Vladimir Hudolin

Manuale di alcologia

Centro studi sui problemi alcolcorrelati - Trento

Erickson LIVE

Traduzione
Slavica Jauk

a cura di
Renzo De Stefani
Roberto Pancheri
(Centro studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati)

Editing
Riccardo Mazzeo

Copertina
Giancarlo Stefanati

© 1990 Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
Via del Pioppeto 24
38121 TRENTO
Tel. 0461 950690
Fax 0461 950698
www.erickson.it
info@erickson.it

*Tutti i diritti riservati. Vietata
la riproduzione con qualsiasi mezzo effettuata,
se non previa autorizzazione dell'Editore.*

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

COLLANA "PROBLEMI ALCOLCORRELATI E PSICHIATRIA ECOLOGICA"
diretta da Vladimir Hudolin

Vladimir Hudolin

Manuale di alcologia

a cura del

Centro studi e documentazione
sui problemi alcolcorrelati
Trento

Erickson LIVE

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

GRAZIE PER AVER SCARICATO

Erickson
LIVE

Vivi. Scrivi. Pubblica. Condividi.

La nuova linea editoriale di Erickson che dà voce alle tue esperienze

È il progetto firmato Erickson che propone libri di narrativa, testi autobiografici, presentazioni di buone prassi, descrizioni di sperimentazioni, metodologie e strumenti di lavoro, dando voce ai professionisti del mondo della scuola, dell'educazione e del settore socio-sanitario, ma anche a genitori, studenti, pazienti, utenti, volontari e cittadini attivi.
Seleziona e pubblica le esperienze, le sperimentazioni e le idee che questi protagonisti hanno sviluppato e realizzato in ambito educativo, didattico, psicologico e socio-sanitario, per dare loro la possibilità di condividerle attraverso la stampa tradizionale, l'e-book e il web.

Sul sito **www.ericksonlive.it** è attiva una community dove autori e lettori possono incontrarsi per confrontarsi, dare e ricevere suggerimenti, scambiare le proprie esperienze, commentare le opere, trovare approfondimenti, scaricare materiali. Un'occasione unica per approfondire una serie di tematiche importanti per la propria crescita personale e professionale.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

INDICE

Presentazione pag. 9

Prefazione alla prima edizione pag. 13

Prefazione alla seconda edizione pag. 19

Introduzione pag. 21

1ª PARTE: Concetti generali

1. Cenni storici pag. 27

2. L'alcol e il suo metabolismo pag. 35

L'alcol e le bevande alcoliche. Assorbimento, metabolizzazione ed eliminazione dell'alcol.

3. Alcolismo: definizione e terminologia pag. 43

4. I modelli del bere e il bere moderato pag. 49

5. Teorie e approcci ai problemi alcolcorrelati pag. 55

Considerazioni generali. Approccio spirituale. Approccio moralistico. Approccio medico. Teoria sistemica. Teoria dell'accessibilità della bevanda alcolica. Teoria antropologica. Teoria economica. Approccio degli Alcolisti Anonimi (AA). Teoria dell'apprendimento sociale. Teoria del condizionamento classico. Teoria della personalità. Teoria psicodinamica. Teoria epidemiologico-statistica. Approccio ecologico o verde.

6. Diagnostica dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati pag. 71

Concetti generali. Diagnostica medica classica. Diagnostica di laboratorio. Diagnostica mediante questionari e test. Autodiagnostica. Diagnostica delle patologie alcolcorrelate. Considerazioni conclusive.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

7. Epidemiologia dell'alcolismo **pag. 87**

Considerazioni generali. Il Registro degli alcolisti della Croazia. Considerazioni conclusive. Il bere femminile e i problemi alcolcorrelati nelle donne.

8. Eziologia dell'alcolismo **pag. 117**

9. La prevenzione dei disturbi alcolcorrelati **pag. 121**

Introduzione. Concetti fondamentali. Le fasce di popolazione a rischio. Programmi di prevenzione. La formazione degli operatori. Le componenti sociali. I programmi di prevenzione per la protezione della salute. Conclusioni.

2ª PARTE: I disturbi alcolcorrelati

1. Intossicazione acuta da alcol **pag. 137**

Caratteristiche. Diagnosi. Trattamento. Hangover o stordimento. Intossicazione da alcol metilico.

2. Il bere problematico e l'alcolismo **pag. 153**

Concetti generali. Dipendenza. Tolleranza. Sindrome di astinenza. Alcolismo sperimentale. Alcolismo primario e alcolismo secondario. Alcolisti marginali. Alcolismo latente. Primo colloquio e anamnesi.

3. Le complicanze fisiche dell'alcolismo **pag. 175**

Considerazioni generali. Patologie del cavo orale. Patologie dell'esofago. Patologie dell'apparato gastrointestinale. Patologie epatiche. Patologie dell'apparato cardiovascolare. Patologie muscolari. Patologie del pancreas. Patologie della pelle. Pellagra. Patologie ematiche. Ipoglicemia degli alcolisti. Sindrome di Zieve. Alcolismo e tubercolosi. Fetopatia alcolica. Patologie del sistema nervoso. Diagnostica neurologica: esame del liquor, ecoencefalografia, elettroencefalografia.

4. Le complicanze psichiche dell'alcolismo **pag. 201**

Considerazioni generali. Intossicazione acuta. Alcolismo e depressione. Ubriachezza patologica. Delirium tremens. Delirium

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

tremens da trauma. Allucinosi alcolica. Delirio cronico di gelosia. Psicosi di Korsakov. Epilessia alcolica. Demenza alcolica. Sindrome alcolica intermedia. Dipsomania. Alcolismo periodico. Alcolismo e suicidio.

3ª PARTE: Trattamento dell'alcolismo

1. Aspetti fondamentali del trattamento **pag. 219**

2. Servizi e strutture per il trattamento **pag. 225**

Trattamento ospedaliero. Trattamento dispensariale. Altre modalità di trattamento.

3. Terapia dell'alcolismo **pag. 237**

Considerazioni generali. Trattamento medico-farmacologico. Terapie e farmaci avversivanti. Disulfiram. Farmaci ad azione psicoattiva. Trattamenti psicoterapici.

4. Il trattamento complesso **pag. 255**

Considerazioni generali. La comunità terapeutica. L'approccio familiare. L'approccio ecologico o verde.

4ª PARTE: I Club degli alcolisti in trattamento

1. Concetti generali **pag. 281**

Cenni storici. Considerazioni generali.

2. Aspetti metodologici e organizzativi **pag. 289**

Le premesse indispensabili. Principi e metodi di lavoro.

3. Il coinvolgimento della famiglia **pag. 301**

4. La ricaduta **pag. 305**

Considerazioni generali. La ricaduta dell'alcolista. La ricaduta della famiglia. La ricaduta dell'operatore. La ricaduta del Club. La ricaduta della comunità. Conclusioni.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

5. Aspetti pratici della vita del Club **pag. 313**

La durata del trattamento. Il patronage. Il confronto tra membri del Club. Gli alcolisti difficili. L'astinenza dei familiari. La presenza di esterni nelle sedute di Club. Il diploma per l'astinenza. L'Interclub. Alcolisti senza casa (*skid row*).

6. Aspetti strutturali e formazione degli operatori **pag. 329**

La collaborazione con altri programmi. La formazione degli operatori. La supervisione nel lavoro dei Club. Il Club e le ricerche scientifiche. Gli operatori del Club e il bere. L'alcolista operatore di Club.

Bibliografia **pag. 339**

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

PRESENTAZIONE

I Club degli alcolisti in trattamento sono gruppi di auto/mutuo aiuto composti da 10-12 famiglie con un membro alcolista che si incontrano settimanalmente per mettere in comune problemi ed esperienze, per consolidare l'astinenza dall'alcol e per cambiare il proprio stile di vita. Nel breve volgere di 10 anni il movimento dei Club degli alcolisti in trattamento si è diffuso a macchia d'olio in tutta Italia. Non vi è oggi Regione italiana che ne sia priva e in molte i Club sono diventati il principale e a volte l'unico modello operativo spendibile nelle situazioni di alcolismo, o più correttamente di problemi alcolcorrelati. I Club hanno poi avuto il grande merito di stimolare un po' dovunque l'Ente pubblico, le Unità Sanitarie Locali in particolare, a far nascere programmi di alcologia persino laddove la parola era sconosciuta o malvista!

In questi 10 anni Club e programmi sono cresciuti e hanno operato le loro piccole, grandi rivoluzioni. Hanno unito servizi pubblici e iniziative private, hanno affrontato un'epidemia negata e nascosta quale l'alcolismo, hanno mobilitato più di 50.000 persone, tra alcolisti, familiari e operatori. Soprattutto migliaia di famiglie hanno ritrovato dignità e qualità di vita, centinaia di operatori si sono qualificati o riqualificati umanamente, oltre che professionalmente. Grazie ai Club ha cominciato a germogliare una nuova cultura centrata sui valori della solidarietà e della testimonianza, delle reti e delle collaborazioni, delle interazioni e dei sistemi, dell'amicizia, dell'amore, della pace, della buona ecologia.

Da 10 anni gira pellegrino in Italia chi dei Club è stato l'inventore e al cui nome sono giustamente legati i Club. Parliamo naturalmente di Vladimir Hudolin, croato di Zagabria, psichiatra, esperto di fama internazionale sui problemi alcolcorrelati.

Vladimir Hudolin è personaggio di grande fascino, di grande cultura, di fortissima carica umana. Più di 10.000 operatori hanno frequentato in Italia le sue famose "Settimane di sensibilizzazione" e la stragrande

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

maggioranza ne è uscita conquistata, cambiata, in qualche modo segnata e certo più ricca.

Tutti i programmi di alcologia sorti in Italia portano la sua impronta e molti ne sono diretta emanazione ancora oggi. In questi 10 anni la presenza di Hudolin in Italia è stata ricchissima di incontri, dibattiti, corsi, conferenze e quant'altro.

Tra tanto correre per la penisola era mancato il tempo per dare alle stampe, in lingua italiana, un volume completo, un manuale di alcologia che spaziasse su tutti gli aspetti di questo complesso mondo. La pubblicazione di questo manuale va a colmare questo vuoto e offre a tutti quanti si occupano di problemi alcolcorrelati, siano essi operatori, alcolisti, familiari, amministratori, cittadini comunque interessati, uno strumento fondamentale di conoscenza.

Aver collaborato alla stesura definitiva del libro in lingua italiana ed esserne coeditore è motivo di grande orgoglio per il Centro Studi sui problemi alcolcorrelati di Trento. Siamo certi infatti che il manuale contribuirà significativamente al diffondersi dei programmi alcologici e dei Club degli alcolisti in trattamento. Sarà inoltre veicolo privilegiato di quei contributi, sempre intensi e originali, che Vladimir Hudolin sa portare alla cultura della solidarietà e della pace.

Trento, ottobre 1990

Centro studi sui
problemi alcolcorrelati

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Vladimir Hudolin

Manuale di alcologia

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

PREFAZIONE ALLA PRIMA EDIZIONE

Negli ultimi 30-40 anni è notevolmente cresciuto l'interesse per i problemi alcolcorrelati. Si sono moltiplicati i libri e i trattati, sia scientifici che divulgativi, sono nate riviste che si occupano di alcologia. Sono state fondate numerose istituzioni scientifiche che studiano il problema. Si sono organizzati diversi programmi di prevenzione primaria. Sono stati aperti reparti ospedalieri e centri territoriali, creati programmi alternativi alla cura ospedaliera classica. Sono stati formati nuovi operatori di varia estrazione professionale, provenienti dai diversi settori che si occupano di problemi alcolcorrelati, e anche molti volontari.

In diversi Paesi si è cercato e si cerca, mediante appropriati interventi legislativi, di controllare il consumo di bevande alcoliche ed i relativi problemi alcolcorrelati. A causa di un così rapido sviluppo è difficile presentare una rassegna sull'alcologia che comprenda sia la ricerca che le esperienze di lavoro e tenga perciò conto dei numerosi dati scientifici oggi disponibili, necessari per pianificare i programmi di intervento e preparare nuovi progetti di ricerca scientifica. I risultati delle ricerche scientifiche difficilmente vengono subito implementati nelle esperienze di lavoro. Sarebbe necessario pubblicare continuamente nuovi trattati e manuali per segnalare le nuove scoperte. Ciò ovviamente responsabilizzerebbe gli operatori a seguire le pubblicazioni e la letteratura specifica. Le linee su cui si muove la ricerca cambiano molto rapidamente e non è escluso che quello che noi stiamo scrivendo oggi sarà in breve tempo superato. L'attività scientifica dovrebbe essere programmata al fine di evitare l'inutile ripetersi delle ricerche e per ottenere una organizzazione del lavoro che faccia sì che i numerosi programmi, alcuni dei quali possono anche avere qualità di non immediata evidenza, collaborino tra loro nel migliore dei modi.

Recentemente in diversi Paesi, sono stati messi a punto numerosi programmi per il trattamento dei problemi alcolcorrelati, anche nell'ambito di comunità molto particolari, come per esempio le forze armate (Marconi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

J. e coll., 1955; Jones K.L. e coll., 1979; Querejeta I. e coll., 1983; Quiros P.G. e coll., 1978; Alkoholizam V., Savjetovanje Lijecnickih i invalidskih Komisija Hrvatske, 1988; Ivanets N.N., 1989; Fluttert P.H.H. e coll., 1989; Fralick C.P., 1989; Griffin G. e coll., 1989; Huisman R.A., 1989; WHO, Regional Office For Europe, 1990).

Da oltre 40 anni seguo costantemente lo sviluppo dell'alcologia. Ho partecipato alla preparazione di programmi tecnici, scientifici e pratici, mi sono occupato della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sia professionali che volontari, degli studenti che frequentano scuole per assistenti sociali, di infermieri professionali, degli studenti di medicina e stomatologia, dei medici generici, degli specializzandi in psichiatria e neurologia, dei medici che frequentano i corsi per ottenere il dottorato di ricerca che, sempre più spesso, comprende anche l'alcologia.

Da oltre 10 anni collaboro con gli operatori italiani alla preparazione e allo sviluppo di un programma, sia teorico che pratico, per il controllo dei problemi alcolcorrelati in Italia. Per questo, desidero qui ringraziare la Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste ed in particolare la Dott.ssa Rosolen, che fin dall'inizio ha collaborato alla preparazione dei programmi. Il mio ringraziamento va anche alla Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trento, a molti operatori professionali, agli alcolisti e alle loro famiglie, ai promotori di vari programmi e di diverse attività, sia pubbliche che private; tutti mi hanno fornito un aiuto prezioso. I programmi di controllo dei problemi alcolcorrelati, che ho messo a punto assieme ai miei collaboratori o alla cui realizzazione ho partecipato sia in Jugoslavia che in Italia, si fondano su un approccio complesso psico-medico-sociale basato sulla comunità multifamiliare nei Club degli alcolisti in trattamento e sulla rete territoriale di protezione e promozione generale della salute, con particolare attenzione ai problemi alcolcorrelati.

Nel corso di questa mia attività e in special modo nelle prime fasi, i miei sforzi si sono concentrati soprattutto sulla preparazione e sulla attuazione dei programmi pratici di lavoro, sulla prima valutazione dei risultati e sulla formazione di base degli operatori. Minore attenzione e spazio sono stati dedicati sinora all'elaborazione teorica di questo approccio; approccio che, nel corso del primo Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento della Jugoslavia e dell'Italia (Opatija, 1985), ho proposto di definire ecologico o verde. Ora è finalmente giunto il momento di dedicare anche a questo aspetto lo spazio che merita.

Per permettere la diffusione dei programmi è stato anzitutto necessario formare numerosi operatori e a questo compito abbiamo dedicato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

particolare attenzione. Per avere un'idea dei nostri sforzi in questo senso, è sufficiente consultare la presentazione dei corsi di sensibilizzazione che si sono tenuti in Italia fino al 1985, descritti in una pubblicazione ad uso interno della Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste (Hudolin Vl., Devoto A., Rosolen N. e Le Divelec G., 1985).

Nel corso degli ultimi 10 anni in Italia sono stati formati circa 10.000 operatori di diverse categorie e qualifiche professionali. La formazione si è svolta mediante corsi di sensibilizzazione della durata di una settimana (50 ore di lavoro teorico e pratico) in cui particolare attenzione è stata dedicata all'approccio psico-medico-sociale ai problemi alcolcorrelati. Una buona parte delle 50 ore viene dedicata alla motivazione del corsista per cui non è tecnicamente possibile affrontare tutti i complessi temi dell'alcologia contemporanea, considerato anche lo spiccato e costante interesse dimostrato dai corsisti per l'approccio familiare, per gli altri tipi di dipendenza, per le diverse tecniche di trattamento, ecc.

Oltre ai corsi di sensibilizzazione, sono stati organizzati anche vari corsi sull'approccio familiare, sulle tossicodipendenze e sulle difficoltà di lavoro nell'ambito dei Club degli alcolisti in trattamento. L'aggiornamento è stato effettuato negli incontri di supervisione, nelle discussioni dei gruppi di lavoro e in altri incontri specifici. Nel frattempo hanno iniziato l'attività vari centri alcologici, ospedalieri o territoriali, ed è aumentato il numero dei Club degli alcolisti in trattamento e delle loro associazioni. Per assicurare la formazione ulteriore degli operatori, sono stati organizzati dei corsi di 2° livello variamente denominati: scuola o corso di 300 ore, corso di perfezionamento in alcologia, scuola di 6 mesi. Al termine del corso ogni partecipante ha preparato e discusso una tesi. Alcune di queste tesi si sono rivelate utilissime per lo studio dei problemi alcolcorrelati e per la formazione professionale del partecipante.

Un primo corso per 30 operatori italiani è stato tenuto a Zagabria. Successivamente altri corsi sono stati organizzati a Udine, Trieste, Treviso, Trento, Milano e Bergamo. Gli operatori attivi nei diversi programmi avvertivano l'esigenza di un manuale di alcologia. Ora, sebbene siano stati pubblicati diversi libri in lingua italiana su vari aspetti dei programmi — tra cui alcuni preparati assieme ai miei collaboratori (Hudolin Vl., 1985; Hudolin Vl. e coll., 1986; Hudolin Vl. e coll. 1987, 1988; Colusso L., Hudolin Vl. e coll., 1988) — purtroppo non era disponibile un manuale generale di alcologia che descrivesse le basi teoriche e pratiche dei programmi territoriali e che riportasse anche quanto sino ad ora apparso in letteratura. L'attività specifica dei Club degli alcolisti in trattamento è stata

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

invece descritta in altri lavori (Rotolo V., 1987; Colusso L., Hudolin Vl. e coll., 1988; Caravita R., 1989, 1990).

Negli ultimi 30 anni sono stati pubblicati numerosi manuali e testi scolastici in lingua croata, che ho personalmente redatto per varie categorie di operatori — psichiatri, medici, assistenti sociali, infermieri professionali — nonché alcuni trattati divulgativi rivolti a tutti ed in particolare agli alcolisti e alle loro famiglie ed infine un manuale per i giovani. Questi manuali necessitano di continui aggiornamenti, poiché i programmi territoriali sono in continuo sviluppo (Hudolin Vl., 1964, 1969, 1974, 1975, 1977, 1982, 1984, 1985, 1987, 1989, 1990; Hudolin Vl. e coll., 1987; Hudolin Vl., Spicer F., 1972).

D'accordo con i miei collaboratori di Trento, Renzo De Stefani e Fabio Folgheraiter, ho deciso di preparare un manuale di alcologia in lingua italiana. Mi auguro di riuscire a trasmettere nel modo più fedele ed esaustivo tutto quello che ho appreso sull'alcolismo nei miei 40 anni di lavoro; in particolare tutto ciò che negli ultimi 10 anni si è andato costruendo in collaborazione con gli operatori italiani. Ho cercato in particolare di descrivere dettagliatamente l'approccio ecologico e l'attività dei Club degli alcolisti in trattamento, nonché le difficoltà più spesso riscontrate in questo lavoro.

Talvolta la soluzione di un problema è così semplice che l'uomo, anche involontariamente, ne complica la descrizione, poiché gli sembra che ciò che sta facendo sia troppo semplice. Spero di non incorrere nello stesso errore. Ho cercato di scrivere questo manuale in un linguaggio semplice e piano, affinché potesse risultare accessibile al maggior numero possibile di lettori ed in particolare ai membri dei Club degli alcolisti in trattamento. Il manuale si basa, oltre che sulle mie esperienze e su quelle di altri studiosi, anche sui miei libri più recenti scritti in lingua croata. Esso, inoltre, si basa sul mio personale punto di vista nei confronti dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati, dell'alcologia. E non potrebbe essere diversamente, poiché in materia di problemi alcolcorrelati esistono pareri diversi, molte volte in contrasto tra loro. Mi auguro che questo manuale riceva dai suoi lettori una accoglienza benevola e severa allo stesso tempo, per poterne migliorare, nella seconda edizione, le eventuali imprecisioni e omissioni.

Durante lo sviluppo dei programmi italiani un aiuto eccezionale è stato fornito da Renzo Buttolo, da Luigi Colusso e da Renzo De Stefani, oggi fra i più noti alcologi italiani. Desidero esprimere inoltre un ringraziamento particolare a tutti i miei collaboratori e specialmente alle famiglie presenti nei Club degli alcolisti in trattamento, poiché la maggior parte di ciò che so

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sui problemi alcolcorrelati l'ho imparato da loro. Un ringraziamento speciale va infine alla mia collaboratrice Slavica Jauk per la traduzione italiana dalla lingua croata e al Centro Studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati di Trento che ne ha curato la stesura definitiva e la pubblicazione.

Estate 1990

Vladimir Hudolin

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE

La prima edizione del Manuale di Alcologia ha trovato una buona accoglienza da parte dei lettori ed è stata esaurita in pochi mesi.

La necessità di preparare una seconda edizione in un lasso di tempo così breve non ci ha permesso di apportare mutamenti radicali. Ciò nonostante in questa seconda edizione abbiamo introdotto piccoli cambiamenti laddove abbiamo avuto l'impressione che se ne potesse ricavare una maggiore chiarezza, e abbiamo introdotto alcuni brevi interventi per migliorare, in qualche argomento, la completezza del Manuale.

Non mi resta che augurare alla seconda edizione la stessa positiva accoglienza che ha già avuto la prima.

Vorrei infine ringraziare il dott. Renzo De Stefani per l'amicizia e la cura che ha dedicato anche alla seconda edizione. Il mio ringraziamento va anche al Centro studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati di Trento e alla Casa editrice Erickson.

Zagabria, aprile 1991

Vladimir Hudolin

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

INTRODUZIONE

La maggior parte dei Paesi dedica sempre maggiore attenzione ai programmi per la protezione e la promozione della salute in relazione ai disturbi provocati dal consumo di bevande alcoliche. In molti Paesi, i disturbi alcolcorrelati rappresentano, per importanza, il terzo problema di rilevanza sociale e sanitaria. Non esiste inoltre nessun altro disturbo che per entità e gravità pesi allo stesso modo sulla salute del singolo, della sua famiglia e della società.

In quei Paesi dove è più alto il consumo di bevande alcoliche, come ad esempio i Paesi mediterranei, la mortalità alcolcorrelata si trova al terzo posto tra le cause di morte. Trattandosi come è noto, di una droga legale, socialmente accettata, tutto ciò che riguarda il suo controllo è in realtà molto difficile. Inoltre, non si dedica la dovuta attenzione alla formazione e all'aggiornamento degli operatori che lavorano in questo campo (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri professionali, insegnanti, operatori volontari) e la prevenzione primaria viene applicata con metodi vecchi e ormai sorpassati. La protezione della salute per quanto riguarda i problemi alcolcorrelati si limita spesso, ancora oggi, alla cura delle complicanze fisiche e all'inevitabile invito a ridurre il consumo di bevande alcoliche. Ovviamente, tale raccomandazione non ha nessun significato quando è rivolta ad un alcolista.

Numerosi autori hanno recentemente denunciato tale limite, tipico dei medici e delle altre figure paramediche. In molti casi nelle cartelle cliniche degli ospedali e dei servizi territoriali non si trovano i dati anamnestici clinici fondamentali per una appropriata diagnostica dei problemi alcolcorrelati. Ciò rende tra l'altro problematico lo scambio e il confronto di esperienze e di risultati di ricerche tra istituti e Paesi diversi (McIntosh I.D., 1982; Wechsler H., Lavine S., Idelson K.R., Rohman M. e Taylor O.J., 1983). Paradossalmente, tutto ciò si verifica mentre si moltiplicano le ricerche scientifiche nell'ambito dell'alcologia, disciplina che si sta sviluppando rapidamente assieme a tutte le altre discipline che si occupano di dipendenza da sostanze, siano esse legali o illegali.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

L'alcologia si è particolarmente sviluppata dopo la seconda guerra mondiale, da quando cioè l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito nei suoi obiettivi il controllo dei problemi alcolcorrelati. L'OMS ha elaborato numerosi documenti sui disturbi alcolcorrelati (WHO, 1951, 1975, 1978, 1979 a, b, c, 1980, 1982, 1986, 1987; Zdravlje za sve do 2000 godine, 1989; Alcolismo, 1989).

In tutto il mondo, all'Est come all'Ovest, l'alcologia si configura ormai come una disciplina autonoma e vengono creati reparti ospedalieri e servizi territoriali specializzati. In Unione Sovietica questa disciplina viene chiamata narcologia e gli ospedali che si occupano del problema ospedali narcologici (Ivanets N.N., 1989). In tutto il mondo vengono pubblicati libri e riviste di alcologia. La linea di tendenza attuale, incoraggiata dall'OMS, è di unificare i disturbi alcolcorrelati alla tossicodipendenza (WHO, 1986), di trattare cioè in maniera univoca tutte le dipendenze e poter in tal modo formare contemporaneamente gli operatori che se ne devono occupare. L'OMS ha recentemente pubblicato un lavoro in tal senso, tradotto anche in lingua italiana (Alcolismo, 1989). Arif A. e Westermeyer J. (1988) hanno pubblicato un manuale su alcolismo e tossicodipendenze ad uso delle facoltà di medicina e di altre scuole di formazione di personale sanitario. Bisogna inoltre dire che i disturbi alcolcorrelati e i problemi legati al consumo di altre sostanze sono molto spesso compresenti in una stessa persona o che più sostanze sono contemporaneamente usate nell'ambito della stessa famiglia (Freed E.X., 1973; Kaufman E., 1982; Rosenberger C.M., 1969).

Freed E.X. (1973), nella sua rassegna sulla letteratura dal 1925 al 1972, ha rilevato che la percentuale di alcolisti che consuma anche altre sostanze varia dal 2 al 52%. Rosenberger C.M. (1969) osserva che tra gli alcolisti più giovani questo fatto si riscontra nel 52% dei casi, mentre nel gruppo degli alcolisti più anziani scende al 16%. Kaufman E. ha dedicato all'uso di altre sostanze da parte di alcolisti un capitolo dell'enciclopedico manuale sull'alcolismo di Pattison M.E. e Kaufman E. (1982). Dobbiamo porci alcuni interrogativi a cui, ancora oggi, è molto difficile dare una risposta adeguata:

— l'alcolismo è un disturbo medico?
— l'alcolismo deve essere curato dalla psichiatria?
— l'alcolismo è una malattia specifica?
— l'alcolismo è o non è una malattia?
— è possibile, ed in quale modo, fare diagnosi di alcolismo?

Ancora oggi le opinioni sono discordanti, e non solo tra gli esperti di Paesi diversi, ma anche tra quelli di uno stesso Paese e a volte anche tra quelli

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

appartenenti ad una stessa istituzione. Come esempio basta citare la prevenzione primaria. Alcuni consigliano l'astinenza totale, altri il consumo moderato di bevande alcoliche, altri l'educazione dei membri della comunità a bere ragionevolmente e con responsabilità. Quest'ultima è la tendenza attuale di alcuni esperti in Inghilterra e negli Stati Uniti (Health Departments of Great Britain and Northern Ireland, 1981). Anche in Italia è stato pubblicato un libro, curato dall'Associazione Aliseo ed edito dalla Provincia di Torino (1990), intitolato "Il bere sbagliato" dove si parla di un bere 'giusto' e lo si difende.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Prima Parte:

Concetti generali

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo primo

CENNI STORICI

L'alcoldipendenza e i problemi alcolcorrelati sono strettamente legati al consumo di bevande alcoliche, che è una forma riconosciuta e spesso accettata di comportamento sociale. Nonostante non ne sia l'unica causa, è ovvio che senza l'alcol non esisterebbero i disturbi alcolcorrelati.

Nei più antichi documenti storici e nella tradizione orale sugli usi e costumi dei popoli, troviamo descrizioni della preparazione e dell'uso di bevande alcoliche. Le scoperte archeologiche ci informano che già 30 mila anni fa l'uomo sapeva produrre l'alcol mediante la fermentazione (Laming - Emperaire A., 1962; Gassull A.M., 1978). Dai disegni e dai geroglifici del IV-V secolo a.C. sappiamo che gli antichi Egizi conoscevano la birra (Hürlimann M., 1989). Molti documenti antichi contengono descrizioni dei disturbi provocati dal bere e delle misure per porvi rimedio. Simili descrizioni le troviamo nei testi delle civiltà più antiche: quella babilonese, sumerica, egiziana, ebraica, greca e romana. La distillazione, la tecnica con la quale si producono i superalcolici, è stata scoperta invece molto più tardi: la prima descrizione risale al secolo IX.

La bevanda alcolica ha avuto sempre, nelle varie epoche storiche, un determinato ruolo sociale, oltreché medico e alimentare, che conserva anche oggi. Non si spiegherebbe, ad esempio, altrimenti la vendita, in molti Paesi, di bevande alcoliche nei negozi di generi alimentari. Già nel XVI secolo Sebastian Frank (1941) osservava che "Bacco uccide più gente che non le guerre" e che "molte più persone annegano nel bicchiere che nel mare", anche se ciò non ha poi influito significativamente sul consumo di alcol. Si scriveva molto più della ubriachezza e dei danni individuali, familiari e sociali derivanti dalla intossicazione alcolica acuta che non dell'alcolismo. Fino al XVIII e al XIX secolo il consumo di bevande alcoliche, e le sue conseguenze dal punto di vista medico, sono state prese raramente in considerazione. È vero che descrizioni di alcuni disturbi alcolcorrelati risalgono anche ad epoche precedenti, ma il consumo di alcolici e le sue conseguenze venivano soprattutto affrontati in chiave moralistica.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Nel 1785 Benjamin Rush nel suo trattato *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind with an account of the means of preventing and the remedies for curing them* ['Ricerca sull'azione dei superalcolici sull'organismo umano e sull'anima, con la descrizione delle modalità di prevenzione e dei farmaci per la sua cura', Rush, B. (1790)] e nel 1788 Thomas Trotter (1785, 1813, 1941) nella propria tesi di laurea sostennero la necessità di considerare l'ubriachezza come una malattia.

L'approccio moralistico verso il consumo di alcolici e le sue conseguenze si afferma molto presto. Secondo questo approccio l'alcolista beve poiché è una persona moralmente tarata. Per questo motivo contro l'alcolismo e i suoi disturbi bisogna agire con misure pedagogiche e repressive.

Fino alla prima rivoluzione industriale il bere e l'alcolismo non costituiscono un problema sociale rilevante. Successivamente, e ancor più con l'avvento della tecnologia e in specie del traffico motorizzato, i danni causati dal bere e dall'alcolismo diventano assai rilevanti. Attualmente, in molte società vi sono leggi e normative assai rigide per controllare i disturbi provocati dall'alcol. L'effetto psicologico gradevole che la bevanda alcolica procura induce però, molto spesso, a ignorare e a infrangere tali norme. Le misure di controllo dei problemi alcolcorrelati hanno accompagnato lo sviluppo sociale, scientifico e tecnologico della società. Grazie alle abitudini e ai vari riti ai quali è legato, il bere è diventato parte della nostra cultura. Con il tempo sono subentrate sempre nuove abitudini legate al bere. Nonostante il progresso tecnologico stia cambiando la vita delle comunità e nonostante stia cambiando l'ottica con cui si affrontano i disturbi alcolcorrelati, l'usanza del bere è saldamente radicata nella cultura delle comunità e difficilmente potrà essere rimossa. Quando lo sviluppo tecnologico era relativamente lento, l'uomo aveva tutto il tempo necessario per adeguarsi e adattarsi ad esso, ma oggi, a causa degli enormi cambiamenti tecnologici e sociali che intervengono anche nel corso di una sola generazione, l'adattamento non è possibile senza interventi particolari e sostegni adeguati.

All'epoca della prima rivoluzione industriale, si notò che l'ubriachezza e l'alcolismo avevano una influenza negativa sugli operai e quindi anche sulla produzione. Si vararono allora le prime misure di natura moralistica e repressiva per arginare il problema. In quel periodo nacquero anche le prime organizzazioni di astinenti e le associazioni di sobrietà che si battevano contro la produzione e il consumo di bevande alcoliche, avvalendosi spesso anche di alleanze religiose e politiche. Alcune di queste organizzazioni operavano intensamente all'inizio del XX secolo e tra le due guerre in Italia, in Jugoslavia e in molti altri Paesi. Altre, tra cui l'International Organization of Good Templars — 'Organizzazione internazionale dei buoni Templari' (IOGT) — sono rimaste

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

attive fino ai nostri giorni, specialmente quando sono state in grado di adattare i propri programmi ai nuovi dinamismi sociali.

Sempre in quegli anni cominciarono ad apparire articoli e libri divulgativi sui danni prodotti dall'alcol e sul modo di combatterli (Stampar A., 1919). In Jugoslavia è stata pubblicata la Bibliografia jugoslava sull'alcolismo in 4 volumi (Hudolin Vl., 1964, 1967), nella quale sono elencati tutti i titoli della letteratura scientifica e divulgativa a partire dal 1874. Sfogliandoli si vede chiaramente come fino al periodo antecedente la seconda guerra mondiale l'approccio verso l'alcol e i disturbi alcolcorrelati sia andato modificandosi molto lentamente. Solo più recentemente le cose sono cambiate, anche per il diffondersi di incontri scientifici e di congressi sui problemi alcolcorrelati, a livello sia regionale che nazionale e internazionale. Sono state fondate molte istituzioni scientifiche e si sono iniziate ricerche intensive del fenomeno.

I primi trattati medici che descrivono dettagliatamente il quadro clinico dei disturbi e delle complicanze derivanti dall'alcol risalgono al XIX secolo (Kielhorn F.W., 1988; Pearson S.B., 1813; Sutton T., 1813). Alla metà del XIX secolo, Magnus Huss (1849-1952), professore di medicina interna di Stoccolma, descrive la sindrome che ha definito 'alcoholismus chronicus'. In tutti questi casi si tratta ancora della descrizione delle complicanze prodotte dall'alcolismo e non della descrizione di quel complesso rapporto che si instaura tra l'alcol, una determinata persona ed i suoi schemi comportamentali, ovvero ciò che intendiamo oggi per alcolismo. Dall'inizio del XX secolo, nella letteratura medico-scientifica si fanno più frequenti le descrizioni dei disturbi della salute provocati dall'alcol e va prendendo forma l'approccio medico attuale.

Negli Stati Uniti d'America il 16 gennaio 1919, con la votazione del XVIII emendamento della Costituzione, entrava in vigore la legge sul proibizionismo (1919-1933), in base alla quale venivano proibiti la produzione, la vendita e il consumo di bevande alcoliche. La legge sul proibizionismo è stata abolita non solo per le pressioni dei produttori di alcolici e per la diffusione della criminalità, ma anche perché non ha saputo cambiare la cultura della società in cui è stata introdotta. Nonostante tutti i problemi che ha causato bisogna però dire che durante il proibizionismo si è avuta una riduzione nei casi di cirrosi epatica.

Proibizionismi totali o parziali sono stati introdotti in molti Paesi, e sopravvivono ancora oggi, per esempio, nei Paesi scandinavi, nell'Unione Sovietica, in India, nei Paesi Arabi, ecc. Anche in Jugoslavia esiste un proibizionismo parziale: è proibito il consumo di alcolici sul lavoro, è controllato il loro consumo durante la guida di autoveicoli e al di sotto di una certa età nonché la sua pubblicità. Inoltre, in alcuni Comuni è proibita la vendita di bevande alcoliche nelle ore mattutine. Anche in Italia esistono alcune norme che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

pongono restrizioni al consumo di bevande alcoliche in determinate situazioni, per cui anche per l'Italia si può parlare di proibizionismo parziale. Il proibizionismo totale applicato negli Stati Uniti tra il 1919 e il 1933 e i proibizionismi parziali degli altri Paesi, se basati solamente su misure repressive, o non danno gli effetti desiderati, o danno risultati esattamente contrari alle aspettative. Nonostante gli sforzi intrapresi, a livello mondiale non si registrano dati relativi a un consumo minore o a una diminuzione dei disturbi alcolcorrelati. Al contrario, l'alcol dilaga in quei Paesi dove è stato introdotto di recente, come per esempio nei Paesi islamici e buddisti (Tongue A., 1976).

Nel periodo fra le due guerre mondiali gli alcolisti cominciarono sempre più frequentemente ad essere sottoposti a cure specifiche; tra queste, tutte le diverse terapie psichiatriche: l'insulino-terapia, l'elettroshock, la lobotomia, i sedativi e, all'inizio del secolo, perfino l'oppio. Alla vigilia della seconda guerra mondiale in vari Paesi esistevano già veri e propri centri per il trattamento degli alcolisti. I centri per la cura degli alcolisti di Zagabria e di altre grandi città della Jugoslavia vennero inaugurati prima della seconda guerra mondiale. Tali centri non hanno nulla in comune con quelli attuali, salvo il nome. Nemmeno le altre istituzioni per il trattamento degli alcolisti sorte in quel periodo si possono paragonare a quelle attuali, anche se ancora oggi esistono istituzioni che basano la propria attività sull'approccio medico classico.

In quel periodo sono stati utilizzati anche altri metodi di trattamento, fra i quali vale la pena ricordare quelli basati sugli studi sul riflesso condizionato di Pavlov I.P. (1927). Già nel 1929 Kantorovich N.V. introdusse in Russia il condizionamento avversivo mediante l'elettroshock. Secondo Lemere F. e coll. (1942), Sluchevsky F. e Friken in Russia, e Dent in Inghilterra introdussero il condizionamento avversivo a base di apomorfina. Una rassegna delle terapie basate sul riflesso condizionato di avversione verso l'alcol è stata pubblicata da Lemere F., Voegtlin W.L., Broz W.R., O'Hallaren P., Tupper W.E., 1942; Voegtlin W.L., Lemere F., Broz W.R., 1940; Thimann J.,1949; Voegtlin W.L., 1940; Voegtlin W.L. e coll., 1941; Voegtlin W.L. e coll, 1942; Miller E.C. e coll., 1930; Miller E.C., 1973.

Un significativo contributo all'elaborazione di un diverso approccio all'alcolismo fu dato dall'Associazione degli Alcolisti Anonimi, a cui ci si riferisce con la sigla AA (*Alcoholics Anonymous,* 1939, 1976). Fondata nel 1935 ad Akron negli Stati Uniti, l'Associazione si sviluppò velocemente, specie dopo il 1939, anno della pubblicazione della prima edizione del suo "grande libro" (*Big Book*).

La crescita dell'organizzazione degli AA è continuata dopo la seconda guerra mondiale. Fondamento costitutivo della Associazione è il concetto secondo il quale l'alcolismo è una malattia, paragonabile ad esempio al diabete.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

In altri termini, l'alcolista, così come il malato di diabete, deve attenersi ad una determinata dieta priva, nel caso dell'alcolista, di alcol. Il trattamento si riferisce alle regole contenute nei cosiddetti "12 passi e 12 tradizioni" (*Twelve steps and twelve traditions,* 1953). All'epoca della loro costituzione, gli AA erano poco interessati alla prevenzione primaria dei problemi alcolcorrelati, e sostenevano che il bere degli alcolisti era sostanzialmente diverso dal bere dei consumatori moderati, i quali potevano continuare a bere senza alcun rischio.

Nel periodo fra le due guerre, venne fondato negli Stati Uniti il Centro Alcologico dell'Università di Yale, che più tardi passò alla Rutgers University, dove tuttora ha sede. Il Centro di Yale ha aggregato numerosi ricercatori che immediatamente prima, durante e dopo della seconda guerra mondiale lavoravano sotto la guida di Jellinek. Nel Centro vennero condotte ricerche epidemiologiche, venne fondata la rivista scientifica alcologica *Quarterely Journal of Alcohol Studies* e venne avviato il lavoro dell'archivio bibliografico alcologico. Jellinek E.M. (1952,1960) sviluppò nel Centro di Yale il suo concetto di alcolismo-malattia. La sua attività fu così importante che si propose di denominare l'alcolismo con il suo nome, chiamandolo malattia di Jellinek.

Durante la seconda guerra mondiale vennero condotti diversi studi e vennero pubblicati molti trattati, in base ai quali si affermò definitivamente l'approccio medico all'alcolismo. Questo cambiamento di ottica fu determinato dal crescente consumo di alcol e dalla diffusione dell'alcolismo, oltre che dal sorprendente sviluppo del traffico stradale e delle tecnologie avanzate, entrambi "nemici" dell'uso dell'alcol. Dopo la seconda guerra mondiale le organizzazioni degli astinenti continuarono la loro attività, ma il controllo dei problemi alcolcorrelati e il trattamento e la riabilitazione degli alcolisti vennero sempre più spesso inseriti nei programmi dei servizi sociali e sanitari pubblici.

In questo periodo vennero condotti anche i primi esperimenti sugli animali, esperimenti con i quali si cercò di chiarire alcuni aspetti dell'alcolismo e in generale dei problemi alcolcorrelati. Molto conosciuti sono gli esperimenti di Masserman J.H. e dei suoi collaboratori, inizialmente sui gatti e successivamente sulle scimmie. Tali esperimenti cercavano di dimostrare che l'alcolismo è molto simile al fenomeno della nevrosi dell'uomo (Masserman J.H. e Yum K.S.,1946; Masserman J.H., 1963, 1968).

L'approccio medico all'alcolismo favorì anche, nel 1947, la scoperta del disulfiram, conosciuto sotto vari nomi (Antabuse®, Etiltox®) (Hald J., Jacobson E., 1948; Martensen-Harsen O., 1978; Jacobsen E. e coll., 1949), che venne entusiasticamente accolto come il definitivo rimedio contro l'alcolismo. Dopo il disulfiram furono sperimentati il citrato di calcio carbamide (Temposil®) ed altre sostanze. L'obiettivo di tutti questi farmaci era di porre una barriera chimica

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

all'assunzione di alcolici; infatti la loro assunzione congiuntamente all'alcol determina sintomi soggettivi spiacevoli che in qualche caso possono essere pericolosi.

In numerosi Paesi vennero costituiti Centri di ricerca e, fra questi, un posto importante occupa a tutt'oggi l'Addiction Research Foundation di Toronto, noto sia per le sue numerose attività di ricerca che per l'importante attività editoriale. Dall'epoca della loro fondazione, gli Alcolisti Anonimi hanno centrato l'ambito del trattamento non sul singolo ma sul gruppo, fermamente convinti che solo un alcolista possa comprendere e aiutare un altro alcolista. Per questo motivo, nonostante considerino l'alcolismo una malattia, rifiutano l'aiuto degli operatori professionisti. Questo approccio segna l'inizio, su larga scala, del concetto di auto-mutuo aiuto.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recepito il pericolo rappresentato dall'alcolismo e ha dato sempre maggiore importanza a questo problema a livello internazionale, organizzando comitati e gruppi di esperti che si occupano di problemi alcolcorrelati e che elaborano proposte e raccomandazioni per i Paesi membri (WHO1951, 1975, 1978, 1979a, b, c, 1980, 1982, 1987).

Recentemente l'OMS ha rivolto la propria attenzione all'aumento del commercio e della pubblicità di bevande alcoliche nei Paesi del terzo mondo. Tale fenomeno è evidentemente sostenuto dalle leggi del mercato e dagli interessi delle grandi case produttrici di alcolici (WHO 1982, 1987).

Negli ultimi 20 anni è aumentato in misura evidente lo sforzo di rilanciare, nel trattamento dei problemi alcolcorrelati, un approccio medico-biologico. Sono stati inoltre messi a punto numerosi modelli teorici che tendono sia a migliorare la comprensione dei disturbi alcolcorrelati, che a elaborare programmi, più o meno completi, di prevenzione primaria, secondaria e terziaria: i cosiddetti programmi complessi. Il modello medico ha notevolmente facilitato l'entrata dell'alcolista nel trattamento e nella riabilitazione e l'alcolismo è stato di fatto inserito nelle classificazioni ufficiali dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità, dell'Associazione Psichiatrica Americana, ecc. (Hudolin V., 1984; American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, 1952, 1980, 1989; Manual diagnostico y estadistico DSM III, 1983, Acosta, C. e coll., 1983) ricevendo di conseguenza copertura assicurativa sia sociale che sanitaria.

Ma anche l'approccio medico ai problemi alcolcorrelati ha rivelato col tempo i propri limiti; non è infatti in grado di chiarire l'eziologia, di garantire la diagnosi e facilitare l'organizzazione di programmi efficaci di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Oggi che l'alcolismo viene trattato come

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

fenomeno di competenza delle strutture sanitarie e sociali e che l'alcolista gode degli stessi diritti di assistenza sanitaria di chi soffre di altri disturbi, è possibile studiare meglio l'approccio medico e individuarne le carenze. Questo non era possibile quando il problema più importante era garantire all'alcolista tali diritti. Sono sempre più frequenti le osservazioni che mettono in discussione i modelli medici e psichiatrici di approccio all'alcolismo e sembra ormai accettata la conclusione che l'alcolismo non è una malattia mentale. Negli ultimi anni abbiamo elaborato l'approccio cosiddetto ecologico, o verde, all'alcolismo, che presenterò in questo volume.

Concludendo questa breve rassegna storica sullo sviluppo dell'alcologia, mi preme notare che mentre la terminologia medica viene di solito usata per indicare fatti e problemi chiari e univoci, per l'alcolismo non disponiamo ancora di una definizione che sia accettata universalmente e nemmeno di una spiegazione della tolleranza e della dipendenza, sia fisica che psichica. Anche se sulla diagnosi e sulla cura dell'alcolismo sono stati scritti numerosi libri e trattati, le spiegazioni offerte non sono chiare e le terapie consigliate da una scuola vengono a volte considerate addirittura nocive da un'altra.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo secondo

L'ALCOL E IL SUO METABOLISMO

L'alcol e le bevande alcoliche

Prima di descrivere i disturbi provocati dal consumo di bevande alcoliche è opportuno, per una loro migliore comprensione, descrivere brevemente la sostanza che provoca tutti questi disturbi e che fedelmente li accompagna, cioè l'alcol.

Parlando comunemente di alcol ci si riferisce all'alcol etilico o etanolo. Oltre all'etanolo esistono altri tipi di alcol, parecchi dei quali molto tossici, che non sono però presenti nelle bevande alcoliche e che non creano problemi di dipendenza. L'alcol etilico è un liquido incolore che evapora con facilità e la cui formula chimica è C_2H_5OH. Nell'industria viene usato spesso come solvente. In medicina, nella concentrazione del 70%, è stato a lungo usato come disinfettante per uso esterno. Oggi è in larga parte sostituito da altre sostanze. Qualche volta viene usato nell'industria allo stato denaturato; in questo caso si aggiungono all'etanolo additivi diversi che ne cambiano l'aroma, il gusto e il colore, e in tal modo lo rendono inadatto all'assunzione. In alcuni Paesi viene aggiunto ai combustibili fossili per diminuirne il consumo. Nonostante esista ancora oggi chi è convinto del suo effetto farmacologico, l'alcol non viene più usato come farmaco, anche se lo troviamo ancora presente in alcuni sciroppi e tinture e se continua a essere consigliato come corroborante. Nonostante vi sia chi lo consiglia come alimento, come farmaco, o come sostanza che favorisce i rapporti sociali, l'alcol non dovrebbe essere usato per questi scopi; non esistono infatti motivi scientifici che ne giustifichino questi impieghi.

