

STRATEGIE DI TRATTAMENTO DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Dott. Francesco Piani,

Primario del Servizio di Alcologia dell'O.C. San Antonio –
Azienda n. 4 „Medio Friuli” San Daniele del Friuli (UD) Direttore del Dipartimento **per
la Prevenzione A.S.S. n 4 „Medio Friuli”**

Dott.ssa Paola Gosparini

Psicologa Referente del Servizio di Alcologia del Distretto di Codroipo

Parlare di strategie di trattamento dell' „alcolismo” oggi, è piuttosto riduttivo. E' preferibile parlare di problemi alcolcorrelati (PAC), in quanto l'alcolismo riporta l'immaginario collettivo al “sintomo” ma dietro al sintomo si possono celare problematiche psico-sociali che richiedono talvolta una maggiore attenzione in quanto meno evidenti.

Le problematiche alcolcorrelate possono quindi richiedere presidi farmacologici, psicoterapici o socioterapici, ma soprattutto, connessioni varie e ramificate con altri servizi, enti, organizzazioni pubbliche e private interessate alla promozione ed allo sviluppo della salute su un territorio.

E' noto come i PAC siano notevolmente sottostimati: questi “segnali” potrebbero essere diagnosticati a livello di assistenza primaria, di reparti materno-infantili, nei servizi psichiatrici, nei pronto soccorso e nelle terapie intensive, nelle divisioni di medicina e geriatria, tra gli studenti di medicina e tra gli stessi medici. Va da sè, ed è dimostrato¹ che gli interventi precoci possono produrre risultati molto buoni ed impedire lo sviluppo nel tempo di patologie alcolcorrelate fino a stadi spesso irreversibili.

E' stato in base a queste considerazioni che a partire dagli anni ottanta si è spostata l' enfasi da interventi di tipo specialistico ad interventi brevi e semplici, condotti a livello di assistenza primaria di base. Questo anche perché l'incidenza del fenomeno richiedeva ampie risorse in termini numerici oltre che in professionalità. Molti autori^{ii, iii, iv}, hanno dimostrato che gli interventi "semplici" sono efficaci, specie se centrati sui rapporti familiari e sociali, sul controllo dello stress e sull' autocontrollo. In più questi interventi debbono possedere un ottimo rapporto costo/efficacia^v, caratteristica sempre più importante nel mondo sanitario. Tutti gli operatori della salute possono giocare un ruolo importante nei diversi contesti, territoriali o ospedalieri, senza per questo togliere importanza al ruolo degli specialisti. E' evidente che l' operatore di base, ed in primo luogo il medico di medicina generale, è la figura professionale più importante in una operazione di riconoscimento del disturbo e di filtro. L'operatore di base dovrebbe essere competente per:

- Individuare il problema.
- Fare una prima valutazione.
- Prendere i contatti con il Servizio di competenza per concordare l'invio.
- Condurre un regolare follow-up.

Il primo problema è dunque quello di riconoscere i casi, di valutarli e di inserirli in un sistematico programma di trattamento.

Le strategie di trattamento possono essere distinte in:

- 1- Farmacoterapia.
- 2- Psicoterapia.
- 3- Approccio Ecologico Sociale

1 – FARMACOTERAPIA

Lasciando da parte i farmaci già ampiamente sperimentati come il disulfiram (utile peraltro all'interno di un programma medico-psico-sociale complesso o ecologico) le novità più importanti possono essere così riassunte.

Il *sistema neurotrasmettitoriale* più studiato è oggi quello *serotoninergico*. Nel modello animale sembra dimostrata una correlazione tra i livelli di serotonina disponibile a livello di SNC e l'assunzione di alcol. Alti livelli di serotonina porterebbero a minori consumi, bassi livelli porterebbero ad un aumento dei consumi di alcol. Da qui l'interesse per l'uso di farmaci antidepressivi (S.S.R.I.: Selective serotonin reuptake inhibitor) che certamente costituiscono una delle novità più importanti nel campo della psicofarmacologia. Purtroppo gli studi compiuti sull'uomo sono risultati poco convincenti: questi farmaci sembrano possedere un effetto positivo solo durante la prima settimana di trattamento. Sono tra l'altro studi piuttosto criticabili dal punto di vista metodologico: la lunghezza del trattamento andava da 1 giorno a 4 settimane, su un numero ridotto di persone (<25) con un drop out del 25-34%^{vi}.

