

## 2.3

## NUOVI ORIZZONTI NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE. APPROCCIO INTEGRATO CON STIMOLAZIONE MAGNETICA TRANSCRANICA (TMS): UN CASO CLINICO

**Marigliano N.M. \*, Buccolieri C., Larato A., Schirosi G.M., German S., Ariano V.**

*Dipartimento Dipendenze Patologiche /SerD Taranto ~ Taranto ~ Italy*

“Intervento integrato Farmacologico, Psicoterapico e Neuromodulativo con Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) in un Sacerdote con grave Disturbo da Uso di Alcol e Benzodiazepine: descrizione del caso clinico, criticità istituzionali, evoluzione, risultati e prospettive di un trattamento innovativo.”

### Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol rappresenta una delle sfide più impegnative per la Medicina delle Dipendenze. Nonostante i progressi degli ultimi decenni, la gestione clinica di pazienti con dipendenza alcolica severa continua a presentare un elevato tasso di ricadute, sono casi definiti resistenti o multi-fallimentari, dove l'intervento farmacologico standard e i percorsi psicoterapeutici tradizionali risultano parzialmente o totalmente inefficaci.

Questa complessità aumenta quando il paziente, appartiene a contesti istituzionali o comunitari a forte identità simbolica, come nel caso di sacerdoti, religiosi o ministri di culto. In tali circostanze, il conflitto tra ruolo spirituale, missione vocazionale e sofferenza psicologica costituisce un fattore di vulnerabilità aggiuntivo che alimenta dinamiche di vergogna, colpa, isolamento sociale e difficoltà ad accedere alle cure, oltre che una maggiore resistenza ad accettare percorsi terapeutici che implicino un riconoscimento formale della dipendenza.

### Caso Clinico

Il caso clinico, qui descritto, riguarda un Sacerdote di 40 anni con un percorso di studi teologici e filosofici svolto a Roma, ordinato dopo una Formazione Superiore di eccellenza. Fin dall'adolescenza presenta tratti ansioso-depressivi, esacerbati dopo l'ingresso nel ministero attivo a causa delle crescenti richieste pastorali, dell'isolamento affettivo e del carico emotivo

connesso all'ascolto delle sofferenze della comunità. Nel corso degli anni ha sviluppato un uso progressivamente smodato di alcol come auto-medicazione, con conseguente compromissione della vita comunitaria ed ecclesiastica. A tale uso si è associata una dipendenza da benzodiazepine, inizialmente prescritte dal proprio medico di base, per insonnia e disturbi d'ansia.

### Trattamenti Precedenti

Una prima ospedalizzazione in un reparto di Medicina delle Dipendenze nel Nord Italia, ha permesso una parziale disassuefazione dall'alcol, mediante detossificazione controllata e trattamento farmacologico mirato, comprendente: Alcover (soluzione orale di ossibato di sodio) a scalare, Sertralina (SSRI), Trazodone (antidepressivo con proprietà ipnoinducenti) e Bupropione, Topiramato e Baclofen per il controllo del craving, Rivotril (clonazepam) per la gestione dell'ansia residua (Schema A).

Tale protocollo veniva confermato alle dimissioni come terapia di mantenimento ed il paziente inviato al nostro Servizio per una presa in carico integrata finalizzata a dare continuità terapeutica e potenziarne la stabilizzazione.

### Evoluzione

Nonostante un iniziale ritiro relazionale e difficoltà di engagement, il paziente ha progressivamente mostrato una buona aderenza al percorso medico e psicoterapico, condividendo tematiche centrali quali il conflitto tra la propria missione spirituale e la sofferenza personale, il vissuto di fallimento percepito rispetto al ruolo di guida per la comunità e la difficoltà di riconoscersi bisognoso di aiuto. Tuttavia, nonostante la motivazione crescente, ha presentato diversi episodi di ricaduta con consumo eccessivo di alcol, spesso associato a un abuso di benzodiazepine.

Questa vulnerabilità si è manifestata anche dopo un successivo ricovero, espressamente richiesto dal paziente, in una Struttura privata accreditata, finalizzata alla disassuefazione dalle Benzodiazepine tramite somministrazione di Flumazenil, antagonista recettoriale GABAergico di tipo A, utilizzato secondo protocolli sperimentali, in casi di dipendenza cronica.