L'alcol è una sostanza tossica e quindi le bevande alcoliche non possono essere considerate nutrienti o curative e il loro effetto sui rapporti sociali può anche rivelarsi deleterio. Per questo motivo ogni uso di alcol viene a essere contemporaneamente anche abuso. Ma, poiché il consumo delle bevande alcoliche è socialmente accettato, è assai difficile parlare di abuso per indicarne il cosiddetto consumo sociale. Per questi motivi continueremo a riferirci all'uso,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

avendo però ben presente che bere comporta sempre un rischio.

Gli studi sulla fisiologia e sulla fisiopatologia dell'alcol iniziano nel XX secolo, quando vengono scoperte le metodiche per misurare la quantità di alcol presente nel sangue (alcolemia) e negli altri liquidi e tessuti corporei. Prima dell'avvento di queste metodologie la presenza dell'alcol poteva essere accertata senza che, però, se ne potesse determinare la concentrazione. I primi a misurare l'alcolemia sono stati Grehant M.N., (1896) e Nicloux M., (1896) in Francia ed i ricercatori dell'Istituto Carnegie di Boston. Molto più tardi Widmark S.M., (1932) espose un nuovo metodo che ebbe larga diffusione (Widmark S.M., 1933). Le ricerche più recenti hanno permesso di mettere a punto nuovi metodi, come per esempio la gascromatografia specifica per l'alcol etilico, che hanno facilitato gli studi sul metabolismo dell'alcol nell'organismo. L'alcol ha un effetto depressivo sul sistema nervoso centrale e la sua azione è simile a quella degli anestetici; peraltro non viene usato in anestesiologia poiché il margine fra la dose anestetica e la dose letale è troppo esiguo.

L'alcol etilico è il principale componente delle bevande alcoliche. In esse, oltre all'acqua, si possono trovare svariate altre sostanze che sono prodotti secondari della produzione di bevande alcoliche (*Congeners*, nella letteratura anglo-americana), o che vengono aggiunte allo scopo di correggerne il gusto, l'odore e il colore. Spesso a queste sostanze vengono imputati i disturbi che si manifestano dopo il bere e negli alcolisti (Nagy L. e coll., 1978). La bevanda alcolica è da ritenersi particolarmente pericolosa se vi si trovano quantità anche minime di alcol metilico.

La bevanda alcolica si ottiene con la fermentazione degli amidi e del glucosio. Il glucosio e gli amidi sono contenuti nella frutta, nei cereali, nel miele e nel latte, ma per la produzione dell'alcol si possono usare anche i succhi delle piante, per esempio dell'agave. Le tribù germaniche e slave dell'antichità producevano le bevande alcoliche fermentando il miele mescolato con l'acqua. In Estremo Oriente si usa il riso e nelle regioni tropicali i succhi di palma, di agave e di alcuni cactus. In tal modo si producono le cosiddette bevande alcoliche naturali, caratterizzate da una concentrazione di alcol etilico che non supera i 14-15 Vol.%. Le bevande alcoliche a più alta concentrazione si possono produrre tramite la distillazione del prodotto ottenuto con la fermentazione. L'alcol per uso industriale può essere anche prodotto sinteticamente.

I superalcolici si ottengono mediante la distillazione delle bevande alcoliche naturali, oppure da alcol anidro, con varie aggiunte; la vodka, per esempio, ad una determinata concentrazione, è quasi alcol puro diluito nell'acqua. In modo analogo si producono anche i liquori.

Fra le bevande alcoliche le più conosciute sono:

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

— la birra, con una concentrazione di alcol di 4-5 Vol. %
— il vino di uva, in alcuni Paesi ricavato anche da altra frutta, con una concentrazione di alcol di 5-15 Vol.%
— i liquori, con una concentrazione di alcol di 20-40 Vol.%
— i superalcolici, con una concentrazione di alcol di 30-50 Vol.%

Abbiamo già detto che l'alcol, nonostante questo impiego non sia assolutamente giustificato, si continua a trovare in alcuni farmaci, come per esempio tinture, tonici o sciroppi, etc. Qualche volta l'alcol viene aggiunto alle vivande. La quantità di alcol che rimane dopo la cottura è minima, mentre rimane invariata quando l'alcol viene aggiunto dopo che la vivanda è stata preparata (gelato, macedonia, ecc.). L'effetto delle bevande alcoliche dipende dalla concentrazione di alcol che le caratterizza. C'è una notevole differenza fra le bevande alcoliche a bassa e ad alta concentrazione di alcol. I superalcolici si ottengono solo per distillazione. Infatti durante il processo di fermentazione, quando si raggiunge una determinata concentrazione di alcol, il processo si blocca automaticamente. Per questa ragione, con la fermentazione si possono ottenere solo bevande con una concentrazione massima di alcol di circa 15 Vol.% Come abbiamo già detto, i superalcolici si possono produrre anche con la semplice aggiunta di alcol alle bevande alcoliche (il cosiddetto arricchimento del vino).

Molto spesso in letteratura si parla del cosiddetto alcol normale o endogeno. Si formerebbe, secondo alcuni autori, nel corso dei normali processi metabolici, per esempio a causa della fermentazione del contenuto dell'intestino crasso. Numerose ricerche hanno dimostrato che il cosiddetto alcol endogeno non esiste o che le quantità prodotte sono così esigue da non poter essere riscontrate con i correnti esami di laboratorio (Harger R.N. e Goss A.L., 1935). È da supporre che le ricerche che riportano valori di alcol endogeno maggiori si riferiscono probabilmente a reazioni non specifiche per l'alcol etilico o, a un artefatto post mortem, quando la ricerca dell'alcol avviene nel cadavere.

Assorbimento, metabolizzazione ed eliminazione dell'alcol

A causa del suo basso peso molecolare l'alcol attraversa facilmente le mucose, viene velocemente assorbito e passa nel sangue. Con molta facilità entra nelle cellule sciogliendo i lipidi delle membrane, ne altera la struttura delle proteine funzionali e provoca lesioni anatomiche e disturbi funzionali. L'alcol può essere assorbito anche tramite i polmoni, se i suoi vapori si trovano nell'aria che viene aspirata. Questo assorbimento ha peraltro un significato assai

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

marginale. Per gli alcolisti che assumono il disulfiram (Antabuse®), è pericoloso trattenersi negli ambienti dove ci sono vapori di alcol, poiché può verificarsi la reazione antabuse-alcol. Qualche volta questa reazione può essere leggera e atipica, e non essere riconosciuta. Se continua a ripetersi nel tempo si possono manifestare dei danni anche gravi, come, per esempio, lesioni cerebrali irreversibili. Bisogna dedicare particolare attenzione a questo fenomeno quando si deve determinare l'idoneità dell'alcolista ad alcuni lavori particolari. Ricordiamo il caso di un alcolista in trattamento che si occupava della pulizia delle botti adibite al deposito di bevande alcoliche. Soffriva di cefalee, di alterazioni dell'umore e di disturbi del sonno. Dopo un certo periodo abbiamo individuato la provenienza di questi disturbi, che di fatto erano blande reazioni antabuse-alcol. Dopo il trasferimento ad altra mansione, pur non interrompendo l'assunzione di Antabuse®, i disturbi sono cessati.

Piccole quantità di alcol possono essere assorbite anche attraverso la mucosa del cavo orale o tramite ferite della cute. La quantità di alcol assorbita in questo modo non ha significato particolare a condizione che non si tratti di persone in trattamento con Antabuse®. Dopo aver bevuto, una piccola quantità di alcol viene trattenuta per breve tempo sulla mucosa del cavo orale o nella saliva. Quando per determinare la concentrazione alcolica si esamina l'aria espirata, a causa di questa piccola quantità, ci si può trovare di fronte a una reazione positiva, anche se la concentrazione di alcol nel sangue è bassa o addirittura nulla. Chi si sottopone all'esame del palloncino, subito dopo aver consumato una bevanda alcolica, deve risciacquarsi la bocca affinché l'alcol, presente nella saliva e sulla mucosa del cavo orale, non influisca sul risultato dell'esame. Una situazione analoga si verifica se l'esame viene fatto immediatamente dopo l'uso di un disinfettante orale a base di alcol o se la persona è stata da poco dal dentista e questi nel suo trattamento ha usato alcol.

L'assorbimento vero e proprio inizia nello stomaco ed è particolarmente veloce nell'intestino tenue. L'alcol viene assorbito anche dall'intestino crasso, se vi è stato introdotto per errore con un clisma e dalla vescica, se vi è entrato per sbaglio durante un lavaggio vescicale; in quest'ultimo caso si tratta comunque di un assorbimento minimo. L'assorbimento dell'alcol è molto veloce, per cui la concentrazione nel sangue può raggiungere il livello massimo già dopo 10-20 minuti dall'assunzione della bevanda alcolica, anche se normalmente, come riferiscono molti autori, la concentrazione massima si ottiene dopo 30-60 minuti. In alcuni casi l'assorbimento può durare più a lungo; per questo motivo il limite massimo è fissato a 80 minuti. L'assorbimento è rallentato se la bevanda alcolica viene consumata durante o immediatamente dopo il pasto, se il consumo avviene in piccole dosi, se si bevono bevande alcoliche a bassa

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

concentrazione di alcol o se si beve lentamente.

L'alcol assorbito attraverso la mucosa dello stomaco e dell'intestino viene trasportato dalla vena porta al fegato, dove inizia la sua metabolizzazione. Nel fegato viene metabolizzato circa il 90% dell'alcol totale, compatibilmente con la sua funzionalità; il rimanente 10% viene eliminato inalterato con l'aria espirata e con le urine. L'alcol prima della sua eliminazione entra in circolo e va a interessare tutti gli altri organi. La metabolizzazione nel fegato avviene sia quando l'organo è integro, sia quando è alterato da una epatopatia alcolica. Solamente l'ipertensione portale può, in parte, rallentarne il metabolismo (Kulpe W. e Mallach H.J., 1960, 1961; Liebermann F.L., 1963; Pioch W., 1966). Quantità insignificanti di alcol possono essere eliminate anche con il sudore e con il latte materno. La concentrazione di alcol nel sangue diminuisce parallelamente alla sua metabolizzazione ed eliminazione, secondo la cosiddetta curva di Widmark. La metabolizzazione dell'alcol è stata studiata a fondo e fino ad oggi sono state evidenziate almeno quattro vie enzimatiche diverse. Gli enzimi più importanti sono l'alcol-deidrogenasi e l'aldeidedeidrogenasi.

Ad esempio, una bevanda alcolica che contiene 50 ml. di alcol, per essere eliminata dal sangue, ha bisogno in media di 24 ore. Già dopo 6 ore la quantità di alcol che resta nel sangue è comunque minima. La concentrazione di alcol nel liquor è più alta e anche la concentrazione di alcol in alcuni tessuti è diversa in relazione al contenuto in grassi e ad altre variabili.

A seconda che l'assunzione della bevanda alcolica avvenga a digiuno oppure dopo il pasto si avrà una diversa curva di assorbimento. Se l'alcol viene ingerito durante o dopo il pasto la maggior concentrazione di alcol nel sangue viene raggiunta più tardi e sarà più bassa, contrariamente a quanto accade se si ingerisce la stessa quantità di alcol a digiuno. Se l'alcol è bevuto a piccoli sorsi e lentamente, la concentrazione di alcol nel sangue sarà più bassa che nel caso in cui si assuma la stessa quantità in una volta sola. La curva di assorbimento si modifica inoltre se l'uso delle bevande alcoliche è continuo (Lindenbaum J., 1975).

Come abbiamo detto, circa il 10% di alcol viene eliminato dall'organismo con l'aria espirata e con le urine. L'alcol presente nell'aria espirata e nelle urine è in stretto rapporto con la concentrazione nel sangue, per cui, in base alla concentrazione di alcol nell'aria espirata e nelle urine, si può determinare anche la concentrazione di alcol nel sangue.

urine : sangue = 1,20 : 1
saliva : sangue = 1,12 : 1
alcol nell'aria espirata (aria alveolare) : sangue = 2100 : 1

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Questo significa che per esempio 2.100 millilitri di aria alveolare contengono la stessa quantità di alcol di un millilitro di sangue.

La letteratura offre anche altri dati sul rapporto tra la concentrazione di alcol nel sangue e nell'aria alveolare. Cosi, secondo Bogen E. (1927) il rapporto è 1:1700, secondo Jetter W.W. e coll. (1941) 1:2000, secondo Harger R.N. e coll. (1950) 1:2200, secondo Seifert P. e Guenther H. (1951) 1:2738.

Per determinare la concentrazione di alcol nell'aria espirata si ricorre al cosiddetto metodo del "palloncino" (alcoltest), che viene utilizzato per facilitare un rapido controllo dell'eventuale stato di ebbrezza dei conducenti di autoveicoli. Questo metodo viene inoltre usato, in alcuni Paesi, nelle aziende e in tutte quelle situazioni in cui bisogna determinare rapidamente la presenza di alcol e lo stato di eventuale ubriachezza dei dipendenti. Se l'alcoltest registra presenza di alcol nell'aria espirata, la concentrazione esatta può poi venire determinata tramite prelievo di sangue. Sono stati recentemente introdotti apparecchi con i quali si può accertare l'esatta concentrazione di alcol con l'esame dell'aria espirata, anche se alcuni autori sollevano dubbi sulla validità di questi esami e sono stati riportati errori di misurazione. Quando si esegue il prelievo di sangue per accertare l'alcolemia, la zona dove viene introdotto l'ago deve essere disinfettata con sostanze che non contengono alcol, per non alterare i risultati.

Nella pratica quotidiana, per l'esatto accertamento della concentrazione di alcol nel sangue, si usano i seguenti metodi:

1. il metodo di Widmark, metodo che non è specifico per l'alcol;
2. il metodo ADH (idrogenasi alcolica), metodo enzimatico;
3. la gascromatografia, altamente specifica per l'alcol etilico.

L'accertamento e la misurazione dell'alcol nel sangue hanno importanti risvolti medico-legali. Per tale motivo alcuni di questi metodi sono stati ampiamente trattati nella letteratura (Elbel H. 1937; Gonzales T.A., 1954, Elbel H., Schleyer F., 1956; Grüner O., 1957, 1980, 1985; Foster J., 1975; Schuetz H., 1983; Zink P. e coll., 1985; Seeman J.A., 1931).

Il limite massimo permesso della concentrazione di alcol nel sangue è, nella maggior parte dei Paesi, fissato per legge, sia per la guida degli automezzi che per l'attività lavorativa. Il limite fra uso e abuso, come abbiamo già detto, non può essere definito precisamente poiché l'alcol è una sostanza tossica e quindi ogni uso è contemporaneamente anche abuso. Le quantità accettabili di consumo nel traffico vengono periodicamente modificate e abbassate in base ai riscontri delle più recenti ricerche scientifiche. Le concentrazioni permesse sono in continuo calo ed esiste un movimento d'opinione internazionale, particolarmente forte negli Stati Uniti, che chiede di arrivare alla "concentrazio-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 1
Concentrazione massima di alcol nel sangue permessa nella circolazione stradale dei vari Paesi

Stato	**‰**
Repubblica Democratica Tedesca	0
Bulgaria	0
Romania	0
Unione Sovietica	0
Cecoslovacchia	0
Turchia	0
Ungheria	0
Polonia	0,25
Finlandia	0,50
Islanda	0,50
Jugoslavia	0,50
	(0 per i conducenti professionisti)
Olanda	0,50
Norvegia	0,50
Svezia	0,50
Italia	0,80
Repubblica Federale Tedesca	0,80
Belgio	0,80
Danimarca	0,80
Francia	0,80
Grecia	0,80
Gran Bretagna	0,80
Irlanda	0,80
Lussemburgo	0,80
Austria	0,80
Svizzera	0,80
Spagna	0,80
Stati Uniti	1,00
Portogallo	Non esiste normativa

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ne zero" (U.S. Department of Health and Human Service, 1989). Nella seguente tabella sono indicati i livelli massimi di alcolemia permessi nei vari Paesi nella circolazione stradale.

Esistono numerosissime ricerche che dimostrano i rischi che si corrono assumendo farmaci assieme all'alcol. La maggior parte degli autori consiglia di evitare il consumo di alcol quando si usano farmaci. Come abbiamo già detto il 90% dell'alcol viene metabolizzato dal fegato. Il fegato metabolizza l'alcol assai lentamente, per cui se il soggetto ne assume una quantità elevata, l'alcol passa direttamente nella circolazione del sangue e provoca i sintomi dell'intossicazione acuta. Nel fegato viene metabolizzata ogni ora una quantità di alcol corrispondente a circa 0,10-0,15‰ di alcolemia. Esistono diversi percorsi metabolici, ma il più probabile è quello ossidativo, con formazione di CO_2 e H_2O.

È sbagliato pensare che il sonno o il caffé accelerino l'eliminazione dell'alcol. Secondo alcuni autori, durante il sonno, per azione del parasimpatico, la metabolizzazione dell'alcol, e quindi la sua eliminazione, verrebbe rallentata. Ricerche più recenti affermano che la metabolizzazione dell'alcol durante il sonno è uguale a quella riscontrata nello stato di veglia (Saar H. e Paulus W., 1942; Apel G., 1960). Se si assume una quantità di alcol che determina una concentrazione nel sangue di 2,0‰ (stato di ubriachezza media), dopo 8 ore di sonno la concentrazione di alcol nel sangue sarà comunque più alta della concentrazione permessa dalle leggi della maggior parte degli Stati per la guida di un autoveicolo. La caffeina contenuta nel caffé favorisce come è noto lo stato di veglia, però non ha alcuna influenza diretta sulla concentrazione di alcol nel sangue e sulla sua eliminazione. Numerose ricerche sono state condotte sull'effetto della caffeina sui valori dell'alcolemia e sulla curva di eliminazione dell'alcol. Lavori recenti dimostrano che la caffeina non interferisce nell'eliminazione dell'alcol e che addirittura può produrre conseguenze dannose per il traffico stradale (Prokop L., 1968), in quanto lo stato di veglia che induce permette la guida dei veicoli anche a quelle persone la cui concentrazione di alcol nel sangue è troppo elevata per una guida sicura e che senza caffeina si sarebbero addormentate e non avrebbero guidato.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo terzo

ALCOLISMO: DEFINIZIONE E TERMINOLOGIA

Come è noto, la più recente definizione di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di benessere psico-fisico-sociale.

Da questo approccio ne deriva che la protezione e la promozione della salute sempre più viene ad includere i concetti di auto e mutuo-aiuto, l'attività e il coinvolgimento di ogni singolo cittadino, nonché l'utilizzo di metodologie alternative spesso basate sul lavoro degli operatori volontari presenti nelle comunità territoriali.

Le principali difficoltà riscontrate dagli operatori e in particolare dai medici, rispetto ai problemi alcolcorrelati, sono rappresentate dalla mancanza di una precisa definizione dell'alcolismo, dalla scarsa chiarezza di alcuni concetti ad esso collegati, come la tolleranza e la dipendenza e dalle difficoltà di inquadramento diagnostico.

Il medico vorrebbe poter porre una diagnosi precisa di alcolismo, secondo i principi della diagnostica classica, e iniziare di conseguenza una cura improntata il più possibile ai trattamenti medici tradizionali. Agli altri operatori, in particolare agli operatori volontari, basta spesso sapere che la persona ha dei disturbi alcolcorrelati per iniziare un trattamento che non è di tipo medico tradizionale. Per tutte queste ragioni sarebbe necessario disporre di una definizione chiara di alcolismo, valida e fruibile sia per gli operatori professionisti che per gli operatori volontari.

Nel dopoguerra sono state proposte numerose definizioni di alcolismo — mediche, psicologiche, sociali — ma nessuna di esse ha reso possibile una chiara distinzione tra l'alcolismo e gli altri disturbi comportamentali o tra il bere cosiddetto moderato o il bere problematico e l'alcolismo. La definizione che a suo tempo è stata proposta dal gruppo di esperti dell'OMS (WHO, 1951) afferma che viene considerato alcolista colui il quale consuma alcolici in misura eccessiva e che, per questo motivo, sviluppa una dipendenza psichica e fisica dall'alcol e manifesta disturbi psichici e/o fisici e/o comportamentali che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

rivelano alterazioni della salute fisica e psichica, difficoltà nelle relazioni interpersonali e problemi nella sfera sociale.

Secondo questa definizione, si considera alcolista anche chi presenta i sintomi iniziali di questi disturbi. Questa definizione di alcolismo è molto simile alla definizione che più tardi verrà proposta, dallo stesso gruppo di esperti, per le tossicodipendenze.

Molto presto ci si rese conto che la definizione proposta dagli esperti dell'OMS, pur avendo un'influenza positiva sullo sviluppo dell'alcologia, presentava numerosi aspetti negativi: definiva alcolisti anche persone che non lo erano o, al contrario, non includeva tutti quelli che effettivamente lo erano. Il medico non poteva usare efficacemente questa definizione, che includeva aspetti non accessibili agli strumenti della diagnostica medica classica. Nella maggior parte dei casi veniva fatta diagnosi di alcolismo quando erano già subentrate complicanze fisiche o psichiche. Era sempre più evidente e urgente la necessità di un aggiornamento degli operatori sanitari e sociali e l'introduzione di approcci alternativi (Ghodse H. e Inayat K., 1989).

Jellinek E.M. (1952), l'autore principale della sopracitata definizione, era consapevole della sua scarsa chiarezza. Anche per questo motivo ha cercato di individuare alcuni quadri clinici tipici e le fasi di sviluppo dell'alcolismo, designandole con le lettere dell'alfabeto greco (alfa, beta, gamma, delta, epsilon) e non escludendo che il loro numero potesse crescere col tempo. Anche l'autore di questo manuale, sull'esempio di Jellinek, ha descritto un tipo particolare di alcolista, l'alcolista "zeta" (Hudolin Vl., 1977).

1. L'alcolista "Alfa" beve per motivi psicologici; non ha perso la capacità di controllo sul proprio bere o la capacità di restare in astinenza.
2. L'alcolista "Beta" si caratterizza per la presenza di numerose lesioni organiche; non manifesta dipendenza fisica né psichica.
3. L'alcolista "Gamma" ha una chiara dipendenza psichica, con livelli particolarmente elevati di tolleranza; ha perso la capacità di controllo sul proprio bere, pur non manifestando problemi di astinenza.
4. L'alcolista "Delta" è simile all'alcolista Gamma, ma non può mantenere l'astinenza; se per qualsiasi motivo smette di bere, manifesta immediatamente sintomi di astinenza e dipendenza fisica.
5. L'alcolista "Epsilon" beve a periodi ciclici (dipsomania).
6. L'alcolista "Zeta" (Hudolin) reagisce in modo abnorme anche a minime quantità di alcol e manifesta un comportamento aggressivo.

Oggi non si parla più di questa suddivisione tipologica e anche il concetto di alcolismo come malattia è seriamente messo in discussione.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Per una migliore comprensione delle tipologie proposte da Jellinek è bene approfondire due tipi di dipendenza molto spesso citati nella letteratura alcologica, cioè la dipendenza psichica e la dipendenza fisica. La prima riguarda la perdita della capacità di controllo sul bere. In questo caso, l'alcolista può astenersi dal bere, ma non appena assume il primo bicchiere, perde la possibilità di controllo sulle ulteriori assunzioni. Una volta tornato sobrio, può astenersi, però al primo bicchiere perde la possibilità di controllo.

La seconda comporta, secondo Jellinek, la perdita della capacità di astenersi. Questi alcolisti non sono in grado di rimanere astinenti nemmeno per una giornata; appena ci provano, o quando le circostanze li costringono (carcere, ospedalizzazione), si manifestano i sintomi dell'astinenza. Un tipo di dipendenza (impossibilità di controllo della quantità) può tramutarsi nell'altro (incapacità di astenersi). Quando si perde la capacità di astenersi, più probabilmente si tratta di dipendenza fisica che di solito si accompagna comunque a dipendenza psichica. Quando si conserva invece la capacità di astenersi, ma non la possibilità di controllo sul bere, si tratterà di dipendenza psichica. In molti casi i due tipi di dipendenza coesistono.

Nell'ultimo decennio, sia la dipendenza fisica che quella psichica sono state sempre più messe in discussione. Del resto né la dipendenza fisica, né quella psichica sono mai state descritte chiaramente. Recentemente sia il fenomeno della dipendenza che quello della tolleranza sono stati ricondotti ad alterazioni del sistema nervoso centrale, in particolare ad alterazioni, forse genetiche, di alcuni neurotrasmettitori. Secondo questa interpretazione saremmo in presenza di un fenomeno neuroadattativo. Anche il gruppo di esperti dell'OMS, ha proposto di sostituire la definizione di "dipendenza fisica" con quella di "stato neuroadattativo" (Edwards G.E. e coll., 1981).

Secondo le concezioni tradizionali, l'alcolista che è psichicamente dipendente dall'alcol beve per motivi psicologici e per poter meglio superare le difficoltà che si presentano nei suoi rapporti relazionali e sociali; l'alcolista che è fisicamente dipendente dall'alcol soffre invece di una "fame metabolica" di alcol ed è per questo che beve: senza alcol non è in grado di eseguire i compiti più elementari. Se l'individuo che è fisicamente dipendente rimane senza alcol, si manifestano i sintomi della crisi di astinenza. All'inizio, l'alcol dà piacere e molti lo bevono per questo motivo (è il bere, psicologicamente condizionato, del modello behavioristico); quando si è sviluppata la dipendenza, l'alcolista beve per evitare la sofferenza. Nemmeno la descrizione di alcune tipologie di alcolisti, come sono state proposte da Jellinek, ha reso più accessibile al medico e, in particolare al medico di base, la diagnostica dell'alcolismo. Il medico di base ha, come noto, un ruolo essenziale nel controllo dei problemi alcolcorrelati.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Il Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze dell'ospedale universitario di Zagabria, aperto nel 1964, in base alle sue ricerche epidemiologiche e al lavoro di prevenzione e di trattamento svolto, ha formulato una modificazione della definizione di alcolismo proposta dal gruppo di esperti dell'OMS (Hudolin Vl., 1977).

Secondo questa definizione, "alcolista è chi, assumendo eccessivamente alcolici per un dato periodo di tempo, diventa dipendente dall'alcol, psichicamente, fisicamente o in ambedue i modi, e presenta per questa ragione disturbi della salute psichica e/o fisica, difficoltà e disagi relazionali e sociali che rientrano negli inquadramenti diagnostici medici e sociali classici. Tali disturbi devono essere verificati e non si può, sulla base di soli dati anamnestici indicativi di consumi eccessivi di alcol, concludere che si tratti di alcolismo" (Hudolin Vl., 1977).

Si può facilmente osservare che anche questa definizione è molto vicina all'approccio medico e che non può essere sfruttata nei programmi territoriali per il controllo dei problemi alcolcorrelati. Ogni individuo diagnosticato alcolista in base ai criteri delle definizioni sopra descritte quasi certamente lo sarà. Il problema è che molte persone, il cui bere problematico è causa di disturbi del comportamento e di tanta sofferenza relazionale, non verranno avviate ai programmi di trattamento prima che si manifestino lesioni irreversibili.

Esistono molte perplessità anche per il termine "alcolismo cronico". La diagnosi di alcolismo cronico presuppone che esista anche un alcolismo acuto. Quando si tenta però di definire che cosa significhi alcolismo acuto, le cose si complicano perché, anche fra gli esperti, le opinioni sono discordanti.

Se supponiamo, e sono in molti a supporlo, che l'alcolismo acuto consiste in una intossicazione acuta da alcol, quello che di solito si chiama stato di ubriachezza, ciò significa che la maggior parte delle persone, una o più volte nella vita, hanno sofferto di alcolismo acuto, e quindi avrebbero potuto essere diagnosticate come alcolisti, alcolisti acuti, ma pur sempre alcolisti. In questa discutibile definizione di alcolismo, verrebbe inclusa la maggior parte della popolazione dei paesi mediterranei. Nella definizione di alcolismo acuto invece potrebbero essere incluse le complicanze acute dell'alcolismo, ma in questo caso bisognerebbe mettersi d'accordo su quali complicanze acute si sottintendono. Così, si potrebbero per esempio descrivere come alcolismo acuto il delirium tremens, la allucinosi alcolica acuta, la encefalopatia acuta di Wernicke, la forma acuta della polineuvopatia alcolica e qualsiasi altro quadro clinico acuto, psichico o fisico, caratteristico dell'alcolismo. Sta di fatto che non esiste accordo su che cosa possa essere considerato alcolismo acuto e nemmeno è chiaro il concetto per cui, come alcolismo acuto, sarebbero ricomprese le complicanze acute

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

dell'alcolismo.

La soluzione più opportuna è quella di definire l'ubriachezza non come alcolismo acuto, ma come intossicazione acuta da alcol, o avvelenamento acuto da alcol, e di parlare non di alcolismo cronico, ma semplicemente di alcolismo. Per di più il concetto di alcolismo cronico ha assunto, con gli anni, una connotazione decisamente dispregiativa. Siamo tuttavia alla ricerca di un termine più adatto poiché anche alcolismo ha una connotazione sostanzialmente negativa e come quadro nosologico definito non esiste. Esistono in realtà tanti alcolismi quanti sono gli individui e le famiglie che ne soffrono (Jacobson R.G., 1976).

Per lungo tempo l'alcolismo, come sappiamo, è stato considerato una debolezza morale o una malattia. Successivamente, oltre che di alcolismo, si è cominciato a parlare del cosiddetto bere problematico o bere eccessivo.

L'OMS dal canto suo ha proposto dapprima il concetto di malattia e più tardi quello di alcoldipendenza (Edwards G.E. e coll.,1977). Abbiamo già visto che il concetto di dipendenza è oggetto di vivaci discussioni e che, per definire l'alcolismo, si sta cercando una nuova terminologia, più adatta di quella in uso. Attualmente l'OMS si è orientata verso la denominazione di "disturbi alcolcorrelati".

Un altro interessante e controverso aspetto dell'alcolismo è il fenomeno della tolleranza, per cui occorre aumentare le dosi per ottenere gli stessi effetti psichici che si avevano precedentemente con minori quantità. Attualmente questo fenomeno viene spiegato come conseguenza di disturbi nella trasmissione degli stimoli nel sistema nervoso centrale. Si tratta di cambiamenti di adattamento del sistema nervoso che vengono definiti da alcuni autori "tolleranza cellulare farmacodinamica". Contemporaneamente alla tolleranza verso l'alcol, in alcune persone, si manifesta un aumento di tolleranza verso alcune altre sostanze (barbiturici o ipnotici non barbiturici).

Ci occuperemo ora di fornire una breve rassegna dei concetti su cui si basano i programmi alcologici attuali. Il controllo dei problemi alcolcorrelati si basa infatti su vari concetti teorici. La descrizione di questi concetti servirà a facilitare sia l'approfondimento scientifico che la prassi operativa quotidiana.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quarto

I MODELLI DEL BERE E IL BERE MODERATO

Il bere e i disturbi che ne derivano possono essere considerati e analizzati in un continuum progressivo caratterizzato da fasi comportamentali diverse: l'astinenza, il cosiddetto bere moderato, il bere problematico o eccessivo, l'alcolismo, l'alcolismo irreversibile. Quest'ultima fase conduce a morte. Naturalmente la morte alcolcorrelata può avvenire anche senza che la persona percorra tutte queste fasi.

Alcune di queste fasi possono di fatto essere modalità comportamentali, o aspetti dello stile di vita che fanno parte della cultura sociale e sanitaria della comunità. I comportamenti relativi al bere non si esauriscono nel bere, ma influiscono sul comportamento complessivo della persona: l'educazione dei figli, la vita familiare, la scelta delle amicizie, ecc. Alcuni autori considerano le fasi di sviluppo del bere come un fatto normale, altri come un fattore di rischio, altri ancora come una malattia. Korczak D. e Pfefferkorn G. (1981) riconoscono l'esistenza dell'abuso di alcol, ma evitano di definirlo con chiarezza, pur considerandolo un comportamento a rischio. Secondo questi autori, in presenza di dipendenza psichica e fisica, si deve parlare di malattia quando, oltre ai disturbi sociali, saranno presenti danni fisici e psichici.

Attualmente la dipendenza psichica e quella fisica sono oggetto di studi e di vivaci discussioni, e non si riesce ancora a tracciare un confine netto fra uso e abuso di alcol. Nei Paesi caratterizzati da un alto consumo di alcolici, tutti i modelli comportamentali descritti — l'astinenza, il cosiddetto bere moderato, il bere problematico e l'alcolismo — sono presenti e accettati o almeno tollerati.

Ogni tipo di consumo di alcol potrebbe essere definito "a rischio", e si potrebbe parlare di malattia nel momento in cui si manifestano patologie organiche e psichiche facili da diagnosticare come la cirrosi epatica, la pancreatite cronica, la polinevrite, ecc. L'alcolista, di fatto, continua ad essere identificato con il barbone, la persona con comportamento antisociale, il marginale (Forrest G., 1975). Per questo, normalmente, se si accetta il concetto

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

del bere moderato non si tenta nemmeno di porre tempestivamente diagnosi di alcolismo, soprattutto in assenza di gravi patologie organiche o psichiche e di seri disagi sociali. Tutte le definizioni che tipicamente cercano di definire il bere — moderato, sociale, controllato, accettabile, appropriato, ecc. — servono di fatto alla sua difesa. Il consiglio di bere moderatamente non ha alcun significato poiché il cosiddetto "bere moderato" non è scientificamente definito e non può essere descritto né in base alla frequenza, né in base alla quantità. Va da sé che ognuno considera il proprio bere come moderato.

Anche il concetto di malattia serve alla difesa del bere moderato; secondo questo concetto, solamente il bere degli alcolisti, ovvero della popolazione marginale, viene considerato pericoloso, autentica malattia. Nel gruppo dei bevitori moderati, secondo questo concetto, l'alcolismo non si manifesta. Questo modo di pensare condiziona l'approccio diagnostico: si tende infatti a diagnosticare come alcolista soprattutto chi appartiene ai ceti sociali più bassi, perché come già detto, l'alcolismo si identifica con l'emarginazione e questa si manifesta molto prima in questi gruppi.

I programmi per il controllo dei problemi alcolcorrelati fanno spesso propri i concetti di bere moderato e di alcolismo come malattia, nonostante le perplessità che suscitano a vari livelli. Il concetto di alcolismo come malattia viene spesso associato a Jellinek E.M. (1960), anche se già in precedenza il problema veniva posto in questi termini. Per molto tempo la medicina ufficiale aveva sostenuto che la persona che presenta problemi alcolcorrelati provoca disagi all'interno della propria famiglia e nella società. Dopo la seconda guerra mondiale, quando era stato ormai accettato il modello medico, si sosteneva ancora che l'alcolista avesse bisogno di aiuto e che per aiutarlo bisognasse coinvolgere la sua famiglia e la società. Solamente dopo gli anni Cinquanta prese corpo l'idea che questo disturbo, comunque lo volessimo chiamare, era di fatto una conseguenza di quel bere socialmente accettato, parte integrante dei rapporti ecologici della comunità. Per il controllo dei problemi alcolcorrelati, bisognava allora cercare di produrre un cambiamento nella cultura sanitaria e nella cultura di vita della comunità. Recentemente questo approccio è stato definito ecologico o verde (Hudolin Vl., 1987), ed è stato incorporato nel sopracitato approccio psico-medico-sociale complesso (Lang B., 1984). Oggi è generalmente accettata l'opinione per cui il bere alcolici rappresenta un problema familiare (Mayer M.D., 1982).

Negli ultimi anni sono stati messi a punto numerosi modelli di approccio al controllo dei problemi alcolcorrelati e di organizzazione dei relativi programmi (Tarter E.R. e Schneider U.D., 1976). Lettieri D.J., Sayers M. e Pearson H.W. (1980) hanno presentato quarantatré modelli. Chaudron C.D. e Wilkinson D.A.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

(1988) hanno descritto undici approcci già operanti e suscettibili di verifica. Don Calahan (1988) descrive nel suo libro le caratteristiche delle teorie e degli approcci più conosciuti.

Anche il modello del bere moderato può essere inteso come teoria che cerca di comprendere i problemi alcolcorrelati. Questo modello è presente da quando l'uomo è venuto a contatto con le bevande alcoliche. Secondo questa ottica, il bere moderato, adeguato, accettato, normale, controllato è un tipo di comportamento socialmente accettato, qualche volta favorito, e quindi non ritenuto pericoloso. Il modello di approccio ai problemi alcolcorrelati che sostiene il bere moderato è però poco sicuro, perché non esiste una definizione scientificamente accettata del bere moderato.

Il bere moderato non si può determinare né misurando la quantità totale di alcol assunto e nemmeno calcolando la frequenza del bere. Basti pensare alle frequenti modificazioni delle quantità di alcol considerate normali, o quantomeno non pericolose, dai diversi organismi internazionali e dalle legislazioni dei singoli Paesi, in relazione all'evoluzione tecnologica e culturale della società. Queste variazioni hanno un chiaro riscontro nelle leggi con le quali, nella maggioranza dei Paesi, viene determinata la concentrazione di alcol nel sangue ammessa nella guida di autoveicoli. Negli Stati Uniti d'America, ad esempio, fino al 1960 la legge ammetteva un tasso alcolemico di 1,5%, poi portato all'1%, limite che è più alto di quello in vigore in molte altre nazioni. Oggi in diversi Paesi si sta affermando il convincimento che i guidatori devono avere un tasso di alcol corrispondente allo 0%. Questi ritocchi continui dimostrano chiaramente la mancanza di criteri scientifici precisi al riguardo.

Vi sono stati diversi tentativi di definire il bere moderato: in termini di quantità giornaliera di alcol che può essere metabolizzata dal fegato, o anche in rapporto al peso o al tipo di lavoro, al sesso, all'età del bevitore. Va detto però che il fegato metabolizza l'alcol assai lentamente: l'alcol può così arrivare ad ogni organo prima di essere metabolizzato e agire direttamente sui tessuti e sulle cellule. La sua azione sulle membrane cellulari fa sì che inizialmente ci sia un aumento della tolleranza, che successivamente si giunga al fenomeno — qualunque sia il significato che vogliamo attribuirvi — della dipendenza psichica e fisica o dell'alcolismo.

Da molto tempo si sostiene che quantità anche minime di alcol possono provocare danni; non è assolutamente possibile infatti determinare la quantità di alcol sicuramente non pericolosa (Diethelm O.,1955).

In sostanza, il concetto di bere moderato difende il consumo delle bevande alcoliche. Il bere moderato rimanda ovviamente a valutazioni soggettive ed è normale che la maggior parte dei consumatori consideri il proprio bere come

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

moderato. Il bere moderato e l'astinenza dal bere andrebbero quantomeno messi sullo stesso piano e ugualmente sostenuti. Il fatto è che la maggior parte delle comunità è più favorevole al bere moderato che all'astinenza.

La cultura comunitaria attuale non accetta l'astinenza, e ciò non sorprende dal momento che gli astinenti costituiscono la minoranza della popolazione. Del resto il bere fa parte della cultura della comunità e pertanto ogni suo cambiamento presuppone una modifica culturale della comunità stessa, il che non è facile.

Nonostante tutti i tentativi fatti fino ad oggi, la validità del concetto di bere moderato non è mai stata scientificamente dimostrata. Questa ipotesi presuppone che esista per l'alcolismo qualche causa specifica, genetica o costituzionale. Fino ad oggi anche questo non è stato scientificamente dimostrato.

Inoltre, anche il cosiddetto bere moderato può provocare numerosi disturbi, fra i quali:

1. stato di intossicazione acuta, con tutte le complicazioni che lo accompagnano
2. stato di ebrezza patologica
3. coma alcolico con possibile esito mortale
4. patologie acute (per es. pancreatite acuta)
5. attacchi di tipo epilettico
6. disturbi cardiovascolari cronici
7. fetopatie alcoliche
8. incidenti automobilistici
9. infortuni sul lavoro
10. inabilità lavorativa temporanea causata dall'ubriachezza
11. numerosi altri disturbi sociali e familiari.

A questo proposito ci preme sottolineare l'importanza del ruolo del medico che, pur non trovandosi di fronte ad una malattia in senso stretto, deve mostrare attenzione e sensibilità. Ricordiamo alcuni compiti a cui il medico è chiamato:

1. Il medico non dovrebbe mai consigliare alcolici poiché non ne esistono motivi o giustificazioni scientifiche o mediche. Se il soggetto non assume alcolici non vi potranno essere problemi alcolcorrelati.
   Il consumo di alcolici nella società contemporanea non trova motivazioni né alimentari, né mediche, né psicologiche. Oggi è chiaramente dimostrato che l'alcol ha un effetto negativo sulla circolazione del sangue. Fino a pochi anni fa, e da parte di qualche medico ancora oggi, l'alcol veniva consigliato perché si riteneva che migliorasse l'irrorazione miocardica; le più recenti ricerche

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

hanno dimostrato che l'alcol diminuisce il dolore nell'angina pectoris e produce vasodilatazione solo nella parte sana del muscolo cardiaco, mentre invece nella parte lesa l'afflusso di sangue, a causa dell'alcol, è rallentato; per questo motivo, nei casi di disturbi cardiovascolari, il bere alcolici costituisce in realtà una precisa controindicazione.

2. Il medico non dovrebbe, non solo a parole, ma anche con il comportamento, suggerire e raccomandare il bere. Questo ci fa riflettere su quale dovrebbe essere il comportamento rispetto al bere, sia del medico che di tutti gli altri operatori socio-sanitari. È difficile suggerire agli altri un determinato tipo di comportamento, se non lo applichiamo noi stessi in prima persona.
3. In molti casi il medico deve espressamente proibire il bere: ipertensione, traumi cranici, epilessia, epatopatie, persone con disturbi psichici, donne in gravidanza, alcolisti in trattamento, persone che occupano posti di lavoro dove si richiedono livelli di attenzione e di vigilanza particolari, bambini e adolescenti, anziani, pazienti in trattamento con farmaci nei confronti dei quali l'alcol è controindicato, ecc. Oggi si consiglia di suggerire l'astinenza dall'alcol ogni qual volta si assume un farmaco.
4. Il medico dovrebbe accertare se vi sono già segni di dipendenza psichica; in tal caso dovrà naturalmente avviare la persona al trattamento.
5. Il medico dovrebbe realizzare e organizzare, assieme agli altri operatori dei servizi sanitari di base, programmi di prevenzione primaria per i problemi alcolcorrelati. Ciò significa porsi come obbiettivo la riduzione del consumo delle bevande alcoliche e sostenere tutte le iniziative volte a questo scopo.
7. Nel caso di uno stato di intossicazione alcolica acuta particolarmente grave il medico deve garantire tutte le cure del caso, ivi compresa, se necessaria, l'ospedalizzazione.
8. Quando si manifesta l'alcolismo il medico deve farsi carico di avviare l'alcolista assieme a tutta la sua famiglia ai trattamenti territoriali complessi, quali i Club degli alcolisti in trattamento.
9. Il medico deve ricoverare, quando esistono le indicazioni, l'alcolista, avendo cura di programmare, alla dimissione, l'invio ai programmi territoriali.

In conclusione, in base al modello del bere moderato non è possibile chiarire l'eziologia dei problemi alcolcorrelati né organizzare una efficace prevenzione primaria, giacché più è alto il consumo di alcol più sono elevate l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati (Lederman S., 1956, 1964; De Lint J., 1971, 1981; De Lint J. e Schmidt W., 1968). Infine, non è possibile programmare un corretto trattamento e una riabilitazione adeguata: è proprio perché la persona considera il proprio bere "moderato" che spesso il trattamento viene intrapreso troppo tardi.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quinto

TEORIE E APPROCCI AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Considerazioni generali

Tutti ormai sono d'accordo che per realizzare un efficace programma di controllo dei problemi alcolcorrelati occorre disporre di basi teoriche e metodologiche chiare e coerenti. Devono essere previsti al tempo stesso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria nella comunità che siano ovviamente coerenti con la prassi quotidiana di lavoro. I programmi devono essere realizzabili dal punto di vista economico, del numero degli operatori necessari per il loro svolgimento e ben inseriti nei piani generali di politica socio-sanitaria. Ciò significa che il controllo dei problemi alcolcorrelati implica il cambiamento della cultura della comunità e ne migliora la qualità della vita.

L'approccio ai problemi alcolcorrelati e la metodologia operativa dipendono in gran parte dalla base teorica di partenza. Naturalmente un ruolo molto importante gioca il tipo di consenso che il bere ha in una determinata comunità. Fra gli approcci teorici, alcuni dipendono dal contesto sociale di riferimento, altri dai dati delle ricerche scientifiche, altri ancora, più frequentemente, dall'atteggiamento complessivo nei confronti dell'alcol di chi questi approcci elabora.

L'approccio territoriale, e cioè la prevenzione primaria, secondaria e terziaria e l'organizzazione dei programmi, deve includere tutti i problemi alcolcorrelati, sia che l'alcolismo venga considerato una malattia o meno. Si tende sempre più a considerare l'alcolismo come disturbo psico-fisico-sociale multifattoriale; è ovvio che, indipendentemente da tutte le possibili cause, senza l'alcol non esisterebbero i problemi alcolcorrelati.

Nel corso degli anni sono stati elaborati e proposti vari modelli interpretativi dei problemi alcolcorrelati, volti alla loro prevenzione, cura e riabilitazione. Una breve rassegna di questi modelli dimostrerà fino a che punto gli obiettivi sono stati raggiunti.

Don Calahan (1988) divide tutti gli approcci ai problemi alcolcorrelati in tre gruppi: biologici, psicologici e sociali. Tarter E.R. e Sugerman A.A. hanno

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

dedicato un intero capitolo del libro curato da Tarter E.R. e Schneider U.D. (1976) ai modelli teorici e pratici più noti; la loro preferenza va ad un approccio di tipo medico.

Talvolta l'approccio ai problemi alcolcorrelati viene confuso con le ricerche eziologiche sull'alcolismo. Esistono approcci che non accennano assolutamente all'eziologia o che non tentano di dare una spiegazione di tipo eziologico. Schuckit M.A. e Haglund M.J.R. (1982), invece, si occupano contemporaneamente di entrambe le cose.

Ogni teoria tenta, o dovrebbe tentare, di spiegare l'eziologia di un disturbo, chiarirne l'inquadramento diagnostico, descriverne il quadro clinico e sociale. Oltre a ciò, dovrebbe poter proporre interventi integrati di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Alcuni approcci soddisfano queste richieste solo parzialmente, altri sono costrutti puramente teorici che non sono mai stati sottoposti a verifica. Ad alcuni di questi approcci teorici Chaudron C.D. e Wilkinson D.A. (1988) hanno dedicato un libro.

Poiché l'approccio ai problemi alcolcorrelati è stato per un lungo periodo dettato da concezioni di tipo moralistico e poiché un ruolo importante è occupato dal concetto del bere moderato, è opportuno accennare brevemente anche a questi aspetti.