Un altro farmaco agente sul sistema serotoninergico, è l'ansiolitico non benzodiazepinico Buspirone. Anche qui vi sono studi controversi sulla sua superiorità rispetto al placebo nel controllo dell'alcolismo.

Anche il *sistema gabaergico* è stato molto studiato negli ultimi anni. A tutti è certamente noto l'uso dell'acido γ -idrossi butirrico nel controllo del "craving" e dei sintomi di astinenza. Questo farmaco, già ampiamente usato in anestesia negli anni passati ed ora da tempo abbandonato, attraverso un meccanismo sconosciuto aumenta l'attività GABA nel SNC. Uno studio condotto per tre mesi^{vii} riporta una diminuzione nell'assunzione di alcolici ed un aumento delle giornate di astinenza.

Un altro *sistema* molto studiato è quello *oppiode*. Studi condotti con l'uso degli antagonisti recettoriali naloxone e naltrexone, dimostrano una diminuzione dell'assunzione di alcol specie se questa è associata a stress^{viii},^{ix}. Uno studio condotto su 70 pazienti per 12 settimane dimostra una riduzione del "craving" con una percentuale di ricadute significativamente inferiore rispetto al gruppo di controllo che assumeva placebo (23% verso 54%), ed una riduzione nell'assunzione giornaliera di alcol. Da notare però che tutti i pazienti di questo studio partecipavano contemporaneamente alla terapia di gruppo che può certamente aver influito sui risultati.

Un'altra area promettente rispetto al trattamento farmacologico dei PAC, è rappresentata dal *calcio-acetil-omotaurinato (CA-AOTAL) acamprosato*. Si tratta di una sostanza strutturalmente simile al glutamato, che è un aminoacido eccitatorio, e possiede una azione farmacologica complessa per lo più attraverso i neuroni gabaergici e glutamatergici. Negli studi su animali il CA-AOTAL ha dimostrato di ridurre l'assunzione di alcol in modo dose dipendente. Negli studi su alcolisti si è notata una riduzione della γ GT, della quantità di alcol assunta e del tasso di ricadute^x.

Sono stati anche proposti i *farmaci bloccanti i canali del calcio*, dal momento che l'alcol possiede una evidente azione sui canali del calcio e sul flusso di ioni Ca^{++} nell'animale. Non si è finora notata alcuna evidenza di una potenziale utilità nell'uomo^{xi}. Studi condotti con Verapamile e Nifedipina non hanno dimostrato risultati convincenti sia nel trattamento degli effetti acuti che cronici dell'alcol.

Benchè non vi siano al momento lavori o dati pubblicati, sono allo studio parecchi nuovi composti per il trattamento dell'alcolismo. L'*amperozide* per esempio sembra essere uno dei composti più promettenti. Si tratta di una sostanza (derivato della difenilbutil piperazina carboxamide) che inizialmente era stata segnalata per il suo effetto antipsicotico. Questo farmaco ha un profilo farmacologico complesso che comprende meccanismi serotoninergici, dopaminergici e probabilmente gabaergici.

