e delle soggettive rappresentazioni che ciascuno dei componenti ha sviluppato.

g) Possibili evoluzioni di un intervento di consultazione genitoriale

Uno dei punti che ci hanno spinto a riflettere sull'intervento di consultazione genitoriale riguarda le possibili evoluzioni che tale intervento può avere.

In base alla nostra esperienza abbiamo potuto riscontrare che una consultazione inizialmente rivolta alla sola coppia genitoriale può esitare in una varietà di percorsi terapeutici che vorremmo qui descrivere.

Come già anticipato, il contratto iniziale con la coppia genitoriale prevede l'attuazione di un breve ciclo di incontri (dai tre ai cinque) seguiti da una restituzione degli elementi emersi, a cura dei terapeuti.

Questo momento conclusivo, di sintesi e rilettura del problema, costituisce l'occasione per focalizzare le criticità e le risorse che si sono evidenziate, ma anche per definire possibili obiettivi di lavoro, proporre una successiva articolazione del lavoro psicologico e, ovviamente, verificare la disponibilità e l'interesse dei genitori (come coppia e come singoli) rispetto ad una successiva fase di lavoro.

In questa fase del processo di consultazione vengono presentate tre possibili opzioni:

1. La prima opzione considera l'eventualità che l'intervento si esaurisca nella consultazione stessa. Abbiamo osservato che l'esplicitazione di tale possibilità consente di tematizzare gli eventuali aspetti di incertezza, ambivalenza o rifiuto nei confronti di una proposta terapeutica che implichi un'auto-assunzione di impegno da parte degli interessati. In tal modo si riduce il rischio di ottenere un'adesione non pienamente condivisa dalla coppia o inficiata da resistenze non elaborate.
2. La seconda opzione prospetta un intervento finalizzato allo sviluppo di un'alleanza genitoriale funzionale a sostenere il

figlio nell'affrontare i compiti evolutivi adolescenziali e a contenere i comportamenti disadattivi. Questa proposta implica la scelta di “accantonare” le eventuali problematiche presenti a livello coniugale e di indirizzare le risorse sulla cura della funzione parentale. L'impostazione di questo tipo di lavoro fa riferimento al filone strutturale della terapia familiare e prende in considerazione tutto ciò che concerne l'organizzazione delle gerarchie, l'adeguatezza dei ruoli, le regole che governano i confini, le caratteristiche degli stili comunicativi. Tra gli obiettivi che questo tipo di intervento si prefigge vi è quello di promuovere nei genitori un'idea condivisa relativamente alla gestione delle regole che riguardano l'organizzazione della vita del figlio, alla definizione delle aree di tutela da mantenere e degli spazi di autonomia da sostenere. Contestualmente alla dimensione normativa, si considera anche l'importanza dell'attitudine a cogliere i bisogni emotivi del figlio e i propri slittamenti verso posizioni disfunzionali (coinvolgimento del figlio nel conflitto di coppia, comunicazioni contraddittorie, inadeguatezza dei confini dei sottosistemi intra e inter-familiari, perdita di autorità genitoriale, ecc.).

3. La terza opzione implica il tentativo di accedere all'intreccio delle problematiche che riguardano sia la dimensione individuale dei singoli genitori che quella della coppia, sul duplice versante della coniugalità e della genitorialità. A partire dalla ricostruzione narrativa degli eventi che hanno caratterizzato la loro storia all'interno delle rispettive famiglie d'origine e di quella attuale, si propone un lavoro finalizzato a tematizzare quei nodi problematici che sono rimasti irrisolti e che risultano ancora attivi nell'ostacolare la lineare assunzione di una relazionalità adulta e matura.

Se nei primi anni di lavoro con le coppie genitoriali si tendeva ad assumere come asse portante dell'intervento la ricostruzione narrativa della storia familiare e del suo clima affettivo e a proporre, conseguentemente, la terza delle opzioni sopra esposte, oggi si predilige un approccio più flessibile che partendo dalla presentazione di un ventaglio di possibilità, ricerchi un'adesione attiva e contrattuale da parte degli interessati.