Approccio spirituale

L'approccio spirituale non è scientificamente molto definito; peraltro viene sempre più frequentemente descritto in letteratura. Esso non ha necessariamente e sempre una matrice religiosa, anche se tale nella maggior parte dei casi. Molti lavori cercano di dimostrare, facendo riferimento alle Sacre Scritture, l'accettabilità o meno del bere (Dunn, R.B. 1988; Dossetti, G. jr. 1988).

Di solito l'approccio spirituale ai problemi alcolcorrelati dedica maggiore spazio alla riabilitazione degli alcolisti che non all'analisi dell'eziologia dei problemi alcolcorrelati. Sulla base dell'approccio spirituale non è possibile diagnosticare i problemi alcolcorrelati, comprendere la loro eziologia, organizzare i programmi territoriali, ivi compresi gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Approccio moralistico

L'approccio moralistico è tipico di quel periodo prescientifico in cui i comportamenti venivano giudicati secondo criteri religiosi e filosofici (Tarter E.R. e Schneider U.D., 1976). Questo approccio si è spesso accompagnato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

all'ideologia del bere moderato.

Da sempre si è cercato di risolvere i problemi alcolcorrelati facendo leva su un approccio di tipo moralistico. Fin dal loro sorgere, tutte le società elaborano un codice di valori etici, per il quale determinati comportamenti sono ammessi ed altri invece, tramite vari divieti e tabù, sono proibiti. Se il codice viene infranto, la società prevede determinate sanzioni. Il codice di alcune comunità accetta esclusivamente l'astinenza totale; in altre richiede ai suoi membri un bere moderato e controllato: è permesso cioè bere solo in alcune occasioni speciali, a significato rituale. Sia nelle società che esigono l'astinenza totale che in quelle che accettano il bere moderato vi sono sempre singoli, famiglie o gruppi che non rispettano il codice e diventano dipendenti dall'alcol, andando incontro ad un destino, sia familiare che sociale, di grande sofferenza.

Secondo l'approccio moralistico, il bere oltre il limite fissato dal codice comunitario è un evidente segno di difetto morale e il bevitore sarà sempre più rifiutato ed alienato dalla società, considerato un deviante e un marginale. Nei suoi confronti verranno prese inoltre svariate misure repressive. Spesso questo atteggiamento è caratteristico delle associazioni di astinenti, che si organizzano e lottano contro la produzione, il commercio ed il consumo degli alcolici. Nonostante questo tipo di lotta, che data da oltre 200 anni, non abbia dato risultati, vi è ancora chi continua ad insistervi.

In alcuni Paesi sono proibiti la produzione, il commercio e il consumo di alcolici; in alcuni casi si tratta di divieti basati su dettati religiosi, in altri casi su progetti di prevenzione. Negli Stati Uniti, venne introdotto il proibizionismo totale come misura preventiva; fu poi ritirato perché non diede i risultati auspicati. Misure parziali di proibizionismo esistono tuttora in molti Paesi, ma in tutti i casi i risultati sono stati molto modesti.

Nell'approccio moralistico per il controllo dei problemi alcolcorrelati interferiscono spesso anche idee politiche e religiose. Questo approccio, la cui influenza è presente ancora oggi in quasi tutti i Paesi, non dà una valida interpretazione della eziologia dei disturbi alcolcorrelati. Talvolta, tramite misure repressive e di indottrinamento, l'approccio moralistico può avere una certa efficacia in termini di prevenzione primaria; non offre però corrispondenti programmi di prevenzione, cura e riabilitazione nella famiglia, nella comunità locale e nella società.

Approccio medico

L'approccio medico all'alcolismo, che ha origini molto lontane, si è affermato compiutamente all'inizio del XIX secolo. Consiste nella descrizione

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

delle complicanze organiche e psichiche provocate dal consumo di bevande alcoliche; per esempio, nel 1813 è stato descritto il delirium tremens (Pearson S.D, 1813; Sutton T., 1813) e attorno alla metà del XIX secolo l'alcolismo cronico (Magnus Huss, 1849, 1852). Fino ad oggi sono state descritte molte complicanze causate dal bere e ne sono state individuate le relative cure. Molto meno è stato detto e fatto nei confronti dell'alcolismo, cioè nei confronti del rapporto del singolo verso l'alcol e dell'azione dell'alcol sul comportamento del singolo, della sua famiglia e della società.

Il modello medico ricerca un'eziologia che sia la più vicina possibile alle categorie dell'operatore sanitario formato tradizionalmente e si occupa dei casi in cui vengono accertate patologie organiche e psichiche causate dall'alcol; naturalmente ciò avviene dopo il reale manifestarsi dell'alcolismo e non è l'alcolismo.

Alla diagnostica e alla terapia si arriva secondo la prassi medica classica. Si curano principalmente le complicanze e si ricorre massicciamente al ricovero ospedaliero. Questa ottica considera l'alcolismo come malattia e non dedica alcuna attenzione al disturbo comportamentale che è invece la caratteristica fondamentale dell'alcolista. Anche questo modello, indirettamente, gioca a favore del bere moderato.

Non è del resto insolito che l'approccio medico difenda esplicitamente il bere moderato, in quanto parte del comportamento sociale oggi largamente diffuso. Per questo, nella prevenzione primaria, l'approccio medico è di scarso valore. In realtà, le soluzioni fornite dall'approccio medico sono utili, nell'ambito di un trattamento complesso, per la cura delle complicanze, ma non possono servire come base di un programma territoriale per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei problemi alcolcorrelati.

Tarter E.R. e Schneider U.D. (1976) sono dell'opinione che il modello medico ricomprenda al suo interno svariati approcci teorici: genetico, endocrinologico, neurobiologico e biochimico.

Teoria genetica

Secondo l'approccio genetico la tendenza al bere problematico e all'alcolismo, e perciò ai problemi alcolcorrelati, è congenita ed ereditaria, è cioè presente nel patrimonio genetico dell'uomo, benché poi vi influiscano vari altri fattori esogeni ed endogeni. Già da lungo tempo si parlava di ereditarietà dell'alcolismo, ma la teoria genetica ha significativamente rafforzato la sua posizione dopo che la biologia molecolare ha descritto i geni, portatori delle caratteristiche ereditarie.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Numerose ricerche, specialmente quelle sui gemelli monozigoti e dizigoti, hanno tentato di dimostrare l'origine genetica dell'alcolismo; alcuni di questi studi si sono rivelati così convincenti da essere accettati da molti esperti. In alcuni Paesi è stata addirittura proposta una legge che prevede la sterilizzazione nel caso di difetti genetici, ivi compreso appunto l'alcolismo (Paul J., 1973). Anche attualmente simili opinioni hanno un certo seguito. Così, Pardes H., Haufmann A.C., Pincus A.H. e West A. (1989) scrivendo di genetica in psichiatria identificano quattro malattie principali: la schizofrenia, la psicosi maniaco-depressiva, l'alcolismo e gli stati di panico.

L'approccio genetico si basa su una serie di osservazioni: l'alcolismo ricorre in alcune famiglie, il fenomeno dell'alcolismo è più frequente nei gemelli monozigoti che non nei dizigoti (Kaij L., 1960), anche altri disturbi ereditari sono più frequenti nei genitori degli alcolisti (Winokur G. e Clayton P., 1968), è possibile individuare specifiche differenze fra gli animali che preferiscono bevande con alcol ad altre bevande e gli animali che non le preferiscono (McClearn G.E. e Rogers D., 1959), esistono notevoli differenze di sensibilità verso l'alcol (Wolff P., 1972); i figli adottivi di genitori biologici alcolisti diventano alcolisti più frequentemente rispetto ai figli adottivi i cui genitori biologici non sono alcolisti (Goodwin D.W., Hill S., Powell B., Viamontes J., 1973).

Le ricerche genetiche hanno comunque favorito una migliore comprensione del fenomeno. In alcuni casi, piuttosto rari, si può parlare di ereditarietà per quanto riguarda una costituzione meno resistente agli effetti nocivi dell'alcol, ma l'alcolismo, qualunque sia la definizione che vorremo dargli, anche secondo le più recenti ricerche, non è ereditario. La teoria genetica non ha mai prestato particolare attenzione agli altri agenti, esogeni ed endogeni, prenatali e postnatali, responsabili di "indurre" il caratteristico comportamento dell'alcolista, e che ne costituiscono il fenotipo, anche nel caso vi fosse o meno un riscontro genotipico di minore resistenza verso l'alcol.

Il concetto di alcolismo come malattia ha portato sollievo agli alcolisti, che sono stati considerati e accettati al pari di tutti gli altri ammalati, e sollievo anche ai medici, che hanno potuto leggere la sofferenza umana in termini di malattia, e diagnosticarla e curarla senza doversi confrontare con problemi familiari e sociali.

Se riteniamo come cause dell'alcolismo i fattori congeniti e genetici rendiamo un cattivo servigio agli alcolisti. Secondo quest'ottica, infatti, i numerosi problemi legati al bere di ordine fisico, psichico e sociale, si manifesterebbero solamente in singoli individui geneticamente tarati. In realtà, questi molto spesso non sono "casi" medici, ma "figli" del loro tessuto sociale e culturale; in altri termini, delle loro reti ecologiche, come ci dice anche Peele

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

S. (1984).

I numerosi studi tesi a dimostrare l'eziologia genetica dell'alcolismo sono stati recentemente sottoposti a critiche molto severe ed è stato provato che sono stati condotti secondo principi non validi e che sono quindi giunti a conclusioni errate. Su questo fatto si è ultimamente discusso e scritto parecchio (Cabaniss N., 1979; Murray, R.M. e coll., 1983; Lester D., 1988). Anche altre teorie sull'alcolismo, come per esempio quella neurobiologica, presuppongono entro una certa misura, alterazioni genetiche, per cui i confini di alcuni modelli teorici sono difficili da tracciare con esattezza. Oggi sembra prevalere la classica opinione di Jellinek E.M. (1945), secondo la quale l'alcolismo non è un disturbo genetico, ma è un disturbo che si trasmette socialmente.

Anche Lester D., in un capitolo del libro pubblicato da Chaudron C.D. e Wilkinson D.A. (1988), assume una posizione decisamente critica verso l'entusiasmo con cui sono state accolte le ricerche genetiche e il concetto genetico di alcolismo. L'ottica genetica incontra facili consensi, distoglie l'attenzione dalle numerose conseguenze psicosociali ed è ovviamente sostenuta anche dai produttori di alcolici. Del resto anche se l'alcolismo fosse determinato geneticamente, resta il fatto che gli alcolisti manifestano modi comportamentali diversi che non si possono spiegare, né tantomeno correggere, con il modello genetico. L'alcolismo è accompagnato da disturbi comportamentali ai quali, a prescindere dall'eziologia, è necessario dedicare uguale attenzione, sia nella prevenzione che nella cura e nella riabilitazione.

Va detto che gli studi genetici hanno comunque reso possibile la conoscenza di alcuni fenomeni neurobiologici tipici degli alcolisti. Basandosi esclusivamente sulla teoria genetica tuttavia non è dato di costruire un programma adeguato di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei problemi alcolcorrelati nell'ambito della rete territoriale per la protezione della salute. Nonostante le conoscenze sempre più approfondite sulla genetica umana, possibilità di trattamenti genetici sono ancora molto lontani, non solo nel caso dell'alcolismo, ma anche per problemi decisamente meno complessi (Zabel B., 1989).

Teoria neurobiologica

Quando si parla di problemi alcolcorrelati e quindi di problemi comportamentali è difficile supporre di poter trovare una teoria che possa soddisfare tutti gli aspetti legati alla loro prevenzione, cura e riabilitazione. La teoria neurobiologica si interessa solo ad una piccola parte del fenomeno, cioè alle conseguenze, legate al bere e all'alcolismo, che determinano problemi organici. La maggior parte degli studi neurobiologici si basano su osservazioni fatte su

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

animali; resta da verificare se queste osservazioni possano essere sfruttate per la comprensione del comportamento dell'uomo, della famiglia e della società.

Tarter E.R. e Schneider U.D. (1976) e Tabakoff B. e Hoffmann L.P. (1988) hanno recentemente esaminato per esteso questa teoria. Secondo Tabakoff B. e Hoffmann L.P. (1988), la teoria neurobiologica dell'alcolismo si fonda su tre concetti fondamentali: gli stimoli rinforzanti positivi, la tolleranza e la dipendenza.

Lo stimolo rinforzante positivo o rinforzo positivo (*positively reinforcing stimulus*) è un qualsiasi stimolo "piacevole" per l'organismo che rinforza un determinato comportamento, per esempio il bere, e può così provocare l'"inclinazione" al consumo di una sostanza.

La tolleranza può essere definita come la necessità di assumere dosi sempre maggiori di alcol per ottenere gli stessi effetti. Si parla di tolleranza congenita, o tolleranza iniziale, se questa si manifesta già fin dalle prime assunzioni di alcol o di qualche altra sostanza con un effetto psichico simile. Si parla di tolleranza acuta quando questa si manifesta già con le primissime dosi di alcol, in occasione del consumo dei primi bicchieri di bevanda alcolica.

La dipendenza fisica invece si manifesta al momento della brusca sospensione del consumo di alcol con sintomi che sono quasi l'opposto di quelli dell'intossicazione acuta.

Secondo l'ottica neurobiologica sia la tolleranza che la dipendenza fisica possono essere considerate delle forme di adattamento del sistema nervoso centrale, una sorta di difesa cioè dai disturbi che l'alcol induce a livello neuronale.

L'azione farmacologica psicoattiva dell'etanolo ne stimola l'assunzione spingendo il soggetto all'ulteriore consumo e all'aumento delle dosi. La sensibilità iniziale all'etanolo, che condiziona la tolleranza individuale, si manifesta sulla membrana cellulare. Con il passaggio attraverso le strutture lipidiche della membrana cellulare viene alterata la normale interazione dei lipidi della membrana. Inoltre, fra i sistemi attaccati dall'alcol, e che in tal modo possono turbare la funzione dei neuroni, si trovano anche quelli che fungono da neurotrasmettitori come per esempio la noradrenalina, la dopamina e la serotonina. Secondo alcuni autori, un'azione negativa sui neuroni può essere provocata non solo dall'alcol, ma anche dalle sostanze che si formano nel corso del suo metabolismo. Il sistema nervoso centrale crea una difesa contro questa azione; in altre parole, dà luogo alla tolleranza. La teoria neurobiologica presuppone che il tipo di neurotrasmissione e la predisposizione all'alcolismo possano essere determinati geneticamente o da una lesione neurologica causata da un altro fattore.

Roebuck J. e Kessler R. (1972) osservano che esistono pochissime prove

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

per sostenere che i cambiamenti metabolici, biochimici ed endocrinologici siano la causa dell'alcolismo. Sulla base della teoria genetica, non sono possibili progetti efficaci di prevenzione, né si può arrivare ad una comprensione completa dell'alcolismo e della sua eziologia. Sostenendo inoltre che sull'alcolista non si possono fare pressioni di alcun genere, la teoria neurobiologica influisce negativamente anche sulle misure sociali di prevenzione.

Pertanto la teoria neurobiologica non può essere usata come fondamento efficace per un approccio complesso ai problemi alcolcorrelati. Essa non offre mezzi specifici di trattamento e non prende in considerazione i numerosi aspetti del comportamento umano.

Definendo l'alcolista un individuo malato, la teoria neurobiologica automaticamente lo illude sull'esistenza di una qualche terapia farmacologica per la sua malattia, trascurando così l'elemento più importante del trattamento, ovvero la sua partecipazione attiva (Szasz T.S., 1972).

Teoria neuropsicologica

Secondo alcuni autori, se certi disturbi comportamentali sono presenti già durante l'infanzia, vi è una forte probabilità che nell'età adulta si manifesti un quadro di alcolismo (Alterman A. e Tarter R., 1983; Jones M.C., 1968, 1971; McCord W. e McCord J., 1960).

I disturbi comportamentali di matrice neurobiologica includerebbero anche la predisposizione per l'alcolismo che, secondo questa teoria, è ereditaria. Tale predisposizione deriverebbe da uno squilibrio a livello dei neurotrasmettitori, come è stato messo in evidenza dagli studi sui disturbi neuropsicologici riscontrati nel caso di determinate lesioni di alcune parti del cervello o lesioni di natura genetica.

Altrettanto interessanti sono le ricerche neuropsicologiche che si fondano su alcuni test finalizzati a localizzare le lesioni cerebrali in misura più precisa che non con i classici strumenti neuroradiologici. Tali test sono particolarmente indicati nei casi di leggeri disturbi funzionali a eziologia diversa (Berent S., 1981; Lezak M., 1983; Luria A., 1966; Filskov S. e Goldstein S., 1974). Ma nemmeno questa teoria è da ritenersi valida per l'attivazione di programmi territoriali o come base per un modello di trattamento, anche se in alcuni rari casi è sicuramente utile a rendere ragione degli accadimenti.

Teoria sistemica

Attualmente, uno dei più noti approcci ai problemi alcolcorrelati e al

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

trattamento delle famiglie in cui sono presenti casi di bere problematico o di alcolismo, è quello sistemico. L'approccio sistemico, introdotto negli anni Cinquanta, deriva dalla teoria generale dei sistemi elaborata da Von Bertalanffy L., (1950, 1956, 1968, 1969, 1975, 1983). Molto spesso, sia in letteratura che nella pratica di lavoro, viene erroneamente considerata sinonimo di terapia familiare. Sull'approccio sistemico e sulla terapia familiare abbiamo detto e scritto molto, e il pro-blema è ancora aperto (Hudolin Vl., 1975, 1985, 1986; Gacic B., 1978, 1989).

Prima ancora che si parlasse di approccio sistemico, la famiglia veniva in certi casi coinvolta nel trattamento. Ad esempio, nel periodo tra le due guerre, alla famiglia era dato un ruolo importante di sostegno nel trattamento terapeutico dei bambini con disturbi comportamentali, nell'ambito delle *Child guidance clinics.* All'inizio la teoria sistemica fu applicata nello studio della schizofrenia in specie nell'Istituto per lo studio dei disturbi mentali (Mental Research Institute) di Palo Alto, diretto da G. Bateson. Con Bateson lavoravano Don Jackson, Jay Haley, William Fry, John Weakland, Virginia Satir ed altri. Questi ricercatori hanno dato un grande contributo alla conoscenza del sistema familiare, soprattutto inteso come luogo di manifestazione del disturbo (Haley J., 1980; Jackson D.D. 1954, 1959; Jackson D.D. e Weakland J., 1961; Bateson G., 1977).

L'importanza della teoria sistemica e del trattamento familiare, nella pratica di lavoro, prende piede negli anni Cinquanta, quando si inizia ad includere nel trattamento la famiglia intera o una sua parte, per esempio, una diade (i coniugi, il figlio e la madre, ecc.)

La teoria sistemica, a differenza della terapia familiare, prende in considerazione diversi livelli all'interno del sistema e la sua organizzazione in rapporto all'esterno (Keeney B.P., 1982). L'ottica sistemica può coinvolgere i sottosistemi e i sovrasistemi in interazione con la famiglia. Non è infatti limitata solamente alla famiglia e all'attività terapeutica in senso stretto (Pearlman S., 1988).

L'approccio familiare o, come viene spesso definito, la terapia familiare o psicoterapia della famiglia, è molto complesso e non sempre è possibile considerarlo di derivazione dalla Scuola sistemica. La terapia familiare si collega da un lato alla teoria sistemica e dall'altro alla psicodinamica e ai modelli di psicoterapia applicata alla famiglia. Talvolta la famiglia viene utilizzata come ausilio nel trattamento familiare del paziente designato, in conformità con uno dei modelli psicoterapeutici classici e con la conseguente psichiatrizzazione dell'intervento.

L'approccio sistemico studia le interazioni della famiglia "qui ed ora", è poco interessato alla sua storia passata e non dà particolare rilievo alle

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

esperienze soggettive dei singoli membri. L'operatore che conduce il trattamento familiare ha un ruolo attivo e spesso direttivo; il ruolo della famiglia cambia a seconda che il trattamento sia più o meno vicino al modello sistemico. La caratteristica più importante dell'approccio sistemico familiare è data dal coinvolgimento, sempre e comunque, dell'intero sistema familiare.

L'approccio familiare strategico rivolge la propria attenzione allo studio delle comunicazioni intese come modalità di comportamento. In questo approccio, l'obiettivo è dato dalla risoluzione dei problemi immediati, per arrivare poi ad un successivo graduale miglioramento generale.

L'approccio strutturale è interessato ai modelli complessivi di interazione familiare, intesi "qui e ora", per poterli poi ridefinire.

Questi approcci, nella maggior parte dei casi, non presuppongono quello sistemico, e cercano di inserirsi in una delle scuole psicoterapiche esistenti, di solito di matrice psicodinamica. Il vero approccio sistemico, com'è noto, non si ferma alla famiglia ma si estende alla comunità, all'ambiente di lavoro, alla società. Purtroppo nella pratica di lavoro tradizionale tutto ciò viene spesso trascurato.

Né l'approccio sistemico né, in particolare, la terapia familiare offrono un modello esaustivo di approccio ai problemi alcolcorrelati. Né la famiglia dell'alcolista, né la personalità dell'alcolista posseggono caratteristiche e strutture specifiche, come d'altronde confermano anche le più recenti ricerche; si può solo affermare, come sostiene Lang B. (1986), che il modo di reagire dei singoli e delle famiglie può avere alcune caratteristiche comuni. L'alcolista però non è un malato mentale e non deve essere trattato come tale. Alcuni autori (McCord J., 1972; Schuckitt A.M., 1982) hanno sostenuto teorie eziologiche legate alla personalità dell'alcolista e alla sua costellazione familiare. Dell'approccio familiare agli alcolisti si è occupato particolarmente Steinglass P. (1978). L'approccio sistemico, inoltre, non chiarisce l'eziologia dell'alcolismo.

L'approccio multifamiliare, secondo le esperienze del Centro alcologico di Zagabria, si inserisce nel trattamento complesso dell'alcolismo e nell'approccio sistemico ed è in grado di stimolare al meglio i nodi principali della rete territoriale per la protezione e la promozione della salute (Hudolin Vl., 1990).

Teoria dell'accessibilità della bevanda alcolica

Dopo la seconda guerra mondiale, sono aumentati la diffusione e il consumo delle bevande alcoliche, e l'incidenza dei disturbi alcolcorrelati (Brunn K. e coll. 1975; Mäkelä K., 1975; Mäkelä K. e coll., 1981). Nel dopoguerra si è inoltre definitivamente affermato, come detto, l'approccio medico ai problemi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alcolcorrelati. Ciò ha significato, da un lato aumentare gli interventi di cura, ivi compresa l'istituzione di numerosi servizi ospedalieri e territoriali di alcologia, dall'altro diminuire il controllo sul bere. Dall'inizio degli anni Settanta, questa logica è stata gradualmente abbandonata e si è tentato, in vari modi, di far diminuire il consumo di alcolici. Anche l'OMS (*"Le but de la Santé pour tous en l'an 2000"*) si è mosso in questo senso raccomandando di diminuire il consumo degli alcolici del 25% entro il 2000. Un ruolo importante inoltre è stato sostenuto dai programmi di prevenzione sanitaria e sociale che sono enormemente aumentati, pur non avendo ancora ottenuto i risultati desiderati. La teoria sull'accessibilità degli alcolici non riguarda solamente l'alcolismo, ma anche numerosi altri disturbi provocati dal bere, sia di carattere medico che sociale. Secondo questa teoria, più l'alcol è accessibile in una determinata comunità, più alte saranno l'incidenza, la prevalenza e la gravità dei disturbi alcolcorrelati (Popham R.E., 1982). L'accessibilità è data dal numero dei luoghi dove è consentito il consumo di alcolici, dalla facilità di accesso a questi luoghi e dalla politica relativa al commercio e al costo delle bevande alcoliche. Una chiara descrizione di questa teoria è stata fatta da Single W.E. nel manuale di Chaudron C.D. e Wilkinson D.A. (1988). Single, tra le altre cose, ha osservato che più è diffuso l'accesso all'alcol più aumenta il consumo, non solamente tra consumatori moderati, ma anche, e soprattutto, tra i consumatori problematici (Room R., 1984). Viceversa, una minore accessibilità qualunque ne sia il motivo, fa diminuire i consumi e di conseguenza anche i disturbi alcolcorrelati.

La teoria dell'accessibilità della bevanda alcolica non offre però alcuna possibilità per porre in essere un approccio integrato di controllo dei problemi alcolcorrelati, anche se offre degli elementi che, nei programmi complessi, devono essere seriamente presi in considerazione. Questo approccio si integra per molti versi con quello epidemiologico, che studia il consumo e si rifà agli studi di Ledermann S. (1956). L'attività di prevenzione può essere organizzata attraverso misure di controllo sociale e con iniziative diverse, ma non offre garanzie per un effettivo ridimensionamento del fenomeno alcolismo.

Teoria antropologica

Questa teoria studia i fattori sociali e culturali che, in una determinata comunità, condizionano il consumo di bevande alcoliche. Le teorie antropologiche sull'alcolismo sono ancora giovani: descrivono soprattutto il bere e il suo significato all'interno della comunità, ma non ne danno una spiegazione eziologica. Considerato che l'approccio antropologico è carente di ricerche longitudinali, non vi è la possibilità di costruire dei programmi per il controllo dei

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

problemi alcolcorrelati basati su di esso. Molto interessanti sono alcuni lavori inerenti il bere nelle diverse comunità (Levy E.J. e coll., 1974; Don Calahan e coll., 1969).

Teoria economica

La teoria economica si occupa soprattutto della diffusione e del consumo delle bevande alcoliche in rapporto alle variazioni del loro costo e al cambiamento delle dinamiche socio-culturali. Inoltre, nell'ambito di questo approccio, si studiano i danni economici provocati dal bere in una determinata comunità. Molto spesso attualmente le spese sanitarie, in specie quando si tratta di programmi di prevenzione, vengono sottoposte a rigorose analisi economiche in termini di costi e benefici (Warner K.E., 1984).

Una buona parte della teoria economica si collega alla teoria epidemiologica. Per ora questa teoria non offre un modello per il controllo dei problemi alcolcorrelati, nonostante anch'essa contribuisca ad una più chiara comprensione del bere e delle sue conseguenze e abbia un particolare valore per l'approntamento di programmi di prevenzione primaria.

L'approccio degli Alcolisti Anonimi (AA)

L'approccio degli Alcolisti Anonimi, nato nel 1935 e seguito a tutt'oggi, si basa sul concetto di alcolismo inteso come malattia. L'attività nei gruppi di AA si basa sui cosidetti 12 passi e sulle 12 tradizioni (*Twelve steps and twelve traditions,* 1953). Il gruppo dei coniugi, Al-Anon, e il gruppo dei figli adolescenti, Al-Ateen, nei loro incontri cercano di imparare il modo migliore per aiutare l'alcolista e vivere con lui; la logica non è quella dell'approccio sistemico che mira ad un cambiamento globale della famiglia.

Il movimento degli AA si è esteso in tutto il mondo dopo la pubblicazione del libro che ne descriveva l'attività, il cosiddetto "grande libro" (Big book, 1939). Al 1° gennaio 1975 erano presenti più di 25.000 gruppi di AA in oltre 95 paesi di tutti i continenti (Forrest G.G., 1975; Norris L.J., 1976). L'interpretazione dei disturbi alcolcorrelati data dagli Alcolisti Anonimi non dà alcuna possibilità di introdurre e attuare modelli di controllo dei problemi alcolcorrelati nella comunità; non accetta né l'ottica sistemica, né l'aiuto degli operatori professionisti. All'interno dei gruppi si respira una certa carica di spiritualità.

Ciononostante le esperienze fatte nei gruppi autogestiti e l'affermazione e l'uso dell'empatia hanno dato un enorme apporto allo sviluppo di programmi di trattamento di gruppo degli alcolisti. Tuttora l'approccio di cura e di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

riabilitazione proposto dagli alcolisti anonimi è uno dei migliori. In particolare per quegli alcolisti che accedono spontaneamente al gruppo e vi rimangono, secondo logiche di auto-selezione più volte descritte in letteratura. Sulla base dell'approccio degli AA non si possono organizzare dei programmi territoriali per il controllo dei problemi alcolcorrelati.

Teoria dell'apprendimento sociale

Questa teoria spiega come, mediante l'apprendimento sociale, si arrivi prima al bere e successivamente allo sviluppo dei disturbi alcolcorrelati. Sottolinea la necessità della totale astinenza da parte degli alcolisti, sottolinea l'azione negativa della pubblicità degli alcolici nei mass media, ma non descrive un programma complesso per il controllo dei disturbi alcolcorrelati. In alcune sue parti si avvicina alla teoria comportamentista basata sulle ricerche di Pavlov I.P. (1927).

Anche questa teoria ha permesso una migliore comprensione di alcuni aspetti dei problemi alcolcorrelati senza però offrire la possibilità di elaborare programmi complessi o di suggerire proposte in merito. Ha valore per quanto riguarda la realizzazione di programmi di prevenzione primaria.

Teoria del condizionamento classico

Questa teoria si basa sulle ricerche di Pavlov I.P. (1927), secondo il quale il comportamento umano è basato su numerosi riflessi condizionati. La maggior parte delle ricerche in questo campo è stata eseguita su animali, anche se importanti esperienze ci vengono dalla pratica clinica. Oggetto di studio è l'associazione che si viene a creare tra gli psicofarmaci e altre sostanze psicotrope, inclusi gli alcolici, e i loro effetti piacevoli. Questi effetti piacevoli possono essere basati su sensazioni gradevoli (odore, sapore), su effetti psicologici da sostanza o collegati ad alcuni stimoli correlati al loro uso, come per esempio: stimoli psicologici (consumo in un determinato stato psichico), sociali (consumo in un ambiente sociale specifico), olfattivi, gustativi e molti altri ancora. Attualmente, si fa ricorso alla teoria del condizionamento anche per spiegare alcuni fenomeni come la tolleranza e l'astinenza. In tale maniera si crea un nuovo riflesso condizionato. La terapia cessa di produrre un decondizionamento.

Sulle possibilità terapeutiche del comportamentismo è stato scritto e pubblicato molto (Estes W.K., 1979; Mackintosh N.J., 1974, 1983). Naturalmente è utile leggere anche Pavolv I.P. (1927).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Teorie della personalità

Le numerose teorie della personalità si occupano più dell'eziologia dell'alcolismo che non del suo controllo. Secondo queste teorie la dipendenza sarebbe causata da una struttura specifica della personalità. Tutte le ricerche condotte, sia sulla personalità nel suo complesso, che su alcuni suoi aspetti peculiari, concordano nel negare che esistano caratteristiche specifiche nella personalità degli alcolisti. Nemmeno queste teorie sono di qualche utilità per la soluzione dei problemi alcolcorrelati. Grazie a loro aumenta però la nostra conoscenza della persona che va incontro a problemi alcolcorrelati.

Teoria psicodinamica

Questa teoria appartiene al gruppo delle teorie psicologiche che considerano l'alcolismo soprattutto come un problema individuale, solo secondariamente influenzato dall'ambiente sociale. La teoria psicodinamica, da alcuni definita teoria psicoanalitica (Barry H., 1977), considera l'alcolismo un fenomeno psicopatologico e lo interpreta come una fissazione ad una delle fasi infantili dello sviluppo psicosessuale, oppure come una regressione a una di queste fasi (orale, anale, fallica). I motivi principali del comportamento patologico vengono ricondotti alla ricerca del piacere, al conflitto fra alcune parti della personalità (Super Io-Io-Es), oppure alla fissazione o alla regressione ad una delle fasi di sviluppo infantile.

Questa teoria vede l'eziologia dell'alcolismo solamente in una dimensione, che è quella psicopatologica. I risultati del trattamento non sono oggetto di particolari valutazioni. Sarebbe difficile costruire programmi territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione, a partire da questa teoria.

È interessante quanto dichiara Ewing A.J. (1977): "Essendo uno psicanalista, credo di poter dire che la psicanalisi è controindicata nella cura dell'alcolista. Alcuni alcolisti, assai pochi, se e quando raggiungono l'astinenza, possono trarre profitto dalla psicoterapia psicoanalitica individuale. In generale però le mie esperienze indicano che gli alcolisti che richiedono un'analisi, possono essere seguiti molto meglio e con più successo con uno dei trattamenti di gruppo che non con la terapia individuale".

Teoria epidemiologico-statistica

Si parla molto, ultimamente, di teorie basate su ricerche epidemiologiche e statistiche. Da sempre si è a conoscenza del fatto che più sono elevati i consumi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

di alcolici più aumenta l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati, ma un esame serio e attento dei dati epidemiologici inizia solo con Ledermann S. (1956, 1964) in Francia. Dopo Ledermann, molti altri studiosi hanno contribuito allo sviluppo di questa teoria, in particolar modo il gruppo dei ricercatori della Fondazione per le ricerche delle dipendenze (Addiction Research Foundation) di Toronto (De Lint J., 1981; De Lint J. e coll., 1968; Mäkelä K. e coll., 1981). Tutti questi lavori hanno cercato di dimostrare che con l'aumento del consumo annuo medio pro capite di alcol aumenta l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati.

Secondo questa teoria l'unica strada per ridurre i problemi alcolcorrelati è quella di diminuire il consumo medio di alcol pro capite. Le ricerche hanno inoltre dimostrato che alla riduzione del consumo nel gruppo dei cosiddetti bevitori moderati corrisponde anche la diminuzione del consumo nel gruppo dei bevitori problematici. Su questo concetto si fonda in parte anche la raccomandazione, relativamente recente, dell'OMS, indirizzata agli Stati membri, di ridurre il consumo di alcol del 20-25% entro la fine del secolo. Tale richiesta presuppone però il cambiamento culturale di tutta la comunità.

La teoria epidemiologico-statistica dà un valido contributo all'organizzazione di programmi di prevenzione primaria, ma non soddisfa le altre esigenze di un programma territoriale complesso.

Approccio ecologico o verde

La discussione di questo approccio è rimandata al capitolo dedicato al trattamento complesso dei problemi alcolcorrelati, più oltre in questo volume.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo sesto

LA DIAGNOSTICA DELL'ALCOLISMO E DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Concetti generali

La diagnostica dell'alcolismo e degli altri problemi alcolcorrelati è stata recentemente oggetto di molte ricerche, alcune delle quali hanno ottenuto risultati significativi, nonostante non vi sia ancora accordo su una chiara definizione di alcolismo e sui metodi di diagnosi. Di alcolismo si occupano operatori di diversa estrazione professionale e per ognuno di loro la diagnostica ha un significato diverso. L'alcolismo nel suo complesso assume valenze e significati diversi a seconda che a parlarne sia il medico, l'avvocato, l'assistente sociale, lo psicologo, il prete, il politico, il familiare dell'alcolista, o altri ancora.

L'alcolismo viene sempre più spesso inteso come un fenomeno psico-fisico-sociale multifattoriale, che non è possibile ricondurre ad una sola causa o controllare con un approccio esclusivamente psicologico o medico o sociale. Nella maggior parte dei casi di alcolismo, intervengono contemporaneamente tre gruppi di fattori eziologici: biologici, psicologici e sociali; questi ultimi di solito sono i più importanti.

Secondo Edwards G.E. (1987) il termine alcolismo non è più accettabile, come non lo è l'ipotesi secondo la quale i disturbi alcolcorrelati andrebbero ricompresi nel complesso ambito delle dipendenze. Davis D.L. (1974) si chiede se l'alcolismo sia veramente una malattia. Sempre più spesso si sostiene che l'alcolismo non è un unico disturbo, bensì un insieme di disturbi distinti tra di loro anche da un punto di vista eziologico. Per questa ragione vi sono autori che parlano di "alcolismi" come per esempio Jacobson R.G. nel suo libro *The alcoholisms: detection, diagnosis and assessment* (1976).

Tutti i disturbi alcolcorrelati possono essere ricondotti alle seguenti categorie:

— intossicazione acuta;
— bere problematico e dipendenza da alcol o semplicemente alcolismo;

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

— complicanze che insorgono nel corso dello sviluppo dell'alcolismo. Tutte le complicanze presentano difficoltà diagnostiche, specie quando il disturbo alcolcorrelato è presente assieme ad altre patologie croniche, in particolare a problemi comportamentali.

La diagnostica è relativamente semplice per l'intossicazione acuta, mentre per tutto ciò che viene definito bere problematico o alcolismo è molto più difficile. La maggior parte delle diagnosi riguardano le complicanze mediche, conseguenza del consumo prolungato di alcolici, complicanze che sono ovviamente più familiari ai medici. È opportuno sottolineare l'importanza della diagnosi precoce, quando cioè il rapporto fra la persona e l'alcol si sostanzia nel desiderio di bere e nella necessità di raggiungere gli effetti psichici che l'alcol solitamente produce e sono ancora assenti le complicanze fisiche e i problemi sociali. Bisognerà poi esaminare e studiare il comportamento dell'individuo nelle varie fasi del consumo di alcol: dall'astinenza al cosiddetto bere moderato, al bere problematico o eccessivo fino all'alcolismo, con tutte le complicanze mediche e con i problemi sociali che ne derivano. Gli studi longitudinali sono peraltro relativamente rari rispetto a quelli trasversali, che osservano cioè il problema in un dato momento del suo sviluppo (Fillmore M.K., 1988).

In base al tipo di rapporto che si crea tra l'individuo e l'alcol si possono distinguere le seguenti categorie:

1. Astinenti: possono esserlo per convinzione, per educazione o per scelta. Secondo alcuni autori nella categoria degli astinenti va inserito chi lo è da almeno due anni, a prescindere dal motivo che lo ha portato a questa decisione. Riconoscerli è molto facile. Sono spesso, nei Paesi mediterranei, un gruppo isolato nella comunità, se non addirittura emarginato. Sono una minoranza, ed il loro numero è inferiore rispetto al numero degli alcolisti e dei bevitori problematici. Sono una minoranza anche fra gli adolescenti. Secondo la letteratura, nei Paesi europei più sviluppati, dovrebbero costituire circa il 25-30% della popolazione sopra i 15 anni di età.

2. Il secondo gruppo è composto dai cosiddetti bevitori moderati, adeguati, controllati, dai cosiddetti consumatori sociali di bevande alcoliche, che bevono secondo le norme sociali ed il cui comportamento rientra nell'ambito del modello di vita della comunità. Sia a livello individuale che a livello collettivo è diffusissima la convinzione che il bere moderato non sia pericoloso, che possa addirittura essere benefico e che non abbia alcun legame con l'alcolismo. È possibile che gli appartenenti a questa categoria, ogni tanto, si ubriachino.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Anche l'intossicazione acuta viene sostanzialmente accettata dalla società e considerata non pericolosa. Il cosiddetto bere moderato in molti Paesi, compresi l'Italia e la Jugoslavia, fa parte della cultura e dello stile di vita della comunità.
I consumatori moderati sono in realtà una categoria a rischio: tutti gli alcolisti, prima di diventarlo, sono stati bevitori moderati; inoltre poiché contribuiscono ad aumentare il consumo medio complessivo di alcol, l'incidenza e la prevalenza dei fenomeni alcolcorrelati dipende anche da loro. I programmi di prevenzione attivati nei confronti di questo gruppo sono di vitale importanza. Il minor consumo non influisce infatti solamente sulla diminuzione del gruppo dei bevitori moderati, ma anche del gruppo dei consumatori problematici e del gruppo degli alcolisti.
La modalità e la quantità di consumo di alcol nei bevitori moderati è correlata al modello comportamentale accettato in una determinata comunità. È nota anche in letteratura la differenza, ad esempio, tra il bere scandinavo e quello mediterraneo che si basa sull'impressione dell'osservatore esterno. Anche se ad un osservatore esterno può sembrare che nei Paesi scandinavi vi siano più alcolisti e maggior consumo di alcolici, i problemi alcolcorrelati dipendono dal consumo medio. E l'incidenza e la prevalenza dipenderanno sempre dai livelli di consumo medio che sono più elevati nei Paesi mediterranei. Idenström C.M. (1976) riferisce che il 10% della popolazione della Scozia del Sud presenta problemi alcolcorrelati; tale percentuale è minore rispetto a quella dei Paesi mediterranei. Basta dire che le nostre ricerche in Croazia hanno dimostrato che il 30% dei maschi adulti sono bevitori problematici o alcolisti. Riconoscere un bevitore cosiddetto moderato e distinguendolo da un bevitore problematico può essere difficile perché il bere moderato non è precisamente definito.

3. A questa categoria appartengono sia i consumatori problematici che gli alcolisti. Nonostante si sia da più parti tentato di definire l'alcolismo, a tutt'oggi non esiste una definizione universalmente accettata. Le maggiori difficoltà per il medico sono rappresentate dalla diagnosi e dal trattamento di quei casi in cui non esistono chiari sintomi di complicanze organiche o psichiche. L'alcolismo, nonostante sia influenzato da fattori somatici, psichici e sociali, è per lo più conseguenza, prima del fenomeno dell'assuefazione, poi della dipendenza; il bere è da una parte libera scelta di un modello comportamentale, di uno stile di vita, e dall'altra l'effetto dell'influenza e della pressione combinata di vari fattori ambientali intrinseci ed estrinseci.
Quando un medico usa l'espressione alcolista, si riferisce di solito all'indivi-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

duo nel quale sono già presenti le complicanze causate dal bere. La diagnosi in questi casi è facile usando l'approccio medico classico secondo i criteri già definiti. Il problema si pone sul quando e come diagnosticare i casi nei quali i sintomi non sono presenti o almeno non sono tali da poter essere individuati con gli abituali mezzi diagnostici.
Come diagnosticare gli stadi che precedono immediatamente l'alcolismo e che si manifestano con il cosiddetto bere problematico? In questa fase, il bere è malattia o stile di vita?
Oggigiorno l'interesse degli operatori è concentrato sulla ricerca di possibili strumenti autodiagnostici.
Nelle pubblicazioni specialistiche e nei vari convegni scientifici vengono sempre più spesso descritte le difficoltà che il modello medico tradizionale incontra nel diagnosticare i problemi alcolcorrelati; in particolare le difficoltà riguardano la possibilità di distinguere chiaramente l'alcolismo dal bere problematico ed il bere problematico dal bere moderato.

Quando ci si occupa di alcolismo in generale, e lo si indaga studiandone prevalenza e incidenza nella popolazione, le difficoltà sono superabili. In tali studi è possibile anche prevedere un determinato margine di errore e renderlo compatibile con il risultato finale. Quando però si tratta di disturbi alcolcorrelati relativi al singolo o alla singola famiglia, non è più possibile commettere errori nell'inquadramento diagnostico. Ovviamente il risultato cambia completamente se la diagnosi esatta viene formulata precocemente o meno e se il trattamento inizia con tempestività. Nella letteratura si lamenta spesso il fatto che il medico, nella sua prassi quotidiana, non rivolga la dovuta attenzione ai disturbi alcolcorrelati e non arrivi alla diagnosi di alcolismo se non in casi rari, e mai nella fase precoce (Wechsler H. e coll., 1983), bensì esclusivamente quando sono già subentrate gravi patologie a livello organico e psichico.

Negli studi epidemiologici si parla solitamente di due aspetti di questo fenomeno: il bere problematico e l'alcolismo; nessuno di essi è però definito in modo tale da poter pervenire a una chiara diagnosi differenziale. Inoltre, le cose sono complicate dal fatto che inquadramento e diagnosi differenziale dipendono dall'ottica dell'alcologo e dalla sua scuola di appartenenza; e spesso esistono differenze di ottica anche fra gli alcologi di uno stesso Paese, addirittura della stessa istituzione. Alcolismo e bere problematico sono presenti in circa il 20-30% dei maschi adulti nella popolazione dei Paesi con consumo medio annuo di alcol pro capite relativamente elevato. A questi Paesi appartengono anche la Jugoslavia e l'Italia.

Le ricerche condotte in Croazia, così come le ricerche svolte contempo-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

raneamente nelle tre repubbliche di Bosnia-Erzegovina, Croazia e Serbia hanno dimostrato che circa il 30% dei maschi adulti appartengono al gruppo dei bevitori problematici e al gruppo degli alcolisti. La differenza fra questi due gruppi non è di interesse vitale per i programmi alcologici territoriali poiché entrambi necessitano dell'applicazione di trattamenti analoghi. Di fronte al singolo caso il medico, e ogni altro operatore che è inserito nel programma di controllo dei problemi alcolcorrelati, vuole avere una diagnosi, la più precisa possibile, per poter meglio decidere sul trattamento da farsi. Di norma, una diagnosi precisa può essere formulata solamente nel caso che la malattia da diagnosticare sia chiaramente definita; e, in base a una definizione chiara, si possono poi anche elaborare le necessarie diagnosi differenziali. Purtroppo, tutte le definizioni di alcolismo e di bere problematico, come le varie tecniche soli-tamente usate per la loro diagnostica, non soddisfano queste esigenze. Nonostante tutte le possibili classificazioni nazionali e internazionali, non esiste nemmeno una modalità di inquadramento diagnostico che sia universalmente accettata.

L'alcolismo è un disturbo che non è mai stato definito con chiarezza. Con questo termine si ricomprendono numerose sindromi a varia eziologia, quadri clinici diversi e varie modalità comportamentali; spesso sono presenti disturbi che causano gravi difficoltà alle persone colpite, alle loro famiglie e alla comunità nella quale vivono e lavorano. Tutti coloro che appartengono al gruppo dei consumatori problematici e degli alcolisti hanno un elemento in comune: il bere e quindi la necessità di cambiare il proprio comportamento, il proprio stile di vita e il proprio rapporto nei confronti della bevanda alcolica.

I disturbi alcolcorrelati, ivi compreso il bere problematico e l'alcolismo, non sono di competenza esclusiva dei servizi sanitari e sociali. Per questo motivo, nella maggioranza dei Paesi, anche gli operatori paramedici e gli operatori volontari se ne occupano e ricevono una formazione specifica al riguardo. Anche la possibilità di inquadramento diagnostico deve essere formulata in modo tale da essere accessibile alla maggior parte degli operatori paramedici e dei volontari, poiché è impossibile poter sempre avere a disposizione il medico, sia per il primo colloquio che per il trattamento.

Particolare attenzione va dedicata alla diagnosi precoce, che dovrebbe essere posta prima della comparsa di complicanze mediche e di problemi sociali non reversibili. In questo modo il trattamento potrà essere svolto nei programmi e nei servizi territoriali con maggior efficacia ed efficienza evitando tra l'altro costose ospedalizzazioni. Su questo argomento il gruppo degli esperti dell'OMS si è espresso già nel 1980 (*World Health Organizzation, Report of a WHO Expert Committee,* 1980).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Non vi è dubbio che sarebbe di grande importanza poter diagnosticare quella fase che precede l'alcolismo, nonché la gravità dello stadio di alcolismo in cui si trova il soggetto e poterne anche prevedere l'ulteriore sviluppo. Abbiamo già detto che la diagnostica classica è messa sempre più spesso in discussione e sull'argomento sono stati pubblicati numerosi libri (Kant F., 1954; Thompson N.G., 1956; Catanzaro J.R., 1968; Tarter E.R., Sugerman A.A., 1976; Jacobson R.G., 1976; Zimberg S., 1984; Hudolin Vl., 1977, 1988; Mallach H.J. e coll., 1987, 1988).

I possibili approcci diagnostici nei confronti del bere problematico e dell'alcolismo sono i seguenti:

1. l'approccio diagnostico medico classico;
2. la diagnostica basata su esami ematochimici;
3. la diagnostica basata su questionari autocompilati dal paziente oppure somministrati dall'operatore durante il primo colloquio;
4. l'autodiagnostica con questionari compilati solo dal paziente. La diagnosi viene formulata in base all'elaborazione delle risposte e anche grazie ad altri ausili, per esempio una prova di astinenza della durata di 6 settimane;
5. la diagnostica di casi particolari di alcolismo e di malattie e sindromi causate dall'alcolismo.