2 – TRATTAMENTO PSICOTERAPICO

Nel corso degli anni sono stati via, via, proposti numerosi trattamenti psicoterapici per risolvere il problema dell' alcolismo. In realtà si deve ammettere che questo tipo di persone sono state sempre ritenute poco adatte ad un trattamento psicoterapico, che anzi spesso si rivelava fonte di frustrazioni e di fallimenti. Questo è senza dubbio uno dei motivi dello scarso interesse degli psichiatri e psicoterapeuti che abitualmente si sono interessati e si interessano di queste persone quando i danni psichici e comportamentali raggiungono livelli tali da richiedere un ricovero o trattamenti psichiatrici di contenimento. La psicanalisi in particolare aveva individuato alcune caratteristiche che sarebbero alla base dell'alcolismo: la fissazione allo stadio orale, l' omosessualità latente, gli aspetti depressivi e la struttura narcisistica della personalità. Dobbiamo però dire che la psicanalisi non ha funzionato molto bene nel trattamento dell' alcolismo. Di questo se ne era accorto anche Carl Gustav Jung che ebbe in cura un paziente alcolista. Questo è quanto riportato da Ellemberger nel libro "La scoperta dell' inconscio"^{xii}. "Attorno al 1931 un paziente alcolista americano, Roland H., si rivolse a Jung, che lo sottopose a psicoterapia per circa un anno. Il paziente però ebbe subito dopo una ricaduta. Ritornò da Jung che con franchezza gli disse che un ulteriore trattamento medico o psichiatrico non avrebbe avuto con lui speranze di successo. Roland H. gli chiese se non potesse sperare in qualche altro rimedio, e Jung gli rispose che lo poteva solo a patto che fosse capace di compiere personalmente un' esperienza spirituale o religiosa, dalla quale trarre motivazioni completamente nuove per la propria vita. Roland H. divenne membro dell' Oxford Group, nel quale ebbe l' esperienza religiosa della propria conversione; si liberò quindi dalla propria coazione al bere e si dedicò all' aiuto di altri alcolisti. Uno di essi, Eddy, seguì il suo esempio, si unì all' Oxford Group e riuscì anch'egli a liberarsi della sua coazione al bere. Nel novembre 1934 Eddy fece visita all' amico Bill, il cui caso era considerato senza speranze, e gli riferì la propria esperienza. Bill in seguito ebbe un' esperienza religiosa e la visione di una società di alcolisti che trasmettevano l' uno all' altro la propria esperienza. Eddy e Bill fondarono poi la Society of Alcoholics Anonymous, il cui successivo sviluppo è noto". In effetti gli alcolisti anonimi costituiscono ancor oggi la più importante e diffusa associazione per il trattamento dell' alcolismo a livello planetario. Attualmente, sono molto studiate ed applicate le tecniche cognitivo-comportamentali^{xiii}, e ci si rivolge sempre di più ad interventi semplici, messi in atto in tempi molto precoci di sviluppo dell' alcolismo.

Una ricerca assai valida ancor oggi è quella condotta da Costello negli anni 70^{xiv}. Egli esaminò parecchie decine di servizi nel mondo per capire che cosa in realtà funzionava meglio con gli alcolisti. Trovò che i servizi che avevano i migliori risultati possedevano le seguenti caratteristiche:

- 1-Selezione dei pazienti escludendo quelli a prognosi sfavorevole.
- 2-Trattamento sul modello della comunità terapeutica.
- 3-Coinvolgimento del partner, altri familiari e mondo del lavoro.
- 4-Uso del disulfiram.
- 5-Trattamento a lungo termine con follow-up "attivo" dei pazienti dopo le dimissioni.

Come vedremo l'approccio ecologico sociale fa riferimento a questi principi (escluso naturalmente il primo!), e tende a svilupparli ad un livello territoriale (di assistenza sanitaria primaria e di coinvolgimento del volontariato) in un'ottica che fonde gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

3 – APPROCCIO ECOLOGICO SOCIALE

Gli esseri umani presentano aspetti psichici, fisici e sociali e in base a numerose influenze, acquistano un determinato modello comportamentale. Oltre che ai processi interni dell'individuo, sono molto importanti anche gli stimoli esterni, provenienti dai sistemi nei quali viviamo, ci incontriamo, comunichiamo, ci amiamo, preghiamo, lavoriamo e viviamo. Questo complesso di influenze interne ed esterne può essere definito "ecologico" ed ha il potere di condizionare anche la nostra vita

spirituale e la nostra vita interiore. Possiamo parlare di qualità ottimale della nostra vita solo a condizione che tutti i sistemi ecologici si trovino in un equilibrio ottimale.