Un'immagine che spesso utilizziamo per trasmettere il senso di una possibilità di scelta libera e calibrata sulla base del soggettivo interesse e del personale grado di tollerabilità è quella del “percorso”: dopo un tratto iniziale percorso insieme (i 3/5 incontri inizialmente contrattati), ci si ferma per una ricognizione dei problemi individuati e si considera la possibilità di proseguire seguendo una delle tre direzioni sopra indicate.

In tale prospettiva i terapeuti si limitano a tracciare il percorso e le sue eventuali diramazioni dichiarando la propria disponibilità ad accompagnare la coppia, ma lasciano ad essa la responsabilità di decidere.

Ognuno dei partners viene invitato a riflettere sull'opzione da scegliere e benché la proposta venga in genere rivolta alla coppia, si prevede tra gli sviluppi di una consultazione genitoriale anche l'avvio di un percorso individuale per entrambi i coniugi o per uno solo di essi.

h) Criticità connesse all'organizzazione dei servizi rivolti al trattamento delle problematiche adolescenziali

Negli ultimi anni le modalità con cui gli adolescenti esprimono il fisiologico disagio adolescenziale si sono molto modificate. Anche le forme della psicopatologia adolescenziale presentano significativi mutamenti incanalandosi sempre più frequentemente verso l'espressione comportamentale.

Molti autori e clinici convergono nell'osservare che oggi i comportamenti additivi, intesi come incapacità di porre un limite all'impulso, al bisogno e al desiderio (di cibo, alcol, droga, oggetti o potere), accanto alla tendenza allo stallo evolutivo e ai comportamenti impulsivi e violenti anche gravi, costituiscono i "percorsi preferenziali verso cui si avvia e si avvita" il disagio psicopatologico adolescenziale.

Nonostante la clinica dell'adolescenza individui nella precocità dell'intervento un fattore decisivo al fine di prevenire pericolose rotture nel processo maturativo negli adolescenti che manifestano segnali di rischio evolutivo, i bisogni provenienti da tale fascia ricevono poca attenzione da parte dei servizi deputati alla tutela del benessere psicologico.

Una breve e superficiale analisi del modo in cui è organizzato il sistema dei servizi ci dimostra che la possibilità di accogliere e trattare il disagio adolescenziale risulta ad oggi molto limitata.

Il sistema sanitario presenta una varietà di servizi (il Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio di Alcolologia, il Servizio per le Tossicodipendenze o il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare) che offrono percorsi di cura settorializzati, rivolti cioè a specifiche patologie, alcune delle quali tendono a manifestarsi in forma conclamata per lo più in età adulta.

Il disagio adolescenziale, quando non assuma l'entità di una condizione francamente patologica, non trova una collocazione ben precisa all'interno di questi servizi e inoltre non si adatta ai modelli, ai tempi e all'organizzazione medicalizzata degli stessi.

D'altro canto, i servizi di neuropsichiatria infantile sono invece orientati soprattutto alla cura dei disturbi della prima infanzia.

Il limite che possiamo cogliere nell'attuale organizzazione dei servizi tradizionali rispetto al trattamento del disagio adolescenziale è dato quindi dall'assenza di uno spazio appositamente pensato per accogliere questa fascia d'età e, con essa, quelle forme di disordine comportamentale o di malessere che non sono chiaramente riconducibili ad un ambito specifico.

Il tentativo di "raggiungere" gli adolescenti a rischio passando attraverso la richiesta d'aiuto portata dai genitori ha rappresentato una significativa apertura da parte del Ser.T., ma a nostro avviso del tutto interna alla cultura sopra descritta.