Negli ultimi 20 anni sono apparsi molti lavori centrati sulle possibilità di migliorare la diagnostica nella medicina di base, nella medicina specialistica e nelle ricerche di comunità. In questi lavori si sottolineano le difficoltà che la diagnostica dell'alcolismo continua a incontrare (Wilkins R.H., 1974; McIntosh I.D., 1982; Holt S. e coll. 1980; Le Go P.M., 1967, 1972).

Diagnostica medica classica

Si tratta dell'approccio che viene insegnato al medico già durante gli studi universitari. La diagnosi viene fatta in base ai dati anamnestici e alla presenza di determinati sintomi. La diagnosi è certa quando il corredo sintomatologico è ben evidente. Oltre che sulla visita medica, sull'anamnesi e su eventuali esami strumentali, questo metodo diagnostico si basa sugli esami di laboratorio e sui questionari specifici. Poiché lo spazio dedicato all'alcologia nell'ambito dei corsi di formazione è minimo, è inevitabile che il medico e gli altri operatori sanitari non dedichino particolare attenzione alla diagnosi dell'alcolismo. La diagnostica medica è stata descritta in una serie di manuali e di altre pubblicazioni (American Medical Association 1968, 1977; Hudolin Vl., 1977, 1982; Novotny V. e coll.,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

1988). Un corretto uso di questo metodo diagnostico porta a far sì che quasi sicuramente una persona diagnosticata come alcolista sia veramente dipendente dall'alcol. Non è invece affatto certo che tutti quelli che non sono stati diagnosticati alcolisti effettivamente non lo siano. Esistono molti alcolisti che non mostrano chiaramente i sintomi patognomonici di questo approccio diagnostico. Eccezionalmente, succede anche il contrario: persone con sintomi di alcolismo che non si rivelano alcolisti. Esistono persone che muoiono per cirrosi epatica, o per pancreatite alcolica pur non essendo mai stati alcolisti. È chiaro perciò che con questa metodica diagnostica è impossibile inquadrare con certezza tutti gli alcolisti.

Numerose sono le cause delle difficoltà incontrate dalla diagnostica medica classica; fra queste, le più frequenti sono la mancanza di una chiara definizione dell'alcolismo, la mancanza di formazione adeguata degli operatori e le diverse opinioni personali dei medici verso il bere (Jacobson R.G., 1976). In letteratura si descrivono, sempre più frequentemente, i problemi che si incontrano nella formazione dei medici e degli psichiatri in particolare (Lidz T. e Edelson M., 1970).

Anche la letteratura medica mondiale sottolinea che l'approccio ai problemi alcolcorrelati dipende dall'opinione personale del medico verso il bere. Indagando le opinioni dei medici mediante vari questionari, è stato dimostrato che molti di loro ancora non considerano il consumo degli alcolici, anche in quantità rilevanti, un comportamento a rischio.

È sufficiente esaminare le cartelle cliniche di alcuni servizi sanitari per vedere che il medico solo in rari casi registra i dati anamnestici relativi al bere (Wilkns R.H., 1974; McIntosh I.D., 1982; Wechsler H. e coll., 1983). Per questo motivo è assai difficile, per non dire impossibile, controllare e comparare le diagnosi, o condurre studi retrospettivi basandosi sulle cartelle cliniche. Fino a quando il bere sarà visto, come accade ora, come un comportamento normale e adeguato, e non come un comportamento a rischio, sarà molto difficile uscire da questa situazione.

D'altronde, il medico trascura il significato psicologico e sociale dei disturbi alcolcorrelati, basando anzi la diagnosi esclusivamente sugli esami somatici, che nella fase precoce dell'alcolismo e nei giovani sono spesso negativi. Qualche volta le patologie organiche sono presenti, ma con un esame di routine, senza l'uso di tecniche specifiche, è molto difficile individuarle. Negli anziani e nelle persone affette da altre malattie possono essere presenti sintomi identici a quelli trovati nell'alcolista: può trattarsi di persone che bevono senza che necessariamente siano degli alcolisti. Molto spesso il medico vede il fegato ammalato, ma non vede davanti a sé la persona, il possessore di questo fegato, con tutti i suoi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

problemi e l'intreccio di relazioni con la sua famiglia e il gruppo sociale nel quale vive e lavora.

Anche nei programmi di prevenzione primaria, il medico dovrebbe poter disporre di strumenti diagnostici semplici e relativamente sicuri, in modo da poter individuare precocemente i problemi che sono presenti in quel determinato gruppo. Un miglioramento della diagnostica medica classica dei problemi alcolcorrelati si può ottenere anche perfezionando e aggiornando la preparazione del medico con studi post laurea e con programmi di formazione e aggiornamento permanente. Ciò vale per i medici, ma può essere applicato con successo anche al restante personale sanitario. Sempre più spesso si discute anche sui costi che sono necessari per arrivare all'inquadramento diagnostico. Come riferisce Jacobson R.G. (1976), nelle istituzioni sanitarie altamente specializzate sarà relativamente semplice formulare la diagnosi; è discutibile però la necessità di usare strutture così complesse e costose. La diagnostica, specie quella precoce, deve risultare economica, accessibile e pratica.

L'inquadramento diagnostico medico classico viene fatto ovviamente dal medico e solo marginalmente dagli altri operatori sanitari. Poiché è difficile pensare di poter disporre di un numero sufficiente di medici, adeguatamente formati e in grado di svolgere questo compito, se non si riuscirà a coinvolgere anche gli operatori paramedici e i volontari, sarà difficile realizzare dei programmi capillari per il controllo dei disturbi alcolcorrelati. È necessario pertanto trovare un modello e un metodo che siano accessibili anche agli operatori paramedici e ai volontari. Attualmente esistono modelli che permettono agli operatori paramedici e ai volontari di eseguire del tutto o in parte sia l'inquadramento diagnostico che il trattamento riabilitativo. Su questi modelli si basa anche la possibilità di introdurre programmi di autoprotezione e di autoaiuto. L'OMS (WHO, 1986) ha pubblicato un breve manuale destinato agli operatori volontari territoriali ed un altro ad uso delle facoltà di medicina e delle altre scuole sanitarie (Arif A. e Westermeyer J., 1988).

Diagnostica di laboratorio

Attualmente vengono sempre più usati gli esami di laboratorio a fini diagnostici; vengono inoltre utilizzati per le ricerche sulla prevalenza dell'alcolismo nella popolazione generale (Reding P.R. e coll., 1980)

Particolarmente utili per la diagnostica dei problemi alcolcorrelati sono gli esami per determinare la concentrazione di alcol nel sangue, nelle urine e nell'aria espirata, specialmente nei casi di intossicazione acuta, di incidenti stradali o di atti criminosi. Per la diagnostica del bere problematico e dell'alco-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

lismo, il loro valore è, invece, assai limitato. Se la concentrazione di alcol nel sangue è maggiore di quanto suggerisce il quadro clinico dello stato di ubriachezza, è ragionevole ipotizzare un'elevata tolleranza all'alcol e quindi sospettare d'essere in presenza di un quadro d'alcolismo.

Fra gli esami di laboratorio un posto particolare spetta alla determinazione dell'enzima gammaglutamiltranspeptidasi (gammaGT), al volume medio degli eritrociti, (Rosalki S.B. e Rau D., 1972; Chick J. e coll., 1981) ad altri esami che riguardano principalmente alcuni enzimi (Aldenhoevel H.G., 1984, 1985) e alcuni neurotrasmettitori. Recentemente sono stati descritti anche altri esami bio-umorali. Gli esami ematochimici per verificare la funzionalità del fegato sono in uso da oltre 30 anni, ma solamente nei primi anni Settanta sono stati descritti quelli connessi direttamente al consumo di bevande alcoliche e che possono essere importanti quando ancora non sono presenti patologie organiche evidenti. Il valore delle gammaGT nel sangue aumenta in presenza di consumi eccessivi di alcolici (Lewis K. e Patou A., 1981; Aldenhoevel H.G., 1984, 1985). Se i valori delle gammaGT sono normali non si può comunque escludere di essere di fronte a un caso di alcolismo. Un'altra metodica per la diagnostica dei problemi alcolcorrelati è rappresentata dal dosaggio ematico delle transaminasi (AST-ALT). Molto importante è anche la determinazione del volume globulare medio (MCV) degli eritrociti, che pare essere aumentato a causa di alterazioni maturative a livello midollare. Ci si può avvalere inoltre della determinazione del colesterolo, in particolare della sua frazione HDL e dell'acido urico. Un forte aumento del volume degli eritrociti e l'aumento delle gammaGT sono indice significativo di alcolismo (Morse R.M. e Heest R.D., 1979; Beresford T. e coll., 1982). Questo tipo di indagini hanno permesso di individuare il 90% di consumatori eccessivi fra la popolazione esaminata, dato che è indice di un'elevata sicurezza diagnostica. Questi esami sono stati utilizzati in numerose indagini condotte in vari Paesi, sia nelle ricerche epidemiologiche relative a una data popolazione, sia come supporto all'inquadramento diagnostico di singoli casi, con concomitanti patologie organiche più o meno gravi.

Le ricerche sulle alterazioni caratteristiche del gruppo degli alcolisti hanno contribuito a chiarire i processi organici che si verificano a causa dell'alcol, a prescindere che si tratti o meno di bevitori problematici o di alcolisti. Per la diagnostica individuale gli esami ematochimici forniscono dati significativi, anche se non sono altamente specifici. Possono essere più validi nella identificazione dei casi tra la popolazione generale che non nella diagnostica di casi individuali. Va rimarcato che sono validi soprattutto in quei casi in cui anche la clinica già suggerisce elementi significativi per dimostrare la presenza di complicanze organiche causate dall'alcolismo.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

In diagnostica gli esami biochimici ed ematologici hanno meno valore di altri approcci : vi sono vari questionari che possono, ad esempio, molto più semplicemente ed economicamente, offrire una diagnosi più sicura in un numero maggiore di casi. Spesso gli esami bio-umorali vengono usati per valutare il risultato del trattamento (Miller P.M. e coll., 1974).

Diagnostica mediante questionari e test

La diagnostica fatta a mezzo di questionari e di test si avvicina molto alla diagnostica medica classica, sia in termini di basi teoriche sia come risultati, e in alcuni casi, può anche sostituirla. Di solito vi si ricorre per rilevare determinati sintomi clinici, dati anamnestici, o per descrivere le modalità di consumo degli alcolici. Questi questionari, che sono abbastanza specifici per il bevitore problematico o per l'alcolista, sono di solito finalizzati a rilevare alcuni indicatori di consumo problematico o di alcolismo. La letteratura propone questionari che, secondo gli autori, danno risultati corretti nell'80-90% dei casi esaminati, e che prevedono un impiego minimo di tempo e di personale specializzato. I questionari sono molto adatti alla pratica di lavoro quotidiano; alcuni possono essere autocompilati dallo stesso paziente, mentre altri vengono compilati, nel corso del colloquio, dal medico o da un membro dell'équipe, in genere dall'infermiere professionale. Il loro valore è notevole poiché non è necessaria una grande preparazione specifica, né personale altamente specializzato, per somministrarli e valutarli. Il loro uso si è andato diffondendo a partire dagli anni Sessanta.

In ambito clinico è noto il cosiddetto MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) che esiste in numerose versioni di varia complessità, e che può essere somministrato dall'operatore o autosomministrato dal paziente. Una versione semplificata prevede 16 item mentre il test completo ne ha 25 (Selzer M., 1971). La maggior parte delle domande del MAST si riferisce alle complicanze provocate dall'alcol. È ovvio che, se queste complicanze sono manifeste, è possibile diagnosticare l'alcolismo anche senza ricorrere al questionario. Il MAST pertanto non si dimostra utile nella diagnostica precoce.

Fra gli altri test ricordiamo: il Questionario sulla gravità della dipendenza alcolica (*Severity Alcohol Dependence Questionnaire,* SADQ, 1979), il Questionario di Edimburgo sulla dipendenza alcolica, (*Edinburgh Alcohol Dependence Shedule, EADS,* 1980), il Test per la valutazione del coinvolgimento nel bere degli adolescenti (*The Alcohol Involvement Scale* – Mayer J. e Filstead N., 1980) e il Questionario sulle attività del tempo libero (*The Spare Time Activites Questionnaire* - Wilkins R.H., 1972). Bisogna inoltre ricordare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

il test di Alcadd: Determinazione psicometrica della dipendenza alcolica (*Alcadd Test - A Psychometric Determination of Alcoholic Addiction* – Manson M., 1949; Barillas M., 1952; Murphy D., 1955), la Scheda per l'anamnesi del consumo alcolico e test per la valutazione della gravità dell'alcolismo (*Alcohol History Form and Alcoholism Severity Scale* – Evenson R.C. e coll., 1973; Evenson R.C., Altmann H., Cho D.W., Montgomery J., 1973), l'Intervista per l'accertamento della diagnosi di alcolismo (*Alcoholism Assesment Interview* – Stone A.R. e coll., 1965; Evenson R.C., Altmann H., Cho D.W., Montgomery J., 1973), il Questionario sull'uso degli alcolici (*Alcohol Use Questionnaire* – Horn J.L., Wanberg K.W., 1969; Wanberg K.W., Horn J.L, Foster F.M., 1973) e ancora il Test di Bell per la valutazione del livello di adattamento nell'alcolismo (*Bell Alcoholism Scale of Adjustment* – Bell A.H. 1967; Bell A.H., Weingold H.P., Lachin J.M, 1969), l'Intervista sulle modalità del bere (*Drinking Behavior Interview* – Shelton J., Hollister L.E., Gocka E.F., 1969), la Dimensione della reattività essenziale nell'alcolismo (*Essential Reactive Alcoholism Dimension* – Rudie R.R., McGaughran L.S., 1961), il Questionario dello Iowa sul consumo alcolico (*Iowa Alcoholism Intake Schedule* – Mulford H.A., Wilson R.W., 1966), il Test di Mac Andrew per la valutazione dell'alcolismo (*Mac Andrew Alcoholism Scale* – MacAndrew C., 1965; Kranitz L., 1972), il Test valutativo di Manson (*Manson Evalution* – Manson M.P., 1948-1949) e il Test di Mortimer - Filkins (*Mortimer - Filkins Test* – Kerlan M.W., Mortimer R.G., Mudge B., Filkins L.D., 1971; Mortimer R.G. e coll., 1971).

Il più noto, e quello dotato degli strumenti più sofisticati è il MALT (*Munich Alcoholism Test*) che è stato sperimentato e usato in moltissimi Paesi (Rodriguez-Martos A. e coll., 1984). Il più semplice, e ultimamente anche il più diffuso, è il cosiddetto questionario CAGE (Ewing J.A., 1984), la cui sigla è l'acrostico formato dalle iniziali delle domande del test:

C - *Cut down* (diminuire): avete pensato recentemente alla necessità di diminuire il vostro bere?

A - *Annoyed* (infastidito): vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?

G - *Guilty* (colpevole): vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro bere?

E - *Eye opener* (sveglia): avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

In base alle esperienze fatte, se una persona di mezza età risponde affermativamente ad almeno due di queste domande, significa che si tratta di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

un bevitore problematico o di un alcolista; nel caso di giovani è sufficiente una sola risposta positiva. Il test è stato utilizzato anche in medicina generale (King M., 1986).

Skinner H.A. e altri autori (1986) hanno formulato un indicatore clinico di alcolismo facendo uso di 17 sintomi e di 13 dati anamnestici. Molte ricerche hanno dimostrato che l'attendibilità di questo strumento è superiore a quella degli esami di laboratorio (Skinner H.A. e coll., 1986,1987).

Riportiamo i 17 sintomi:

1. Tremore delle mani (tremori fini con braccia poste in posizione orizzontale e dita delle mani allargate);
2. Andatura atassica (impossibilità di camminare seguendo una linea retta, mettendo un piede davanti all'altro);
3. Impossibilità di flettere le gambe (devono essere assenti malattie muscolari e ossee, astenia profonda, senectus);
4. Spider nevi (più di 5 alterazioni patologiche vasali nella regione della vena cava superiore);
5. Presenza di circoli collaterali (diramazioni venose a forma stellare sulla parete addominale a partenza dall'ombelico);
6. Ginecomastia (solo nei maschi; aumento del tessuto ghiandolare e di quello adiposo di tutte e due le ghiandole mammarie);
7. Rinofim (ipertrofia epiteliale e delle ghiandole sebacee e coloritura accessa della punta del naso e della faccia nelle zone prossimali al naso);
8. Eritema del volto;
9. Lingua patinata;
10. Edema del palato molle (particolarmente nella regione delle tonsille e dell'ugola);
11. Tracce di nicotina sulle dita (di solito tra il dito indice e il dito medio della mano destra);
12. Eritema palmare;
13. Graffiature ed escoriazioni della pelle, sia recenti che di vecchia data;
14. Presenza di cicatrici;
15. Bruciature di sigarette sulla pelle del torace e delle mani;
16. Tatuaggi sugli arti o sul corpo;

e i 13 dati anamnestici:

1. Frequenti difficoltà di concentrazione;
2. Presenza di stati o di momenti confusionali;

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

3. Disturbi della memoria di fissazione;
4. Allucinazioni uditive e visive;
5. Tremore mattutino delle mani;
6. Sogni accompagnati da incubi;
7. Risveglio accompagnato da cefalee;
8. Recenti e frequenti tremori delle mani;
9. Traumi e lesioni causate da risse e aggressioni;
10. Risveglio con sete;
11. Lingua asciutta e patinata;
12. Tosse frequente;
13. Espettorazione.

Attualmente si è alla ricerca di strumenti per poter prevedere le probabilità di successo del trattamento e l'eventuale pericolo di ricadute. Un questionario usato a questo scopo, descritto da Annis M. H. e Graham M. J. (1988), Annis M. H. (1987), è il Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39) che misura la fiducia che gli intervistati provano, relativamente ai rischi personali, ambientali e sociali di ritornare a bere.

Molti studiosi dedicano particolare attenzione ai dati relativi al bere. Un posto particolare merita "L'approccio complesso alla diagnostica dell'alcolismo", elaborato dal gruppo speciale del Comitato Nazionale per l'Alcolismo (Criteria Committee, NCA, 1972), allegato al libro di Estes J.N. e Heinemann E.M. (1982), commentato da Seixas A.F. Si tratta di uno strumento complesso, che parte dal concetto di alcolismo-malattia e che è costituito da una parte fisiologica e clinica e da una parte che indaga il comportamento, i cambiamenti psicologici e le opinioni. La maggior parte delle domande e degli esami è di natura medica e lo strumento serve senz'altro per diagnosticare l'alcolismo; si può però arrivare a fare diagnosi con modi molto più semplici; il test infatti prevede una visita psichiatrica molto accurata e comunque constata l'alcolismo solo quando si è ormai in presenza di patologie alcolcorrelate.

Autodiagnostica

Sono sempre più noti e diffusi alcuni strumenti autodiagnostici. Il più semplice è la cosiddetta "prova di astinenza – o delle 6 settimane": il paziente deve provare a restare in astinenza per un periodo di 6 settimane; se durante questo periodo riesce a non bere e se non si presentano sintomi di astinenza, se cioè il periodo trascorre senza alcuna difficoltà e senza desiderio di bere, il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

risultato può considerarsi positivo: il soggetto non è di certo un bevitore problematico o un alcolista. Se invece si manifestano sintomi di astinenza o se il soggetto riesce a non bere solo con grandi difficoltà, si dovrebbe immediatamente ricorrere al parere dell'alcologo o di un medico esperto di alcolismo.

Altri strumenti autodiagnostici prevedono l'uso di questionari. Anche il già citato questionario CAGE può essere usato per l'autodiagnostica. Un questionario molto simile è stato descritto nel libro *Alcolismo, stile di vita degli alcolisti* (Hudolin Vl., 1987). È composto dalle seguenti 20 domande:

1. Perde ore di lavoro a causa del bere?
2. Il bere crea problemi alla sua vita familiare?
3. Beve per vincere la timidezza?
4. Il bere crea problemi alla sua immagine?
5. Ha avuto difficoltà economiche a causa del bere?
6. Ha mai provato dei sensi di colpa dopo aver bevuto?
7. Quando beve frequenta compagnie ed ambienti poco raccomandabili?
8. Il bere diminuisce il suo interesse per la famiglia?
9. Le sue ambizioni sono diminuite da quando beve?
10. Sente il desiderio di bere in determinate ore della giornata?
11. Sente il desiderio di bere al mattino dopo aver bevuto il giorno precedente?
12. Il bere le provoca disturbi del sonno?
13. La sua efficienza sul lavoro è diminuita a causa del bere?
14. Il bere mette in forse la sua posizione lavorativa?
15. Beve da solo?
16. Ha mai perso completamente la memoria dopo una bevuta?
17. È stato curato per via del bere?
18. Beve per avere più fiducia in se stesso?
19. È stato ricoverato in ospedale a causa del bere?

La risposta positiva anche ad una sola domanda di questo questionario dovrebbe spingere il soggetto a rivolgersi al medico; se le risposte positive sono due, la probabilità che si tratti di un alcolista è molto alta; se le risposte positive sono tre o più significa che sicuramente si tratta di alcolismo.

Diagnostica delle patologie alcolcorrelate

All'alcol e all'alcolismo sono legate varie malattie, sindromi e patologie; oltre alla diagnosi del bere problematico e dell'alcolismo si rende spesso necessario diagnosticare anche specifiche patologie alcolcorrelate come ad

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

esempio: l'intossicazione alcolica, il coma alcolico, lo stato di ubriachezza patologica, la polineuropatia alcolica, la mielopatia alcolica, la gastrite alcolica, la cirrosi epatica alcolica, la pellagra alcolica, il delirium tremens, l'allucinosi alcolica, l'encefalopatia di Wernicke, la malattia di Korsakov, l'epilessia alcolica, i diversi tipi di encefalopatia alcolica e la demenza, l'ematoma subdurale degli alcolisti, la sindrome di Van Zieve ed alcune altre più rare.

La diagnosi di questi disturbi viene di regola formulata dal medico. È opportuno specificare comunque che con la diagnostica delle patologie alcolcorrelate non si diagnostica l'alcolismo, ma solamente le sue complicanze. E inoltre che aspettando fino a quando compaiono le complicanze dell'alcolismo si perde inevitabilmente il momento più propizio per iniziare la riabilitazione.

Sono casi particolari quelli nei quali l'alcolismo si presenta congiuntamente con qualche altro disturbo: alcolismo e tossicodipendenza, alcolismo e tubercolosi polmonare, alcolismo e diabete, alcolismo e depressione ecc. In questi casi può essere difficile, e qualche volta impossibile, stabilire se l'alcolismo sia un disturbo primario oppure secondario in relazione all'altra malattia. Ai casi specifici appartiene anche l'alcolismo secondario, che si sviluppa come conseguenza di qualche altro disturbo somatico o psichico (Schuckit M.A., 1969; Feighner J.P. e coll., 1972; Woodruff R.A. Jr., Goodwin D.W., Guze S.B., 1974).

Considerazioni conclusive

L'operatore più competente a porre la diagnosi dei disturbi alcolcorrelati è il medico specificamente formato in alcologia. Il medico è l'unico che potrà diagnosticare anche le malattie, le sindromi, le patologie alcolcorrelate.

Abbiamo già detto che da un punto di vista operativo, differenziare l'alcolismo dal bere problematico non è molto importante, poiché in entrambi i casi è necessario intraprendere lo stesso trattamento. L'inquadramento dei disturbi alcolcorrelati, come abbiamo già ricordato, può essere fatto anche da altri operatori sanitari e sociali, l'infermiere, lo psicologo, l'assistente sociale e infine dagli operatori volontari che devono aver ricevuto una formazione adeguata anche in relazione alla loro professionalità di base. In ogni caso, sempre più spesso, si cerca di offrire ad ognuno strumenti di autodiagnostica e di autovalutazione.

Esistono diversi sistemi di classificazione in base ai quali formulare diagnosi. Il più noto è la Classificazione internazionale delle malattie, dei traumi e delle cause di morte, elaborata dall'OMS — International Classification of Diseases — IX Revisione ICD, 1979 (Hudolin Vl., 1984). Anche altre classifi-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

cazioni, come per es. quella della American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, 1952, 1980, 1989), sono molto usate. Queste classificazioni sono soggette a continue revisioni e aggiornamenti; sono in corso di elaborazione l'ICD-X e il DSM IV.

Si è già accennato agli errori diagnostici in cui il medico non specializzato può incorrere. Una difficoltà consiste nel differenziare bere problematico e alcolismo, specie nelle persone giovani e in apparente buona salute e nei casi in cui non esistono chiari sintomi organici e psichici. La diagnosi differenziale fra il cosiddetto bere problematico e l'alcolismo può essere molto difficile e qualche volta impossibile. Probabilmente esiste un'ampia zona di confine tra il bere problematico e l'alcolismo dove si situano tutti quei casi che non sono ancora definibili come alcolismo, ma che non sono più caratteristici del gruppo dei bevitori problematici o viceversa. Le difficoltà diagnostiche descritte sono presenti nel lavoro del medico e degli altri operatori indipendentemente dalla scuola a cui questi appartengono.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo settimo

EPIDEMIOLOGIA DELL'ALCOLISMO

Considerazioni generali

Oggigiorno viene dedicata sempre maggior attenzione agli studi e alle ricerche epidemiologiche. L'alcolismo, nelle statistiche mondiali, si trova al terzo posto tra le cause di morte, subito dopo le malattie cardiovascolari e i tumori. I libri e le pubblicazioni sui diversi aspetti delle ricerche epidemiologiche sono numerosissimi (Hudolin Vl. e coll., 1972; Hudolin V., 1986; Marconi J. e coll., 1955; Minister of Supply and Services, Canada, 1988; Seva-Diaz A., 1984); alcuni Paesi, come ad esempio, la Finlandia, pubblicano annualmente i dati sulla produzione e sul consumo degli alcolici.

Nella Repubblica Federale Tedesca, circa il 3% della popolazione, cioè 1.800.000 persone, secondo Feuerlein G., è composto da alcolisti. Interessanti sono i dati dei Paesi in cui i disturbi alcolcorrelati sono particolarmente gravi. Per quanto riguarda l'Ungheria, ad esempio, Peter A. (1989) sostiene che su una popolazione di 10 milioni di abitanti, un milione e mezzo sono alcolisti, e un numero imprecisato di persone sono gravemente a rischio. L'alcolismo è inoltre la causa principale del grave fenomeno dell'assenteismo lavorativo. Preoccupante è anche l'aumento del consumo di alcol e l'aumento dei problemi alcolcorrelati nei Paesi in via di sviluppo (Tongue A., 1976). Maula J. (1989) presenta allarmanti dati sul consumo pro capite dei soggetti sopra i quindici anni in Tanzania: nel 1983 vi è stato un consumo di 4,4 litri di alcol anidro pro capite; ed è un dato in costante aumento.

Negli Stati Uniti d'America, secondo i dati ufficiali, esistono più di 10 milioni di alcolisti e 35 milioni sono le persone che soffrono a causa dell'alcolismo che ha colpito un membro della famiglia. Se ipotizziamo che la percentuale di alcolisti in Jugoslavia è uguale a quella degli Stati Uniti, avremo circa 1 milione di alcolisti. Naturalmente tutti questi dati sono approssimativi e incompleti.

Quando un soggetto presenta problemi alcolcorrelati, i rapporti in famiglia ne risentono pesantemente e tutti i membri ne sono condizionati e coinvolti. Dal

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

momento che l'alcolismo è un fenomeno che dura negli anni, cioè è un disturbo cronico, col tempo si arriva alla rottura della famiglia, o per lo meno a grosse difficoltà per tutti i suoi membri. Sia nel primo che nel secondo caso è importante ricordare che quando l'alcolista entra in trattamento è indispensabile che anche i membri del suo gruppo familiare, sia quello ristretto che quello allargato, che sono in un certo senso "contagiati" dall'alcolismo, siano ugualmente sostenuti e aiutati. Oggi si tende ad impiegare l'approccio familiare sistemico. L'approccio familiare o la comunità multifamiliare sono integrati nel programma complesso psico-medico-sociale, cioè nel programma ecologico o verde che descriveremo più avanti. Noi abbiamo parlato dell'alcolismo della famiglia riferendoci ad alcolisti "secchi" e "umidi"; oggi si comincia a parlare in letteratura del "coalcolismo" (Scheller R., 1990).

Non bisogna dimenticare i soggetti che, bevendo, provocano problemi all'interno della famiglia o sul lavoro o nel contesto sociale, e che non possono però essere definiti alcolisti. Gli autori anglo-americani li chiamano *problem drinkers,* consumatori problematici o eccessivi, e necessitano anch'essi di un aiuto adeguato.

Nella maggior parte dei Paesi il consumo degli alcolici aumenta e consequenzialmente aumenta il numero degli alcolisti. Lo si può riscontrare correlando il consumo di bevande alcoliche al numero dei decessi causati dall'alcol, alle patologie alcolcorrelate gravi (in particolare la cirrosi epatica), alle infrazioni della legge collegate in qualche modo con lo stato di intossicazione acuta e agli ingressi e alle presenze di alcolisti negli ospedali psichiatrici, negli ospedali generali e nei servizi territoriali. Tutte queste indagini epidemiologiche incontrano comunque numerosi ostacoli. La diagnosi di alcolismo continua ad essere formulata raramente e malvolentieri, anche nel caso di ammalati seguiti, sia ambulatoriamente che a livello ospedaliero, per disturbi alcolcorrelati. Per questa ragione i dati relativi agli alcolisti, a meno che non si trovino ricoverati in reparti di alcologia, sono spesso inesatti o incompleti.

Esistono poi numerosi altri dati epidemiologici interessanti, noti da molto tempo, ma che non ricevono la dovuta attenzione. Lo stretto collegamento tra tubercolosi e alcolismo è noto da oltre 300 anni (Jackson J.K., 1959). Nel 1971 abbiamo aperto in Croazia un reparto alcologico con 100 posti-letto in un ospedale pneumotisiologico, ed abbiamo scoperto che più della metà degli ammalati cronici di tubercolosi soffre contemporaneamente di alcolismo. Oggi si sa che i portatori di processi tubercolari in fase attiva sono soprattutto alcolisti.

Il controllo dei disturbi alcolcorrelati in una comunità non può essere efficacemente condotto senza un progetto e un programma di lavoro ben formulati e per la cui elaborazione necessitano dati completi e precisi. L'epide-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

miologia psichiatrica e quella alcologica si basano e si sviluppano a partire da questa necessità. Nonostante le origini dell'epidemiologia dei problemi alcolcorrelati risalgano al secolo scorso, il suo concreto sviluppo inizia dopo la seconda guerra mondiale. Se si desidera pianificare adeguatamente i servizi, formare gli operatori, individuare correttamente i casi e valutare il trattamento ed il cambiamento comportamentale ottenuto ai diversi livelli territoriali, determinati dati epidemiologici sono assolutamente necessari. È soprattutto attraverso la ricerca epidemiologica che si cerca di quantificare l'entità dei consumi e l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati in una determinata popolazione. Per la progettazione dei programmi di protezione e promozione della salute possono essere usati anche altri tipi di dati, che si possono ottenere ampliando gli studi epidemiologici e applicandone i corrispondenti metodi di ricerca.

Il bere problematico e l'alcolismo nel 1989 sono costati agli Stati Uniti 135 miliardi di dollari, che, secondo le previsioni, saliranno a 150 nel 1995. Sempre negli Stati Uniti i disturbi alcolcorrelati sono responsabili della morte di 24.000 persone l'anno in incidenti stradali e del ferimento di oltre 534.000 (Bowen R.O., 1989). Studiando la distribuzione dei suicidi si scopre che il fenomeno interessa massicciamente la categoria degli alcolisti, per non parlare del fatto che l'alcol è causa di molti suicidi anche in soggetti non alcolisti. Berglund R. (1987), sostiene addirittura che circa il 15-20% di tutti i suicidi viene compiuto da alcolisti e che, a seconda delle ricerche, dal 5 al 27% delle cause di decesso degli alcolisti è il suicidio. Questi dati sottolineano la significanza della depressione nel quadro clinico dell'alcolista (Macrea R., 1989).

In alcune regioni della Jugoslavia sono state condotte numerose ricerche epidemiologiche; in particolare si è appurato che in Croazia l'alcolismo è presente nel 15% dei maschi adulti e un consumo eccessivo caratterizza un altro 15% della stessa popolazione. In Jugoslavia ci sono 1.000.000 di alcolisti e più di 2.000.000 di persone pesantemente coinvolte in nuclei familiari con gravi problemi di alcolismo.

Ultimamente si va consolidando la convinzione secondo la quale l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati dipende dall'accessibilità della bevanda alcolica, dall'approvazione del suo consumo nella società, e in particolare dall'entità del consumo di alcolici espresso in quantità di alcol anidro annuo pro capite. Questa opinione coincide con i risultati degli studi condotti da Ledermann S. (1956, 1964), e sui quali si fonda la teoria statistico-epidemiologica di approccio ai disturbi alcolcorrelati. Secondo questo approccio, l'incidenza e la prevalenza dei disturbi alcolcorrelati è strettamente collegata con il consumo medio annuo di bevande alcoliche in una data popolazione, calcolato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

in termini di alcol anidro pro capite. Nonostante le critiche a cui è stata sottoposta quest'ottica (Duffy J.C., 1977, 1986), non si può non ammettere che esiste una correlazione fra il consumo generale di alcol e la prevalenza del bere problematico e dell'alcolismo.

Dopo la seconda guerra mondiale l'attenzione degli operatori si è concentrata sul trattamento degli alcolisti; la prevenzione primaria e il controllo del consumo di alcolici sono stati relativamente trascurati. Oggi però in molti Paesi si riprende a parlare dell'importanza della prevenzione primaria, anche perché il trattamento degli alcolisti non ha dato i risultati sperati. Nonostante alcuni trattamenti abbiamo dato buoni risultati, il numero degli alcolisti aumenta, o è stazionario, ed aumenta il consumo degli alcolici (Tongue A., 1976).

Questi studi hanno anche dimostrato la necessità di una riconsiderazione del concetto di alcolismo inteso come malattia. I dati clinici si discostano significativamente da ciò che succede in realtà. Secondo i dati clinici, la maggioranza dei casi di alcolismo, al momento dell'inizio del trattamento, interessa gli ultracinquantenni; in realtà l'alcolismo è già presente da molti anni anche se la persona non è ancora arrivata dal medico e non ha iniziato il trattamento. Questi studi hanno inoltre dimostrato l'esattezza della correlazione tra la riduzione del consumo nei bevitori moderati e la conseguente riduzione del consumo nel gruppo dei bevitori problematici e degli alcolisti (Brunn K., Schmidt W., Skog O.J., Sulkunen O., Osterberg E., 1975).

Le indagini epidemiologiche possono chiarire molti aspetti del fenomeno alcolismo, contribuendo, per esempio, a valutare i programmi realizzati o a tracciare la complessa mappa del consumo di bevande alcoliche. Negli ultimi anni hanno assunto un'importanza sempre maggiore le ricerche valutative sull'efficienza e sull'efficacia dei vari trattamenti (Külner H. e coll., 1988; Feuerlein W. e coll., 1986).

Il Registro degli alcolisti della Croazia

Dati di notevole interesse, unici per la loro entità, sono quelli forniti dal Registro degli alcolisti ospedalizzati della Repubblica di Croazia. Il Registro è entrato in funzione il 1° gennaio 1965 e viene gestito dal Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze della Clinica di neurologia, psichiatria, alcolismo ed altre dipendenze dell'Ospedale universitario Dott. M. Stojanovic di Zagabria e dell'Istituto per la protezione della salute della Repubblica Croata. Dal momento che il Registro è relativo agli alcolisti curati negli ospedali, in particolare nei reparti psichiatrici e alcologici, dell'intera Croazia, che ha una popolazione di circa 5 milioni di abitanti, alcuni dati relativi al periodo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

1965-1985, che riportiamo più oltre, possono dimostrare molto chiaramente la gravità del problema. La tendenza che si evince da quei dati è continuata anche dopo il 1985.

Il trattamento degli alcolisti in Croazia viene condotto secondo un approccio psichiatrico, anche perché i reparti di psichiatria e di neurologia negli ospedali generali si sono tradizionalmente occupati degli alcolisti. Gli ospedali psichiatrici sono sempre stati pochi e attualmente si tende a diminuirne i posti letto, aprendo invece reparti e centri di alcologia sia negli ospedali generali sia in qualli psichiatrici. Se si potesse disporre anche dei dati relativi agli alcolisti trattati negli altri reparti ospedalieri (medicina interna, chirurgia, traumatologia, ecc.) e nei servizi territoriali (ambulatori, dispensari, servizi di protezione primaria, ecc.) si avrebbe l'esatta dimensione del problema.

Per la Croazia questi dati non sono disponibili, anche se la diagnosi di alcolismo viene fatta pure in altri reparti ospedalieri (medicina interna, chirurgia, ecc.). In questi casi peraltro gli ammalati, dopo la cura necessaria, vengono di solito inviati per il loro alcolismo in reparti di alcologia o di psichiatria. Oggi la linea di tendenza è di aprire reparti e servizi alcologici autonomi e ciò è ovviamente un bene poiché l'alcolismo non è una malattia mentale.

Nelle tabelle che seguono sono riportati solamente i dati generali relativi agli alcolisti curati negli ospedali di tutta la Croazia, mentre i dati suddivisi per singoli comuni si possono richiedere al Centro per la cura, lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze dell'Ospedale Universitario Dott. M. Stojanovic di Zagabria. Lo sviluppo del Centro e del Registro degli alcolisti sono descritti in pubblicazioni monografiche (Hudolin Vl., 1985 a, b). L'utilità del Registro è data anche dalla possibilità di ottenere i dati suddivisi per comuni (la Croazia è suddivisa in 120 comuni), o per altre entità amministrative locali, per cui, almeno teoricamente, è possibile valutare la qualità dei servizi sanitari ai diversi livelli di articolazione territoriale.

Tutti i dati delle Tabelle 2-18 sono ricavati dal Registro degli alcolisti ospedalizzati della Repubblica di Croazia. I dati presentati nella Tabella 2 dimostrano la costante crescita del numero degli alcolisti ricoverati per la prima volta per alcolismo nel periodo 1965 - 1985; il numero degli alcolisti ricoverati negli ospedali è cresciuto più rapidamente dell'aumento demografico. Questo, in realtà, non è indice sicuro di aumento del numero assoluto degli alcolisti. Sul numero dei ricoveri con diagnosi di alcolismo incidono, oltre che l'aumento reale del numero di alcolisti, anche altri fattori: il numero dei posti letto negli istituti psichiatrici e alcologici, l'apertura di nuovi reparti psichiatrici e di reparti alcologici specializzati, la disponibilità dei servizi sanitari e sociali a farsi carico degli alcolisti, la maggiore sensibilità degli operatori nei confronti dell'alcolismo,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 2
Numero dei primi ricoveri di alcolisti nel periodo 1965-85 divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	2784	356	3140
1966	2656	346	3002
1967	2828	382	3210
1968	3456	474	3930
1969	3633	517	4150
1970	4389	668	5057
1971	4464	745	5209
1972	4310	658	4968
1973	4420	659	5079
1974	4268	690	4958
1975	4635	781	5416
1976	5180	836	6016
1977	4933	835	5768
1978	6102	1096	7198
1979	5680	1117	6792
1980	6318	1189	7507
1981	6205	1100	7307
1982	6491	1223	7714
1983	7051	1464	8515
1984	6684	1368	8052
1985	6234	1153	7387
TOTALE	102721	17652	120373

ecc. Un tempo, molti alcolisti sarebbero stati ricoverati in altri reparti ospedalieri, spesso con diagnosi di disturbi medici alcolcorrelati e la diagnosi di alcolismo non sarebbe stata fatta.

Dalla seconda guerra mondiale in poi, sull'alcolismo si è lavorato molto e la società è stata informata e preparata ad accettarlo come malattia. In tal modo l'alcolismo ha perso parte delle sue connotazioni negative e, sia l'alcolista che la sua famiglia, più spesso di prima, hanno cominciato a chiedere di essere

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 3
Numero complessivo dei ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-85 divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	3155	418	3573
1966	3561	439	4000
1967	4069	520	4589
1968	5092	660	5725
1969	5624	711	6335
1970	6991	949	7940
1971	7475	1092	8567
1972	7643	1012	8655
1973	8264	1048	9312
1974	8236	1193	9429
1075	9235	1328	10563
1976	10217	1434	11651
1977	9847	1451	11293
1978	12588	1876	14464
1979	11655	1957	13612
1980	13561	2240	15801
1981	13831	2143	15956
1982	14558	2353	16911
1983	16151	2880	19031
1984	14925	2784	17709
1985	11872	2397	14269
TOTALE	198979	30956	229935

curati. L'alcolismo e il suo trattamento sono ormai inclusi nei programmi di promozione e di protezione della salute e questo permette sempre più spesso un trattamento adeguato ad ogni alcolista.

Sempre più frequentemente emerge, nella programmazione dei servizi sanitari, l'aspetto economico. Domande lecite e frequenti sono se il trattamento ospedaliero dà quei risultati che dovrebbe dare, se è veramente indispensabile un così elevato numero di ospedalizzazioni e se la società può permettersi di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

mettere a disposizione tanti mezzi per controllare l'alcolismo a livello ospedaliero. Queste perplessità hanno favorito lo sviluppo di programmi alternativi che hanno messo l'accento sulla prevenzione primaria. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è mossa in questa direzione ed ha proposto dei programmi per ridurre entro la fine del secolo il consumo di bevande alcoliche del 20-25%. Oggi un gran numero di alcolisti viene trattato a livello territoriale con il concorso del medico di base o nel Club degli alcolisti in trattamento.

Il numero dei ricoveri della Tabella 3 dimostra che nel periodo 1965-1985 molti alcolisti sono stati ospedalizzati più volte. Una certa percentuale di alcolisti, affetti da gravi patologie alcolcorrelate, hanno avuto ripetuti ricoveri; la maggior parte non ha avuto ulteriori ricoveri nello stesso anno. Il numero elevato di ospedalizzazioni ripetute è una parziale dimostrazione dei risultati insoddisfacenti del trattamento degli alcolisti, sia ospedaliero che territoriale. Questi dati lasciano perplessi tanto più avendo presente che, con opportuni programmi, si possono ottenere risultati soddisfacenti. Probabilmente questa situazione è favorita anche dalla legislazione e dalle normative che sono più attente alla malattia che non alla salute o alla prevenzione. I dati segnalano poi soprattutto la necessità di un aggiornamento continuo sui problemi alcolcorrelati da parte delle équipe che operano nell'ambito dei servizi di protezione e di promozione della salute.

Un miglioramento del controllo dei disturbi alcolcorrelati si può ottenere solamente con una efficiente prevenzione primaria. Inoltre, un buon coinvolgimento dei servizi sanitari nei programmi di prevenzione primaria renderebbe possibile la diagnosi precoce e il calo del numero di alcolisti ricoverati solo quando sono già comparse patologie irreversibili. Diminuirebbe così anche il numero totale delle degenze ospedaliere. Il medico generico dovrebbe usufruire di un aggiornamento continuo comprensivo anche delle indicazioni per quei trattamenti ospedalieri che comunque continuerebbero ad essere effettuati quando indicati. Aumenterebbe così il numero degli alcolisti che dopo una diagnosi precoce potrebbero entrare nel trattamento extraospedaliero. L'alcolista e i membri della sua famiglia dovrebbero, fin dal primo giorno di trattamento, o addirittura prima dell'ospedalizzazione, essere inseriti nel Club degli alcolisti in trattamento dove verrà poi condotta la fase postospedaliera del trattamento. Se ciò non viene fatto, l'alcolista, che in ospedale avrà nel frattempo smesso di bere, si convincerà di essere in grado di controllare il proprio bere senza l'aiuto di nessuno, con la conseguenza che molto presto ricomincerà a bere e tutto riprenderà come prima. Non sono rari i casi in cui l'alcolista viene ospedalizzato anche una decina di volte, fino a quando riesce a risolvere la sua situazione o muore. Ci sono degli alcolisti che sono stati ricoverati

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 4
Numero dei primi ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-85 divisi per classi di età

ANNO	18-29	30-44	45-59	+60	non rilevata	TOTALE
1965	376	1583	870	286	25	3140
1966	367	1543	810	230	52	3002
1967	327	1638	852	348	45	3210
1968	369	1948	1160	376	50	3930
1969	390	2046	1164	479	71	4150
1970	489	2385	1527	584	72	5057
1971	532	2509	1538	544	86	5209
1972	554	2385	1454	496	79	4968
1973	547	2413	1485	543	91	5079
1974	568	2239	1533	562	56	4958
1975	698	2282	1749	622	65	5416
1976	780	2432	1983	715	106	6015
1977	771	2266	2046	625	60	5768
1978	778	2726	2775	831	88	7198
1979	806	2444	2636	825	83	6792
1980	810	2680	2992	930	95	7507
1981	783	2495	2989	932	106	7305
1982	911	2673	3240	802	88	7714
1983	908	2943	3598	961	105	8515
1984	861	2786	3343	1040	22	8052
1985	861	2726	2904	864	32	7387
TOTALE	13513	49142	42648	13593	1477	120373

anche più di 100 volte. Le ricadute sono particolarmente frequenti in quegli alcolisti che non sono stati inseriti nei programmi di trattamento territoriale, in quelli che provengono da regioni dove la medicina di base non partecipa al trattamento e alla riabilitazione o dove non esistono programmi territoriali basati sui Club degli alcolisti in trattamento.

Oggi, dopo che nel trattamento è stato introdotto l'approccio sistemico e che si sottolinea l'importanza della prevenzione primaria, secondaria e terziaria,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 5
Numero dei primi ricoveri degli alcolisti maschi nel periodo 1965-85 divisi per fasce di età

ANNO	18-29	30-44	45-59	+60	non rilevata	TOTALE
1965	333	1429	766	235	21	2784
1966	345	1383	706	181	41	1656
1967	306	1479	713	292	38	2828
1968	352	1739	1007	315	43	3456
1969	356	1851	957	394	57	3633
1970	439	2109	1289	494	58	4389
1971	467	2223	1270	432	72	4464
1972	501	2135	1221	391	62	4310
1973	510	2128	1256	441	85	4420
1974	514	1973	1286	447	48	4268
1975	630	1998	1454	495	58	4635
1976	705	2145	1666	569	95	5180
1977	704	1984	1704	497	44	4933
1978	703	2391	2299	636	73	6102
1979	730	2099	2181	604	66	5680
1980	727	2363	2471	677	80	6318
1981	728	2173	2493	727	84	6205
1982	823	2327	2692	579	70	6491
1983	807	2529	2956	681	78	7051
1984	786	2388	2734	761	15	6684
1985	772	2366	2441	629	26	6234
TOTALE	12238	43212	35580	10477	1214	102721

non solamente per le famiglie, ma anche per la comunità in senso esteso o per il gruppo di lavoro, anche le ricadute si possono affrontare in un contesto diverso. Ricaduta non significa solamente ritorno al bere, ma anche ritorno al precedente modello comportamentale; la ricaduta può essere del singolo, ma anche della famiglia, dei servizi socio-sanitari, della comunità locale, del gruppo di lavoro, dell'operatore, come vedremo meglio in seguito.