Il protocollo, condotto in regime residenziale con Elastomero, ha permesso di gestire in sicurezza la fase di wash-out farmacologico, ma la successiva ricaduta precoce, dopo la dimissione, ha confermato la necessità di strategie di potenziamento e di un approccio integrato più incisivo.

Un ulteriore misura di prevenzione delle ricadute è stata introdotta mediante l'utilizzo di Disulfiram (Antabuse), ma la stessa, ha prodotto effetti deterrenti parziali, limitando in parte l'assunzione impulsiva di alcol grazie al meccanismo di blocco dell'acetaldeide deidrogenasi, ma senza impedire un consumo episodico (Schema B).

Inoltre, sono emersi segni di compromissione neuroco-

gnitiva: disorientamento temporo-spaziale, eloquio rallentato, deficit di memoria recente, verosimilmente legati sia all'uso cronico di sostanze e ai danni neurotossici dell'alcol, sia al carico farmacologico. A questo punto, è stata attuata una strategia di deprescription, riducendo la politerapia e mantenendo esclusivamente Sertralina, Levetiracetam e Trazodone.

### **Introduzione della Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS)**

Alla luce della refrattarietà del caso, il nostro Servizio ha deciso di proporre un approccio innovativo, integrando la Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) come trattamento di potenziamento.

La TMS è una tecnica di neuromodulazione non invasiva che utilizza impulsi magnetici per stimolare regioni specifiche della corteccia cerebrale. Gli studi hanno evidenziato come la stimolazione della corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra (DLPFC) possa modulare circuiti neurofunzionali implicati nel craving, nella ricompensa e nei meccanismi di controllo inibitorio, frequentemente disfunzionali nei disturbi da uso di sostanze.

Il razionale neurofisiologico si basa sull'ipotesi che la DLPFC regoli i circuiti fronto-striatali implicati nel comportamento impulsivo, nella gestione del desiderio di sostanza e nei processi decisionali. L'ipostimolazione di queste aree, osservabile tramite studi di neuroimaging nei soggetti con dipendenza da alcol, giustifica l'impiego della TMS per potenziare la neuroplasticità e favorire il recupero di un controllo cognitivo più efficace.

### **Protocollo TMS**

Il protocollo adottato nel caso descritto si è articolato come segue: Target: corteccia dorsolaterale prefrontale sinistra (DLPFC), localizzata manualmente sulla superficie del caschetto di posizionamento, identificata mediante metodo della distanza, basato su coordinate standard 5 cm anteriori rispetto al punto motorio, al fine di garantire l'accuratezza e la riproducibilità del trattamento (Immagine 1-2)

Frequenza di stimolazione: 15 Hz (pps).

Impulsi per treno: 60.

Numero di treni per sessione: 40.

Intervallo tra treni: 15 secondi.

Durata di ciascuna sessione: circa 12 minuti e 12 secondi.

Intensità di stimolazione: 100% del Motor Threshold (MT), determinato individualmente.

Programmazione: fase intensiva con 5 sessioni a settimana per 4 settimane consecutive, seguita da una fase di mantenimento con 2 sessioni settimanali per ulteriori 3 mesi. Durante le sedute, il paziente è stato monitorato con valutazione settimanale dei parametri di craving, con esami tossicologici urinari bi-settimanali e CDT test una volta al mese, scale Hamilton all'inizio e alla fine del ciclo intensivo + MMPI-2.

### **Risposta Clinica e Outcome (Schema C)**

Già dopo le prime due settimane di stimolazione, il paziente ha riferito una significativa riduzione del craving, con una diminuzione progressiva dei pensieri intrusivi legati all'alcol. Parallelamente, si è osservato un miglioramento dell'umore, una ripresa dell'efficienza cognitiva e una maggiore apertura nei colloqui di psicoterapia.

Al termine del Ciclo Intensivo di 20 sedute, il paziente ha presentato un'astensione completa da alcol e benzodiazepine, confermata dai controlli ematochimici (CDT test) e controlli tossicologici urinari (ETG e benzodiazepine).

Il Ciclo di mantenimento bisettimanale per 12 settimane ha consolidato il risultato, consentendo una ripresa parziale delle attività comunitarie e del percorso vocazionale, pur con un accompagnamento clinico costante.