La disfunzionalità dei sistemi ecologici della comunità agisce anche sui singoli e sui sottosistemi che ne fanno parte. Allo stesso modo anche il singolo può influire negativamente sulla comunità. Per risolvere queste difficoltà bisogna armonizzare i rapporti ecologici nella comunità, e questo significa proteggere la salute. Per fare questo non è necessaria una cura intesa in senso classico, ma è indispensabile insistere sul cambiamento del comportamento. Il cambiamento del comportamento si attua all'interno del gruppo sociale nel quale la famiglia e l'alcolista assumono i loro compiti e responsabilità che sono funzionali ad un graduale cambiamento comportamentale. Ciò significa che colui che ha un problema alcolcorrelato non deve evitare la società, gli amici ed i luoghi che frequentava abitualmente ma come avrà cambiato il proprio stile di vita incontrerà nuovi interessi e nuovi amici. Senza l'astinenza questo non è possibile, e le difficoltà esistono soprattutto all'inizio.

Questo approccio si basa sulla teoria dei sistemi, secondo la quale il comportamento delle persone dipende non solo dagli stimoli interni ma soprattutto dalla qualità della comunicazione e dell'interazione nella comunità dove le persone vivono lavorano. Il trattamento si distingue dalla psicoterapia classica poiché non si basa su di un gruppo artificiale di pazienti, ma su un gruppo di persone che appartengono alla società che ci circonda e che si trovano in un rapporto dinamico con questa società stessa.

L'approccio ecologico sociale trova concretezza nel lavoro dei Club degli Alcolisti in Trattamento che hanno le seguenti caratteristiche:

- **COMUNITA' MULTIFAMILIARE** (max 12 famiglie). La partecipazione della famiglia al trattamento è apparsa sempre più importante (ed oggi indispensabile) per la buona riuscita del trattamento. L'esperienza di questi anni ci ha insegnato che laddove non si modifica la famiglia, si ha un' altissimo rischio di ricaduta.

- **PRINCIPIO DEL "QUI ED ORA"**. Nel Club si parla del presente, dei problemi attuali o di argomenti attuali. Ritornare al passato, come spesso gli alcolisti ed familiari fanno, non solo non è utile, ma addirittura può bloccare l' evoluzione del cambiamento nel singolo e nella famiglia.

- **PRINCIPIO DELL' "AUTO-AIUTO"**. Secondo questo principio chi diventa membro di un club si impegna ad aiutare gli altri membri in difficoltà ed acquista a sua volta il diritto di essere aiutato se in difficoltà. Da questo concetto derivano numerose attività del club tra cui "le visite amicali" che consistono in visite domiciliari alle famiglie membri di club che ne abbiano necessità. Ma soprattutto questo principio è alla base della disponibilità all' ascolto, della capacità di parlare in prima persona di se stessi e dei propri problemi, della possibilità di creare all' interno del club un clima empatico, favorevole allo scambio di esperienze e di emozioni.

- **PRESENZA DI UN SERVITORE-INSEGNANTE**. In tutti i club è presente un servitore-insegnante che possiede una professionalità specifica nel campo dei problemi alcolcorrelati acquisita inizialmente tramite un corso di sensibilizzazione di 50 ore ed in seguito attraverso l'esperienza di conduzione di un Club.

Il servitore-insegnante non fa terapia, ma si limita a fare da catalizzatore dei processi che avvengono nel gruppo inteso come comunità multifamigliare. In effetti l' agente più importante di cambiamento nel club è dato dalle famiglie stesse, che attraverso il dialogo e l' interazione riescono ad individuare modelli di comportamento più utili. Quello che noi possiamo fare è creare un ambiente favorevole al cambiamento ed in grado di stimolare le risorse che tutte le famiglie possiedono e possono essere usate per migliorare le proprie condizioni.

- **COLLABORAZIONE CON IL "PUBBLICO"**. Il sistema dei club è nato in piena sintonia e collaborazione con le istituzioni pubbliche e con le ASL in particolare. Ciò ha permesso di operare con una eccezionale sintonia tra pubblico e privato, sociale e sanitario nell' ottica di obiettivi comuni, da quello più semplice dell' astinenza a quello del miglioramento della salute complessiva della comunità dove il club si situa. Non esistono contrapposizioni frontali tra il volontariato ed i servizi, come spesso accade in altri campi di intervento, ma la possibilità concreta di collaborazione paritaria.