Perché si manifesti un quadro di alcolismo è necessario bere per un periodo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 6
Percentuali dei primi ricoveri degli alcolisti maschi nel periodo 1965-85 divisi per fasce d'età

ANNO	-29	30-44	45-59	60-	non rilevata	TOTALE
1965	12,0	51,3	27,5	8,4	0,8	100,0
1966	13,0	52,1	26,6	6,8	1,5	100,0
1967	10,8	52,3	25,2	10,3	1,3	100,0
1968	10,2	50,3	29,1	9,1	1,2	100,0
1969	9,8	50,9	26,8	10,8	1,6	100,0
1970	10,0	48,1	29,4	11,2	1,3	100,0
1071	10,5	49,8	28,4	8,7	1,6	100,0
1972	11,6	49,5	38,3	9,1	1,4	100,0
1973	11,5	48,1	28,4	10,0	1,9	100,0
1974	12,0	46,2	30,1	10,4	1,1	100,0
1975	13,6	43,1	31,4	10,7	1,3	100,0
1976	13,6	41,4	32,2	11,0	1,8	100,0
1977	14,3	40,2	34,5	10,1	0,9	100,0
1978	11,5	39,2	37,7	10,4	1,2	100,0
1979	12,9	37,0	38,4	10,6	1,2	100,0
1980	11,5	37,4	39,1	10,7	1,3	100,0
1981	11,7	35,0	40,2	11,7	1,4	100,0
1982	12,7	35,8	41,5	8,9	1,1	100,0
1983	11,4	35,9	41,9	9,7	1,1	100,0
1984	11,8	35,7	40,9	11,4	0,2	100,0
1985	12,4	38,0	39,2	10,1	0,4	100,0
TOTALE	11,9	42,1	34,6	10,2	1,2	100,0

prolungato. In un esiguo numero di alcolisti, circa il 10%, il bere problematico si manifesta molto presto e il primo ricovero avviene già prima dei 30 anni. A questi alcolisti va rivolta una particolare attenzione poiché di solito hanno un fisico ancora in buone condizioni e accettano con difficoltà il fatto che per loro l'alcol possa essere un grave pericolo e una minaccia. Hanno inoltre bisogno di un processo riabilitativo più complesso, ivi compresa la loro riabilitazione

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 7
Numero dei primi ricoveri degli alcolisti di sesso femminile nel periodo 1965-85 divisi per fasce d'età

ANNO	18-29	30-44	45-59	+60	non rilevato	TOTALE
1965	43	154	104	51	4	356
1966	22	160	104	49	11	346
1967	21	159	139	56	7	382
1968	44	209	153	61	7	474
1969	34	195	189	85	14	517
1970	50	276	238	90	14	668
1071	65	286	268	112	14	745
1972	53	250	233	105	17	658
1973	37	285	229	102	6	659
1974	54	266	247	115	8	690
1975	68	284	295	127	7	781
1976	75	287	317	146	11	836
1977	67	282	342	128	16	835
1978	75	335	476	195	15	1096
1979	76	345	455	219	17	1112
1980	83	317	521	253	15	1189
1981	55	322	496	205	22	1100
1982	88	346	548	223	18	1223
1983	101	414	642	280	27	1464
1984	75	398	609	279	7	1368
1985	89	360	463	235	6	1153
TOTALE	1275	5930	7068	3116	263	17652

professionale. Per il precoce comparire dell'alcolismo questi giovani non sono riusciti infatti nemmeno a conseguire una piena abilità e maturità lavorativa.

La maggioranza degli alcolisti si ricovera tra i 30 e i 45 anni, cioè nel periodo in cui dovrebbero essere nel massimo dell'efficienza sociale e lavorativa. Dopo i 55 anni il numero degli alcolisti che si presentano per il trattamento ospedaliero diminuisce. La maggior parte degli alcolisti di questa fascia di età

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 8
Percentuali dei primi ricoveri degli alcolisti di sesso femminile nel periodo 1965-85 divisi per fasce d'età

ANNO	18-29	30-44	45-59	+60	non rilevato	TOTALE
1965	12,1	43,3	29,2	14,3	1,1	100,0
1966	6,4	46,2	30,1	14,2	3,2	100
1967	5,5	41,6	36,4	14,7	1,8	100
1968	9,3	44,1	32,3	12,9	1,5	100
1969	6,6	37,7	36,6	16,4	2,7	100
1970	7,5	41,3	35,6	13,5	2,1	100
1071	8,7	38,4	36,0	15,0	1,9	100
1972	8,1	38,1	35,4	16,0	2,6	100
1973	5,6	43,1	34,7	15,5	0,9	100
1974	7,8	38,6	35,8	16,7	1,2	100
1975	8,7	36,4	37,8	16,3	0,9	100
1976	9,0	34,3	37,9	17,5	1,3	100
1977	8,0	33,8	41,0	15,3	1,9	100
1978	6,8	30,6	43,4	17,8	1,4	100
1979	6,8	31,0	40,9	19,7	1,5	100
1980	7,0	26,7	43,8	21,3	1,3	100
1981	5,0	29,3	45,1	18,6	2,0	100
1982	7,2	28,3	44,8	18,2	1,5	100
1983	6,9	28,3	43,9	19,1	1,8	100
1984	5,5	29,1	44,5	20,4	0,5	100
1985	7,7	31,2	40,2	20,4	0,5	100
TOTALE	7,2	33,6	40,0	17,7	1,5	100

sono già deceduti.

Questi dati dimostrano drammaticamente la necessità di programmi di prevenzione. Il trattamento in alcuni casi può essere di aiuto, ma la corsa verso l'alcolismo di un gran numero di giovani si può interrompere solo mediante un'efficace attività di prevenzione. La maggior parte degli alcolisti nella comunità è composta da persone giovani che prima di essere costrette, a causa di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 9
Rapporto numerico maschi/femmine nei ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-85

ANNO	MASCHI	FEMMINE
1965	7,8	1
1966	7,7	1
1967	7,4	1
1968	7,3	1
1969	7,0	1
1970	6,6	1
1971	6,0	1
1972	6,5	1
1973	6,7	1
1974	6,2	1
1975	5,9	1
1976	6,2	1
1977	5,9	1
1978	5,6	1
1979	5,1	1
1980	5,3	1
1981	5,6	1
1982	5,3	1
1983	4,8	1
1984	4,8	1
1985	5,4	1
TOTALE	5,8	1

qualche disturbo, ad entrare in un programma alcologico, in un Club o in ospedale, hanno vissuto in famiglia e hanno condotto una vita sociale normale. Invece di attendere il ricovero sarebbe più opportuno cercare di individuare l'alcolista prima che insorgano problemi alcolcorrelati. Per arrivare a questo occorre organizzare un programma efficace, concreto e serio di controllo dei disturbi alcolcorrelati.

Nella Tabella 5 sono presentati i dati, in numero assoluto, relativi all'età

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 10
Rapporto numerico maschi/femmine nei ricoveri per alcolismo relativi ai residenti nella città di Zagabria nel periodo 1965-85

ANNO	MASCHI	FEMMINE
1965	6,2	1
1966	6,5	1
1967	5,9	1
1968	4,8	1
1969	4,7	1
1970	4,6	1
1971	4,8	1
1972	4,5	1
1973	5,7	1
1974	5,5	1
1975	4,8	1
1976	5,2	1
1977	4,8	1
1978	5,6	1
1979	4,2	1
1980	4,4	1
1981	4,8	1
1982	4,7	1
1983	4,2	1
1984	4,2	1
1985	4,6	1
TOTALE	4,9	1

degli alcolisti maschi ricoverati per la prima volta negli ospedali della Croazia nel periodo 1965-1985. Gli stessi dati, espressi in percentuale, sono presentati nella Tabella 6. Mentre il numero totale degli alcolisti maschi ospedalizzati è in aumento per tutte le fasce d'età, se si considerano i rapporti percentuali tra fasce di età, si osservano dei segnali che possono essere considerati positivi. Così, per esempio, la percentuale dei maschi sotto i 30 anni è, con minime oscillazioni, invariata, il che smentisce la diffusa convinzione che i giovani bevano sempre di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 11
Giorni di degenza media nei ricoveri per alcolismo nel periodo 1965-85 divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	41,7	46,5	42,2
1966	40,0	53,5	41,2
1967	41,4	54,9	42,9
1968	36,0	40,9	36,6
1969	38,1	48,4	39,3
1970	35,5	39,7	36,0
1971	36,8	45,4	37,9
1972	35,1	47,8	36,6
1973	36,8	49,8	38,3
1974	40,4	47,6	41,3
1975	42,6	54,2	44,1
1976	39,2	44,0	39,8
1977	39,0	42,1	39,4
1978	37,8	35,0	37,4
1979	43,6	38,1	42,8
1980	33,7	37,9	34,3
1981	32,0	31,9	32,0
1982	32,3	36,3	32,8
1983	32,8	33,9	33,0
1984	31,5	28,1	31,0
1985	34,5	33,8	34,4
TOTALE	36,3	39,1	36,7

più e che sempre più spesso vengano ricoverati per alcolismo. Anche per quanto riguarda la fascia di età tra i 30 e i 45 anni si registra una diminuzione percentuale dei ricoveri. Solamente sopra i 45 anni la percentuale aumenta per poi rimanere stabile dopo i 60 anni. Ciò può dipendere dal miglioramento dei programmi attivati a livello territoriale. In ogni caso, bisognerà dedicare maggiore attenzione allo studio di questi dati e coinvolgere in queste ricerche le comunità locali e i Club degli alcolisti in trattamento. Fondamentale sarà poi attivare indagini valutative

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 12
Numero dei giorni di degenza degli alcolisti ricoverati nel periodo 1965-85 divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	131490	19444	150934
1966	142488	23474	165962
1967	168484	28558	197042
1968	183316	27016	210332
1969	214244	34424	248668
1970	248458	37656	286114
1971	274962	49549	324511
1972	268084	48380	316464
1973	304150	52197	356347
1974	333055	56749	389904
1975	393482	71976	465458
1976	400825	63128	463953
1977	384167	61103	445270
1978	475357	65694	541051
1979	507695	74646	582341
1980	456894	84863	541757
1981	442108	68383	510491
1982	469939	85363	555302
1983	529571	97521	627092
1984	484510	80280	564790
1985	409765	81076	490841
TOTALE	7223044	1211480	8374524

dei programmi. Se si confrontano i dati relativi ai maschi con quelli relativi alle femmine (Tabelle 7 e 8) alcune differenze sono subito evidenti. Per esempio la percentuale di donne ricoverate prima dei 30 anni è in diminuzione, mentre le donne che si presentano per il primo ricovero dopo i 60 anni sono, in proporzione, molto più numerose dei maschi e sono in pressoché costante aumento; questo fenomeno richiede un'indagine sociologica più approfondita. Come nella maggior parte dei paesi, anche in Croazia aumenta il numero di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

donne che vengono ricoverate per alcolismo e aumenta il loro numero in rapporto a quello dei maschi, come si vede dalle Tabelle 9 e 10. La Tabella 9 si riferisce a tutta la Croazia, la Tabella 10 alla sola città di Zagabria. La spiegazione di questo fenomeno richiede ulteriori ricerche e naturalmente l'attivazione di programmi adeguati.

I dati che testimoniano l'aumento del numero di donne alcoliste non sono verosimilmente conseguenza esclusiva dell'alcolismo, ma riflettono determinati cambiamenti sociali e la graduale scomparsa di considerazioni e giudizi di tipo moralistico. Le ricerche condotte da Sakoman S., nella Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia e altre dipendenze dell'Ospedale universitario Dott. M. Stojanovic di Zagabria indicano infatti che il numero di donne alcoliste cresce parallelamente con il loro inserimento nel mondo del lavoro.

Anche i Club degli alcolisti in trattamento devono tener conto dell'aumento del numero delle donne alcoliste e regolarsi di conseguenza. Molto spesso anche il marito è un alcolista o un consumatore problematico, ma raramente viene invitato a collaborare con il Club o ad essere astinente. Anche in questi casi l'approccio familiare ha una propria insostituibile specificità, perché di norma la famiglia risulta gravemente disturbata, molto più che nei casi di alcolismo maschile quando la donna mantiene all'interno della famiglia una presenza e un ruolo stabile e adeguato.

Prendendo in considerazione tutti gli ospedali croati in cui si curano gli alcolisti, per un totale di oltre 900 posti letto, dal 1965 al 1985 la degenza media è diminuita di circa 10 giorni, pur mantenendosi sempre decisamente alta, oltre i 30 giorni. Va detto che il successo del trattamento probabilmente non dipende tanto dalla lunghezza della degenza, quanto piuttosto dalla qualità del programma offerto e dal coinvolgimento della famiglia nel Club degli alcolisti in trattamento fin dall'inizio dell'ospedalizzazione.

Se si considera il numero degli alcolisti curati negli ospedali e lo si confronta con il numero dei Club degli alcolisti in trattamento, in cui non dovrebbero esservi più di 12 famiglie, risulta chiaro che la maggioranza degli ospedali e dei servizi di medicina di base non dedicano la necessaria attenzione al destino degli alcolisti e delle loro famiglie dopo il trattamento ospedaliero. Nemmeno le istituzioni statali, le organizzazioni sindacali, le comunità nel loro complesso, sono particolarmente attente ai problemi della sofferenza.

I dati della Tabella 12 riportano il numero totale dei giorni di degenza e vanno esaminati con particolare attenzione per i seguenti motivi:

1. Il numero totale di giornate di degenza, circa mezzo milione, che gli alcolisti trascorrono annualmente in ospedale, definisce chiaramente l'entità e la gravità del problema in Croazia.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 13
Numero dei ricoveri ospedalieri per alcolismo nel periodo 1965-85 dei lavoratori aventi diritto alla previdenza sociale divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	1470	102	1572
1966	1647	97	1744
1967	2187	125	2312
1968	2703	135	2838
1969	2771	142	2913
1970	3568	208	3776
1971	3847	248	4095
1972	4181	245	4426
1973	4487	265	4752
1974	4461	263	4724
1975	5256	374	5630
1976	5848	376	6224
1977	5802	399	6201
1978	7410	510	7920
1979	7166	570	7736
1980	8553	648	9201
1981	8607	564	9171
1982	9258	685	9943
1983	10348	833	11181
1984	9816	872	10688
1985	7590	760	8350
TOTALE	116976	8421	125397

2. Anche l'aspetto puramente economico è preoccupante. Bisogna chiedersi se un Paese, come ad esempio la Croazia, è in grado di sostenere un costo così rilevante per il trattamento ospedaliero degli alcolisti; bisogna inoltre considerare i riflessi sul mondo del lavoro e le ripercussioni umane e sociali nelle famiglie e nelle comunità.
3. Infine, anche indipendentemente dal costo, occorre chiedersi quali sono i risultati che il trattamento ospedaliero garantisce. A giudicare dal numero di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 14
Numeri dei ricoveri ospedalieri per alcolismo nel periodo 1965-85 con diagnosi addizionale di psicosi alcolica divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	709	70	779
1966	646	100	746
1967	1136	165	1301
1968	1465	184	1649
1969	1892	209	2101
1970	2198	274	2472
1971	2417	337	2754
1972	2600	302	2902
1973	2757	321	3078
1974	2828	436	3264
1975	2481	412	2893
1976	2216	325	2541
1977	2507	426	2933
1978	3120	382	3502
1979	2085	306	2391
1980	2949	455	3404
1981	2910	384	3294
1982	2964	381	3345
1983	3100	421	3521
1984	2064	335	2399
1985	1508	271	1779
TOTALE	46552	6490	53048

Club degli alcolisti in trattamento, è chiaro che sono ancora troppi gli alcolisti che vengono trattati secondo metodi tradizionali che non prevedono il trattamento territoriale. Probabilmente questo fa parte di limiti strutturali che non sono solo del mondo ospedaliero, ma anche dell'organizzazione complessiva dei servizi sanitari e delle politiche sociali delle nostre istituzioni. Nonostante le formali dichiarazioni di preoccupazione e di interesse per l'uomo, sembra proprio che sia l'aspetto umano ad essere il più trascurato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 15
Numero di alcolisti ricoverati nel periodo 1965-85 deceduti durante il ricovero divisi per sesso

ANNO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	48	12	60
1966	44	11	55
1967	35	8	43
1968	27	12	39
1969	99	17	116
1970	137	16	153
1971	109	32	141
1972	115	28	143
1973	110	8	118
1974	161	29	190
1975	110	32	142
1976	121	25	146
1977	144	30	174
1978	258	68	326
1979	255	86	341
1980	382	109	491
1981	258	103	461
1982	291	110	401
1983	460	174	634
1984	320	113	433
1985	225	85	310
TOTALE	3809	1108	4917

nei vari programmi di politica sociale e sanitaria.

Tutti i dati presentati nelle tabelle dimostrano indirettamente l'enorme danno che l'alcolismo arreca all'economia nazionale e all'apparato produttivo. È sufficiente osservare i dati della Tabella 13, impressionanti per l'altissimo numero di degenze ospedaliere con diagnosi di alcolismo in lavoratori che godono dei benefici della Previdenza Sociale. Fra gli altri degenti è rilevante poi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 16

Incidenza dei nuovi casi e numero totale di ricoveri per alcolismo nel periodo 1965-85 negli ospedali psichiatrici della Croazia divisi per consorzi di comuni e per sesso

CONSORZI DICOMUNI	NUMERO DEI NUOVI CASI			NUMERO DEI RICOVERI		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ZAGREB (centro)	19210	3951	23161	42238	8144	50382
ZAGREB (periferia)	10844	2027	12871	20225	3359	32584
BJELOVAR	10928	1948	12876	20007	3150	23157
GOSPIC	1553	228	1781	2537	341	2878
KARLOVAC	3692	704	4396	7976	1470	9446
OSIJEK	18000	2164	20164	32995	2245	36344
RIJEKA	11866	1799	13665	22586	3143	25729
SISAK	6005	1081	7086	11898	11827	137225
SPLIT	13566	2399	15965	25242	4010	29252
VARAZDIN	6675	1271	7946	12720	2073	14793
OSTALO	382	80	462	551	94	645
TOTALE	102721	17652	120373	198979	30956	229935

il numero dei pensionati per invalidità a causa dell'alcolismo o delle sue conseguenze. E spesso si è arrivati o si arriva al pensionamento per invalidità senza aver preso tutte le necessarie e possibili misure di trattamento e riabilitazione.

La qualità degli interventi sanitari sugli alcolisti risulta evidente dalle Tabelle 14 e 15 che riportano il numero delle degenze di alcolisti che presentano anche un quadro di psicosi alcolica e il numero di pazienti deceduti in ospedale. Chiaramente si tratta di persone ricoverate in condizioni estremamente gravi e spesso quando è ormai troppo tardi. Quali sono le misure prese dalla medicina di base affinché questo non avvenga? È ammissibile che manchino programmi adeguati di prevenzione? È ammissibile aspettare che le condizioni della persona siano così gravi e intervenire solo allora?

Nelle tabelle non sono stati inseriti gli alcolisti gravi ricoverati in altri reparti ospedalieri (medicina interna, chirurgia, ecc.) a causa di complicanze alcolcorrelate di altra natura e che nelle statistiche non vengono presentati con la diagnosi di alcolismo. Le ricerche svolte non sono riuscite a dare una chiara

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 17

Aumento dell'indice dei ricoveri per alcolismo nel periodo 1965-85 negli ospedali psichiatrici della Croazia divisi per sesso e avendo base dell'indice a 100 nell'anno 1965

ANNO DI RICOVERO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1965	100,0	100,0	100,0
1966	112,8	105,0	112,0
1967	129,0	124,0	128,4
1968	161,4	157,9	161,0
1969	178,3	170,1	177,3
1970	221,6	227,0	222,2
1971	273,0	261,2	239,8
1972	242,3	242,1	242,2
1973	262,0	250,7	260,6
1974	261,0	285,4	263,9
1975	292,7	317,7	295,6
1976	323,8	341,1	326,1
1977	312,1	347,2	316,2
1978	398,9	448,8	414,8
1979	369,4	468,2	381,0
1980	429,8	535,9	442,2
1981	437,8	512,7	446,6
1982	461,4	562,9	473,3
1983	511,9	689,0	532,6
1984	487,2	683,0	510,1
1985	337,6	573,4	399,4

risposta sulle misure adottate da ospedali, medicina di base, comunità locale e organizzazioni di lavoro prima e dopo l'ospedalizzazione degli alcolisti.

Nella Tabella 16 sono riportati i dati relativi agli alcolisti trattati nelle regioni della Croazia. I dati sono utili per giudicare la qualità dell'intervento in determinate zone della Repubblica; il loro valore aumenterebbe se li si potesse confrontare con le principali variabili demografiche e sociali di queste zone.

I dati presentati nella tabelle del Registro dimostrano che l'alcolismo è

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 18
Numero di ricoveri per alcolismo nel periodo 1965-85 suddivisi per ospedale e per sesso

OSPEDALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
REBRO	1534	265	179
DR. "M. STOJANOVIC"	16086	2896	18982
BRACA SOBOL RIJEKA	5409	795	6204
OSP. PSICH. VRAPCE	9111	1832	10943
OSP. PSICH. JANKOMIR	5954	1173	7127
OSP. PSICH. UGLJAN	1443	150	1593
OSP. PSICH. POPOVACA	4876	801	5677
OSP. PSICH. RAB	2460	250	2710
C. M. BJELOVAR	4548	940	5488
C. M. BUBROVNIK	948	167	1115
C. M. KARLOVAC	2316	489	2805
C. M. KNIN	900	280	1180
C. M. NOVA GRADISKA	1361	232	1593
C. M. PAKRAC	4403	666	5069
C. M. PULA	3566	565	4131
C. M. SISAK	1203	277	1480
C. M. SLAVONSKI BROD	2757	300	3057
C. M. SIBENIK	2149	309	2458
C. M. VARAZDIN	2595	452	3047
C. M. "OSP. BANJ. DVORI"	2620	388	3008
C. M. ZADAR	1643	372	2015
C. M. ZADAR-ZEMUNIK	125	35	160
C. M. PETRINJA	2434	425	2859
C. M. VITROVITICA	1083	175	1258
OSP. GEN. OSIJEK	3779	477	4526
OSP. GEN. SPLIT	4319	781	5100
OSP. GEN. "DR. J. KAJFES"	295	61	356
OSP. GEN. "O. NOVOSEL"	64	23	87
C. M. GOSPIC	246	29	275
C. M. OGULIN	702	140	842
C. M. NASICE	446	101	547
C. M. SLAVONSKA POZEGA	460	110	570

(continua)

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

(segue)

C. M. VINKOVCI	2366	176	2542
C. M. VUKOVAR	757	63	820
C. M. KOPRIVNICA	1922	363	2285
C. M. DUGA RESA	259	60	319
C. M. CAKOVEC	954	357	1311
ROCKFELLEROVA	110	7	117
SREBRNJAK	5	1	6
JORDANOVAC	55	2	57
NOVI MAROF	164	25	189
KLENOVNIK	2089	208	2297
OSP. MAL. INFETTIVE	28	0	28
OSP. "DR. Z. KUCIC" Rijeka	117	29	146
PLESIVICA	85	19	104
OSP. TRAUMATOLOGICO	5	0	5
OSP. MILITARE ZAGREB	8	3	11
CENTRO SALUTE	1789	350	2139
GLINA	173	33	206
TOTALE	102721	17652	120373

largamente diffuso e provoca gravissime conseguenze alla vita della Repubblica croata. Alcuni dati parlano di una diminuzione, in numeri relativi, degli alcolisti al di sotto dei 29 anni e questo potrebbe significare che i programmi iniziati nel 1954 stanno dando i primi risultati.[1]

Questo stato di cose rende necessaria l'introduzione di programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati che possano soddisfare i bisogni presenti nella società ed essere in sintonia con le sue possibilità e la sua disponibilità ad occuparsi con maggiore serietà del problema. Il solo numero degli alcolisti curati negli ospedali è così alto che la loro riabilitazione, se venisse condotta con metodi classici, richiederebbe uno spiegamento di risorse e di operatori tale che nemmeno una società molto più ricca di quella croata sarebbe in grado di attivare.

[1] Nel 1954 la Croce Rossa ha dato inizio a programmi di lotta contro l'alcolismo. Nello stesso anno si è costituita la Lega contro l'alcolismo; oggi in Croazia vi è la lega per la protezione e la promozione della salute mentale e del controllo delle dipendenze.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Come sappiamo, secondo l'approccio ecologico o verde, per garantire una migliore qualità dello stile di vita della comunità, i programmi per il controllo dei disturbi alcolcorrelati devono comprendere contemporaneamente la prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Il programma fa riferimento ad ogni membro della società, si appoggia a tutte le strutture comunitarie e non può essere realizzato solo dagli operatori sanitari senza la partecipazione del volontariato nelle sue varie articolazioni. Nel Registro confluiscono i dati relativi agli alcolisti curati negli ospedali psichiatrici e negli istituti alcologici, ai pazienti di alcuni reparti di medicina interna e agli alcolisti in cura presso l'ospedale per le malattie polmonari e la tubercolosi di Klenovnik. I dati dimostrano che il numero di alcolisti ricoverati è in costante aumento. I ricoveri per alcolismo in Croazia sono annualmente circa 15.000; di questi circa 7.000 sono primi ricoveri.

Le ricerche di Ledermann S. (1956), hanno contribuito a diffondere l'opinione per cui l'incidenza e la prevalenza dei disturbi alcolcorrelati dipende dal consumo medio di alcol annuo pro capite. I lavori di questo studioso, e più recentemente gli studi sulla produzione e sul consumo di alcolici nelle comunità (De Lint J., 1981; De Lint J. e Schmidt W., 1968) hanno stimolato l'elaborazione della teoria epidemiologica, di cui abbiamo già accennato in breve. Attualmente le ricerche epidemiologiche sono spesso rivolte alla valutazione dei vari programmi.

La maggior parte delle ricerche epidemiologiche è rivolto allo studio di una determinata situazione in un ristretto periodo storico e solo poche si occupano di analisi longitudinali (Fillmore K. M., 1988). Secondo Fillmore K.M. (1988), gli studi longitudinali, a cui bisognerà in futuro dedicare maggiore attenzione, finora sono stati svolti soprattutto in Scandinavia e negli Stati Uniti.

Considerazioni conclusive

Il dato che nella maggior parte degli ospedali psichiatrici della Jugoslavia gli alcolisti siano il 20% dei ricoverati conferma, da solo, che l'alcolismo è un fenomeno drammaticamente diffuso. Sono sempre più numerosi gli istituti psichiatrici, in Jugoslavia e altrove, dove gli alcolisti arrivano a sfiorare, tra i maschi, il 50% dei nuovi ricoveri. Anche nei reparti di medicina interna, di chirurgia e di traumatologia gli alcolisti rappresentano spesso il gruppo più numeroso. Inoltre, gli alcolisti escono spesso dal mondo del lavoro per invalidità nel periodo più produttivo della loro vita, fra i 30 e i 50 anni; risultano assenti dal lavoro per circa 2 mesi all'anno; perdono normalmente 10 anni di anzianità lavorativa; muoiono 15-20 anni prima della media dei non alcolisti.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

C'è chi sostiene che circa il 50% di tutti i problemi matrimoniali siano provocati dall'alcolismo. I figli cresciuti in famiglie di alcolisti manifestano spesso disturbi comportamentali. Secondo le nostre ricerche, il 50-80% degli alcolisti provengono da famiglie in cui uno o ambedue i genitori erano alcolisti. Ciò comunque non significa che l'alcolismo sia un disturbo ereditario e si può anzi sostenere che lo stile di vita dell'alcolista, il suo modello comportamentale, la sua cultura familiare trasmessa di generazione in generazione, sono modellati su quell'ambiente per il quale il bere ha un particolare significato e valore. La qualità dei rapporti familiari in queste famiglie è spesso degradata; i rapporti e le comunicazioni interpersonali sono impoveriti e scadenti e l'empatia non esiste, come testimoniano gli alcolisti che si sottopongono al trattamento o entrano nel Club. Si può parlare di alessitimia degli alcolisti, per indicare una situazione caratterizzata da comunicazioni povere, da assenza di rapporti emozionali e da mancanza di interazioni fra i membri della famiglia e la comunità. L'alcolismo accorcia significativamente la durata della vita, di 10 - 20 anni almeno, come dimostrano le nostre ricerche non ancora pubblicate, e la letteratura alcologica mondiale (Marek Z. e coll., 1980; Harvey J.G., 1981; Valverius M.R., 1981). Inoltre più della metà dei casi di cirrosi epatica è alcolcorrelata.

I problemi sanitari e sociali legati all'alcolismo si potrebbero riassumere nei seguenti punti:

1. L'alcolista si ammala nell'età più produttiva della sua vita, e ciò influisce significativamente sul suo tenore di vita oltre a rendere problematici i suoi rapporti con la famiglia e col gruppo sociale all'interno del quale vive e lavora.
2. L'alcolismo ha ripercussioni negative anche sui membri della famiglia dell'alcolista e del suo gruppo di lavoro. L'alcolismo dei genitori è estremamente pericoloso per l'educazione dei figli; si parla di coalcolismo e di coalcolisti (Scheller R., 1990). Poiché l'alcolismo colpisce tutto il sistema familiare, non è possibile prevenire i disturbi alcolcorrelati e operare dei cambiamenti comportamentali senza coinvolgere l'intera famiglia.
   Ciò significa anche coinvolgere nel trattamento tutte le figure esterne al gruppo familiare che rivestono però un particolare significato per la famiglia o che si trovano con essa in stretto rapporto (amici, compagni di scuola dei figli, colleghi di lavoro, ecc.)
3. Per la stabilità della famiglia l'alcolismo femminile è molto più pericoloso di quello maschile e porta rapidamente ad una sua disintegrazione. Il numero di donne alcoliste è in forte aumento. Sono sempre più frequenti i casi di donne alcoliste, spesso mogli di alcolisti, che si sottopongono a trattamento. Il coinvolgimento del marito, alcolista o non alcolista, è sempre molto difficile

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e problematico. Anche l'astinenza richiesta al marito coinvolto nel trattamento multifamiliare si ottiene con grosse difficoltà e crea spesso problemi al Club e agli operatori. Una difficoltà che insorge spesso in questi casi si ha quando gli operatori che si trovano a trattare queste famiglie cominciano a parteggiare per uno dei due coniugi, di solito il marito. Questo impedisce spesso il buon esito del trattamento. È infatti il sistema familiare nella sua globalità che deve essere considerato bisognoso di trattamento.

4. Della drammatica realtà dei problemi alcolcorrelati testimoniano anche gli impressionanti dati sugli incidenti stradali causati dall'intossicazione acuta da alcol o dall'alcolismo. Spesso si tratta di incidenti mortali o causa di invalidità permanenti anche gravi.
   Nel capitolo dedicato all'epidemiologia si è accennato agli Stati Uniti, dove il numero dei decessi per incidenti stradali è paragonabile a quello causato da una guerra regionale di media entità.
5. Per far fronte alle conseguenze dei disturbi alcolcorrelati, la comunità stanzia notevoli mezzi finanziari, sia attraverso le strutture sanitarie che quelle sociali. Particolarmente importante, seppur trascurata, è la valutazione dei risultati ottenuti da questi programmi che spesso non sono all'altezza delle aspettative e costano decisamente troppo rispetto ai pochi benefici che procurano.

Il bere femminile e i problemi alcolcorrelati nella donna

Negli ultimi anni, sempre più frequentemente sono apparsi in letteratura dei lavori sul bere femminile e sui problemi alcolcorrelati e sull'alcolismo nella donna (Cahalan D. e coll. 1969; Belfer M. e coll. 1971; Breese E., 1985; Ahlström S., 1987). Nonostante ciò, fino a tempi molto recenti, le ricerche serie sul bere femminile sono state pochissime e gran parte del materiale pubblicato si è basato prevalentemente su impressioni soggettive e individuali, non supportate scientificamente.

L'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un compendio di questi lavori curato da Plant, L.M. (1990).

Nonostante esistano varie teorie sul bere femminile e sui problemi alcolcorrelati nelle donne, teorie e malgrado ne siano state ipotizzate caratteristiche particolari, non si può dire che siano state individuate differenze specifiche rispetto al bere dei maschi. Anche quando queste differenze esistono, sono determinate, in entrambi i sessi, da influenze culturali, sia familiari che sociali, presenti all'interno della comunità e nella realtà femminile legata allo specifico ciclo vitale e alle caratteristiche ormonali della donna. Nella letteratura sono

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

descritti alcuni aspetti correlati al bere femminile; ricordiamo in particolare le abitudini derivanti dalla cultura e dalle tradizioni, la gravidanza, la sindrome alcolica fetale, le correlazioni con i tumori, in particolare con i tumori della mammella, il ciclo mestruale, ecc.

Dalle indagini epidemiologiche, decisamente minori nella popolazione femminile rispetto a quella maschile, risulta che le donne bevono meno degli uomini nella maggior parte delle culture, che sono più rappresentate nel gruppo degli astinenti e degli astemi, ecc.

Tuttavia, in certe categorie particolari, come nella categoria delle donne lavoratrici, si sono verificati dei cambiamenti nel bere che hanno avvicinato il bere femminile a quello maschile. Negli ultimi 50 anni abbiamo assistito ad altri cambiamenti radicali e rapidi nel ruolo sociale della donna nei diversi Paesi e ad una sorta di "avvicinamento" al bere. Dopo la seconda guerra mondiale il consumo medio di alcol anidro annuo pro capite è aumentato e questo ha prodotto un aumento della prevalenza dei problemi alcolcorrelati nella popolazione di entrambi i sessi. In questo ultimo periodo l'occupazione femminile ha segnato un forte aumento e questo ha portato la donna in ambienti e contesti in cui si beve, portandola così ad accettare le modalità di consumo degli alcolici tipiche della popolazione maschile.

Le donne accedono più raramente degli uomini ai trattamenti per i problemi alcol-correlati (Thon R., 1986, 1987). Alcuni lavori sostengono che quando nella donna si sviluppa una dipendenza alcolica, sono presenti lesioni più gravi rispetto a quelle che si riscontrano nella popolazione maschile. Dal Registro degli alcolisti ospedalizzati nella Repubblica di Croazia si ricava che nel periodo 1965-85 in tutta la Repubblica sono stati ospedalizzati 102.721 maschi e 17.652 femmine. Nel periodo in questione è aumentato il numero delle ospedalizzazioni per alcolismo, sia per i maschi che per le femmine. Tale aumento non può essere attribuito ad un aumento reale degli alcolisti nella popolazione, in un lasso di tempo così breve. L'aumento delle ospedalizzazioni è causato da diversi fattori tra cui i miglioramenti registrati nei trattamenti, l'aumento dei posti letto nei servizi alcologici, l'interesse maturato per i problemi alcolcorrelati tra gli operatori sanitari e sociali e, più in generale, nei servizi pubblici e nelle istituzioni. Dal Registro degli alcolisti ospedalizzati nella Repubblica di Croazia si vede che le donne rappresentano poco più del 15% sul totale dei primi ricoveri degli alcolisti e che il loro numero aumenta, in termini relativi, in maniera più veloce rispetto a quello della popolazione maschile. Nella fascia di età fino ai 30 anni il numero delle donne ospedalizzate non cresce più rapidamente rispetto al numero riferito alla popolazione maschile, sempre in termini relativi. Nella fascia di età dopo i 60 anni la crescita della popolazione

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

femminile diventa invece significativa rispetto a quella maschile. Nel gruppo della popolazione maschile non vi è un cambiamento significativo, per quanto riguarda il pericolo considerato, in nessuna delle due fasce di età. Nella popolazione femminile è segnalato l'aumento dei casi di tumore, aumento simile a quello che si registra nella popolazione maschile. La maggioranza dei lavori che descrivono la correlazione tra l'alcolismo e i tumori parlano in particolare di aumento del carcinoma della mammella (Beeg C.B. e coll. 1983; Brinton L.A. e coll. 1983; Lé, M.G. e coll. 1984).

I risultati del trattamento nella popolazione femminile, in base alle nostre esperienze, dipendono, come del resto nella popolazione maschile, dalla qualità del trattamento medesimo. Quando Il Club lavora bene i risultati sono eguali per entrambi i sessi. Esistono esperienze secondo le quali i risultati sarebbero anche migliori nella popolazione femminile.

Le esperienze maturate nei Club ci danno l'impressione che sia più facile ottenere la collaborazione da parte della moglie, quando alcolista è il marito, che non quella del marito quando alcolista è la moglie. Sembra inoltre che in molte famiglie, quando si presenta l'alcolismo della donna, quello dell'uomo è già in essere. Tutto ciò necessita comunque di ulteriori indagini e ricerche.

Una osservazione generale condivisa che emerge dal lavoro dei Club riguarda il fatto che la famiglia si disgrega molto prima quando l'alcolismo tocca la donna, in quanto moglie e madre.

La sindrome alcolico-fetale ultimamente è stata descritta molto spesso; per questo motivo ne parleremo diffusamente più avanti.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo ottavo

L'EZIOLOGIA DELL'ALCOLISMO

Sulle cause dell'alcolismo si è molto discusso in passato e si continua a discutere anche ai giorni nostri. Le diverse opinioni dipendono in larga parte dall'ottica con cui il singolo o il gruppo guardano al bere e all'alcolismo; dipendono inoltre dall'appartenenza del singolo ricercatore ad una scuola piuttosto che a un'altra.

Non si può individuare un'unica causa dell'alcolismo. Non è sostenibile affermare che l'alcolismo è conseguenza dell'indigenza o, al contrario, di situazioni di benessere. Molte ricerche hanno dimostrato che l'alcolismo non è una malattia ereditaria, anche se in alcune famiglie può riproporsi in generazioni successive. C'è una sola caratteristica dell'alcolismo sulla quale, come dicono Chaudron C.D. e Wilkinson D.A. (1988), tutti sono d'accordo: si tratta di un disturbo legato al consumo di grandi quantità di alcolici. Per il resto, si sta ancora cercando una definizione corretta per questo disturbo che investe molteplici aspetti e che non è stato ancora chiarito in tutte le sue numerose sfaccettature. Quando si parla dell'eziologia dell'alcolismo, bisogna considerare il problema nella sua interezza, non limitandosi, per esempio, ai casi di alcolismo sintomatico, o secondario. Vi sono, come è noto, alcune persone che presentano una dipendenza secondaria dall'alcol, originata da qualche altra patologia, oppure da un disturbo ereditario. Ma questo non è il caso della maggior parte degli alcolisti. Le cause dell'alcolismo vanno cercate prima di tutto nell'individuo, e poi nel suo ambiente familiare e sociale. Alcuni autori danno grande importanza al modo in cui il gruppo sociale guarda al bere. In quei gruppi sociali, in cui tutti bevono, l'assuefazione al bere si crea molto presto. Grande importanza assume al riguardo l'educazione dei giovani. Le abitudini si prendono in famiglia: nel maggior numero dei casi, il primo bicchiere il bambino lo riceve dai propri genitori.

Alcune delle possibili cause dell'alcolismo sono già state in parte illustrate nel capitolo dedicato alla descrizione di alcuni approcci teorici ai disturbi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alcolcorrelati. Le più recenti ricerche sul consumo di bevande alcoliche in un determinato gruppo dimostrano che la diffusione dell'alcolismo e dei disturbi alcolcorrelati è strettamente legata al consumo di alcolici nell'intero gruppo sociale. La diffusione è tanto più ampia quanto maggiore è il consumo di alcolici. Facciamo questa considerazione sulla base dei numerosi studi compiuti da Ledermann S. (1956, 1964) e successivamente anche da altri autori.

L'alcolismo è un disturbo assai frequente in alcune categorie di lavoratori: chi opera nel settore alberghiero, chi si occupa della produzione delle bevande alcoliche, chi è occupato nella produzione vinicola, tanto per fare alcuni esempi. È anche evidente un legame particolare fra alcolismo e fenomeni migratori, processi di nuova industrializzazione, situazioni di disagio (Korczak D. e coll., 1981). L'aumento del consumo di alcolici e dell'alcolismo fra le donne dipende probabilmente anche dal mutato ruolo della donna nella società e da numerosi fattori culturali e sociali.

Il libero consumo di alcolici e le accresciute possibilità di accedere alle sostanze alcoliche favoriscono il manifestarsi dell'alcolismo. Ciò avviene soprattutto in coloro che non sono in grado di risolvere le varie difficoltà della vita, senza un aiuto esterno, che in questo caso è dato dall'alcol. È ormai definitivamente tramontata l'interpretazione di un tempo, secondo la quale l'alcolismo colpiva i soggetti asociali, quelli ai margini della società, come ad esempio i barboni. Si può dimostrare, dati alla mano, che l'alcolismo è diffuso trasversalmente in tutti i gruppi sociali. La storia insegna che molti alcolisti erano persone degne di stima e di rispetto, uomini politici, artisti, scienziati.

Ai giorni nostri, grazie ad un elevato tenore di vita, ad un'alimentazione adeguata, al miglioramento dei rapporti sociali, l'alcolista può conservare a lungo sia il posto di lavoro, che il proprio ruolo nella società. Di conseguenza i disturbi fisici e psichici dovuti all'alcol possono essere mascherati più a lungo rispetto al passato. L'alcol rende allegri e fa aumentare la fiducia in sè, libera dalle inibizioni, allenta le tensioni. Grazie alla sua azione, le preoccupazioni vengono dimenticate e la vita intera sembra più accettabile. In altre parole, l'alcol spinge ad una fuga dalla realtà, dai problemi e dalle difficoltà di tutti i giorni. Il motivo principale per cui molte persone continuano a bere è che così trovano il coraggio di affrontare la realtà quotidiana. Anche per questo l'alcol conduce al cosiddetto consumo normale, sociale, permesso, controllato, moderato. Ed è a causa di queste sue caratteristiche che il trattamento degli alcolisti è particolarmente difficoltoso. Chi si è abituato ad ottenere piacere ed oblio da questa sostanza, difficilmente vi rinuncia. Inoltre gli alcolici sono sostanze bene accette dalla società.

L'alcol, per il suo gradevole effetto, stimola i consumi. Col tempo, poi, si

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sviluppa l'assuefazione e nasce il bisogno di assumere quantità sempre maggiori per ottenere l'effetto desiderato, effetto che all'inizio si poteva raggiungere anche con quantità minori. Questo fenomeno viene definito tolleranza. La tolleranza varia da individuo a individuo e dipende da diversi fattori: genetici, fisici, psicologici, probabilmente anche sociali. Qualche volta la tolleranza si manifesta lentamente; qualche volta invece è presente fin dall'inizio: si parla allora di tolleranza primaria. Talvolta si manifesta improvvisamente: è la cosiddetta tolleranza acuta. Quando alla concentrazione di alcol nel sangue dovrebbe corrispondere uno stato di ubriachezza, che invece non si manifesta, bisogna sospettare un caso di alcolismo.

Una differenza di tolleranza esiste anche fra i cosiddetti consumatori normali, o moderati; non è perciò corretto dire che esiste un consumo moderato, ma piuttosto che esistono tanti modelli di bere moderato quanti sono i consumatori.

In alcuni casi l'alcolismo può svilupparsi sulla base di preesistenti disturbi psichici: è il cosiddetto alcolismo sintomatico o secondario. L'alcolismo può così insorgere: in soggetti con ritardo mentale; in persone che soffrono di nevrosi e che assumono l'alcol per alleviare le sensazioni di ansia, di paura e di costrizione; in persone con disturbi comportamentali primari, psicopatici e sociopatici; in altri soggetti che soffrono di malattie mentali, schizofrenici, ammalati di psicosi maniaco-depressiva. Molte volte è presente nei tossicodipendenti. Oggi si parla e si scrive molto di questo tipo di alcolismo perché è sempre più frequente riscontrare dipendenze incrociate o combinate tra alcol ed altre droghe (Freed E.X., 1973; Roghmann R., 1988).

In alcuni casi può essere lo stesso operatore sanitario a provocare l'alcolismo; in questo caso si parla di alcolismo iatrogeno. Abbiamo casi in cui il medico consiglia la bevanda alcolica per curare l'insonnia, o per attenuare i disturbi depressivi, o ancora per migliorare l'attività digestiva, per i disturbi cardiaci e di circolazione, o per stimolare l'appetito. E tutto questo sebbene la medicina contemporanea non indichi nessuna patologia o situazione per le quali l'alcol potrebbe avere un effetto terapeutico o rivelarsi indispensabile. Del resto, se veramente il medico considera l'alcol una sostanza medicamentosa e lo vuole somministrare a scopo di cura, potrebbe benissimo prescriverlo, ad esempio, per via parenterale. In questo modo potrebbe almeno controllare il dosaggio meglio che consigliando al paziente di bere l'alcol veicolato in una bevanda.

I fattori eziologici dell'alcolismo possono essere schematicamente suddivisi in tre gruppi.

1. Fattori biologici. Si fa riferimento soprattutto ai fattori ereditari, metabolici,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

neurobiologici, neuropsicologici, e ad altri fattori comunque organici.

2. Fattori psicologici. I fattori psicologici sono legati all'azione euforizzante e ansiolitica dell'alcol.
3. Fattori socio-culturali. Determinate usanze e abitudini, particolari modelli culturali e di comportamento accettati nella comunità, possono portare all'alcolismo. Le situazioni sociali e familiari disagevoli rappresentano altre possibili concause.

Si può affermare che pressochè in ogni caso di alcolismo, tutti e tre i gruppi di fattori hanno un loro peso. I fattori socioculturali sono però i più importanti.

Oggi si ritiene che l'alcolismo non abbia un'unica causa, ma lo si considera piuttosto come un disturbo multifattoriale che determina un modello di comportamento o, meglio, un particolare stile di vita.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo nono

LA PREVENZIONE DEI DISTURBI ALCOLCORRELATI

Introduzione

La prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati richiede che si attuino adeguati programmi di educazione alla salute, che si conducano ricerche approfondite, e che si provveda alla formazione permanente di chi opera in questo campo. Con la prevenzione primaria si deve tendere a far diminuire il consumo di alcol pro capite nella popolazione; questo obiettivo si può conseguire solo se i membri della comunità locale cambiano il loro comportamento, il loro stile di vita.

Ogni persona deve assumere una posizione chiara sul proprio rapporto con le bevande alcoliche, decidere cioè se bere o non bere, ed eventualmente quanto bere e quando. L'educazione alla salute deve essere offerta soprattutto ai giovani. In tal modo si può cercare di cambiare la cultura socio-sanitaria dominante e il modo in cui la società guarda al bere. Il consumo delle bevande alcoliche è profondamente radicato nella nostra cultura e non è pensabile cambiarlo in un breve periodo di tempo. Bisogna organizzare dei programmi adeguati e di necessità complessi e per questo ci vogliono tempi lunghi, su scala generazionale. Anche se le misure repressive possono essere utili, è difficile pensare di ottenere un cambiamento comportamentale stabile solo attraverso misure coercitive. I tentativi fatti negli Stati Uniti, nel periodo del proibizionismo, sono ben noti; anche ai nostri giorni si tenta, di tanto in tanto, di applicare gli stessi metodi, anche se i risultati non sono mai stati positivi.

Ai fini della prevenzione, bisogna preoccuparsi di motivare soprattutto gli astinenti che si trovano a vivere in un mondo in cui normalmente si bevono alcolici e in cui esistono anche gli alcolisti. Si tratta allora di coinvolgere gli astinenti e di spingerli a collaborare con la comunità senza che si sentano isolati. I consumatori moderati dovrebbero ricevere un'adeguata educazione sanitaria e quindi decidere quale posizione assumere verso il bere; devono cioè decidere

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

se non bere, o se bere, ed in quest'ultimo caso come, quando e quanto bere. Dal loro comportamento dipende in gran parte la possibilità di diminuire il consumo di alcol nella popolazione generale e di diminuire la prevalenza dei disturbi alcolcorrelati.