Intendiamo dire che, se da un lato, l'adozione di una modalità indiretta per intercettare precocemente richieste d'aiuto che i diretti interessati (gli adolescenti) non porrebbero spontaneamente, ha costituito una scelta funzionale, dall'altro ci siamo dovuti confrontare con la necessità di proteggere gli adolescenti dal contatto con un servizio che non dispone di spazi ad hoc riservati a questa fascia d'età e ciò ha considerevolmente condizionato la possibilità di coinvolgerli direttamente nella consultazione.

A fronte di tutto ciò riteniamo che l'esperienza finora attuata ci incoraggi a portare avanti l'impegno in questo settore.

Più difficile risulta invece pensare ad una progettualità che dia modo di incrementare l'attività di consultazione genitoriale sulla base delle risorse oggi disponibili e degli attuali impegni istituzionali.

Tale scelta potrebbe concretizzarsi attraverso l'attivazione di un numero verde o l'apertura di uno sportello rivolto a genitori, ma implicherebbe la destinazione di risorse aggiuntive e non potrebbe basarsi su quelle attualmente esistenti.

Riteniamo invece che sia possibile ed opportuno aprire un confronto con chi, nell'ambito dei vari servizi, si occupa di clinica dell'adolescenza.

Pensiamo ad uno scambio di idee ed esperienze e alla costruzione di una rete terapeutica che consenta di superare le rigide delimitazioni che separano i servizi e di trattare le problematiche adolescenziali in un'ottica di trasversalità.

Note

1. Per un maggiore approfondimento di tali aspetti è possibile fare riferimento ai due elaborati prodotti dall'equipe psicologica: il materiale preparato in occasione dell'audit "La consultazione psicologica con genitori di adolescenti all'interno del Servizio per le Tossicodipendenze", tenutosi nel dicembre 2002 all'interno del ciclo di conferenze denominato "Ser.T.: complessità e contesti multidisciplinari. Audit di casi clinici" e la relazione su "La consultazione genitoriale con adolescenti a rischio" presentata al convegno nazionale organizzato da Ser.T. AUSL di Parma in collaborazione con ERIT Italia "La terapia familiare nei servizi per le dipendenze patologiche" svoltosi nel novembre 2004.
2. Tale dato è stato ricavato da Ippocrate selezionando, dal totale delle cartelle "aperte per genitore", i soli casi collegabili ad una problematica di consumo (escludendo cioè le situazioni di abuso o dipendenza).
3. Si fa riferimento a tre diversi status cartella: aperta per soggetto a rischio, aperta per segnalazione NOA, aperta per presa in carico.

Bibliografia

- Ammaniti M. (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina.
- Andolfi M. (a cura di) (1999), *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*, Raffaello Cortina.
- Berretti B., Chistolini M., Rangone G., Vadilonga F. (2003), *L'adolescenza ferita - Un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali*, FrancoAngeli.
- Bernart R., Francini G.C., Mazzei D., Pappalardo L. (1999), "Quando la coppia finisce, la famiglia può continuare?", in Andolfi M. (a cura di), *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina.
- Bruner J. (1992), *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri.
- Cigoli V., Galimberti C., Monelli M. (1988), *Il legame disperante: il divorzio come dramma dei genitori e dei figli*, Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina.
- Malagoli Togliatti M., Angrisani P., Barone M. (2001), *La psicoterapia con la coppia: il modello integrato dei contratti. Teoria e pratica*, FrancoAngeli.
- Minuchin S. (1977), *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio.
- Pandolfi A.M. (2002), *Ferraresi. Adolescenza e psicoanalisi*, gennaio, www.psychomedia.it.
- Pietropolli Charmet G. (2000), *I nuovi adolescenti*, Raffaello Cortina.
- Ser.T. APSS Trento in collaborazione con CNR (2007), *Rapporto annuale - Il fenomeno delle dipendenze nella Provincia Autonoma di Trento*, Anno 2007.
- Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare*, Raffaello Cortina.
- Senise T. (2004), *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli.
- Senise T. (2006), *L'adolescente come paziente*, FrancoAngeli.
- Telleschi R., Torre G. (1988), *Il primo colloquio con l'adolescente*, Raffaello Cortina.
- Vinci G. (1991), "Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali", in *Verso un'ecologia della mente*, anno VI, n. 12, dicembre, Primerano Editrice Tipografica.