### **Aspetti Istituzionali e Supporto Psicologico**

Un elemento cruciale di questo percorso è stato il supporto psicoterapico individuale, orientato ad affrontare la dimensione identitaria del sacerdote.

La psicoterapia ha lavorato su:

- la rielaborazione del vissuto di fallimento spirituale,
- la gestione della vergogna e dello stigma intra-istituzionale e gestione delle ricadute,
- la ricostruzione di reti di sostegno familiare e all'interno della diocesi,
- il ripristino di una progettualità compatibile con le proprie fragilità.

### **Discussione**

Questo caso clinico sottolinea alcuni aspetti centrali:

1. La complessità bio-psico-sociale dei disturbi da uso di sostanze richiede approcci di cura ad alta personalizzazione.
2. La TMS, pur non essendo ancora universalmente inserita nei percorsi standard per le dipendenze, rappresenta una frontiera promettente, supportata da una crescente evidenza di efficacia in casi di craving resistente.
3. L'integrazione tra neuromodulazione, psicoterapia e modulazione farmacologica mirata è cruciale per gestire la multifattorialità del disturbo.
4. Il follow-up prolungato, la supervisione psicologica e la collaborazione con gli ambienti circostanti (in questo caso specifico, istituzionali ecclesiastici) possono ridurre lo stigma e favorire la reintegrazione del soggetto in percorsi di vita coerenti.

### **Conclusioni**

Il caso presentato conferma come, nei pazienti ad alto rischio di ricaduta, la Stimolazione Magnetica Transcranica possa svolgere un ruolo di potenziamento, promuovendo la stabilizzazione clinica e contribuendo alla prevenzione di ricadute. Sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati per validare protocolli standardizzati di TMS nei disturbi da uso di sostanze e

per definire la durata ottimale del mantenimento, l'intensità di stimolazione più efficace e le variabili predittive di risposta. Nel frattempo, esperienze come questa dimostrano la potenzialità di strategie integra-

te, capaci di rispondere non solo al sintomo biologico, ma anche alle sfide psicologiche, sociali e spirituali dei pazienti.

A) Schema Terapeutico I ricovero

Paziente ricoverato per 7 giorni presso Reparto di Medicina delle Dipendenze (Nord Italia)

Farmaco	Dosaggio	Posologia	Note
Alcover	30 ml/die	Somministrazione frazionata	Da scalare progressivamente in 1-2 mesi
Topiramato	100 mg	2 compresse/die	Titolazione graduale, utile per craving e stabilità
Bupropione	300 mg	1 compressa/die	Azione antidepressiva e anticraving
Baclofene	25 mg	3 compresse/die	Azione anticraving su recettori GABA-B
Rivotril (Clonazepam)	2 mg	3 compresse/die	Benzodiazepina a lunga emivita; in uso dopo sospensione di EN (Delorazepam)
EN (Delorazepam)	—	Sospeso	Benzodiazepina precedentemente in uso, ora interrotta

B) Schema Terapeutico II ricovero

Secondo ricovero – Paziente trattato presso struttura residenziale per disassuefazione e stabilizzazione

Farmaco	Dosaggio	Posologia	Note
Antabuse (Disulfiram)	400 mg	1 ½ compressa/die (200 mg)	Azione deterrente sull'assunzione di alcol
Sertralina	100 mg	1 compressa/die	SSRI, per sintomatologia ansioso-depressiva
Trittico	300 mg	1 compressa/die (sera)	Trazodone a rilascio controllato, per sonno e umore
Contramid	500 mg (es. compressa tipica)	2 compresse/die, poi scalare a 1 compressa/die	Stabilizzatore, antiepilettico, utile anche per controllo dell'impulsività

C) Schema TMS

INIZIO TMS	VAS CRAVING ALCOL	VAS CRAVING BDZ	NOTE CLINICHE
	8/10	7/10	Craing elevato/ forte urgenza di consumo
META' CICLO TMS	6/10	6/10	lieve riduzione craving/ compliance buona
FINE CICLO INTENSIVO TMS	3/10	2/10	Craving molto ridotto/ miglioramento sintomi ansiosi
FINE MANTENIMENTO TMS	2/10	0-1/10	Craving minimo o assente/ tono dell'umore stabilizzato