Qualunque corretto intervento di educazione sanitaria prenderà le mosse dal fatto che il bere è un comportamento a rischio. Solamente con una prevenzione primaria ben organizzata si può ridurre in modo significativo il numero di quanti accedono ai servizi socio-sanitari, per richiedere un trattamento. È chiaro che l'impegno prioritario va speso nel campo della prevenzione e non in quello della cura e della riabilitazione. Quando è già presente un comportamento pericoloso, lo stato di malattia o la disabilità, per quanto si possa fare, ci si limita spesso a cercare di salvare il salvabile o a differire nel tempo il problema.

La protezione e la promozione della salute è un insieme di interventi e programmi complessi, che comprendono anche la protezione della salute delle persone sane. Bene sarebbe unire gli sforzi e le esperienze, invece di tollerare che alcuni servizi e alcune associazioni private se ne occupino in maniera separata, parcellare e a volte contrapposta. La soluzione migliore sarebbe di garantire la protezione e la promozione della salute attraverso i servizi di prevenzione primaria, attivando una fitta rete di supporti e di punti di appoggio radicati nella comunità territoriale. Oltre agli operatori professionisti bisognerebbe coinvolgere anche gli operatori volontari e le loro associazioni. Nei nodi della rete territoriale vanno inclusi i singoli, le famiglie, i servizi pubblici, le associazioni private, le istituzioni; tutti dovrebbero impegnarsi seriamente per migliorare la qualità della vita; in altre parole per conseguire una salute migliore.

Concetti fondamentali

Le difficoltà che si incontrano nella prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati derivano soprattutto dal fatto che si basa su concetti che non sono ancora chiaramente definiti. Una difficoltà è causata inoltre dal fatto che il bere alcolici è una pratica socialmente accettata ed infine dalla mancanza di operatori preparati per questo compito.

In altri campi è molto più semplice realizzare programmi di prevenzione. Per esempio, nella prevenzione primaria delle malattie infettive, si sa esattamente che cosa si vuole ottenere e cosa si deve fare e con quali strumenti. Inoltre la prevenzione viene fortemente sostenuta sia da parte degli operatori, che da parte della società. Gli operatori, già nel corso degli studi, ricevono gli insegnamenti di base sul modo e sulla necessità di fare la prevenzione delle

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

malattie infettive. Quando si tratta di disturbi alcolcorrelati, tutto è molto più difficile; sia perché il bere è un modello di comportamento socialmente accettato, sia perché non si sa bene che cosa si deve controllare. Sembra quasi che per fare prevenzione dei disturbi alcolcorrelati si debba finire per scontrarsi con la società e le sue istituzioni, e addirittura con i servizi socio-sanitari, poiché tutti accettano o tollerano il bere.

Anche se le cause delle malattie infettive non agiscono su tutte le persone in modo uguale e anche se non tutti si ammalano al primo contatto con l'agente patogeno, a nessuno, tantomeno al medico, viene in mente di non rispettare le misure preventive. Nel caso della prevenzione dei disturbi alcolcorrelati, però, la situazione è molto diversa.

Per realizzare una buona prevenzione, non solamente dei disturbi alcolcorrelati, ma anche di ogni altro disturbo del comportamento o di altri disturbi della salute, dovrebbe essere chiaro contro che cosa bisogna lottare. Anche se a prima vista il quesito sembra banale, quando si tratta di disturbi alcolcorrelati, la situazione è diversa. La situazione non è chiara nemmeno quando si tratta di problemi medici alcolcorrelati; per non parlare dei disturbi familiari e sociali. Se l'alcol è il fattore eziologico in tutti i disturbi alcolcorrelati, anche in quelli di carattere medico, parrebbe opportuno muoversi per eliminare del tutto l'alcol, a prescindere quindi che esistano, oltre all'alcol, anche altri fattori causali.

Senza l'alcol non esisterebbe l'alcolismo, e quindi nemmeno i disturbi alcolcorrelati. Nonostante ciò, da sempre, la prevenzione dei disturbi alcolcorrelati ruota intorno a due concetti: la lotta per l'astinenza e il bere moderato. In verità questi due concetti non sono mai stati chiariti del tutto. Le organizzazioni degli astinenti hanno iniziato la lotta per l'astinenza già a partire dal XIX secolo; il loro obiettivo è dato dalla proibizione della produzione, della vendita e del consumo di alcolici. Queste organizzazioni vedono nell'alcol la causa principale dei disturbi alcolcorrelati. Quanto sostenuto dagli astinenti era rifiutato dalla società, che sosteneva il concetto del bere moderato. Oggi non è possibile perseguire l'astinenza secondo l'ottica delle organizzazioni degli astinenti; pur apparendo una strada ragionevole, non è oggi socialmente praticabile. Sia chi propugna l'astinenza, sia quelli che difendono il bere moderato, producono una quantità di indagini e ricerche a sostegno delle rispettive tesi. Si cerca perfino di introdurre un trattamento che porterebbe l'alcolista al cosiddetto bere moderato.

Risultati parziali sono stati ottenuti nel controllo dell'intossicazione acuta, ma non del bere. Questi risultati sono però più frutto dello sviluppo tecnologico, che non di una attività organizzata di prevenzione. Le misure introdotte nel traffico e sul lavoro hanno prodotto alcuni risultati; se vi sono meno persone

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ubriache, non è conseguenza di un diverso stile di vita, ma è per l'incompatibilità che esiste tra l'ubriachezza e la tecnologia moderna, e perché sono state introdotte precise misure repressive.

La società promuove il consumo delle bevande alcoliche e sostiene il concetto del cosiddetto bere moderato. In questo senso sono state effettuate molte ricerche, per dimostrare che una determinata quantità di alcol, assunta quotidianamente, non è pericolosa per l'uomo. Mentre si discute su questi concetti, il bere continua ad essere considerato un modello di comportamento socialmente accettabile, anzi, auspicabile e sostanzialmente più desiderabile dell'astinenza. Fare una scelta di astinenza vuol dire in fondo andare contro una regola sociale ampiamente condivisa e supportata.

Lo sviluppo tecnologico impedisce solo parzialmente gli stati di ubriachezza; in realtà il consumo annuo di alcol pro capite è in aumento, ed in aumento sono anche i disturbi fisici, psichici, familiari e sociali provocati dall'alcol. Nonostante le nuove tecnologie richiedano un cambiamento comportamentale si continua a bere. Secondo l'opinione di molti esperti, nei prossimi 20 anni, la durata della giornata lavorativa sarà sensibilmente ridotta. Questo comporterà per l'uomo maggiori spazi a disposizione. Il tempo libero dovrebbe essere sfruttato per sviluppare la creatività dell'uomo. Per questo bisogna cambiare lo stile di vita, la cultura della comunità. È un'operazione che richiede tempi lunghi anche se il tempo a disposizione è poco, visto l'incalzare dei cambiamenti tecnologici e sociali. Per poter assicurare una migliore qualità della vita è di grande importanza cambiare i nostri comportamenti riguardo al bere alcolici.

Bere alcolici, lo ribadiamo, è un comportamento a rischio, e tutti i programmi di prevenzione primaria dovrebbero essere organizzati in base a questa considerazione. L'OMS consiglia di operare per una riduzione del 25% del consumo di alcol entro il 1995.

Le fasce di popolazione a rischio

Le ricerche, specialmente quelle epidemiologiche, condotte in molti Paesi dopo la seconda guerra mondiale, secondo diverse metodologie, hanno fissato alcuni punti fermi. L'incidenza e la prevalenza dei disturbi alcolcorrelati dipendono dal consumo medio annuo pro capite di alcol. Non si può intervenire sull'incidenza e sulla prevalenza esclusivamente con il trattamento e la riabilitazione degli alcolisti, ma lo si deve fare soprattutto con la diminuzione del consumo complessivo di alcol. Questo obiettivo va perseguito attraverso programmi di prevenzione primaria, che dovrebbero essere coordinati dai servizi socio-sanitari di base.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Attualmente è noto che l'educazione e l'istruzione in materia quasi non esistono. Ricerche condotte nelle scuole elementari e in quelle medie e superiori hanno dimostrato che l'informazione e l'educazione sanitaria fatte a scuola poco incidono sul rapporto verso le bevande alcoliche, che è già stato acquisito nella famiglia di origine. Per arrivare a ridurre i consumi occorre definire i gruppi di popolazione a rischio, definire i programmi di prevenzione primaria e le modalità del loro svolgimento. Per svolgere questo lavoro bisognerebbe formare adeguatamente un numero sufficiente di operatori e di insegnanti per i programmi nelle scuole.

Per ridurre il consumo medio annuo pro capite di alcol, bisognerebbe individuare le fasce di popolazione a rischio e dedicare loro gli sforzi maggiori nel lavoro di prevenzione. È evidente che non sarà possibile diminuire il consumo di alcol se ci si rivolge agli astinenti. Con i programmi di prevenzione non si può nemmeno diminuire il consumo nel gruppo degli alcolisti; per gli alcolisti vanno organizzati programmi di trattamento e di riabilitazione.

Chiarito che non è con gli astinenti né con gli alcolisti che si deve agire per ridurre i consumi, risulta evidente che i programmi di prevenzione si devono rivolgere ai bevitori moderati, vera fascia di popolazione a rischio. Sappiamo che il bere nel gruppo dei consumatori moderati è un modello di comportamento che la società sostiene largamente. L'alcol però è una sostanza tossica, e quindi non è pensabile che possa essere accettato e che si possa differenziare il suo uso dal suo abuso. La prevenzione primaria è un lungo cammino educativo che si rivolge ai bambini, ai giovani e agli adulti. Per questo lavoro è necessario mobilitare un gran numero di operatori e di educatori, e non ci si può limitare ad interventi e misure repressive. Lo scopo della prevenzione è di far lievitare nella comunità un modello di vita tale da permettere ad ogni membro di prendere una decisione autonoma sul proprio rapporto con il bere.

Secondo la teoria generale dei sistemi, si può ottenere un cambiamento del comportamento solamente con un cambiamento dei vari sistemi che sono in gioco: la famiglia, la comunità locale, le aziende di lavoro, le istituzioni, e non agendo esclusivamente sul singolo individuo. L'operatore che si occupa di prevenzione, oltre che avere determinate conoscenze teorico-scientifiche, dovrebbe tenere dei comportamenti coerenti e tali da rappresentare modelli di identificazione positivi. Ci si chiede sempre se l'operatore può bere o no; in altre parole, quale deve essere il suo rapporto verso le bevande alcoliche.

Il compito principale della prevenzione primaria è di mobilitare un sufficiente numero di operatori per coinvolgere ogni singola persona oltreché le strutture sociali esistenti, nell'autoprotezione, al fine di favorire una migliore qualità della vita, ricorrendo all'approccio ecologico, o verde, ovvero miglioran-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

do gli equilibrii ecologici della comunità. Può accadere che i futuri operatori socio-sanitari non accettino, nel corso degli studi, il modello comportamentale suggerito e poi anche nel loro lavoro si adeguino al modello sociale del bere moderato; qualche volta diventano anche alcolisti.

Il problema è complesso ed è molto difficile dare una risposta univoca al bere degli operatori. Se si ritiene che l'operatore, in particolare il medico, dovrebbe fare propria la moderazione, le cose non cambieranno mai; se si risponde che l'operatore deve praticare l'astinenza, ci si scontra subito frontalmente. Nella letteratura questo problema viene affrontato in modi diversi. Le opinioni variano; vi sono autori che affermano che ai fini della prevenzione la questione è irrilevante, e vi sono autori che richiedono la totale astinenza da parte del medico e da parte degli altri operatori.

Cosa sostenere e cosa proporre nella prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati? Sicuramente il non bere è il modello comportamentale preferibile e largamente consigliabile, e quindi anche gli operatori nella prevenzione primaria dovrebbero essere educati e formati in questo senso, lasciando libertà di scelta all'interessato.

Programmi di prevenzione

Programmi di prevenzione dei disturbi alcolcorrelati sono già stati descritti oltre 100 anni fa e anche allora la discussione ruotava intorno ai concetti di astinenza e di bere moderato. In un secondo tempo a questi due concetti è stato aggiunto quello di alcolismo come malattia. Quando si leggono gli interventi sulla prevenzione dei disturbi alcolcorrelati, fatti nella seconda metà del XIX e all'inizio del XX secolo e pubblicati in Jugoslavia (Hudolin Vl e coll., 1964, 1967), si ha l'impressione che le proposte di quel periodo fossero molto più coraggiose e avanzate di quelle attuali.

La metodologia di prevenzione primaria proponeva un approccio integrato di interventi diversi:

a) educazione sanitaria e sociale;
b) misure repressive;
c) trattamento e riabilitazione legati alla prevenzione.

Sono stati anche fatti tentativi di introdurre programmi complessi e integrati. L'educazione alla salute non si può esaurire con interventi di informazione sanitaria, fatti a volte da operatori che non hanno una posizione personale chiara sul bere. Parlare ai giovani dei danni che provoca l'alcol e parlare dell'alcolismo non ha un particolare significato e in genere non lascia tracce profonde. Per questi problemi i giovani si comportano come se avessero sette

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

vite! Del resto il comportamento degli adulti la dice lunga su come questa modalità di lavoro non dia risultati.

Sulle modalità di conduzione dell'educazione sanitaria abbiamo pubblicato molti interventi e anche un apposito manuale (Hudolin Vl., 1988, 1989). Anche nel lavoro con i giovani si pone sempre più l'accento sulla necessità di migliorare la qualità generale della vita. L'attività di prevenzione nei confronti dei bambini e dei giovani deve iniziare molto presto, già nel corso dei primi processi educativi in famiglia. L'educazione alla salute va preparata molto attentamente e dovrebbe essere condotta dal medico, dagli insegnanti e da altre istituzioni sociali; dovrebbe essere diretta all'intera famiglia.

È sempre centrale il quesito circa la posizione dell'educatore nei confronti del bere. Presso la Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze di Zagabria sono stati curati numerosi insegnanti delle scuole elementari e medie. Chiaramente questi insegnanti non sono adatti a condurre interventi di prevenzione; ciò detto però non è chiaro cosa si deve fare al riguardo. Un insegnante alcolista può educare i giovani? Abbiamo già detto che, in base agli attuali orientamenti, i programmi di prevenzione primaria devono essere coordinati dai servizi socio-sanitari di base d'intesa con la medicina scolastica e del lavoro e con le organizzazioni private che si occupano di questi problemi.

La formazione degli operatori

I disturbi alcolcorrelati non costituiscono soltanto un problema sanitario; per affrontarli deve esserci il concorso di una pluralità di operatori, con diversa professionalità, e di una pluralità di istituzioni, sia pubbliche che private.

I programmi di prevenzione devono essere pianificati sul lungo periodo e per la loro realizzazione richiedono numerosi operatori. I servizi sanitari non hanno, e non avranno mai, a disposizione un numero sufficiente di operatori per questa attività; del resto vi sono esperti di altre discipline che potranno svolgere meglio le attività di educazione alla salute per alcune categorie di cittadini; per esempio l'insegnante si occuperà dei bambini e dei giovani. La prevenzione deve tener conto delle scoperte scientifiche più recenti. Non può essere condotta come 100 anni fa! Bisognerebbe, ad esempio, integrare la formazione degli operatori scolastici per prepararli al lavoro di prevenzione. Non è possibile pensare che i servizi sanitari e quelli sociali svolgano tutto il lavoro di prevenzione. I servizi da soli non sono sufficienti e comunque bisogna definirne più chiaramente il ruolo.

Il servizio sanitario di base ha un ruolo di coordinamento e cura l'attivazione, la formazione e l'aggiornamento degli operatori professionali e dei volontari.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

I servizi sanitari e sociali, nel loro insieme, promuovono ricerche epidemiologiche, seguono l'evoluzione dei programmi, verificano il lavoro svolto e valutano i risultati ottenuti. I servizi dovrebbero operare in modo tale da ridurre drasticamente il numero dei problemi alcolcorrelati e in tal modo agire anche indirettamente in termini di prevenzione. Questo non escluderà naturalmente il ricorso all'ospedalizzazione, purché le indicazioni siano molto chiare.

Gli alcolisti sono ricoverati non solo in psichiatria, ma anche in altri reparti: in medicina, in traumatologia, in chirurgia, ecc. Anche questi reparti dovrebbero agire non soltanto sulle complicanze dell'alcolismo, ma soprattutto sulle cause. In Italia è quasi la regola che l'ospedalizzazione e il trattamento degli alcolisti avvenga nei reparti di medicina interna. In questi reparti dovrebbe essere condotto il trattamento complesso degli alcolisti. È probabile che in un prossimo futuro aumenti il numero di reparti alcologici, perché l'alcolismo non è un disturbo né di competenza psichiatrica, né internistica. In Jugoslavia, in particolare in Croazia, esistono numerosi reparti alcologici.

I servizi socio-sanitari dovranno organizzare i programmi di protezione e di promozione della salute mentale nelle comunità locali e nel mondo del lavoro e dovranno attivare anche i Club degli alcolisti in trattamento. Dovrà inoltre essere assicurato un buon numero di operatori per il lavoro nei Club che dovranno essere opportunamente motivati e formati. I Club hanno una forte azione e un forte significato preventivo indiretto e possono servire da laboratorio sperimentale nella educazione socio-sanitaria della popolazione, e in genere nella prevenzione.

Come abbiamo già detto i servizi socio-sanitari dovrebbero organizzare e coordinare una rete territoriale finalizzata alla protezione e alla promozione della salute. Secondo l'ottica attuale, la rete è composta dai singoli, dalle famiglie, dai servizi, dalle varie istituzioni, dalle organizzazioni private, dalle associazioni di volontariato, dalle aziende di lavoro, dalle scuole, ecc. I Club sono un nodo importantissimo di questa rete.

Le componenti sociali

Non ha alcun senso dire che la società, o alcune sue organizzazioni e istituzioni, devono porre in essere determinate misure nei confronti dei disturbi alcolcorrelati. Spetta ai Centri alcologici territoriali, se esistono, preparare programmi di lavoro per il controllo dei disturbi alcolcorrelati sul territorio, programmi basati appunto sul modello del lavoro territoriale di rete. L'attività delle istituzioni e dei servizi non può fermarsi alle affermazioni di principio, ma deve calarsi nel concreto dell'operatività. L'obiettivo e il compito sono quelli di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

elevare la qualità della vita e di risolvere i disturbi ecologici nella società.

Anche alcune misure repressive possono portare a cambiare l'atteggiamento verso il consumo degli alcolici. Queste misure però devono essere soppesate attentamente e calibrate in base alla situazione esistente; bisogna anche tener conto delle effettive possibilità di metterle in pratica e devono essere adattate continuamente ai cambiamenti. Ricorrendo a programmi educativi e a misure repressive, è stato possibile, ad esempio in Francia, far diminuire il consumo delle bevande alcoliche in un tempo relativamente breve. Ciononostante la Francia resta ancora al primo posto nel mondo per il consumo di alcol.

Nell'attività di prevenzione un ruolo contrastante, a volte positivo, a volte negativo, lo hanno i mass media (Portamen e Maconen, 1988). In Jugoslavia è proibita la pubblicità delle bevande alcoliche che però viene fatta indirettamente, mentre i mass media sono poco usati per le attività di prevenzione. A prima vista può sembrare che la prevenzione non abbia alcun legame con la valutazione dell'idoneità lavorativa. Non bisogna però dimenticare che tutte le attività sociali, e quindi anche la valutazione dell'idoneità lavorativa, dovrebbero essere dirette alla protezione e alla promozione della salute. Potrebbe altrimenti sembrare che la società abbia interesse ad avere molti invalidi, e di conseguenza molto lavoro nel campo delle attività sociali. Bisogna inserire la prevenzione dei disturbi alcolcorrelati sia nella prevenzione secondaria che in quella terziaria, cioè nella cura e nella riabilitazione. La prevenzione secondaria e terziaria devono integrarsi con la prevenzione primaria e con la protezione sociale, nella preparazione e nella conduzione dei programmi di formazione degli operatori. A questo livello di base va organizzata la prevenzione per gli utenti e per le loro famiglie.

I programmi di prevenzione per la protezione della salute

Non bisogna considerare la prevenzione come un'attività a se stante. La prevenzione deve essere intesa come un complesso di attività che investono molteplici professionalità alle quali è demandato il compito di assicurare una migliore qualità della vita nelle comunità in cui l'uomo vive e lavora. La prevenzione non è un servizio che viene offerto al singolo, alla famiglia o alla società, ma è una parte integrante dell'attività complessiva di protezione e di promozione della salute. E a questa attività deve partecipare ogni singolo, ogni famiglia e ogni struttura della comunità; deve essere intesa come parte integrante della comunità. Se ci si limita a fare un elenco rigido di ciò che ogni singola persona dovrebbe fare, si finisce per creare uno dei tanti inutili programmi di delega completa e di prescrizioni tassative di comportamento. I

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

servizi sanitari, le strutture politiche, i sindacati hanno offerto spesso simili programmi, però in pratica nulla è cambiato nell'attività di prevenzione. È il caso di ricordare infine che la qualità della prevenzione dipende molto più dall'impegno delle varie istituzioni nella comunità, che non dagli stessi servizi socio sanitari.

I programmi di prevenzione primaria sono organizzati in modo tale da avere la responsabilità della protezione e della promozione della salute di una determinata comunità. Queste attività non possono essere svolte direttamente dai servizi di base, che devono piuttosto avere un ruolo di coordinamento, di proposta e di valutazione dei programmi. La prevenzione dei disturbi alcolcorrelati, anche se ha alcune specificità, è comunque parte dei programmi di protezione generale della salute. Attualmente si organizzano i comitati per la protezione e la promozione della salute mentale e i Club degli alcolisti in trattamento che, come associazioni di cittadini, rappresentano, nella protezione della salute, le forze del volontariato in assenza delle quali non è possibile ottenere risultati adeguati. Gli obiettivi della prevenzione primaria si potrebbero riassumere nei seguenti punti:

1. L'operatore sanitario non dovrebbe mai consigliare di assumere bevande alcoliche, né all'ammalato, né alle altre persone con cui ha a che fare. E neppure dovrebbe, con il proprio comportamento, sostenere il bere nel proprio ambiente.
2. L'operatore sanitario deve consigliare l'astinenza e sostenerne la necessità, nei casi in cui l'alcol sia particolarmente controindicato, come ad esempio, nelle donne in stato di gravidanza, nei cardiopatici, nei bambini e nei giovani, nelle persone con disturbi alcolcorrelati, anche se non sono alcolisti, in tutti i casi di epilessia, nei traumatizzati cranici, negli epatopatici, negli ipertesi, nei soggetti in trattamento con farmaci nei confronti dei quali l'alcol è controindicato e può creare pericoli, come ad esempio nella guida degli autoveicoli.
3. L'operatore sanitario dovrebbe pubblicizzare e sostenere le norme che regolano il consumo di alcolici e il comportamento nel caso di disturbi alcolcorrelati: la proibizione di bere durante la guida e sul lavoro, la proibizione di dare alcolici ai bambini e ai giovani.
4. Nei programmi territoriali vanno previsti l'ambulatorio e il consultorio per i disturbi alcolcorrelati.
5. Se nel territorio non esistono i Club degli alcolisti in trattamento i servizi di prevenzione e i servizi di base devono provvedere alla loro costituzione e partecipare ai loro programmi.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

6. Il servizio sanitario di base e i servizi sociali dovrebbero avviare indagini epidemiologiche e provvedere alla loro corretta valutazione, per organizzare e pianificare l'attività.
7. Come per tutti i disturbi ad ampia diffusione, il medico, in specie il medico di base e l'internista, dovrebbero far propria la metodologia comune di trattamento e di riabilitazione, di valutazione dell'idoneità lavorativa e della prevenzione primaria. Per questo motivo bisogna organizzare la formazione permanente in alcologia.
8. Ogni famiglia nella quale si manifestano disturbi alcolcorrelati dovrebbe essere inserita nel trattamento e nella riabilitazione; a tal fine bisogna provvedere alla formazione degli operatori dei servizi sanitari di base sul trattamento familiare e sulla terapia familiare.
9. La famiglia deve essere inserita nel Club degli alcolisti in trattamento. Il Club non deve accettare più di 12 famiglie. Nel Club devono lavorare non solo i medici, ma anche gli operatori paramedici e gli operatori volontari.
10. I servizi di prevenzione organizzano i programmi di educazione alla salute suddivisi per fasce di età e per fasce di popolazione e provvedono alla formazione degli operatori. In questo lavoro si appoggiano alle organizzazioni del volontariato.
11. L'operatore sanitario contribuisce alla definizione delle norme che regolano il consumo delle bevande alcoliche in una data zona: per esempio, la proibizione di bere in determinate ore della giornata, la proibizione di bere in mensa, ecc.
12. Il servizio di prevenzione primaria agisce su un territorio che di solito corrisponde al comune; il Centro alcologico territoriale coordina il lavoro di prevenzione dei disturbi alcolcorrelati, il trattamento degli alcolisti e la loro riabilitazione.

I servizi di prevenzione secondaria e terziaria devono lavorare in stretta collaborazione con i servizi di prevenzione primaria nell'attività di formazione degli operatori che si occuperanno di prevenzione e, in genere, nei programmi di prevenzione primaria, e devono naturalmente provvedere ad assistere le famiglie che presentano i problemi alcolcorrelati che sono di loro competenza. Devono inoltre collaborare strettamente con le organizzazioni del volontariato, compresi i Club degli alcolisti in trattamento.

I programmi di prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati nelle aziende dovrebbero essere approntati dal servizio sanitario di base, in collaborazione con la medicina del lavoro, con i Club degli alcolisti in trattamento e con le altre organizzazioni del volontariato. Questi programmi dovrebbero tenere conto dei regolamenti esistenti nelle aziende e anche della loro specificità. A

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

parte questi compiti specifici, questi programmi sono del tutto simili agli altri.

Conclusioni

Quando si parla di disturbi alcolcorrelati, la prevenzione primaria costituisce ovviamente la parte più importante nel programma complessivo di protezione della salute. L'attività di prevenzione è resa difficoltosa soprattutto dal fatto che il bere costituisce un modello di comportamento largamente accettato, mentre la sobrietà è criticata o rifiutata.

La prevenzione richiede una larga mobilitazione dei singoli e delle strutture della comunità, e il coordinamento fra questi. Ad occuparsi della prevenzione e a coordinare il lavoro dovrebbe essere il servizio sanitario di base, in collaborazione con i medici della medicina generale e il Centro territoriale alcologico. Sulla prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1. I disturbi alcolcorrelati provocano gravi disagi nella protezione della salute, e i dati epidemiologici lo dimostrano.
2. La diffusione dei disturbi alcolcorrelati dipende dal consumo annuo pro capite di alcol. Secondo i dati presentati, in quasi tutti i paesi sviluppati, e ora anche in quelli in via di sviluppo, il consumo di alcol cresce molto più rapidamente di quella che è la crescita demografica; va detto che non esistono adeguati programmi di prevenzione, i soli che potrebbero garantire risultati positivi.
3. Attraverso gli interventi di prevenzione bisogna ottenere la diminuzione del consumo di bevande alcoliche.
4. Le persone che presentano disturbi alcolcorrelati devono essere avviate quanto prima al trattamento e alla riabilitazione, preferibilmente nei programmi alternativi piuttosto che nei programmi ospedalieri. Va vivamente consigliato l'inserimento nei Club degli alcolisti in trattamento e, solo in via del tutto eccezionale e quando vi sono ben precise indicazioni, ha senso ricorrere all'ospedalizzazione.
5. I servizi sanitari di base, in collaborazione con le associazioni del volontariato, dovrebbero organizzare programmi di protezione e promozione della salute mentale nelle comunità locali e nelle aziende di lavoro. Nei programmi andrebbero inclusi anche i Club degli alcolisti in trattamento, nei quali dovrebbero lavorare anche gli operatori del servizio sanitario di base.
6. I programmi di prevenzione primaria si occupano dell'attivazione e della formazione degli operatori che vengono scelti fra i medici, fra gli altri

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

operatori sanitari sociali e nel volontariato. Il tutto deve avvenire d'intesa con i servizi deputati alla cura e alla riabilitazione. È importante che gli operatori siano sensibilizzati e possano avere una chiara opinione personale verso le bevande alcoliche e verso il bere.

7. Oltre a queste misure di educazione sanitaria, nella prevenzione dei disturbi alcolcorrelati un posto rilevante lo occupano anche le misure normative e repressive. Queste possono avere effetto solamente se sono proposte nell'ambito di un determinato contesto e se vi è la possibilità di un loro adeguato controllo. Deve chiaramente essere definito chi ha il compito di applicare queste misure, e in che modo. Le sanzioni devono essere specificate in modo inequivocabile e deve essere altrettanto chiaro chi è il responsabile della loro applicazione. Le misure repressive non fanno assolutamente parte delle attività dei servizi sanitari.
8. Le ricerche epidemiologiche e valutative aiutano significativamente i programmi di prevenzione; vanno quindi organizzate nell'ambito della prevenzione primaria della salute.

In conclusione va detto che il compito di provvedere alla prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati è un compito davvero arduo, che non si può svolgere in fretta e in modo approssimativo. I risultati del lavoro di prevenzione non possono essere valutati nel breve periodo. Bisogna essere consapevoli del fatto che la strada da percorrere è davvero molto lunga, che il lavoro deve proseguire per anni, e che la valutazione di questo lavoro può richiedere diverse generazioni. Non bisogna però essere sfiduciati per questo; bisogna sapere che se non si inizia ad operare oggi, ma si resta in attesa di tempi migliori e più sensibili alla sofferenza umana, la situazione continuerà a peggiorare.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Seconda Parte:

I disturbi alcolcorrelati

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Esistono due quadri clinici principali legati al consumo di bevande alcoliche:

l'ubriachezza acuta e il bere problematico (o malattia alcolica, o dipendenza dall'alcol, o semplicemente alcolismo).

Vi sono inoltre numerose complicanze che si manifestano nel corso dello sviluppo dell'alcolismo. Un'importanza particolare è data dal problema dell'inquadramento diagnostico. Per quanto concerne l'ubriachezza acuta, la diagnostica è relativamente semplice ed è descritta nel capitolo sull'intossicazione acuta da alcol. Molto più difficile è la diagnostica di tutti quei fenomeni e di quelle manifestazioni che vengono comprese sotto il termine di alcolismo; ne parleremo in un capitolo apposito.

Bisogna anche fare un cenno alla diagnostica nelle fasi precoci. In questa fase non esistono disturbi medici, e spesso nemmeno problemi sociali, che non siano espressione del rapporto del singolo con l'alcol, del suo desiderio di bere e di trovarsi nello stato psichico desiderato da chi beve. Si tratta in definitiva di descrivere il modo di rapportarsi all'alcol e i comportamenti che ne seguono.

Quando si parla dei problemi alcolcorrelati non si deve pensare soltanto all'alcolismo, ma a tutte quelle difficoltà che il bere può provocare al singolo, alla famiglia e alla società. Descriveremo qui di seguito le conseguenze di carattere strettamente medico, relativamente all'intossicazione acuta da alcol, al bere problematico e all'alcolismo. È bene ricordare che anche il cosiddetto bere moderato può portare numerosi problemi, non esclusi problemi di ordine medico e sanitario.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo primo

L' INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOL

Caratteristiche

L'intossicazione acuta da alcol deriva dall'assunzione, in un tempo breve, di grandi quantità di alcol. È un'esperienza che può capitare a chiunque.

Le persone sensibili a pur minime quantità di alcol sono rare. Questi soggetti difficilmente si ubriacano, in quanto l'ipersensibilità che si manifesta in essi, di fatto, inibisce l'ulteriore consumo di alcolici. Le persone con disturbi organici cerebrali — esiti di lesione, atrofie di varia natura, esiti di processi infiammatori o degenerativi, arteriosclerosi cerebrale — tollerano male l'alcol e si ubriacano già con minime quantità di sostanza. Lo stesso accade agli alcolisti in fase irreversibile, quando la tolleranza è diminuita.

Lo stato acuto di ubriachezza è dovuto, tranne che in casi rari, ad una scelta libera e volontaria. Alla maggior parte delle persone capita, almeno una volta nella vita, di sperimentare uno stato di ubriachezza, quanto meno lieve. I motivi che spingono l'uomo al bere sono i più vari. Più frequentemente l'uomo beve per un proprio piacere personale. Oppure, beve perchè gli altri lo fanno, o per divertimento, o, ancora, per la compagnia.

La persona beve quando è triste, per tirarsi su; quando è felice, per continuare ad esserlo. D'estate si beve per rinfrescarsi; d'inverno, per riscaldarsi. Insomma, ogni motivo è buono per bere. Il bere fa parte del modello di comportamento che viene insegnato all'interno del gruppo familiare o all'interno della comunità dove si vive e si lavora. Il bere rientra nello stile di vita della comunità ed è parte del suo patrimonio culturale.

L'uomo, in casi eccezionali, beve anche per altre cause. Tra queste, come abbiamo già visto, vi sono i disturbi psichici, con particolare riferimento ad alcune malattie mentali e più in generale a situazioni di depressione e di ansia. Vi è poi il caso di ammalati che cercano di risolvere i loro problemi di carattere fisico — gli stati dolorosi, l'achilia gastrica, per esempio — con l'alcol. Chi non è alcolista sa quando e in che quantità far uso di bevande alcoliche, può scegliere in qualsiasi momento di non bere, si sa astenere senza alcuna difficoltà.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

L'intossicazione acuta dipende dalla concentrazione di alcol nel sangue. Questa a sua volta dipende dalla quantità di bevanda alcolica assunta, dal peso corporeo dell'individuo, dalla gradazione della bevanda stessa e dalla velocità con cui è stata assunta. La concentrazione dell'alcol nel sangue sarà più alta se si bevono superalcolici, a stomaco vuoto e in breve tempo. Fa differenza infatti se l'alcol è stato assunto a digiuno oppure dopo aver mangiato.

Per stato di ubriachezza noi intendiamo quella condizione in cui una persona manifesta alterazioni evidenti dei normali parametri psicofisici, alterazioni che sono tipicamente legate agli effetti prodotti dall'alcol. La concentrazione di alcol nel sangue che porta il soggetto allo stato di ubriachezza è raggiunta quando si è oltrepassato il limite che provoca cambiamenti tali da alterare significativamente i rapporti interpersonali e tali da portare a una temporanea inabilità lavorativa. L'inabilità al lavoro è presente molto prima che divenga evidente, quando un osservatore esterno è ancora lungi dall'accorgersi di trovarsi di fronte ad uno stato di intossicazione da alcol. Una misura dello stato di ubriachezza, come si è detto, può essere ricavata dalla misura della concentrazione di alcol nel sangue. Quando la concentrazione di alcol nel sangue supera il 5‰, la maggior parte dei soggetti entra in coma; sopra il 5‰ si ha il coma profondo; concentrazioni maggiori portano a morte. Tutti i quadri clinici dell'ubriachezza acuta possono essere compresi fra questi due estremi, 0 e 5‰.

L'alcol non viene usato come anestetico, per quanto rientri, a rigore, in questa categoria di sostanze, poiché il margine fra la dose anestetica e la dose letale è troppo esiguo. Occorre chiedersi qual è la dose letale di alcol. I primi a determinare la dose letale dell'alcol sono stati Seemann J.A. e Karls A.O, nel 1931. Negli anni Trenta, la dose letale era stata calcolata in 6-8 grammi di alcol per chilogrammo di peso corporeo (Widmark E.M.P. e coll., 1933; Elbel H., 1937). Successive ricerche hanno portato ad una sempre maggiore precisione. Di recente la dose letale è stata fissata in valori di 3-5 ‰ di concentrazione di alcol nel sangue.

Nella tabella 19 sono riportati i valori della concentrazione letale di alcol nel sangue secondo alcuni autori.

Secondo Prokop O. e Göhler W. (1976), la dose letale è raggiunta quando la concentrazione di alcol nel sangue si colloca fra il 2,5 e il 5 ‰. Per i bambini la dose letale è molto più bassa. La concentrazione di alcol nel sangue, nelle urine o nell'aria espirata può essere determinata in diversi modi. Quando si vuole misurare la concentrazione di alcol nel sangue, bisogna ricordare, all'atto del prelievo, di non disinfettare con alcol la cute dove si effettua il prelievo, per non falsare la misurazione. Le reazioni psichiche dei soggetti in stato acuto di ubriachezza sono le più diverse e variano fortemente da individuo a individuo.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 19
Livelli di alcolemia in ‰ in caso di intossicazione acuta mortale da alcol secondo alcuni autori (Dietz K. e Mallach H.J., 1979).

Autori	*Anno*	*Valore Alcolemia*	*Valore massimo*
Flury e Zannger	1928	5-8	10
Elbel	1937	4	6
Neureiter, Pietruski e Schütt	1940	4-8	–
Gonzales, Vance, Helpern e Umberger	1954	7-10	–
Elbel, Schleyer	1956	4-5	6
Locket, Grieve e Harrison	1957	4-5	5
Drill	1958	6-9	–
Ponsold	1967	3-5	6
Wirth, Hecht e Gloxhuber	1971	5	12
Bisen	1973	3-5	6
Mueller	1975	3-5	6
Berg	1976	4-5	–
Forster e Ropohl	1976	4-5	–
Prokop e Göhler	1976	2,5-5	–
Schwerd	1976	3,5-5	–
Forth, Henschler e Russel	1977	4-5	–
Naevev	1978	3-5	–

Alcuni soggetti sono facilmente irritabili e aggressivi. Altri sono piuttosto portati a reazioni depressive. Altri ancora sono molto vivaci e presentano un comportamento irrazionale. Da principio il soggetto ubriaco si comporta in maniera più disinibita nei confronti di chi ha intorno, parla molto e tende ad oltrepassare i limiti di un corretto comportamento sociale. In una seconda fase, subentrano inquietudine, disturbi dell'equilibrio, talvolta vomito e infine il sonno. L'iniziale fase di eccitamento lascia il posto ad una fase di assopimento e di torpore delle funzioni cerebrali. Con il progredire dell'intossicazione si fanno sempre più evidenti i sintomi di depressione del sistema nervoso centrale, fino a giungere allo stato di coma. Allo stato di grave ubriachezza con disturbi dello stato di coscienza segue il sonno alcolico, oppure il coma. Al risveglio la persona

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

manifesta di solito una amnesia totale o parziale su quanto è accaduto mentre era in stato di ubriachezza.

La dose letale di alcol è equivalente, per un soggetto adulto, di corporatura normale, a 3/4 di litro di cognac, assunto a digiuno e in breve tempo. Le intossicazioni letali da alcol si presentano solo in casi eccezionali. Sono più frequenti fra i bambini per motivi accidentali; negli adulti si tratta per lo più di situazioni legate a sfide o a scommesse. Molto spesso i giovani si vantano della loro capacità di tollerare l'alcol. Su questo fanno scommesse, con conseguenze che possono anche essere gravi. Di norma, si beve lentamente. Così facendo, il soggetto si addormenta, o entra in coma, o vomita, prima che la concentrazione di alcol nel sangue superi il limite di guardia.

È possibile che nel corso dell'intossicazione acuta si manifestino uno o più attacchi convulsivi, che assomigliano alla crisi di grande male epilettico. L'intossicazione acuta può provocare attacchi epilettici o lo stato di male epilettico nei soggetti che soffrono di epilessia; per costoro è tassativa la totale astinenza.

Rimane da chiarire se lo stato di ubriachezza sia o non sia una malattia. Se si parte dal punto di vista che l'alcol è una sostanza tossica, allora è evidente che si tratta di una malattia, come nel caso delle intossicazioni da altre sostanze tossiche. Da un altro punto di vista, si può considerare il bere come un modello di comportamento, uno stile di vita largamente accettato e da alcuni gruppi sociali perfino largamente condiviso; non a caso si parla anche di bere sociale e di bere ricreativo. In questo contesto, l'ubriachezza non viene più ad essere una malattia, ma va piuttosto vista come un comportamento a rischio, che costituisce lo stile di vita di un determinato gruppo. Vi sono altri modelli di comportamento, accettati dalla società, che sono ugualmente pericolosi per la salute e che possono mettere in pericolo la vita della persona, ma che non sono considerati indicativi di uno stato patologico. Probabilmente è insita nel genere umano la tendenza a rischiare la propria vita. Anzi, per qualcuno, questo mettere in pericolo la propria esistenza sembrerebbe essere l'unica possibilità per dimostrare, a se stesso e agli altri, di essere vivo. Questo non significa naturalmente che in certi casi non sia necessario curare la persona. La grave intossicazione acuta è un disturbo serio che può a volte portare alla morte.

Diagnosi

Nella maggior parte dei casi la diagnosi di intossicazione acuta da alcol non è difficile e può essere formulata già in base all'anamnesi. Solo in taluni casi, per il medico, per gli operatori paramedici o in genere per chi ha a che fare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

abitualmente con soggetti in stato di ubriachezza, la diagnosi può prospettarsi particolarmente difficile. Considerati i risvolti medico-legali che vi possono essere occorre muoversi con attenzione. Sarà necessario, in alcuni casi, non limitarsi ai consueti esami, ma determinare anche la concentrazione di alcol nel sangue. Si può utilmente ricorrere ad alcuni esami biochimici ed ematologici per capire se ci si trova di fronte ad una ubriacatura passeggera o se invece si tratta di un caso di alcolismo o di bere problematico. Se l'esame permette di accertare una concentrazione di alcol nel sangue superiore a valori di 1,3‰, in assenza di chiari sintomi clinici di ubriachezza, si può essere certi di trovarsi al cospetto di un alcolista con una elevata tolleranza all'alcol. Una tale concentrazione di alcol nel sangue porta infatti, senz'ombra di dubbio, chi non è alcolista, ad uno stato di ubriachezza.

Resta il fatto che non si può arrivare ad una diagnosi sicura di uno stato di ubriachezza lieve solo in base alla visita medica. Giova molto, ai fini di una corretta diagnosi, l'esperienza del medico. Sono pure importanti le condizioni in cui la visita medica si svolge. Rimane il fatto che l'esame clinico permette di accertare lo stato acuto di ubriachezza solo in un limitato numero di casi. Secondo alcuni autori, che si basano su casistiche molto ampie, una diagnosi

TABELLA 20

Valori soglia in ‰ per la diagnosi certa di stati di intossicazione acuta da alcol secondi autori diversi e varie metodiche di rilevazione della concentrazione dell'alcol nel sangue.

Autori	*Alcolemia*	*N° casi*	*Metodiche di rilevamento*
Turner	2‰	50	metodo di Nicloux
Selesnik	2‰	50	metodo di Kozelka-Hineu
Prag e coll.	2‰	100	metodo di Widmark
Newman e Aschenburg	2‰	50	metodo di Widmark
Widmark	2,6‰	592	metodo di Widmark
Hoffman	2,0‰	642	metodo di Widmark
Schwarz	2,5‰	905	metodo di Nicloux
Jetter	4,5‰	1.000	metodo di Heise
Jacobsen	3,0‰	2.438	metodo di Widmark
Liliestrand-Wolff	3,0‰	10.464	metodo di Widmark

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 21
Rapporto percentuale tra intossicazione acuta da alcol e livelli di alcolemia

	Alcolemia			
Intossicazione	1‰	1,5‰	2‰	2,5‰
Assente	26%	13%	5,0%	2,0%
Leggera	53%	52%	42,5%	30,0%
Media	18%	31%	45,0%	55,0%
Forte	3%	4%	7,5%	13,0%

certa può essere fatta solo previa determinazione della concentrazione di alcol nel sangue e nel caso la concentrazione superi un determinato valore limite. Questo valore limite è stato determinato in modo differente da autori diversi.

Nel 1955 Laves ha compiuto uno studio sulla percentuale dei casi clinicamente diagnosticati come stati di ubriachezza in funzione di differenti concentrazioni di alcol nel sangue (1, 1,5, 2, 2,5‰). Il risultato delle sue ricerche è riportato nella Tabella 21.

Il parere sul grado di ubriachezza del soggetto è importantissimo, sia dal punto di vista clinico, che per i risvolti medico-legali che ne possono conseguire. Un contributo interessante ci viene dallo studio riportato nella Tabella 22.

TABELLA 22
Percentuale dei casi di intossicazione acuta da alcol diagnosticati da sette medici diversi (A-G) in livelli crescenti di alcolemia. L'indagine è stata fatta su 700 casi (secondo Liljestrand G., 1951).

Alcolemia	A	B	C	D	E	F	G
0 - 0,5‰	0	25	0	50	0	0	25
0,51 - 1,0‰	100	50	78	50	60	0	25
1,01 - 1,5‰	91	72	77	86	57	63	43
1,51 - 2,0‰	100	97	100	94	83	69	77
2,01 - 2,5‰	100	100	100	93	100	79	95
2,51 - 3,0‰	100	100	100	86	100	100	90
oltre 3,0‰	100	100	100	100	100	100	100

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 23

Valori percentuali di casi diagnosticati di intossicazione acuta da alcol a diversi livelli di alcolemia da alcuni autori.

autore	anno	n° casi	0 0,5	0,5 1,0	1,0 1,5	1,5 2,0	2,0 2,5	2,5 3,0	3,0 3,5	3,5 4,0	Oltre 4,0
Widmark	1933	1942	0	19	50	83	93	98	100	100	–
Schwaerz	1937	905	2	38	93	97	99	100	100	–	–
Harger	1938	140	0	46	50	92	100	100	100	100	100
Jetter	1938	1000	10	18	47	83	90	95	96	93	100
Andresen	1950	1712	10	68	81	92	97	100	–	–	–
Alha	1951	94	48	37	55	65	100	–	–	–	–
Prag	1954	100	0	14	69	90	94	94	100	100	100
Totale		5893	10	34	64	86	96	99	99	98	100

Nella Tabella 23 sono riportati i criteri diagnostici dell'intossicazione acuta da alcol secondo altri autori.

Come abbiamo già detto l'alcolista, per la sua alta tolleranza nei confronti dell'alcol, comincia a mostrare le manifestazioni tipiche dello stato di ubriachezza solo quando la concentrazione di alcol nel sangue raggiunge valori molto più elevati rispetto al non alcolista. L'affermazione è chiarita bene dalla Tabella 24.

Alcune volte la visita medica è resa difficile dalla situazione contingente in cui viene effettuata. Pensiamo al caso di un esame medico fatto in seguito ad un incidente stradale, o dopo un incidente di qualche altro genere. In questo caso bisogna sempre tener conto di una serie di fattori esterni, quali lo shock o comunque un possibile stato di agitazione del soggetto. Il fatto, poi, che il medico si trovi ad esaminare una persona che non conosce affatto, contribuisce ad aumentare la difficoltà della diagnosi. Certi fenomeni potranno essere giudicati e interpretati dal medico solo con difficoltà. È il caso, ad esempio, dell'arrossamento del viso, tipico dell'individuo che si trova nella prima fase di intossicazione. Molte persone infatti presentano un arrossamento diffuso del volto, senza per questo consumare alcolici. È da tenere nella dovuta considerazione anche il fatto che molti, soprattutto se in uno stato grave di ubriachezza, cercano in tutti i modi di nascondere il loro stato; oppure, ed è il caso opposto, si mostrano più ubriachi di quanto non siano realmente.