Congresso Regionale FeDerSerD Piemonte-Valle d'Aosta

AI CONFINI DELLE DIPENDENZE Esplorazioni in territorio sanitario, sociale, giuridico

Torino 9-10 giugno 2011
Sala Convegni Starhotel Majestic

Linea tematica del congresso

Il sistema di cura delle dipendenze intese in senso ampio (sostanze legali e illegali, nuove e classiche, situazioni, comportamenti, strumenti) ha raggiunto in Italia, in 30 anni di crescita straordinaria, un livello di maturità che era impensabile ed imprevedibile al suo avvio.

L'acquisizione di conoscenze, esperienze e capacità consente oggi di riconoscere un nucleo identitario dei Servizi per le Dipendenze che conferisce loro una precisa connotazione.

Nella prima sessione si richiamano questi aspetti fondanti sia attraverso contributi di teoria generale (di particolare interesse la dialettica tra "economia della felicità" e approccio manageriale), sia con il confronto con il quadro internazionale, sia concentrandosi sulla situazione regionale.

Sulla base di una identità ben definita, che va protetta e consolidata, è possibile ai Servizi per le Dipendenze guardarsi attorno ed esplorare i territori di confine, alla ricerca di una migliore integrazione nel mondo della cura della salute e del benessere individuale e sociale. Questo sguardo, che occupa le successive tre sessioni che non possono certo esaurire l'esplorazione, si apre al riconoscimento dei bisogni dei pazienti e alle possibilità di cooperazione con altre discipline e altri Servizi alla persona. Tra le numerose possibilità di approfondimento, sono stati scelti alcuni "territori" particolarmente significativi, o perché in genere poco approfonditi, o perché al centro delle attenzioni dei tecnici e dei legislatori, o perché incombenti sui Servizi in relazione ai cambiamenti sempre in atto nel settore. Ecco quindi il seguito della giornata svolta il 14 aprile 2010, apprezzata dai partecipanti, con approfondimenti nel territorio medico-legale; l'apertura alle tematiche giuridiche e assistenziali nel territorio della tutela di pazienti sempre meno "reinscrivibili" per l'esito difettuale della patologia, per le altre problematiche associate e per dati anagrafici; l'estendersi della gestione sanitaria non solo alla classica e discussa "doppia diagnosi", ma ai numerosi problemi di prevenzione e di riequilibrio delle funzioni fisiologiche che i sanitari dei Servizi devono considerare.

Giovedì 9 giugno – ore 9.30-18.00

TERRITORIO DELL'IDENTITÀ

TERRITORIO MEDICO-LEGALE

LA DIAGNOSI E CERTIFICAZIONE DI ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/SOSTANZE STUPEFACENTI: CLINICA, LABORATORIO E NORMATIVA:

PRIMA SESSIONE - IL CONTESTO DEL CARCERE E DELL'AMBIENTE LAVORATIVO

SECONDA SESSIONE - GUIDA ED USO DI ALCOOL E/O SOSTANZE

Venerdì 10 giugno – ore 9.30-17.30

TERRITORIO DELLA TUTELA

TAVOLA ROTONDA

"La responsabilità e la tutela del paziente tossicodipendente"
Analisi di dati, presentazione della casistica, interventi brevi da parte di colleghi dei Ser.T. Piemonte e Valle D'Aosta

TERRITORIO SANITARIO

Assemblea dei Soci e comunicazione esito elezioni nuovo Direttivo regionale

Il Congresso è accreditato ECM per medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario.

È possibile inviare abstract di esperienze territoriali, entro lunedì 16 maggio 2011 tramite comunicazione email all'indirizzo federserd@expopoint.it. I lavori verranno presentati in sede congressuale in uno Spazio Poster Espositivo, previa accettazione da parte del Comitato Scientifico Regionale e comunicazione della Segreteria Organizzativa.