- **NON ANONIMATO.** Il riconoscere che l' alcolismo non è più un vizio o una colpa ma uno stile di vita che può secondariamente portare a malattia, è alla base di questa scelta. L' alcolismo non deve essere inteso come una vergogna o una colpa da nascondere, ma come un problema comportamentale al pari di tanti altri.

- **PRESENZA NELLA COMUNITA'.** Il club, anche in virtù di quanto detto fin qui, non è un gruppo chiuso e quasi clandestino, ma si apre alla comunità nella quale si trova e diventa anzi un segno di speranza e di cambiamento per tutti. In ciò va vista anche la forte valenza preventiva del club nella comunità, che si esplica in primo luogo come testimonianza quotidiana verso i vicini, gli amici, i compagni di lavoro, ecc., e secondariamente attraverso le varie iniziative che il club promuove nella comunità (serate di sensibilizzazione, educazione alla salute nelle scuole, scuole alcolologiche territoriali, ecc.)

Tutto questo al fine di promuovere un lavoro di "rete" nella comunità locale che coinvolga tutte le risorse formali ed informali della stessa verso il miglioramento della qualità della vita nei nostri paesi.

ⁱSaunders JB: **Treatment of problem drinking.** *Curr Opin Psychiatry* 1991, 4:429-434.

ⁱⁱWallace P, Cutler S, Haines A: **Effects of General Practitioners' Advice to Heavy Drinkers to Reduce Their Alcohol Consumption.** *BMJ* 1988, 297:663-668.

ⁱⁱⁱDrummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullan M: **Specialist Versus General Practitioner Treatment of Problem Drinkers.** *Lancet* 1990, 336:915-918.

^{iv}Hodgson R: **Psychological Treatments: The Research and Policy Connections.** In *Drugs, Alcohol & Tobacco: Making the Science and Policy Connections.* Edited by Edwards G, Strang J. Oxford: Oxford University Press; 1992.

^vHolder H, Longbaugh R, Miller WR, Rubonis AV: **The Cost Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems: a First Approximation.** *J Stud Alcohol* 1991, 52:517-540.

^{vi}Naranjo CA, Bremner KE: **Evaluation of the Effects of Serotonin Uptake Inhibitors in Alcoholics: a Review.** In *Novel Pharmacological Interventions for Alcoholism.* Edited by Naranjo CA, Sellers EM. New York: Springer Verlag; 1986:68-82

^{vii}Galimberti L, Ferri M, Ferrara S, Fadda F, Gessa SL: **Gamma Hydroxybutyric Acid in the Treatment of Alcohol Dependence: a Double-Blind Study.** *Alcohol Clin Exp Res* 1992, 16:673-676.

^{viii}Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP: **Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence.** *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:896-880.

^{ix}O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfield RS, Myer RE, Rounsaville B: **Naltrexone and Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence.** *Arc Gen Psychiatry* 1992, 49:881-887.

^xLhuintre JP, Moore N, Tran G, Steru L, Langrenon S, Daoust M, Parot PH, Ladure PH, Libert C, Boismare F, Hillemand B: **Acamprosate Appears to Decrease Alcohol Intake in Weaned Alcoholics.** *Alcohol Alcohol* 1990, 25:613-622.

^{xi}Silverstone PH, Grhame-Smith DG: **A Review of the Relationship Between Calcium Channels and Psychiatric Disorders.** *J Psychopharmacol* 1992, 6:462-482.

^{xii}Ellemerger H: *La Scoperta dell'Inconscio.* Torino: Boringhieri Vol II pag 851.

^{xiii}Institute of Medicine: *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems.* Washington DC: National Academy Press; 1990.

^{xiv}Costello RM: **Evaluation of Alcoholism Treatment Programs.** In *Encyclopedic Handbook of Alcoholism.* Edited by Pattison EM, Kaufman E, Gardner Press, New York 1982.