Nel corso della visita il medico deve sottoporre il paziente a numerosi esami psicosensoriali e psicomotori. Di norma nel paziente viene esaminata la

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 24

Valori percentuali di positività a diversi indicatori clinici di intossicazione acuta da alcol in livelli di alcolemia diversi riferiti a bevitori occasionali, bevitori moderati e alcolisti (secondo Goldberg, 1951).

Alcolemia	Disturbi della vista	Prova di Romberg	Prova indice-naso	Esame di Bourdon
Bevitori occasionali	%	%	%	%
0,00-0,5	71,3	49,9	71,3	34,5
0,51-1,0	100,0	97,4	99,9	95,1
1,01-1,5	100,0	100,0	100,0	100,0
1,51-2,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bevitori moderati				
0,00-0,5	9,7	30,9	22,7	6,7
0,51-1,0	99,8	94,6	95,6	97,2
1,01-1,5	100,0	100,0	100,0	100,0
1,51-2,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcolisti				
0,00-0,5	0,0	8,9	0,0	19,8
0,51-1,0	69,2	46,1	54,0	89,5
1,01-1,5	100,0	100,0	100,0	100,0
1,51-2,0	100,0	100,0	100,0	100,0

deambulazione e quindi la capacità di compiere correttamente una rotazione intorno al proprio asse. Si passa quindi all'esame della capacità di deambulare seguendo una linea retta. È necessario osservare con attenzione la sicurezza nella marcia, tenendo presente che il soggetto intossicato cammina spesso appoggiando i piedi su una base più larga di un soggetto sobrio. La capacità di mantenere la stazione eretta e di deambulare correttamente si esamina con il paziente ad occhi chiusi con l'esame di Romberg. Va comunque tenuto presente che un buon numero di persone, perfettamente sane e sobrie, pari, secondo alcuni autori, al 10%, mostra alterazioni significative all'esame di Romberg. L'esame della coordinazione motoria consiste nel far toccare al paziente le punte

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

degli indici delle mani. La prova va fatta ripetere ad occhi aperti e chiusi. All'inizio della prova l'esaminato tiene le braccia lungo i fianchi; le porta quindi con movimento rotatorio in posizione orizzontale, perpendicolari al corpo, distese in avanti, fino a far toccare le punte degli indici.

Il medico può osservare la durata e l'intensità del nistagmo di rotazione. È una prova molto semplice da eseguire. Si fanno compiere al paziente 5 veloci rotazioni sul proprio asse, in un breve arco di tempo, al massimo in 10 secondi. Una persona sana, perfettamente sobria, avvertirà un lieve nistagmo vestibolare, di durata variabile fra i 5 e i 9 secondi. Facendo eseguire la stessa prova ad un alcolista, anche se con una esigua percentuale di alcol nel sangue, poniamo lo 0,5‰, questi avvertirà un nistagmo molto più evidente, della durata di almeno 10 secondi. È un chiaro indice di come la funzione del nervo vestibolare è stata alterata dall'alcol.

Vanno inoltre esaminati il modo di conversare, il comportamento generale del soggetto e le sue funzioni intellettive. Particolare attenzione andrà rivolta alla rapidità dell'eloquio, alla cadenza e alla chiarezza dell'articolazione della voce. Va poi verificata la capacità di orientarsi nell'ambiente, nonché nel tempo e nello spazio. Nella Tabella 25 è presentato un formulario particolarmente vasto che esplora l'intossicazione acuta da alcol.

È opportuno far scrivere all'esaminato qualcosa di suo pugno, per accertare se vi sono cambiamenti nella scrittura, cosa che è frequente nelle persone ubriache. Si può sospettare di un eventuale stato di ubriachezza anche in base all'aspetto esteriore dell'esaminato. Si osserva il colore del viso, si rilevano tracce di vomito, si accerta l'odore di alcol e la presenza o meno di eventuali lesioni. Alcuni sintomi si manifestano prima di altri, a seconda di come aumenta la concentrazione di alcol nel sangue. L'odore particolare che può avere la persona ubriaca ovviamente non proviene dall'alcol, che è una sostanza inodore, ma dalle sostanze presenti nelle bevande alcoliche o, se si è verificato, dalla presenza di vomito. Sull'azione dell'alcol sull'uomo e sul suo comportamento esistono innumerevoli lavori (Mallach J. e coll., 1987)

Uno stato acuto di ubriachezza comporta di norma una diminuzione della capacità di intendere e di volere, diminuzione che può arrivare fino alla perdita completa di tale capacità. Le leggi dei diversi Paesi considerano l'ubriaco in maniera diversa. Per esempio, il codice penale jugoslavo considera l'ubriaco sottoposto a giudizio, responsabile davanti alla legge e capace di intendere e volere. La norma del codice trova giustificazione nel fatto che non può essere considerato incapace di intendere e volere, totalmente o anche solo parzialmente, chi, da sobrio, poteva o doveva conoscere l'effetto che l'alcol avrebbe prodotto.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 25

Formulario usato negli Stati Uniti durante la visita della persona con intossicazione acuta da alcol dopo un incidente stradale

PUZZA DI ALCOL	Nessuna	Leggera	Media	Forte		
ABITI	Ordinati	Disordinati	Trasandati	Sudici		
COLORITO DELLA FACCIA	Normale	Arrossato	Pallido	Altro		
COMPORTAMENTO	Educato Collaborante	Agitato Indifferente	Allegro Litigioso	Loquace Ostinato	Disinteressato Aggressivo	Assonnato Offensivo
SINTOMI PARTICOLARI	Comportamento blasfemo	Comportamento aggressivo	Rigurgito	Vomito	Altro	
OCCHI	Normali	Acquosi	Arrossati			
PUPILLE	Normali	Midriatiche	Miotiche	Poco reagenti alla luce		
EQUILIBRIO	Sicuro	Instabile	Incerto	Assente	Altro	
DEAMBULAZIONE	Sicura	A pianta larga	Deviante	Cadente	Assente	Altro
ROTAZIONE	Sicura	Insicura	Cadente	Caduta	Altro	
PROVA INDICE-NASO	Dx sicuro	Dx insicuro	Sn sicuro	Sn insicuro	Altro	
PRENDERE UN MONETA DAL PAVIMENTO	Sicuro	Lento	Incerto	Impossibile	Altro	
ARTICOLAZIONE DELLA VOCE	Chiara	Poco chiara	Balbettante	Confusa	Altro	

Modulo usato negli Stati Uniti durante la visita medica per i soggetti con intossicazione acuta da alcol, dopo gli incidenti stradali (secondo G. Thompson, 1956).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia*, Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Che cosa ha spinto l'intervistatore a sospettare dell'intossicazione con alcol? _____

Comportamenti o affermazioni insolite _____

Segni di malattia o di lesioni _____

_____

CONCLUSIONE: Effetto dell'alcol sull'abilità di guidare

☐ A prima vista nessuno
☐ A priva vista abile
☐ Abilità leggermente diminuita

_____

Visitato da: _____ ☐ la mattina

(Funzione, indirizzo, data e ora di compilazione) ☐ il pomeriggio

Testimoni durante la visita: _____

_____

OSSERVAZIONI _____

_____

Firma dell'operatore

_____

Modulo usato negli Stati Uniti durante la visita medica per i soggetti con intossicazione acuta da alcol, dopo gli incidenti stradali (secondo G. Thompson, 1956).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia*, Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Ogni approfondimento diagnostico diventa ovviamente molto difficile se il soggetto si trova in coma alcolico. In questo caso, prima di tutto, bisogna poter escludere con certezza ogni altra causa del coma (coma diabetico, shock ipoglicemico, vari stati psicotici acuti, coma da traumi cranici, intossicazione da farmaci o altre sostanze). Va inoltre esclusa, al minimo sospetto, l'emorragia subdurale e epidurale. Qualche volta sarà necessario eseguire anche tutta una serie di esami diagnostici (elettroencefalografia, ecoencefalografia, TAC, angiografia, altri esami di laboratorio).

Trattamento

L'intervento nei casi lievi di intossicazione acuta da alcol non presenta particolari difficoltà. Di recente, i mass media, riprendendo quanto ipotizzato da alcuni ricercatori, hanno segnalato l'esistenza di sostanze che accelererebbero l'eliminazione dell'alcol. Fino ad oggi, però, nessuna di queste sostanze si è dimostrata chiaramente efficace. Questo ci fa dire che non esiste sostanza o mezzo che permetta di riportare rapidamente alla sobrietà, in grado cioè di accelerare il processo di disgregazione dell'alcol nell'organismo e quindi la sua eliminazione.

La prima cosa da fare con la persona ubriaca è cercare di calmarla. Particolare attenzione va poi rivolta al sistema cardiovascolare e al sistema respiratorio, al sostegno cioè delle funzioni vitali fino al momento della totale eliminazione dell'alcol dall'organismo. Nei casi più gravi, soprattutto quando ci si trova di fronte ad un caso di coma alcolico, bisogna avere ben chiaro che il paziente è in imminente pericolo di vita. È consigliata in questo caso la somministrazione di analettici e di forti dosi di vitamine. Si rende sempre necessario l'immediato ricovero in ospedale. È consigliabile anche la somministrazione venosa di piccole dosi di insulina e di glucosio.

Il trattamento del soggetto con intossicazione acuta da alcol richiede sempre molta attenzione e una grande dose di pazienza da parte dell'operatore sanitario. Sempre più spesso vengono attivati reparti di terapia intensiva per le cure disintossicanti urgenti. La cosa più corretta è quella di trattare l'intossicazione acuta in reparti di medicina d'urgenza o di rianimazione, adeguatamente attrezzati. Un reparto di questo tipo è stato attivato anni fa presso la clinica di neurologia, psichiatria, alcolismo ed altre dipendenze dell'ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic" di Zagabria.

Nella maggior parte dei casi di intossicazione alcolica, la lavanda gastrica non viene effettuata, in quanto l'alcol entra molto rapidamente in circolo, così da rendere inutile il ricorso a questo tipo di intervento. Inoltre, la lavanda gastrica

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

può comportare pericolosi reflussi bronco-polmonari. E questo rischio è tanto maggiore se il soggetto è privo di coscienza. Può essere il caso allora di ricorrere alla emodialisi (Durakovic Z. e coll., 1988).

Hangover o stordimento

A conclusione del capitolo sullo stato di intossicazione acuta da alcol è opportuno soffermarsi, brevemente, sul fenomeno dello stordimento, l'*hangover* degli autori inglesi. Stordimento è un termine che non ricorre frequentemente nella terminologia medica. Assume un proprio significato clinico e ricorre spesso quando si parla di alcolismo. Karpman B., in un testo del 1957, ha fatto un'ampia e dettagliata esposizione del fenomeno dell'hangover. Lo stordimento non è causato solo dall'intossicazione alcolica; può manifestarsi anche dopo l'assunzione di determinate sostanze psicoattive, si tratti di farmaci o di sostanze illegali (Ghodse H. e Khan I., 1988). Con questo termine si intende lo stato conseguente ad una forte ubriacatura, dopo che l'alcol è stato completamente eliminato dal sangue e quando si provano sensazioni soggettive di nausea e di sgradevole malessere. Sono presenti disturbi fisici — gastrointestinali, come nausea e vomito, talvolta giramenti di testa — psichici e neurovegetativi (Bonte W. e Volck J., 1978; Laurell H. e Törnos J., 1983; Rydberg U., 1977).

Con il termine di stordimento morale si indica infine quella sensazione di disagio che il soggetto avverte particolarmente quando non ricorda più nulla del periodo in cui si trovava in stato di ubriachezza e teme di aver commesso degli atti più o meno sconvenienti. Lo stordimento è dunque lo stato in cui versa il soggetto che ha consumato grandi quantità di bevande alcoliche, risentendone dal punto di vista sia fisico che emozionale. Un forte stordimento si manifesta più di frequente nei soggetti affetti da disturbi nevrotici. Può anche essere conseguenza della presenza di additivi nella bevanda ingerita, fattori ormonali e di metaboliti dell'alcol. L'hangover si cura con preparati a base di anfetamine, con la caffeina, con vitamine e antidolorifici.

Intossicazione da alcol metilico

Parlando di alcolismo, è necessario accennare all'intossicazione da alcol metilico. Questa intossicazione ha effetti molto gravi. In genere è da ascrivere al consumo occasionale di bevande alcoliche nelle quali è presente per errore l'alcol metilico. Talvolta si registrano casi di intossicazione da inalazione dei vapori di alcol metilico presenti in un ambiente di lavoro. È un quadro di intossicazione raro. L'alcol metilico, a differenza dell'alcol etilico, che si ossida

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

rapidamente nell'organismo, viene metabolizzato circa 5 volte più lentamente. Il processo di ossidazione non è completo; si formano acido formico e formaldeide, sostanze fortemente acide che provocano gravi lesioni organiche. Quasi il 50% dell'alcol metilico viene eliminato attraverso i polmoni e i reni a causa del suo lento metabolismo. Nell'intossicazione da alcol metilico i sintomi si manifestano a distanza di ore, o addirittura di giorni. Se l'alcol metilico era contenuto in una bevanda alcolica, all'inizio i sintomi saranno quelli caratteristici dell'intossicazione acuta da alcol etilico, che può risolversi prima ancora che si manifestino i sintomi dell'intossicazione da alcol metilico. I sintomi sono dati da forti dolori addominali, vomito, disturbi della vista, vertigini; le pupille sono fisse e midriatiche, il respiro affannoso, il polso è debole e accelerato, il volto è cianotico. Subentra quindi il delirio e successivamente il collasso. Se la fase acuta di intossicazione viene superata, il paziente comunque perderà molto spesso l'uso della vista. Un segno premonitore è dato dai disturbi nella percezione di alcuni colori. Bisogna prestare molta attenzione a questo sintomo nella visita medica di chi nel lavoro tratta l'alcol metilico o può entrare a contatto con i suoi vapori (intossicazione professionale con alcol metilico).

Per molti anni è stata sottovalutata l'importanza dell'acidosi nella comparsa dei sintomi. Di recente si è data una spiegazione a questo meccanismo fisiopatologico, e oggi uno dei principali interventi terapeutici in caso di intossicazione da alcol metilico consiste nel risolvere l'acidosi. Bisogna cercare di legare il CO2 nel sangue, e a tal fine somministrare soluzioni alcaline, precisamente soluzioni di lattato di sodio. Se questa soluzione non è disponibile, si può somministrare una soluzione di bicarbonato di sodio al 5%, preparandola al momento. Per preparare la soluzione si farà bollire dell'acqua, per sterilizzarla, e si aggiungerà il bicarbonato di sodio. Vanno somministrati 250 ml. di soluzione. Saranno inoltre somministrati 4 gr. di bicarbonato di sodio per via orale, ogni 15 minuti per un'ora; se il paziente è in stato comatoso, la somministrazione sarà fatta attraverso un sondino nasogastrico. La terapia andrà ripetuta tante volte quante sarà necessario, provvedendo a tenere sotto controllo la concentrazione di bicarbonato nel sangue. Secondo Chew e coll., la terapia può essere ripetuta 3-4 volte di seguito, fino ad aumentare la quantità di ossido di carbonio nel plasma del 40-50%. Può fungere da indicatore il controllo del PH urinario. Alcuni autori consigliano di somministrare alcali fino a quando il PH non raggiunge il valore minimo di 7. Arrivati a pH 7,8 si sospende la somministrazione di bicarbonato. La terapia può essere protratta per 4-5 giorni.

È consigliabile tenere protetti gli occhi del paziente fino a che i disturbi oculari e retinici non sono del tutto scomparsi. Alcuni autori ritengono che giovi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

al paziente la somministrazione di alcol etilico. Sembra infatti che l'alcol etilico acceleri il processo di ossidazione dell'alcol metilico. In effetti, prove di laboratorio hanno mostrato che l'aggiunta di alcol etilico in una miscela di tessuto epatico e alcol metilico, comportava una riduzione nella formazione di formaldeide. Altri alcoli (alcol propilico, isopropilico e butilico) non davano lo stesso risultato. Oggi si ricorre anche alla disintossicazione mediante dialisi.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo secondo

IL BERE PROBLEMATICO E L'ALCOLISMO

Concetti generali

L'alcolismo tende ad essere considerato una malattia, che investe sia la sfera sociale che quella più propriamente sanitaria, cui si dà il nome di malattia alcolica. In questo senso si sono pronunciate le organizzazioni e le associazioni dei medici di molti Paesi. L'American Medical Association, l'associazione dei medici americani, nel 1986 ha pubblicato un lavoro su questo tema. Pubblicazioni analoghe sono uscite in molti altri Paesi (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, 1986; Malignac G., 1979; Hudolin Vl., 1982). L'associazione dei medici della Croazia ha costituito una sezione per l'alcolismo e le altre dipendenze. Dopo la costituzione di analoghe sezioni nelle altre repubbliche e in diverse regioni della Jugoslavia è stata costituita, all'interno dell'Associazione medica jugoslava, l'Associazione per l'alcolismo e le altre dipendenze.

La tendenza più recente è di superare il concetto di malattia. Si preferisce parlare dell'alcolismo come di una fase comportamentale, o come di un modo particolare di rapportarsi ad un fatto ben preciso, il bere alcolici. La tradizionale classificazione dei disturbi alcolcorrelati comincia finalmente a essere messa in discussione e in particolare la classificazione dei disturbi alcolcorrelati nel gruppo dei disturbi psichiatrici. Bisogna cioè chiarire bene che l'alcolismo non è un disturbo psichiatrico, non è una malattia mentale.

Nello schema che segue si può osservare l'andamento delle diverse modalità di consumo delle bevande alcoliche. Distinguiamo diverse fasi: il cosiddetto bere moderato, il bere problematico, l'alcolismo e infine la morte, conseguenza tragica dei disturbi alcolcorrelati.

Nessuna di queste fasi, va detto, costituisce, di per sé, malattia. Però non possiamo neanche dire che costituiscano situazioni di salute. La salute è uno stato di benessere, fisico, psichico e sociale, che può costantemente essere migliorato. Il bere, invece, è un comportamento a rischio e può, in caso di alterazioni fisiche o di disturbi psichici, tradursi in malattia. Non a caso, ad esempio, la durata media della vita di un alcolista è, in Croazia, di 53 anni.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

TABELLA 26
Le diverse fasi nel consumo di bevande alcoliche

Astinenza
↓
Bere moderato
↓
Bere problematico
↓
Alcolismo
↓
Morte

Fatte salve alcune eccezioni, il consumo eccessivo e prolungato nel tempo di bevande alcoliche può condurre all'alcolismo. Alcuni soggetti che presentano particolari caratteristiche psicofisiche, diventano alcolisti più rapidamente di altri. Sempre più frequentemente vengono descritti casi di alcolismo fra i tossicodipendenti che hanno smesso di far uso di eroina e fra i tossicodipendenti in cura con il metadone. In questi casi, secondo il parere di alcuni autori (Roghmann R., 1988), la dipendenza dall'alcol si sviluppa in tempi più brevi. È una circostanza, questa, che si riscontra anche nei soggetti gastroresecati.

L'alcolismo si manifesta con una progressione ben precisa. La fase iniziale è caratterizzata dal consumo di quantità sempre crescenti di alcol, nei confronti del quale la tolleranza aumenta. È questa la fase del cosiddetto bere sociale, dell'alcol bevuto solitamente al di fuori dell'orario di lavoro, spesso in compagnia. Non vi sono ancora alterazioni significative nell'ambito familiare e nell'ambiente sociale e lavorativo. Successivamente, quando l'alcolismo comincia a manifestarsi, la persona beve prima di andare al lavoro, beve poi piccole quantità nell'arco di tutta la giornata, anche durante l'attività lavorativa, per continuare la sera, fino, a volte, ad ubriacarsi. Non è questo naturalmente l'unico modello possibile; esistono altre modalità di comportamento dell'alcolista. Vi è chi si ubriaca frequentemente nell'arco della giornata; oppure, chi si assenta dal lavoro per andare a bere, e molti altri modelli di comportamento disturbato. Nella fase iniziale dell'alcolismo non sono infrequenti le amnesie. Caratteristiche di ogni stato acuto di ubriachezza, le amnesie si presentano in questa fase già dopo aver assunto quantità di alcol molto minori di quelle che prima venivano sopportate senza problemi. L'alcolista perde ben presto la capacità di controllo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

della quantità ingerita e può andare incontro inoltre a numerosi disturbi di carattere sia medico che sociale. Questa descrizione del progressivo manifestarsi dell'alcolismo è ormai classica. Per esemplificare, si può ricorrere allo schema seguente:

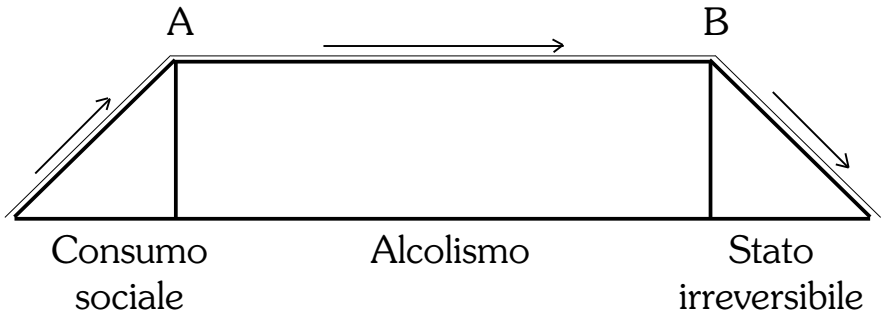

Fig. 1 - Schema di sviluppo dell'alcolismo. La linea sottile indica il percorso della tolleranza; A e B segnano il passaggio da una fase all'altra del consumo delle bevande alcoliche.

In diverse culture il consumo sociale dell'alcol ha inizio molto presto. Già da bambini capita di bere quantità, se pure minime, di alcol; ciò può succedere già nella fase prenatale, se la madre beve durante la gravidanza.
La fase sociale è la fase dell'assuefazione all'alcol: quanto più si beve, tanto più aumenta la tolleranza verso l'alcol, fino a raggiungere un determinato livello, che è specifico per ogni individuo, dove inizia l'alcolismo.

Dipendenza

Il passaggio dal consumo di alcol che abbiamo definito sociale, cioè da quella modalità di consumo che è ancora considerata accettabile dal gruppo, all'alcolismo vero e proprio è segnato dal manifestarsi del fenomeno della dipendenza alcolica, cui si accompagna la fine della crescita della tolleranza, e dalla comparsa di una serie di disturbi di carattere sia medico che sociale. Questo momento è quello che abbiamo indicato con la lettera A nello schema precedente. Il segno più caratteristico di questa fase di passaggio è l'evidente mutamento della personalità dell'alcolista. In questa fase si manifestano alcuni sintomi caratteristici e compaiono le prime lesioni a carico di alcuni organi.

A questo punto dello sviluppo della malattia alcolica, la prognosi diventa molto seria. Va detto che, anche se si riesce a far iniziare il trattamento, anche

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

se si ottiene l'astinenza dal bere, anche se si raggiunge un determinato grado di riabilitazione sociale, nella maggior parte dei casi l'alcolista non sarà comunque in grado di riacquistare il proprio ruolo nella comunità. La fase successiva è segnata dall'apparizione di lesioni irreversibili. È quella che abbiamo indicato con la lettera B nello schema. È questa la fase in cui molti alcolisti hanno gravi problemi all'interno del nucleo familiare, problemi che molto spesso finiscono per provocare la disgregazione della famiglia stessa.

La fase delle lesioni irreversibili è annunciata da diversi segnali caratteristici. Il più tipico è dato dalla brusca caduta della tolleranza all'alcol o, per dirla in altri termini, da una accresciuta sensibilità nei suoi confronti . L'alcolista che si reca dal medico quando si trova in questa fase, in genere lamenta numerosi disturbi e in particolare una generale debilitazione. Per descrivere questo suo stato, e per evitare che il medico possa sospettare della vera natura dei suoi mali, l'alcolista di solito spiega che, proprio a motivo di questo suo stato, non è più neppure in grado di bere. E rincara la dose, asserendo che, mentre un tempo tollerava grandi quantità di alcolici, ora finisce per ubriacarsi con quantità anche minime di alcol.

È da sottolineare anche un'altra caratteristica dell'alcolista, la tendenza all'invecchiamento precoce. L'alcolista, di solito, appare molto più vecchio di un coetaneo che non beve. Questo è un aspetto così caratteristico dell'alcolismo, che un medico, con una certa esperienza, sa riconoscere benissimo un alcolista, anche solo dopo aver scambiato con lui poche parole. È da notare il fatto che l'alcolista che smette di bere ringiovanisce molto rapidamente. Questo a patto che non si trovi già in una fase così avanzata, per cui il suo stato è ormai irreversibile.

Il quadro clinico dell'alcolismo è generalmente noto. Non c'è organo che non possa essere danneggiato. Gli alcolisti, come chi ha sviluppato una dipendenza da altre sostanze, possono essere divisi classicamente in due gruppi distinti, a seconda che la loro dipendenza sia psichica o fisica.

La dipendenza psichica si esprime di solito con la perdita della capacità di controllo sulla quantità di alcol ingerito. Chi ha sviluppato questo tipo di dipendenza, dopo il primo bicchiere non è più in grado di smettere e continua a bere fino ad una forte ubriacatura. Da sobrio può astenersi dal bere per un certo periodo di tempo, ma al primo bicchiere, di nuovo non saprà più fermarsi e finirà nuovamente in uno stato di grave ubriachezza. È da notare che questi soggetti, nonostante perdano, se cominciano a bere, il controllo della quantità di alcol assunta, possono comunque astenersi dal bere per un certo lasso di tempo. Il fatto di dipendere psicologicamente dalla sostanza, li spinge a cercare l'aiuto dell'alcol ad ogni minima difficoltà che incontrano; e una volta preso il primo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

bicchiere, non sanno più dire di no. È probabile che nel radicarsi di questa dipendenza nell'individuo, influiscano anche fattori ambientali e culturali; è caratteristica di alcune regioni della Jugoslavia, come, ad esempio, lo Hrvatsko Zagorje. L'esperienza quotidiana insegna però che di rado il quadro della dipendenza alcolica è così semplice. Nella realtà si incontrano sempre soggetti in cui sono presenti, variamente combinate, dipendenza psichica e dipendenza fisica. Inoltre, il quadro clinico può essere complicato anche dalla presenza di patologie organiche e di disturbi psichici.

La dipendenza fisica, a differenza di quella psichica, si esprime con l'impossibilità dell'astinenza. Chi sviluppa questo tipo di dipendenza è costretto a bere tutti i giorni una determinata quantità di alcol, a cominciare dal mattino presto. In questi soggetti, al diminuire della concentrazione di alcol nel sangue, cominciano a manifestarsi i sintomi dell'astinenza: tremore, affanno, inquietudine, agitazione, cefalea, nausea, vomito, disturbi digestivi, depressione, ecc. Anche il delirium tremens può essere sintomo di astinenza. Anche se l'astinenza completa gli è impossibile, l'alcolista spesso non perde la capacità di controllo della quantità di alcol assunto. Però ne è condizionato a tal punto da non trovarsi quasi mai in uno stato di sobrietà, tantomeno la sera, quando anzi sarà molto spesso ubriaco. Questo è il tipico modo di bere degli alcolisti nei paesi mediterranei.

I due tipi di dipendenza, l'abbiamo detto, si combinano poi in modo vario in soggetti diversi. Di solito, la prima a manifestarsi è la dipendenza psichica. Questa può in un secondo tempo divenire dipendenza anche fisica.

Se guardiamo all'alcolismo considerando i suoi risvolti sociali, possiamo distinguere due fasi. La prima fase è quella in cui l'alcolista cerca di salvaguardare la stima di cui ancora gode all'interno del gruppo sociale e dell'ambiente di lavoro. In famiglia, invece, egli non può nascondere la propria dipendenza dall'alcol. È per questo che proprio all'interno del nucleo familiare si risente maggiormente del disagio di questa situazione, che il più delle volte porterà alla disgregazione della famiglia. Per sopravvivere, il gruppo familiare deve adattarsi alla situazione; vengono messi in discussione i ruoli di tutti i membri, e cambiano, spesso in modo radicale, le interazioni all'interno della famiglia. Se l'alcolista è il padre, il suo ruolo diventerà marginale e assumerà maggior peso il ruolo della madre. I figli verranno ad assumere dei ruoli che altrimenti non avrebbero mai assunto. Oppure li dovranno assumere molto prima di quanto ciò normalmente avviene. Proprio per questo, si potrebbe definire questa fase come la fase delle "patologie familiari". A scopo di esemplificazione, abbiamo volutamente descritto soltanto alcuni possibili ruoli all'interno della famiglia. Ricordiamo però che altrettanta o forse maggiore importanza hanno le interazioni fra tutti i

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

membri della famiglia. Su questi aspetti torneremo nel capitolo dedicato al trattamento dell'alcolista e della sua famiglia.

Abbiamo visto come i membri della famiglia debbano adattarsi alla nuova situazione data dalla presenza dell'alcolista. Il cambiamento non è sempre indolore. Per questo, anch'essi, nella maggior parte dei casi, presentano determinati disturbi. Occorrerà tenere presente questo aspetto quando si inizia il trattamento con l'alcolista. Dovrà infatti essere instaurato anche un rapporto con il gruppo familiare, che si tradurrà poi in un vero e proprio trattamento anche della famiglia dell'alcolista. Oggi si è dell'opinione che anche facendo prevenzione si deve usare un approccio sistemico familiare. Nell'affrontare il problema, si guarderà così non solo al nucleo familiare ristretto, ma anche alle realtà che a diverso titolo interagiscono con la famiglia, fino a comprendere anche la comunità locale e l'ambiente di lavoro.

Nella seconda fase dell'alcolismo, l'alcolista non riesce più a mantenere il proprio ruolo nel gruppo sociale, né nel mondo del lavoro. È questa la fase che viene indicata come quella delle "patologie sociali". È la fase in cui l'alcolista perde la stima del gruppo sociale e dell'ambiente di lavoro e la propria posizione economica. Se la famiglia ha retto all'urto del disagio e della sofferenza patiti in quella che abbiamo visto essere la prima fase, può darsi che finisca per sfasciarsi in questa seconda fase.

Se il trattamento ha inizio in questa fase, è assolutamente necessario coinvolgervi, oltre che il gruppo familiare, anche i membri dei gruppi sociali con i quali l'alcolista interagisce abitualmente. Di regola, l'alcolista trascura la famiglia, non è in grado di fornire ai figli un'educazione adeguata, trascura il lavoro. La situazione è tanto più grave, quanto maggiori sono i problemi in famiglia e sul lavoro. L'alcolista dipende ormai, sia psichicamente sia fisicamente, dall'alcol. La dipendenza psichica consiste nel non sapersi confrontare con i problemi posti dalla vita, nel non saper affrontare le difficoltà quotidiane, senza ogni volta ricorrere all'alcol. La dipendenza fisica consiste invece nell'assuefazione del metabolismo dell'alcolista all'alcol, cioè nella sua fame di alcol. Nell'alcolista il rispetto delle norme sociali e dei doveri nei confronti della famiglia sono in continua lotta con la dipendenza dall'alcol. Il senso di colpa che nasce da questa conflittualità viene costantemente represso con l'alcol. Non potendo più tollerare questo conflitto, un certo numero di alcolisti finisce per tentare il suicidio.

Quella che abbiamo descritto è una delle possibili modalità di sviluppo dei disturbi alcolcorrelati. La casistica è assai varia, in quanto nello sviluppo dei disturbi alcolcorrelati hanno peso la personalità dell'alcolista, l'ambiente in cui vive ed altri fattori. Attualmente si guarda con attenzione sempre maggiore alle

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ricerche longitudinali sul bere (Fillmore M.K., 1988). La ragione sta nel fatto che né il concetto di dipendenza, nè quello di malattia sono definiti scientificamente e con la dovuta chiarezza. L'alcolista non manifesta unicamente disturbi del comportamento. Possono essere presenti anche disturbi della sfera affettiva e della volontà; talvolta si manifesta anche un lieve deficit intellettivo.

Tolleranza

Con il termine tolleranza si indica la resistenza fisica e psichica, la resistenza agli stress psichici, oppure la resistenza a un dato sforzo, sul lavoro, nello sport, o ancora, il rapporto che si ha nei confronti di alcune sostanze, come l'alcol, i narcotici, alcuni farmaci, ecc.; si parla anche di tolleranza alle frustrazioni. Superato un determinato limite di tolleranza, le difese della personalità cedono e si manifesta il conflitto.

La tolleranza dipende da numerosi fattori e può, nel corso dell'esistenza, variare sia in senso positivo che in senso negativo. La tolleranza varia da individuo a individuo, ivi compresi i bevitori moderati; anche in loro si manifesta il fenomeno dell'aumento della tolleranza. È noto che mentre alcuni soggetti sono in grado di tollerare quantità anche grandi di alcol senza mostrare chiari sintomi di ubriachezza, altri si ubriacano dopo aver assunto quantità anche minime di alcol. Questa differenza di tolleranza all'alcol in soggetti considerati sani, e comunque non alcolisti, dipende in parte dal tempo trascorso dall'inizio del bere e probabilmente anche da fattori costituzionali, a noi ancora ignoti. Influisce anche sulla tolleranza l'eventuale presenza di patologie funzionali od organiche del cervello. In rapporto alla tolleranza, lo sviluppo dell'alcolismo può essere distinto in alcune fasi.

La prima fase è quella dell'assuefazione all'alcol. La tolleranza aumenta in modo lento e graduale. Nella fase successiva la tolleranza all'alcol rimane a lungo invariata. Secondo alcuni autori l'aumento della tolleranza all'alcol avverrebbe in presenza di una condizione di ipertrofia del fegato in relazione al fatto che la scomposizione della molecola dell'alcol è svolta dall'enzima alcoldeidrogenasi appunto nel fegato. Sempre secondo questi autori, la tolleranza comincerebbe a calare nel momento in cui il fegato inizia a diminuire di volume, cioè nella cirrosi epatica. Le ricerche più recenti però hanno dimostrato che il meccanismo non è esattamente questo, salvo il caso limite in cui si ha un particolare aumento della pressione nel sistema della vena porta (Kulpe W. e Mallach H.J., 1960, 1961, 1979; Liebermann F.L., 1963; Pioch W., 1966). Ricapitolando, l'aumento della tolleranza all'alcol è segno del primo manifestarsi dell'alcolismo; la diminuzione della tolleranza è invece un sintomo assai grave e significativo di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

passaggio allo stadio più grave e spesso terminale. La tolleranza all'alcol può subire variazioni anche in seguito al manifestarsi di gravi processi infiammatori o traumatici cerebrali. I soggetti che hanno subito un trauma o hanno sofferto di una malattia cerebrale, devono sapere che corrono dei rischi anche gravi, assumendo quantità anche minime di alcol. Questi soggetti, inoltre, possono diventare dipendenti in tempi relativamente brevi. Per questo motivo va consigliato, a chi ha subito un grave trauma o una malattia cerebrale, la totale e definitiva astinenza dall'alcol.

La tolleranza ha un limite. Di regola, viene fissato in 5‰ il valore limite della concentrazione di alcol nel sangue, oltre il quale avviene il decesso. La stessa quantità di alcol ha un'azione molto diversa sulla capacità di guida dei veicoli, anche in persone dello stesso peso corporeo. Bisogna tener conto di una molteplicità di fattori. Per esempio, un individuo emozionalmente stabile, ma in preda ai fumi dell'alcol, potrà guidare meglio, rispetto ad un individuo perfettamente sobrio, ma un po' lento di riflessi. Un guidatore esperto, anche se un po' alticcio, reagirà meglio di fronte agli imprevisti, rispetto a un guidatore inesperto.

Si ritiene che chi consuma alcol con regolarità, lo metabolizzi più rapidamente del consumatore occasionale, non assuefatto agli alcolici. Il primo "reggerebbe" l'alcol più facilmente. L'impossibilità di tollerare l'alcol, come pure la variabilità della stessa, può essere legata a fattori costituzionali (McClearn G.E. e coll., 1979).

Sindrome di astinenza

Con il termine di disturbi astinenziali, o disturbi di svezzamento, o sindrome di astinenza si indicano tutta una serie di disturbi che il soggetto manifesta nel momento in cui sospende l'uso di una determinata sostanza verso cui aveva sviluppato una dipendenza. Disturbi di tale natura si manifestano in chi sospende l'uso di droghe o dell'alcol. È noto anche il manifestarsi di lievi sintomi di astinenza in chi smette di fumare.

Alcuni autori ritengono il delirium tremens semplicemente una sindrome di astinenza. Nell'alcolista, i disturbi astinenziali si manifestano non necessariamente in concomitanza con il definitivo abbandono dell'alcol; può essere sufficiente una certa diminuzione della quantità di alcol assunta abitualmente perché compaiano i sintomi della crisi astinenziale. Alcuni autori negano l'esistenza di veri disturbi astinenziali e non ritengono che l'alcolista sviluppi una vera e propria dipendenza. Costoro spiegano i fenomeni che si manifestano nell'alcolista che smette di bere come una reazione puramente psicologica.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Sui disturbi astinenziali vale la pena andare a vedere quanto hanno scritto nel 1953 Victor M. e Adams R.D. Riportiamo i principali sintomi delle sindromi astinenziali secondo la classificazione di Johnson R.B. (1961):

1. Disturbi gastrointestinali: inappetenza, nausea, vomito, diarrea;
2. Disturbi psicomotori: tremore, contrazioni muscolari;
3. Disturbi della percezione: iperacusia,parestesia;
4. Disturbi psichici: agitazione psicomotoria, disturbi del sonno, allucinazioni;
5. Disturbi a carico del sistema cardiovascolare e vegetativo: sudorazione, ipertensione, alterazioni nella frequenza del polso.

I disturbi astinenziali possono manifestarsi in forma anche grave. Di solito è presente disidratazione, agitazione psicomotoria, tachicardia, rialzo termico. In casi limite può sopraggiungere il decesso. La grave agitazione psicomotoria, le crisi epilettiche (Kalinowski L.B., 1942) e il delirium tremens rappresentano i più gravi sintomi astinenziali. Talvolta, prima che subentri il delirio, possono aversi disturbi del sonno, sudorazione notturna, allucinazioni. Lo stato di ansia si placa solo al sopraggiungere del mattino. Queste manifestazioni possono ripetersi anche per più giorni consecutivi. Disturbi astinenziali leggeri si manifestano con cefalea, insonnia, digestione irregolare, dolori vari, lieve delirio accompagnato da uno stato di agitazione. Questi disturbi possono prolungarsi per un periodo piuttosto lungo. In qualche soggetto tendono a perdurare periodici stati di spossatezza, in cui si manifesta il desiderio di riprendere il consumo dell'alcol. Quando la crisi astinenziale si manifesta in forma grave, è senz'altro consigliata l'ospedalizzazione. Di regola, sarà sufficiente somministrare all'alcolista per alcuni giorni dei tranquillanti e liquidi in grande quantità. Un'attenzione particolare va rivolta all'alimentazione, somministrando se del caso polivitaminici. È sempre importante tenere controllato l'apparato cardiovascolare. Si è notato che l'alcolista inserito nei programmi territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento presenta molto più raramente disturbi astinenziali e che di solito, se si manifestano, i disturbi si presentano in forma più lieve e possono essere superati più facilmente.

La sindrome d'astinenza si può verificare anche nei neonati. Se la madre è alcolista, o comunque ha ecceduto nel bere durante la gravidanza, possono insorgere nel neonato, a distanza di qualche ora o di qualche giorno dalla nascita, gravi sindromi astinenziali. Questi disturbi insorgono perchè alla nascita è stata interrotta l'alimentazione materna, e di conseguenza il bambino non riceve più l'alcol che arrivava col sangue della madre. La quantità di alcol che il bambino riceve con il latte materno non è sufficiente ad impedire i sintomi astinenziali, anche se la madre durante il periodo dell'allattamento continua a bere. Si

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

riscontrano manifestazioni analoghe nei neonati figli di madri tossicodipendenti, se la madre ha fatto uso di stupefacenti durante la gravidanza. È di fondamentale importanza la diagnosi precoce di questi disturbi, per poter instaurare il più presto possibile la terapia adeguata.

Alcolismo sperimentale

Con il termine di alcolismo sperimentale si intende la somministrazione, a scopo sperimentale, di alcol ad animali di laboratorio, e lo studio del quadro comportamentale che ne consegue. Va detto che non esiste una vera correlazione fra l'alcolismo nell'uomo e le condizioni di laboratorio nelle quali l'alcol è somministrato all'animale. Distinguiamo due gruppi di esperimenti: quelli che hanno per scopo il riuscire a provocare l'insorgenza dell'alcolismo nell'animale, e quelli che consistono nello studio dell'azione dell'alcol in un organismo vivente. Gli esperimenti che rientrano in questo secondo gruppo sono i più numerosi. Tutti questi esperimenti sono comunque importanti per gli studi di alcologia, soprattutto per il fatto che, per ovvi motivi, non potrebbero essere eseguiti direttamente sull'uomo. In condizioni normali, la maggior parte degli animali usati negli esperimenti di laboratorio, tende a rifiutare l'alcol, se ha la possibilità di scegliere liberamente fra l'alcol e qualche altro liquido, come acqua o latte. Solo in determinate condizioni l'animale, a seconda della specie, sceglierà la bevanda alcolica.

Uno studio delle condizioni sperimentali nelle quali l'animale sceglie l'alcol è stato fatto da Masserman J.M. e Yum K.S. nel 1946, studio ripreso da Masserman J.M. nel 1963 (Masserman J.M. e coll, 1944, 1945; Masserman J.M., 1963). Questi ricercatori hanno sottoposto a stress ripetuti dei gatti, cercando di creare delle situazioni di tensione e di paura simili alle forme di nevrosi nell'uomo. Hanno potuto così osservare che, mentre un gatto in condizioni normali rifiuta l'alcol e sceglie sempre il latte, il gatto nevrotizzato dell'esperimento impara ben presto come l'alcol lo aiuti a superare la tensione e a vincere la paura. Dopo questa esperienza, il gatto sceglie regolarmente l'alcol, in quanto gli ha permesso a suo tempo di superare una situazione di disagio e di stress. Se gli stimoli sgradevoli cessano, i gatti, dopo qualche tempo, riacquistano l'equilibrio e riprendono a bere il latte, evitando l'alcol. Certamente nell'uomo le cose non sono così semplici. Però gli esperimenti di Masserman J.M. sui gatti mostrano un modello di sviluppo dell'alcolismo, che in un certo numero di casi è valido anche per l'alcolismo umano.

Sono stati inoltre condotti sugli animali molti esperimenti tendenti ad accertare eventuali disfunzioni ereditarie del metabolismo che porterebbero a

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sviluppare l'alcolismo. Tali esperimenti sono stati fatti soprattutto con i ratti; Mardones J. e coll. (1958) ha studiato il metabolismo del glucosio nei ratti che preferivano l'alcol e ha cercato di isolare un ceppo particolare di ratti con tali caratteristiche.

Alcolismo primario e alcolismo secondario

Si parla di alcolismo sintomatico, o alcolismo secondario, in presenza di un quadro clinico di alcolismo in cui l'abuso di alcolici dipende da qualche fattore primario esterno o da qualche malattia. Secondo alcuni autori, l'alcolismo secondario si riscontra molto più frequentemente fra le donne che non fra gli uomini. Gli alcolisti cosiddetti primari, in genere hanno iniziato a bere per imitazione, perché "tutti gli altri bevono". In altre parole, bevono perché il bere rientra fra i modelli di comportamento accettati dal gruppo sociale, anzi, è parte integrante della cultura di quel gruppo. Questo è il gruppo dei cosiddetti alcolisti primari, o bevitori abituali. Si possono far rientrare in questo gruppo anche quelli che cercano nel bere conforto e sollievo alla tensione e allo stress procurati da impegni o da responsabilità. Alcuni autori al riguardo parlano di reazione allo stress della vita. Il 90 % di tutti gli alcolisti rientra nel gruppo degli alcolisti primari.

Nel gruppo degli alcolisti secondari si possono distinguere diversi sottogruppi. Il caso più frequente è quello di soggetti con disturbi psichici primari: si tratta in genere di soggetti con disturbi ciclotimici, con sintomi di schizofrenia latente, o con manifestazioni psiconevrotiche o psicopatiche e con ritardo mentale.

Particolarmente frequente, rispetto agli altri disturbi psichici, è l'alcolismo secondario nei soggetti ciclotimici. I ciclotimici bevono nelle fasi di depressione o nelle fasi di ipomania. Ricorrono all'alcol perché così trovano sollievo al loro stato di depressione. Fanno parte di questo gruppo gli alcolisti che, durante il trattamento, non appena smettono di bere subito cadono in uno stato di forte depressione che li può portare anche a tentare il suicidio. Fra i soggetti ciclotimici si nota di frequente l'alcolismo periodico: il soggetto beve quando è in una fase depressiva oppure ipomaniacale. Al di fuori di queste fasi il soggetto, o evita l'alcol, oppure semplicemente lo ignora.

Talvolta, anche se raramente, l'alcolismo si manifesta nei soggetti affetti da schizofrenia; si tratta solitamente di casi di schizofrenia simplex. Sono casi non frequenti e con sintomatologia non particolarmente significativa. Sulla combinazione alcolismo-schizofrenia si è iniziato a scrivere solo recentemente e i lavori pubblicati sono relativamente pochi (Gottheil E. e coll., 1982). I legami esistenti fra questi due disturbi non sono ancora chiari e mentre alcuni ritengono

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

che la schizofrenia influisca sullo sviluppo dell'alcolismo, altri ritengono si verifichi l'esatto contrario. Freed E.X. (1975) ha citato nel suo lavoro 186 scritti che trattano tale combinazione. La frequenza di questa combinazione è stata valutata diversamente dai vari autori, a seconda che si sia ricercato l'alcolismo fra gli schizofrenici o, al contrario, la schizofrenia fra gli alcolisti. Gillis L.S. e coll. (1969), hanno rilevato che fra 797 alcolisti ospedalizzati l'1% era affetto da schizofrenia. Altri hanno trovato una prevalenza molto più elevata, fino a quasi il 50%. Le nostre ricerche su quasi 120.000 alcolisti ospedalizzati, coincidono con quelle di Gillis. A prescindere che l'alcolismo sia primario o secondario rispetto alla schizofrenia le nostre esperienze nei Club, specialmente in Italia, mostrano che si possono ottenere risultati positivi. In ogni caso in un Club di 12 famiglie non va inserita più di una famiglia che presenti contemporaneamente problemi di schizofrenia e di alcolismo.

Sia pure raramente la psiconevrosi può essere causa di alcolismo secondario. Per questi soggetti l'alcol costituisce un sollievo, seppure momentaneo, alle loro difficoltà psicologiche.

I soggetti più difficili da trattare sono quelli nei quali l'alcolismo si manifesta come conseguenza di un quadro di personalità psicopatica. Il trattamento, diretto a modificare radicalmente lo stile di vita del soggetto è, in questi casi, assai problematico. In questo settore non esiste chiarezza perché entrambi i disturbi, psicopatia e alcolismo, non sono ben definiti e presentano delle difficoltà nell'inquadramento diagnostico. Nella letteratura si sottolinea come entrambi i disturbi si presentino più spesso in certe famiglie e si accenna pertanto ad una possibile eziologia genetica di questi disturbi. Il legame esistente fra attività criminali e asociali e alcolismo è più volte servito per dimostrare il legame fra alcolismo e psicopatia o sociopatia. Negli alcolisti si rilevano spesso comportamenti che ricordano la psicopatia, ma io ho definito tale comportamento come una psicopatizzazione del comportamento dell'alcolista, una sorta di pseudopsicopatia. Il trattamento degli alcolisti con disturbi psicopatici è molto complesso. Le nostre esperienze dimostrano che nei Club si possono ottenere dei risultati purché non sia presente in un Club più di una famiglia con tale disturbo e purché i membri del Club lo accettino.