Quote di partecipazione

- Non laureati soci 2011 FeDerSerD - partecipazione gratuita
- Laureati soci 2011 FeDerSerD - partecipazione gratuita
- Non laureati non soci FeDerSerD - euro 70,00 (+ iva se dovuta)
- Laureati non soci FeDerSerD - euro 110,00 (+ iva se dovuta)

È possibile Iscrivere a FeDerSerD per l'anno 2011 anche in occasione del Congresso e la partecipazione all'evento formativo è gratuita.

L'iscrizione al Congresso per entrambe le giornate comprende: Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch.

Per richiesta informazioni

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti 3 - Mariano Comense - Co
Telefono 031 748814 - Fax 031 751525
email federserd@expopoint.it
www.federserd.it - www.expopoint.it

IV Congresso Regionale FeDerSerD Calabria

IL LAVORO DEI SER.T. tra responsabilità ed esigenze terapeutiche

Marina di Sibari (CS) 16-17 giugno 2011
Minerva Club Resort

Giovedì 16 giugno 2011 – ore 10.00-17.30

Apertura dei lavori

Il sistema dei servizi: responsabilità organizzative

La situazione calabrese dei Servizi delle Dipendenze

I SESSIONE - NORMATIVA E COMPITI DEI SER.T.

II SESSIONE - LA REALTÀ DEI SERVIZI E LE ESPERIENZE DEGLI OPERATORI:

Venerdì 17 giugno 2011 – ore 9.30-13.30

III SESSIONE - I TRATTAMENTI

IV SESSIONE - IL RUOLO DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

TAVOLA ROTONDA con i responsabili sei Ser.T. e Dirigenti regionali del Settore

Il governo clinico dei servizi delle dipendenze: riflessioni sulle politiche sanitarie a livello regionale

Target

100 professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato dei servizi delle dipendenze

Crediti ECM

Il Congresso è stato accreditato per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T e nel privato accreditato: *medico, psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sanitario*

Quote di iscrizione

- Socio FeDerSerD Anno 2011 Non Laureato gratuito
- Socio FeDerSerD Anno 2011 Laureato gratuito
- Non laureato non socio FeDerSerD Euro 35,00 + iva
- Laureato non socio FeDerSerD Euro 60,00 + iva
- Partecipante non interessato a crediti ECM Euro 35,00 + iva

È possibile Iscrivere a FeDerSerD per l'anno 2011 anche in occasione del Congresso e la partecipazione all'evento formativo è gratuita.

L'iscrizione al Congresso per entrambe le giornate comprende: Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch.

Segreteria organizzativa

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti 3 - Mariano Comense - Co

Telefono 031 748814 - Fax 031 751525

email federserd@expopoint.it

www.federserd.it - www.expopoint.it

Contaminazioni

Maurizio Fea

Essere responsabili

Non è la prima volta che la parola responsabile compare come tema di questa rubrica, e al congresso nazionale di FeDerSerD di Sorrento, ne abbiamo fatto una delle chiavi interpretative del momento.

Torniamo qui ancora una volta per richiamare l'attenzione sull'uso sempre più diffuso, estensivo che si fa della parola responsabile, come le buone intenzioni che sorreggono i messaggi "bere responsabile", "giocare responsabile", "vivere responsabile" e altri analoghi modi di indirizzare i comportamenti, indicandone le modalità virtuose e positive.

Non siamo mai sufficientemente attenti al potere seduttivo di parole che appaiono tanto più convincenti quanto più sembrano offrire, anche nella formulazione sintattica della frase in cui sono incluse, una risposta di senso soddisfacente a questioni complesse, come quelle che riguardano i nostri modi di vivere.

Essere responsabili significa rispondere di, ma anche essere consapevoli di, e questo secondo significato sembrerebbe essere la condizione di esistenza del primo, ma non è sempre così.

Su questa duplicità si fonda molto delle attuali politiche informative sulla salute e più in generale la cultura normativa ed etica di matrice liberale.

La logica che sottende è – io ti metto a disposizione tutte le informazioni necessarie e le condizioni favorevoli, acciocché tu sei e io ti considero responsabile delle tue azioni e degli effetti che queste hanno sulla tua vita e talora, anche su quella degli altri. Ovvero ti rendo consapevole e da ciò consegue la responsabilità, quindi nel caso dei comportamenti di salute l'essere a conoscenza dei rischi che si possono correre attuando determinati comportamenti, sembra essere condizione sufficiente a determinare le responsabilità anche nei suoi effetti giuridici, normativi, assistenziali, salvo le attenuanti del caso che nel nostro paese tendono sempre ad essere molte.

Non voglio entrare nel merito della complessa e articolata questione del se e come le persone utilizzano le informazioni in materia di salute e meno ancora della natura neurobiologica dei processi decisionali, che richiede ben altri spazi di approfondimento.

Mi limito qui ad osservare che ci sono profonde ed evidenti differenze nei contesti di salute ove viene spesa la parola responsabile.

Differenze e dissimmetrie informative troppo grandi e vistose per non essere sottolineate.

Bere responsabile, giocare responsabile, sono considerate possibilità legittime in quanto bere e giocare sono culturalmente visti dalla maggior parte delle persone come fatti a cui assegnare un

valore positivo, a differenza di altri fatti come fumare ad esempio o drogarsi, per i quali non è previsto oggi, non così in passato almeno per il fumo, alcun valore positivo.

Cito questo tipo di azioni e non altre con le quali l'aggettivo responsabile pure viene coniugato, perché sono atti che condividono l'elemento del piacere come fonte motivazionale primaria, e dunque è anche sulla base della piacevolezza che vengono scelte.

Del gioco come del bere si dice che appartengono alla storia dell'uomo, sia quella ontogenetica che filogenetica, e ciò ne farebbe un bene, dunque un valore da tutelare ponendo appunto giuste condizioni di tutela per impedirne usi cattivi e limitarne possibili derive.

Tuteliamo quindi la possibilità di continuare a bere e giocare, suggerendo modalità controllate e stili di consumo moderati.

Controllo e moderazione sono la cifra di entrambi gli indirizzi, che tuttavia differiscono notevolmente per i contesti e le condizioni informative in cui sono spesi.

Per quanto riguarda gli alcolici il peso della informazione pubblicitaria si è notevolmente ridotta negli anni, e in genere non vanta né suggerisce risultati miracolosi né si propone come panacea di tutti i mali.

Questo è il risultato di un lungo processo durato anni, in cui lo sviluppo di sensibilità sociali, le evidenze cliniche dei danni, l'assunzione di un ruolo attivo da parte dei sistemi regolatori e normativi, hanno creato le condizioni per la crescita di sinergie positive tra impresa, ricerca e professionisti della salute.

Le imprese produttrici, riconoscendo i rischi e gli svantaggi sociali di politiche pubblicitarie aggressive, hanno trovato in alcuni settori della clinica e della ricerca dei partner disponibili a costruire strategie di collaborazione che dovrebbero andare a vantaggio di tutta la comunità, promuovendo politiche complessive di responsabilità da parte di tutti i portatori di interesse, non solo dei clienti.

Il mercato dei giochi è in fortissima espansione, con crescita maggiori del 10% all'anno, ci sono 10 volte più punti vendita e terminali di gioco di quante siano le panetterie in Italia, poco meno di 80.000, ovvero più circense che pane.

È del tutto evidente che permane una enorme dissimmetria di potere tra industria del gioco e cittadini clienti potenziali e attuali, perché si possa parlare di reale esercizio della responsabilità discrezionale in merito al gioco.

Questa dissimmetria si traduce anche in atti della cui eticità è lecito dubitare, quando si avviano iniziative informative che invitano a giocare con moderazione e al contempo si promuovono campagne pubblicitarie che indicano la via dell'azzardo

come il modo più semplice e alla portata di tutti per cambiare la propria esistenza.

Il ruolo stesso del regolatore dei giochi è troppo condizionato dal valore delle entrate fiscali che lo stato incassa, per svolgere una reale azione di tutela del cittadino.

Forse è tutelato il consumatore dalle derive dirette della illegalità, ma non le troppe persone vulnerabili alla seduzione del facile arricchimento e alla idea che il mondo si possa cambiare con un click o una scommessa.

Essere responsabili è possibile, ma a condizione che il compito non sia reso troppo difficile dalle distorsioni di natura informativa, dall'eccesso di opportunità di gioco, dalla scarsità di regole allo sviluppo incontrollato del mercato.

Forse è anche più facile assumersi responsabilità e rispondere dei propri comportamenti, se c'è una cornice di senso generale in cui la parola responsabilità ha il valore condiviso di dover rispondere delle proprie dichiarazioni ed intenzioni, per le quali tutti hanno il diritto di chiedere giustificazione e legittimità.

NOTIZIE IN BREVE



Amarcord Associazione ONLUS in campo alcolico

www.amarcord.info

AIUTACI AD AIUTARE CON IL TUO 5 x Mille

C.F. 97230910156

News Letter di FeDerSerD sul Gambling

Quasi due terzi dei Ser.T. italiani prendono ora ufficialmente in cura persone con problemi legati agli eccessi di gioco.

Sempre più numerosi, seppure ancora insufficienti rispetto al bisogno, sono i riferimenti dell'autoaiuto.

I numeri del gioco hanno raggiunto dimensioni impressionanti, e stanno producendo effetti e ricadute sul fronte dei problemi e delle patologie connesse, che impongono riflessioni e considerazioni da condividere con l'ampia platea dei professionisti che nell'ambito della sanità, del sociale, del giudiziario, si trovano ad intercettare, aiutare, curare situazioni problematiche legate agli eccessi di gioco.

Per questo abbiamo pensato ad una news letter, come strumento di divulgazione, di aggiornamento, di discussione e confronto.

Strumento che vogliamo in continua evoluzione, al servizio dei professionisti e delle istituzioni, e di tutti coloro che vorranno collaborare.

Connessione per facilitare le relazioni, gli scambi e la promozione di iniziative, divulgazione di informazioni, dati e contenuti utili alle pratiche di trattamento, aggiornamento su ricerche

e studi nazionali e internazionali, spazio aperto alle collaborazioni.

Questa è la filosofia con cui intendiamo promuovere e sostenere l'iniziativa, garantita sotto l'aspetto scientifico da colleghi di alto profilo con le competenze disciplinari necessarie ad assicurare la ricchezza e appropriatezza dei contenuti.

Gestita da una redazione con cui potete comunicare per fare proposte, suggerire, collaborare.

Ci sono alcune rubriche che si manterranno nel tempo, perché pensiamo che sia utile assicurare continuità allo sviluppo dei contenuti, e spazi aperti e flessibili che intendiamo promuovere con la collaborazione della rete dei professionisti.

Recensione di articoli da riviste internazionali, aggiornamenti statistici ed epidemiologici, rubrica giuridica, informazioni dai servizi, eventi e congressi, aggiornamenti normativi sono la base della news letter, con cui si integrano le collaborazioni che intendiamo sviluppare anche a livello istituzionale sia in ambito sanitario che sociale.

Il primo numero della News Letter è disponibile sul sito www.federserd.it da maggio 2011.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)

Guido Faillace (vicepresidente)

Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)

Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)

Giancarlo Ardisson, Francesco Auremma,

Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,

Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,

Francesco Castracane, Gianni Cordova,

Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,

Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,

Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande,

Claudio Leonardi, Roma, Raffaele Lovaste,

Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino,

Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri,

Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,

Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic,

Franco Zuin, Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)

Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)

Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,

Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2011 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI

IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI _____

Chiedo

Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2011

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2011

a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

_____ lì ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)

(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____