L'alcolismo può manifestarsi sia pur molto raramente, anche in soggetti affetti da ritardo mentale. In questi casi di solito vi sono particolari influenze ambientali. Non sono solo i disturbi psichici a portare all'alcolismo. Sono riportati alcuni casi, in verità molto rari, che farebbero pensare all'esistenza di una qualche malattia organica, o a un qualche fattore organico o costituzionale, come causa di alcolismo; si tratta sicuramente di situazioni limite.

Nel gruppo degli alcolisti secondari vi sono numerosi casi di soggetti in cui

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

l'alcolismo si è manifestato dopo un intervento di gastroresezione; ciò avviene a causa di carenze nella secrezione gastrica secondarie all'intervento.

Abbiamo già detto che spesso accade che il manifestarsi dell'alcolismo sia in qualche modo favorito dal medico, che consiglia al paziente di prendere alcolici per alleviare un qualche disturbo. Si parla in questi casi di alcolismo iatrogeno.

Dei soggetti affetti da alcolismo secondario deve farsi carico lo specialista. Non di rado è opportuno anche il ricovero in ospedale. Tutti gli altri casi, cioè quel 90% di alcolisti definiti primari, dovrebbero essere diagnosticati precocemente e curati in strutture extraospedaliere. Di questi si occuperanno il medico di base o, dove esiste, il medico del distretto. Naturalmente l'alcolista e i suoi familiari vanno inseriti nei Club degli alcolisti in trattamento o in qualche associazione di autoaiuto e di aiuto reciproco. Il trattamento dell'alcolismo secondario va intrapreso dopo averlo correttamente diagnosticato. Altrimenti diventa impossibile intervenire contemporaneamente sulla causa — il fattore primario — e sull'effetto, l'alcolismo. In ogni caso il trattamento va poi condotto come nei casi di alcolismo primario. L'optimum consiste nel trattamento nella comunità multifamiliare dei Club degli alcolisti in trattamento. Ma di questo parleremo diffusamente nel capitolo dedicato al trattamento.

Alcolisti marginali

L'inglese ha un'espressione particolare, *skid-row,* che suona pressappoco come senzatetto, barbone, vagabondo, per indicare un tipo particolare di alcolista: il senza casa, il senza famiglia, il barbone, l'individuo che è andato alla deriva e ha perso definitivamente il contatto con il proprio ambiente (Wiseman P.J., 1982). Si tratta di individui che vivono al di fuori della società o perlomeno ai suoi margini, in una sorta di emigrazione psicologica ed esistenziale.

In Jugoslavia si è creduto per lungo tempo che la causa principale di questo fenomeno fosse da ricercare nella società, con le sue regole e le sue strutture. In Croazia ci si era convinti che questo tipo di alcolismo non esistesse per nulla, o fosse comunque limitato a pochi casi sporadici, ritenendo che il sistema socialista avesse al suo interno risorse tali da impedire il manifestarsi di fenomeni di emarginazione e di alienazione sociale. In realtà, le cose andavano diversamente. Già una ventina d'anni fa, i casi di skid-row erano assai frequenti. Lazic N. (1980), elaborando i dati del Registro degli alcolisti ospedalizzati in Croazia e i dati relativi ai casi clinici seguiti nella Clinica universitaria di neurologia, psichiatria, alcolismo e altre dipendenze dell'Ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic", ha accertato che la percentuale di skid-row costituiva il 4,5% di tutti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

gli alcolisti ricoverati negli ospedali della Croazia. Questi dati corrispondono a quelli di Bahr H.M. (1973), il quale parla di circa il 5% di alcolisti skid-row. Circa il 10% di tale gruppo sono donne.

Questo particolare tipo di alcolisti richiede un trattamento adeguato alla loro condizione e un forte impegno della società. Non si può pensare di risolvere questo problema attraverso il ricorso ad un sistema sociale piuttosto che ad un altro; il problema va affrontato attraverso il miglioramento della qualità dei rapporti interpersonali e con l'avvio di un adeguato trattamento dei disturbi alcolcorrelati in comunità appropriate. I Cub degli alcolisti in trattamento offrono ottime possibilità di recupero a questi soggetti, che vi trovano per così dire una seconda famiglia. Non dimentichiamo poi che alla radice del loro disturbo c'è proprio la mancanza di affetti, la solitudine e l'abbandono. I risultati che si possono raggiungere sono spesso eccezionali, e compensano largamente delle enormi difficoltà che comporta operare con loro. Esperienze di lavoro con questo gruppo sono state fatte in Italia a Genova.

Alcolismo latente

Si usa parlare frequentemente di alcolismo latente, anche se tale definizione non è ben chiara. Di sicuro non si possono intendere con tale termine né le forme di alcolismo precoce, né le forme lievi. Noi con il termine di alcolismo latente indichiamo quei casi che non vengono subito diagnosticati come casi di alcolismo, e che, magari per un lungo periodo, vengono curati in base a diagnosi diverse. Nella nostra esperienza abbiamo incontrato numerosi casi di alcolisti curati per tutt'altra malattia, magari anche per anni. Talvolta ci sono capitati soggetti, pensionati per invalidità, senza che fosse stato accertato che la causa dell'invalidità era l'alcol.

Di certo l'alcolismo latente non è definito da un ben preciso quadro clinico. Sta quindi alla bravura dell'operatore, che deve provvedere alla diagnosi, individuare il problema e comprenderne le vere cause. E questo naturalmente è legato alla posizione dell'operatore verso il bere e alla cultura di riferimento della comunità nei confronti dell'alcol. La diagnostica dell'alcolismo latente è stata fatta anche tramite questionari (Wilkins R.H., 1972, 1974) e con la valutazione di una serie di dati ricavati da studi effettuati sui ricoveri negli ospedali generali (McIntosh I.D., 1981)

Primo colloquio e anamnesi

Della diagnostica dei disturbi alcolcorrelati ci siamo occupati in un capitolo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

specifico. Lo stesso dicasi per la visita medica nei casi di intossicazione acuta. Qui ci occuperemo delle modalità di conduzione del primo colloquio con l'alcolista e con la sua famiglia e della raccolta dei dati anamnestici.

Una premessa è d'obbligo. Sarebbe una buona cosa se all'università lo studente di medicina imparasse come si instaura un corretto rapporto con l'ammalato, come si inizia un colloquio, come vanno poste le domande al paziente, come si indaga sulla sua famiglia e sul suo ambiente sociale e di lavoro. Purtroppo queste cose non vengono insegnate e quando il medico si trova a tu per tu con un paziente alcolista è spesso in grande difficoltà. Il problema è reale e perfino l'OMS se ne è occupato, avviando una serie di iniziative specifiche (Ghodse H. e Khan I., 1988).

La conferenza straordinaria sulla correttezza nella prescrizione dei farmaci, che si è tenuta a Mosca nel 1985, ha risollevato problemi noti: l'insufficiente preparazione del medico nella prescrizione dei farmaci, nelle tecniche di approccio al paziente, nei trattamenti alternativi alla somministrazione di sostanze psicoattive. E soprattutto si è puntato l'indice sull'ignoranza, o quantomeno sulla scarsa considerazione verso approcci basati sull'autoaiuto, sull'aiuto reciproco, sull'autoprotezione.

Il medico che opera nel campo della psichiatria sociale, e in particolare dell'alcologia, deve riconsiderare criticamente i propri principi deontologici tradizionali. Nel campo dei disturbi di interesse sia sociale che sanitario, e sicuramente nel caso dell'alcolismo, i comportamenti suggeriti dalla deontologia medica classica in ordine alla diagnosi e alla terapia centrata sul singolo individuo non rispondono più a quanto richiesto da questo tipo di disturbi. Alcune norme a cui il medico dovrà attenersi sono in contrasto con la deontologia classica. Sarebbe bene chiarire queste situazioni di contrasto tenendo conto dei moderni principi di protezione della salute. Oggi può accadere che il medico debba, per legge, denunciare alcune malattie del proprio paziente, malattie per cui sono imposti accertamenti particolari. È emblematico il caso del medico che effettua la visita per l'accertamento dell'idoneità alla guida degli autoveicoli. Anche i trattamenti di gruppo, particolarmente in comunità, sollevano determinati problemi deontologici. È compito del medico, in ogni caso, salvaguardare in primo luogo l'interesse del proprio paziente.

Ma torniamo alle tecniche di cui far uso nel corso del primo colloquio. Il primo colloquio si può fare solo con l'alcolista o alla presenza della famiglia o all'interno di un gruppo più vasto. Di solito, l'alcolista inizia a spiegare che lui non è un alcolista, ma che è venuto dal medico solo per tacitare la moglie, che gli rinfaccia continuamente il fatto di bere. L'alcolista prega poi comunque il medico di procedere con assoluta discrezione: se qualcosa si deve fare deve

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

essere fatto in segreto. Egli, chiarisce, è una persona assai stimata, soprattutto nell'ambiente in cui lavora, dove anzi la sua presenza è indispensabile. È bene quindi che nessuno sappia del suo eventuale problema. L'alcolista confermerà di bere saltuariamente in quantità minime, di solito quando è in compagnia.

Se l'alcolista si presenta dal medico accompagnato dalla moglie o da qualche membro della famiglia, il parente che lo accompagna di solito si siede da una parte e se ne sta in silenzio. L'alcolista di tanto in tanto gli si rivolge, per chiedere conferma del suo dire; la conferma di solito arriva, anche se per niente convinta. Un medico giovane, un qualunque operatore alle prime armi, si troveranno in difficoltà e molto imbarazzati a iniziare a parlare con chiarezza di alcol. Può succedere invece che sia il familiare il più loquace, mentre l'alcolista se ne sta in silenzio. Si tratta di solito in questi casi di alcolisti con gravi difficoltà sociali, con problemi molto pesanti e che sono costretti ad ammettere il loro alcolismo e ad accettare il trattamento.

Le cose vanno in maniera molto diversa se l'alcolista arriva dal medico accompagnato dalla polizia o inviato dal tribunale. Sono situazioni sempre molto gravi in cui la persona cerca di cavarsela tacendo. L'alcolista che viene portato al pronto soccorso in stato di ubriachezza, si comporta in modo diverso. Tornato sobrio, è pronto a giurare che si è trattato di una sbornia occasionale. Chiederà quindi di essere immediatamente dimesso. Questo soggetto non è ancora psicologicamente pronto ad iniziare il trattamento.

Come si possono ottenere da questi pazienti le informazioni necessarie? In quale modo entrare in contatto con loro? Bisogna tenere anche presente che non è sempre possibile coinvolgere da subito nel colloquio la famiglia, o quelli che hanno in qualche modo a che fare col paziente e che potrebbero fare opera di persuasione e facilitarne l'inserimento nel Club degli alcolisti in trattamento.

Il medico, così come tutti gli altri operatori, deve avere lo stesso atteggiamento nei confronti di tutti gli alcolisti, così come fa con gli altri suoi pazienti. Deve mostrarsi pienamente disponibile, dal punto di vista sia umano che professionale, ad aiutare l'alcolista, accordandogli fiducia e instaurando con lui un rapporto empatico. Ma questo senza nascondergli neppure per un attimo qual è la realtà della sua situazione. Nel corso del colloquio il medico farà bene attenzione a non assecondare l'alcolista, che tende di regola a nascondere qual è il suo vero problema, cioè il bere. Guai se l'alcolista finisce per credere di avere ingannato il medico, di poter sfuggire il suo vero problema, e di poter sfruttare il medico per risolvere qualche altro problema contingente. Bisogna invece che l'alcolista abbia ben chiaro che se decide di iniziare il trattamento, sarà lui da solo a risolvere il suo problema, anche se indubbiamente con il sostegno del Club degli alcolisti in trattamento e degli operatori.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Il primo colloquio non deve e non può assolvere a compiti di tipo burocratico o formale. Costituisce infatti un'occasione importante per avviare l'alcolista sui binari giusti. Il primo colloquio può essere condotto secondo diverse modalità, naturalmente anche in relazione alla professione dell'operatore. Possiamo parlare allora di colloquio finalizzato alla diagnosi (Stone A.R., 1965), di colloquio-consulto, alla fine del quale dovrà essere espresso un parere, di colloquio terapeutico, e così via. In realtà il primo colloquio dovrebbe ricomprendere tutte queste diverse caratteristiche. Ma soprattutto dovrebbe rispondere alle aspettative dell'alcolista e creare in lui una forte motivazione ad avviare il trattamento. È questo il nodo cruciale: riuscire a far leva sul desiderio dell'alcolista di risolvere almeno uno dei suoi problemi, per indurlo ad accettare di buon grado il trattamento.

Capita di frequente che l'alcolista si rechi dal medico per ottenere un certificato di malattia, piuttosto che per curarsi. In questi casi, la prima cosa che il medico deve fare è di fargli capire cosa può e vuole fare per lui. Compito del medico è far accettare all'alcolista la sua realtà per quello che è, offrendogli il proprio aiuto, sicuramente amichevole, ma privo di commiserazione, per fargli muovere i primi passi verso un radicale cambiamento di stile di vita. È sufficiente il primo colloquio per mettere in evidenza come le doti umane del medico, o dell'operatore che lo conduce, siano di gran lunga più importanti delle nozioni apprese sui libri, che pure sono indispensabili. Solo chi è capace di far leva sugli affetti e sulle emozioni, chi sa creare un rapporto positivo, chi sa offrire fiducia e solidarietà può lavorare bene con l'alcolista e ottenere buoni risultati. È opportuno che all'inizio del colloquio operatore, alcolista e familiari si presentino con correttezza, affabilità e cortesia. È scorretto l'operatore che dà del tu all'alcolista e ai membri della sua famiglia, chiamandoli per nome, senza poi accettare la stessa cosa nei propri confronti. Nel corso del colloquio si raccoglieranno i dati generali sull'alcolista e sui membri della famiglia, dati che potranno essere utili nel corso del trattamento. Inoltre, la raccolta di queste informazioni può servire ad avviare il colloquio, a rompere il ghiaccio.

Nel condurre il primo colloquio si vorrebbe stabilire il limite fino al quale è lecito scavare nei problemi psicologici dell'alcolista e della sua famiglia. L'approccio psicodinamico, benché dagli studi effettuati non emergano caratteristiche peculiari né dell'alcolista né della sua famiglia, richiede un'analisi molto approfondita, allo scopo di portare in superficie eventuali meccanismi eziologici profondi. La tendenza contemporanea è però piuttosto di concentrare l'attenzione sullo stato attuale dell'alcolista, nel rispetto del principio dell'*hic et nunc,* 'qui ed ora', con uno stile di approccio centrato sulla persona (Rogers C., 1951).

È bene che l'alcolista sia libero di parlare di sé e di dire tutto quello che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

vuole, senza che su di lui sia fatta pressione per sapere più di quello che lui vuole dire. Col tempo, una volta avviato il processo di cambiamento del comportamento, sia l'alcolista che i suoi familiari proveranno il desiderio di parlare, in modo più approfondito, di loro stessi. Nel corso del primo colloquio ha molta più importanza la qualità del rapporto, che non la quantità e il contenuto delle informazioni raccolte. Durante il colloquio si presterà attenzione anche alle interazioni tra l'alcolista e i membri della sua famiglia. Il primo colloquio deve essere condotto in modo corretto, cosa che si acquisisce con l'esperienza come è già stato descritto molto bene da Sullivan H.S. (1981).

Alcune domande relative al paziente nel suo ambiente di lavoro possono aiutare a capire se si è di fronte veramente ad un caso di alcolismo. Teniamo presente che:

1. L'alcolista, durante il lavoro, si assenta spesso "per qualche minuto", oppure deve "urgentemente" sbrigare un compito.
2. L'alcolista manca spesso dal lavoro e si giustifica adducendo motivi banali. Il lunedì è il suo giorno nero, quello in cui si concentrano le assenze.
3. L'alcolista non rispetta i tempi di esecuzione dei propri compiti e la qualità del suo lavoro lascia a desiderare. La colpa … "è sempre degli altri".
4. L'alcolista sul lavoro appare spesso stordito o confuso.
5. Talvolta, soprattutto se gli è stato impedito di assentarsi, mostra segni di insofferenza, appare sovreccitato, gli tremano le mani e comincia a sudare. Qualche volta può sopraggiungere uno stato molto simile al collasso. Sono tutti sintomi di astinenza.
6. L'alcolista al lavoro può avere gli occhi arrossati e lacrimosi, segni evidenti della sbornia del giorno prima. In questi casi cercherà di evitare l'incontro diretto e il colloquio con il proprio superiore.
7. Proprio per nascondere questi segni porta spesso occhiali da sole.
8. L'alcolista si profuma spesso in maniera eccessiva e il suo alito sa di mentolo. Questo soprattutto se l'alcolista ha una posizione sociale elevata e vuole mascherare il suo bere.
9. L'alcolista beve durante le pause dal lavoro.
10. L'alcolista beve prima di recarsi al lavoro.
11. L'alcolista offre da bere agli altri, per poter bere egli stesso.
12. L'alcolista arriva in ritardo sul luogo di lavoro e lo lascia prima dell'orario previsto.

Come abbiamo già detto è fondamentale che l'operatore sviluppi nel

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

primo colloquio un rapporto di forte empatia con l'alcolista e ne capisca le difficoltà. È opportuno condurre il colloquio alla presenza dell'intero nucleo familiare, o comunque di quanti più membri possibile. L'alcolismo costituisce un modello di comportamento che influenza tutto il gruppo familiare. Il medico con una forma mentis tradizionale, di fronte all'alcolista, andrà alla ricerca del sintomo organico o di quello psichico, e di rado farà attenzione al particolare rapporto che il paziente ha con l'alcol e a come questo cambia la rete di rapporti all'interno della famiglia.

L'alcolista può essere ammalato e presentare quindi i sintomi classici di qualche malattia. Anche di questo bisogna tener conto nel corso del colloquio e della visita medica.

Il medico, formato tradizionalmente, può trovarsi in difficoltà in un colloquio con l'intero gruppo familiare. Del resto questa presenza è indispensabile, per mettere a fuoco il problema e per iniziare un corretto approccio familiare. Dopo il primo colloquio con l'alcolista e con la sua famiglia, il medico o l'operatore dovrebbe indirizzare la famiglia al Club degli alcolisti in trattamento, oppure a qualche altra organizzazione di autoaiuto e di autoprotezione. L'approccio ecologico-verde privilegia il trattamento nel Club. Solo dopo che la famiglia avrà preso contatto con una di queste organizzazioni, potrà continuare il rapporto medico-alcolista, nel caso che tale rapporto sia necessario. Se invece è opportuno procedere all'immediata ospedalizzazione del paziente, i familiari verranno ugualmente indirizzati al Club degli alcolisti in trattamento. È un errore da evitare quello di attendere la dimissione dell'alcolista dall'ospedale, per l'inserimento nel Club. Una volta fuori dell'ospedale l'alcolista si sentirà bene, i disturbi acuti saranno superati e lui e la sua famiglia saranno convinti di poter risolvere i loro problemi da soli. A questo punto sarà davvero molto difficile convincere l'alcolista e la sua famiglia dell'opportunità di accettare il trattamento nel Club: ormai la fase di crisi è superata e non resterà che attendere una nuova crisi dell'alcolista e della sua famiglia, per ricucire pazientemente le fila del discorso interrotto.

Abbiamo già detto che il medico dovrebbe essere formato nel corso degli studi, o al più tardi durante il periodo di specializzazione, sulle tecniche da usare nel primo colloquio con la famiglia. Dovrebbe essere altresì a conoscenza della possibilità di instaurare terapie alternative ai trattamenti farmacologici classici, che del resto sono controindicati per l'alcolismo, salvo quei rari casi in cui non se ne può fare a meno e in cui vanno comunque usati con attenzione e prudenza (Ghodse H. e coll., 1989).

Il soggetto affetto da disturbi alcolcorrelati che si presenta dal medico è afflitto in genere da numerosi problemi. Di solito, va dal medico per cercare di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

risolvere almeno uno di questi problemi. Nella maggior parte dei casi, non ha ancora maturato la decisione di abbandonare una volta per tutte l'alcol. Spesso l'alcolista giunge dal medico sulla spinta di qualche urgenza, sia di carattere propriamente sanitario che di carattere familiare o sociale. Qualche volta chi si reca dal medico lo fa per accontentare i familiari, gli amici che insistono, oppure spinto dagli operatori sociali e sanitari o dalla polizia.

C'è un tratto fondamentale che è comune a molti alcolisti prima di iniziare il trattamento: mentire. L'alcolista mente in primo luogo a se stesso: ripete continuamente che, se vuole, può smettere di bere in qualsiasi momento; è convinto che nessuno si è accorto del suo problema; dice di bere solo quando è in compagnia, o per problemi suoi, e molte volte scarica la responsabilità sugli altri. L'alcolista tenta anche di ingannare chi gli sta vicino e cerca di nascondere con ogni mezzo la propria dipendenza dall'alcol. Quali sono i comportamenti classici dell'alcolista? Verso i propri superiori l'alcolista ha un atteggiamento servile; solo raramente diviene aggressivo, se l'intossicazione è particolarmente acuta, e comunque per breve tempo. Verso quelli che dipendono da lui ha invece un comportamento grossolano e villano. Infine verso gli estranei ha un atteggiamento di rifiuto, respinge ogni consiglio, ogni proposta di aiuto o anche solo di colloquio. Il medico, o l'operatore che conduce il primo colloquio non deve contare su una sincera "confessione" dell'alcolista riguardo ai suoi problemi. Anzi, l'alcolista che sa di doversi recare dal medico, quando si presenta , farà il possibile per dare una buona impressione. Questo atteggiamento è tipico dell'alcolista di livello sociale e di cultura medio-superiore. Un operatore esperto non si farà trarre in inganno dalle apparenze e fin dal primo colloquio saprà arrivare alle giuste conclusioni. Il necessario aiuto deve essere offerto all'alcolista il più presto possibile, prima cioè che si manifestino patologie irreversibili. Occorre in questo senso sviluppare adeguati programmi territoriali, in modo da individuare gli alcolisti in una fase precoce e per far fronte realmente alla dimensione numerica del problema. Questo non può essere sempre fatto dal medico, anche perchè la maggior parte dei medici non si interessa di disturbi alcolcorrelati ed è priva inoltre della necessaria istruzione di base al riguardo. Inoltre l'alcolismo non è un problema di prevalente pertinenza medica. Il trattamento alternativo a quello medico classico può essere suggerito altrettanto bene da altre categorie di operatori, oppure da volontari, proprio perché il medico non ha una specifica conoscenza del trattamento. È questa la ragione per cui il primo colloquio, e quindi il trattamento, nella maggior parte dei casi sono condotti da altri operatori — psicologo, assistente sociale, infermiera professionale, insegnante, sacerdote, volontari — purché precedentemente siano stati formati in maniera adeguata. La cosa migliore sarebbe comunque che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

il programma venisse organizzato con la collaborazione o la guida di un medico della medicina di base correttamente formato e motivato. Ricordiamo, inoltre, ancora una volta, che quando si raccolgono i dati anamnestici dell'alcolista è essenziale raccogliere il maggior numero possibile di informazioni relative alla sua famiglia.

Il modello di primo colloquio sin qui descritto si riferisce ad un operatore medico. Se a condurre il colloquio è una figura professionale diversa dal medico, è sufficiente apportare alcune semplici modifiche. In ogni caso, il colloquio ha sempre lo scopo di fornire un preciso inquadramento del problema, di scoprire qual è l'atteggiamento dell'alcolista nei confronti dell'alcol, di motivarlo al trattamento assieme alla sua famiglia, di fornire loro le informazioni di base riguardo al problema e alla possibilità di una sua soluzione. Il primo colloquio deve servire ad avviare l'alcolista verso un cambiamento del proprio comportamento: in questo senso e per questo motivo il primo colloquio viene ad assumere carattere e significato terapeutico.

Se è lo psicologo a condurre il primo colloquio deve comportarsi esattamente come il medico. Naturalmente si avvarrà degli strumenti che la sua professione gli mette a disposizione. Potrà usare ad esempio la tecnica dell'intervista aperta o strutturata, e potrà avvalersi di vari questionari, sia in colloqui individuali che di gruppo. Potrà inoltre servirsi, a scopo diagnostico, di alcuni dei numerosi test specifici che esistono. Alcuni di questi test li abbiamo descritti quando ci siamo occupati della diagnostica.

Anche l'assistente sociale agirà in modo analogo. Con gli alcolisti applicherà prevalentemente metodi di lavoro di gruppo, con particolare riferimento al gruppo familiare. In alcune occasioni limiterà l'osservazione al singolo alcolista, avendo comunque sempre riguardo al quadro complessivo della famiglia. Naturalmente condurrà il primo colloquio secondo le regole dell'anamnesi sociale. Al posto della diagnosi tradizionale, l'assistente sociale formulerà una diagnosi descrittiva, come del resto fa di solito nella sua pratica di lavoro. La diagnosi medica classica di alcolismo non ha particolare significato, perché non c'è una grande differenza nel trattamento ulteriore fra un alcolista e l'altro. Inoltre la diagnosi medica di alcolismo non ci dice nulla dei reali problemi dell'alcolista.

Anche l'infermiere professionale condurrà il primo colloquio allo stesso modo. L'unica differenza sarà data da un maggior spazio per i problemi di carattere sanitario che l'alcolista e i suoi familiari presentano. Anche tutti gli altri operatori, nel colloquio, saranno particolarmente attenti a indagare le difficoltà che la famiglia presenta. Se lo riterranno opportuno, chiariranno in un secondo tempo, con l'aiuto dello specialista più indicato, quegli aspetti che richiedono particolari approfondimenti.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo terzo

LE COMPLICANZE FISICHE DELL'ALCOLISMO

Considerazioni generali

Nel corso del colloquio e durante la visita, il medico deve prestare la dovuta attenzione a quei disturbi organici e psichici che si manifestano negli alcolisti, specie agli stadi più avanzati. Talvolta sarà necessario ricorrere a ulteriori esami, strumentali e di laboratorio. Lo sviluppo dell'alcolismo può essere accompagnato da una serie di complicanze, conseguenza del danno provocato dall'alcol a carico della maggior parte degli organi e degli apparati. Già lo stato di intossicazione acuta può provocare complicanze a livello del sistema nervoso, ad esempio, il coma alcolico. E l'intossicazione acuta, del resto, è un tipico disturbo psichico, anche se limitato nel tempo. Va poi ricordato che anche il cosiddetto bevitore moderato può presentare disturbi e patologie alcolcorrelate.

Di recente sono state segnalate correlazioni significative tra abuso di alcol e comparsa di patologie tumorali. È stato statisticamente dimostrato che gli alcolisti sono più colpiti dal carcinoma della lingua, del cavo orale, del palato molle, del fegato e in genere di tutto l'apparato gastrointestinale; le donne alcoliste sono più colpite invece dal carcinoma della mammella (Eckhardt M.J. e coll., 1981). La clinica ci insegna che l'incidenza dei tumori negli alcolisti è maggiore rispetto ai gruppi di controllo. E questo anche dopo l'inizio del trattamento e il relativo miglioramento generale dello stato di salute, specie se il trattamento è stato avviato con ritardo.

L'alcolista spesso si alimenta male e presenta carenze vitaminiche, soprattutto di vitamine del gruppo B. Oggi è opinione generalmente accettata che le complicanze dell'alcolismo siano conseguenza, nella maggior parte dei casi, di alterazioni del metabolismo legate a carenze vitaminiche e proteiche. Fermo restando naturalmente la tossicità diretta dell'alcol sulle cellule.

Le carenze alimentari dell'alcolista dipendono da alcuni fattori:

1. In genere l'alcolista si nutre poco perchè soddisfa, almeno in parte, il suo fabbisogno calorico consumando alcol, che però è privo di vitamine.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

2. L'alcolista non assimila del tutto le sostanze alimentari, o le assimila male, a causa delle lezioni dell'apparato gastrointestinale.
3. L'alcolista ha spesso problemi economici per cui la qualità del cibo che consuma è scarsa e/o scadente.
4. L'alcolista, che vive in genere senza regole, è senza regole anche nell'alimentazione.

Le lesioni di alcuni organi, tranne quelle a carico del sistema nervoso, sono di competenza dell'internista. Ne daremo qui una breve descrizione. La diagnosi e la cura di questi disturbi vanno attuate a prescindere dal fatto che l'alcol ne è la causa. Naturalmente è essenziale che l'alcolista sia astinente e che assieme alla sua famiglia sia inserito in un Club degli alcolisti in trattamento. Ovviamente se il primo colloquio è stato condotto da un operatore non medico, questi non potrà visitare il paziente, non formulerà la diagnosi medica o psichiatrica, né interverrà su eventuali complicanze. L'operatore non medico, se lo sospetta, segnalerà la presenza di eventuali disturbi di natura medica al medico curante. Il trattamento dell'alcolista, che è in cura per problemi fisici, è comunque uguale a quello di qualsiasi altro alcolista.

Patologie del cavo orale

Per la mancanza di igiene e la scarsa cura della persona, l'alcolista è spesso affetto da paradontosi e da carie. Negli alcolisti il carcinoma della lingua, dell'epifaringe e della laringe sono più frequenti che nei non alcolisti; questo anche nel caso di alcolisti non fumatori (Seitz H.K. e coll., 1982).

Patologie dell'esofago

Nell'alcolista si manifesta con una certa frequenza un'alterata funzionalità del cardias e di conseguenza il contenuto dello stomaco refluisce nell'esofago. Avremo in questo caso un'esofagite da reflusso. L'esofagite può essere anche dovuta ad azione diretta dell'alcol sulla mucosa. Non di rado si manifesta la sindrome di Mallory-Weiss data dalla fissurazione longitudinale della parete esofagea. Gli alcolisti sono colpiti da carcinoma dell'esofago con frequenza cinque volte maggiore rispetto ai non alcolisti e ai non fumatori (Bode J. Ch., 1981).

Sono più frequenti di quello che si pensa comunemente le varici esofagee e del fondo gastrico. Si manifestano a causa dell'ipertensione nel sistema della vena porta. È sempre alto, in questo caso, il pericolo di exitus per rottura delle

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

varici e conseguente emorragia. Segni premonitori possono essere: tracce di sangue nel vomito, feci di colore scuro, anemia, pallori improvvisi, ipotensione.

Patologie dell'apparato gastrointestinale

Gastriti, emorragie, lesioni della mucosa intestinale sono le più frequenti complicanze dovute all'alcolismo che si manifestano a carico dell'apparato gastrointestinale. All'inizio la secrezione dei succhi gastrici è assai abbondante. In seguito al manifestarsi di lesioni della mucosa, la secrezione diminuisce o addirittura scompare del tutto dando luogo al quadro della gastrite atrofica. Nell'alcolista è frequente il cosiddetto vomito mattutino, che indica la presenza di lesioni e che è anche uno dei sintomi della sindrome da astinenza. L'alcolista cerca di alleviare questo disturbo con l'assunzione, a digiuno, di una certa quantità di alcol.

Un gran numero di autori ha riportato l'elevata frequenza di alcolisti nei gastroresecati con problemi di achilia. Il paziente gastroresecato si accorge molto presto che l'alcol reca sollievo ai suoi problemi digestivi, per cui comincia ad assumere alcolici, vino soprattutto, invece di far uso dei farmaci. Poiché in questi soggetti viene a mancare l'azione dei succhi gastrici e l'assorbimento è più veloce che nelle persone sane il fegato è colpito molto rapidamente e altrettanto rapidamente si manifesta l'alcolismo (Cerlek S. e coll., 1967). L'alcolismo che si manifesta nei gastroresecati si può sostanzialmente far rientrare negli alcolismi secondari. In questi soggetti, talvolta, l'alcolismo può essere indotto dal medico, che consiglia al paziente di assumere con il cibo piccole quantità di alcol. Il paziente interpreta poi questo consiglio come un invito ad assumere tutto l'alcol necessario a farlo star bene. Si parlerà quindi di alcolismo iatrogeno.

Patologie epatiche

Gli alcolisti soffrono molto spesso di disturbi al fegato. La cirrosi epatica alcolica è un'affezione così caratteristica nell'alcolista, che alcuni autori calcolano il numero degli alcolisti sulla base del numero degli ammalati e dei deceduti per cirrosi epatica. Su questa base anche Jellinek ha elaborato il proprio metodo di determinazione della prevalenza dell'alcolismo.

Secondo la maggior parte degli autori, i primi danni a carico del fegato si manifestano con l'infiltrazione di grassi tra le cellule epatiche dando luogo al quadro della steatosi epatica. Il primo ad osservare il fenomeno è stato Rokitansky (1849). Ma i danni al fegato sono realmente provocati dall'alcol? E se lo sono, è una conseguenza dell'azione diretta dell'alcol, oppure si tratta di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

una conseguenza indiretta legata a disfunzioni metaboliche causate dall'alcol? La maggior parte degli autori è oggi del parere che la responsabilità principale sia data dall'azione diretta dell'alcol sulla cellula epatica. Solo il 10% dell'alcol assunto viene eliminato attraverso l'aria espirata e le urine. Tutto il resto viene ridotto, nel fegato, ad acqua, H_2O, e anidride carbonica, CO_2. Sulla diffusione della cirrosi epatica fra gli alcolisti, non tutti gli autori sono concordi. La maggior parte ne stima la frequenza intorno al 5-6%.

Numerosi esperimenti condotti sugli animali hanno permesso di accertare che non si manifestano danni a carico del fegato se all'animale, oltre all'alcol, viene somministrata una dieta equilibrata, supplendo in tal modo alla carenza alimentare provocata dall'alcol. Anche nei casi gravi di cirrosi epatica alcolica indotta negli animali si è osservata la rigenerazione del tessuto epatico, se assieme all'alcol si somministra all'animale una dieta equilibrata. A Santiago, gli alcolisti costituiscono l'86% di tutti gli ammalati che muoiono negli ospedali per cirrosi epatica. In molti studi è stato dimostrato come i vari componenti delle bevande alcoliche possono arrecare danni a carico del fegato. È stato evidenziato che gli alcolisti assimilano con difficoltà alcune vitamine, come la vitamina B12 e l'acido folico.

Secondo alcuni autori, l'alcol è il principale fattore eziologico, nei Paesi sviluppati, in circa la metà dei casi di cirrosi epatica.

La maggior parte degli autori ritiene che la cirrosi epatica alcolica cominci a manifestarsi con l'ingrossamento del fegato. I danni alle cellule epatiche vengono interpretati in modo differente. Alcuni autori sono del parere che la cellula venga danneggiata dalla pressione meccanica delle particelle di grasso sulla parete della cellula stessa. Altri fanno risalire i danni all'alimentazione carente tipica dell'alcolista, e specificamente alla carenza di proteine e di vitamine. Ha luogo così la degenerazione delle cellule epatiche e aumenta il tessuto connettivo. Mentre nella fase iniziale della cirrosi il fegato aumenta di volume e il suo peso può variare da 2.000 a 5.000 grammi, nella fase avanzata il fegato diminuisce di volume e il suo peso varia da 1.000 a 1.400 grammi. La sua superficie, inizialmente liscia, diviene leggermente granulosa e infine dura e bernoccoluta.

Alcuni autori sono del parere che la cirrosi epatica alcolica sia provocata dall'assunzione di determinati tipi di bevande alcoliche, come ad esempio il vino. A conferma di ciò, questi autori portano le statistiche dei Paesi dove si consumano grandi quantità di vino e dove la cirrosi si manifesta più di frequente, e cioè in Francia ed in Italia. Esistono anche interpretazioni diametralmente opposte. È più corretto affermare che esiste probabilmente una correlazione significativa tra cirrosi epatica alcolica e modalità di consumo della sostanza

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alcolica, piuttosto che tra tipo di bevanda alcolica e cirrosi epatica.

La correlazione tra consumo di alcolici e cirrosi epatica, è facilmente dimostrabile. Basta dare uno sguardo alle cifre, per vedere come il numero di casi di cirrosi epatica alcolica segua fedelmente i dati relativi al consumo di alcolici in una data popolazione. Negli Stati Uniti i casi di cirrosi hanno subito una flessione durante il periodo del proibizionismo, cioè tra il 1918 e il 1932, e alla sua abolizione hanno avuto una rapida impennata.

Lo stato di funzionalità del fegato può essere indagato attraverso una serie di esami di laboratorio. Oggi abbiamo a disposizione nuovi tipi di esami che possono anche essere vantaggiosamente applicati per ricerche sulla prevalenza dei consumatori problematici e degli alcolisti nella popolazione generale. Noi abbiamo studiato il fegato degli alcolisti utilizzando la scintigrafica (Spaventi S., Hudolin Vl. e coll., 1965; Spaventi S., Hudolin Vl. e coll, 1965; Spaventi S., Hudolin Vl. e coll., 1967). Le patologie alcolcorrelate che colpiscono il fegato sono spesso molto gravi e possono, come si sa, condurre a morte. Inoltre, i danni al fegato hanno un'incidenza significativa sui danni a carico del sistema nervoso, anche se il meccanismo non è ancora del tutto chiarito. La cirrosi epatica alcolica, negli stadi più avanzati, è incurabile e provoca la morte. Per questo è importantissimo intervenire precocemente avviando l'alcolista al trattamento prima che la patologia cirrotica giunga a scompenso. Negli ultimi anni sono stati anche presentati molti studi sull'aumento della frequenza fra gli alcolisti del carcinoma del fegato e di alcuni tumori del tubo digerente.

Patologie dell'apparato cardiovascolare

L'alcol provoca anche patologie a carico del sistema cardiovascolare (Regan T.J., 1981). La carenza di vitamina B può provocare nell'alcolista lesioni del miocardio. Al riguardo, varie sono le ipotesi. Già alla fine del secolo scorso era noto il cosiddetto cuore di birra, il *Münchener Bierherz* degli autori tedeschi.

Il termine *alcoholic heart disease,* 'cardiopatia alcolica', è stato usato per la prima volta da Mackenzie nel 1902. All'inizio del secolo si notò una qualche correlazione fra alcolismo e beriberi. La *Occidental beriberi,* 'beriberi alcolico', o cardiomiopatia alcolica, può essere conseguenza della carenza di vitamina B, del deficit alimentare, o della composizione delle bevande alcoliche, in questo caso la presenza di cobalto. Probabilmente vi è anche una lesione del miocardio, causata direttamente dall'alcol.

Molti autori asseriscono che esiste un quadro specifico della cardiomiopatia alcolica, che risulterebbe anche dagli esami strumentali. Gli esami anatomopatologici invece non sono specifici per questa patologia. Come va trattato il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

paziente affetto da cardiomiopatia alcolica? Resta valido il principio già enunciato di instaurare la terapia, a prescindere dal fatto che la causa è l'alcol. Vi è naturalmente l'obbligo dell'astinenza dall'alcol, la necessità di seguire una dieta adeguata e il cambiamento dello stile di vita.

Fino a poco tempo fa si riteneva che l'alcol agisse da vasodilatatore coronarico e potesse essere indicato per la cura dei disturbi ischemici. Di conseguenza, il medico consigliava a pazienti con patologie coronariche di assumere alcolici, preferibilmente superalcolici, e non erano rari i casi di alcolismo iatrogeno. In realtà, l'alcol nell'ischemia cardiaca copre pericolosamente il sintomo dolore, ha un'azione vasodilatatrice nella parte sana del miocardio, ma contemporaneamente peggiora l'afflusso di sangue nella parte ischemica o colpita da infarto. Oggi si sostiene che l'alcol rappresenta un fattore di rischio per cardiopatici e ipertesi (Viamontes J.A. e coll., 1981).

Patologie muscolari

La miopatia alcolica è una sindrome clinica descritta negli ultimi 30 anni. La fisiopatologia di questa malattia non è chiara, nonostante si possa supporre che si tratti di un meccanismo simile a quello della cardiomiopatia alcolica. Classicamente si distingue una forma acuta e una forma cronica. La forma acuta si manifesta con dolori, edemi, senso di tensione dei muscoli colpiti. Viene diagnosticata abbastanza di rado, ricorrendo ad esami ematochimici ed enzimatici. Di regola è benigna. Solo eccezionalmente porta a fenomeni di necrosi muscolare, accompagnati da mioglobulinuria e da tubulonecrosi renale acuta. La biopsia muscolare facilita la diagnosi. Nella forma cronica prevalgono l'atrofia e la degenerazione soprattutto dei muscoli prossimali. Non è accompagnata da dolori, però il decorso è progressivo senza manifestazioni apparenti. Talvolta si può presentare in forma subclinica.

Interessante è la ricerca svolta da Rubon E. nell'ospedale Mount Sinai. Questo ricercatore ha effettuato un esperimento durato un mese su un gruppo di volontari. Giornalmente venivano somministrate ai volontari 3.900 calorie, di cui il 42% in alcol; per il resto le proteine erano il 15%, i grassi il 32% e i carboidrati l'11%. Prima dell'inizio dell'esperimento, veniva eseguita una biopsia di controllo su due muscoli, deltoide e quadricipite. La biopsia veniva ripetuta al termine dell'esperimento e a distanza di sei mesi. Nel corso dell'esperimento Rubon E. ha osservato un aumento della creatinfosfochinasi nel siero, indicativo della lesione muscolare. L'analisi effettuata al microscopio elettronico, al termine dell'esperimento, ha dimostrato l'allargamento degli spazi interfibrillari. Durante tutto il periodo dell'esperimento non sono mai stati

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

rilevati sintomi di miopatia alcolica acuta: dolori, senso di tensione, edemi. Però secondo Rubon E. i risultati indicano uno stato premiopatico. A due settimane dalla sospensione della somministrazione di alcol, gli enzimi erano tornati ai valori normali. La biopsia, effettuata a distanza di 5-6 mesi, non segnalava più alterazioni muscolari. L'esperimento non ha però chiarito quanto e quanto a lungo occorra bere perché si manifesti la miopatia alcolica. Certo è che, anche se una persona beve senza ubriacarsi e al tempo stesso si nutre normalmente, non si può escludere che possa avere disturbi muscolari da alcol. Nella clinica di Zagabria Turek S. (1985), ha studiato le lesioni muscolari causate dall'alcol in un lavoro monografico.

Patologie del pancreas

Il consumo prolungato di alcol può portare a patologie delle ghiandole endocrine. Fra gli alcolisti sono stati descritti casi di patologie acute e croniche del pancreas, della tiroide, delle surrenali e particolarmente delle ghiandole genitali. Ci occuperemo in particolare del pancreas.

Le patologie alcolcorrelate del pancreas sono spesso molto importanti e possono essere a prognosi infausta, come nel caso della pancreatite dovuta all'intossicazione acuta da alcol, patologia che si riscontra anche nei non alcolisti. La pancreatite alcolica è una malattia del pancreas causata da una intossicazione acuta o nel caso di alcolismo. Che il consumo cronico di alcolici possa portare a disturbi del pancreas, è un fatto ormai accettato. Harrison ritiene l'alcolismo uno dei maggiori fattori eziologici della pancreatite. Questa si manifesta fra i 20 e i 40 anni, e più frequentemente in chi fa un consumo eccessivo di alcolici da 8-10 anni. L'esordio è brusco e i sintomi sono: dolori addominali trafittivi acuti, intermittenti e sempre più frequenti; poi nausea, vomito, blocco intestinale. Capita non di rado che prima che sia posta una diagnosi corretta, il paziente venga ricoverato in ospedale anche più volte. La pancreatite, in forma acuta e cronica, anche se meno frequentemente della cirrosi epatica, è con quest'ultima la più pericolosa delle complicanze gastrointestinali dell'alcolismo.

La patogenesi dei disturbi del pancreas di origine alcolica non è ancora stata chiarita del tutto, anche se sono state avanzate diverse ipotesi e anche se sono stati pubblicati i risultati di tutta una serie di esperimenti sugli animali. Dopo una serie di attacchi acuti si manifesta il quadro clinico della pancreatite cronica, che ha spesso esito letale. I dolori, che si fanno via via più intensi, possono portare il paziente alla dipendenza da oppiacei, se questi si abitua a farne uso per alleviare gli spasmi. Da un punto di vista anatomopatologico si evidenziano

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alterazioni del tessuto pancreatico. In almeno un terzo dei casi si instaura una insufficienza endocrina ed esocrina con corrispondenti alterazioni metaboliche tra cui sono da segnalare il diabete mellito secondario e la steatorrea. Ai fini terapeutici è estremamente importante l'astinenza dall'alcol e l'inizio del trattamento nel Club. L'intervento chirurgico presenta notevoli difficoltà e un alto tasso di mortalità per cui è stato quasi del tutto abbandonato.

Come abbiamo già detto la pancreatite acuta si manifesta talvolta anche in seguito ad un grave stato di intossicazione acuta, non necessariamente in un paziente alcolista.

Patologie della pelle

Nell'alcolista le malattie della pelle sono da mettere in relazione a carenze vitaminiche. È il caso, ad esempio, della pellagra dell'alcolista. Bere problematico e alcolismo provocano anche altre patologie della pelle tra cui atrofia e disturbi circolatori (Parish L.C., 1985).

La pelle risente sia delle lesioni causate dall'alcol nei vasi sanguigni, sia della carenza di vitamine, conseguenza, come abbiamo visto, dell'inadeguata alimentazione dell'alcolista. Inoltre le lesioni e i disturbi di alcuni organi, si ripercuotono sulla pelle, ad esempio quelli dell'apparato gastrointestinale. L'alcol ha un effetto irritante sulla pelle, già al primo contatto. Nel soggetto in stato di intossicazione acuta si manifesta un rossore sul volto, eritema alcolico, analogo a quello che si manifesta dopo un pasto abbondante, eritema postprandiale. Il rossore si manifesta nella zona del capo e nella parte superiore del petto.

Le interazioni fra pelle e apparato gastrointestinale sono conosciute da molto tempo. Sono note le dermatosi correlate a malattie gastrointestinali, e parimenti disturbi digestivi presenti in alcune dermatosi. L'alcol agisce notoriamente sulla mucosa gastrointestinale e provoca cambiamenti nella secrezione dello stomaco, come già abbiamo visto. I riflessi viscerocutanei vegetativi, attraverso le fibre vasomotorie del parasimpatico, trasmettono degli stimoli causando l'arrossamento della pelle. Finché dura l'effetto dell'alcol, le piccole vene e i capillari della pelle sono dilatati e questo porta all'arrossamento del viso dell'alcolista.

L'alcolista è spesso affetto dalla rosacea, che si manifesta in conseguenza delle alterazioni croniche delle vene e dei capillari della pelle. In più del 90% dei casi tale patologia è associata alla presenza di gastrite cronica. La rosacea si manifesta anche con ipertrofia delle ghiandole sebacee, flogosi cutanea e disturbi endocrinologici. Sul suo manifestarsi possono influire diversi altri fattori. Nei casi più gravi possono anche comparire delle protuberanze nodose sul naso

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e vicino al naso: rinofim alcolico. Va detto inoltre che, in concomitanza di patologie epatiche, possono manifestarsi altre malattie della pelle di cui la più nota è la porfiria cutanea tarda.

Alcuni autori sottolineano che fra gli alcolisti è frequente il tatuaggio della pelle. Bates R.C. (1963), giunge addirittura ad affermare che bisognerebbe considerare alcolista chiunque abbia tatuaggi, almeno fino a prova contraria.

Pellagra

La più nota dermatosi legata all'alcol è la pellagra. In Jugoslavia la pellagra è stata descritta relativamente presto. Il primo, nel 1892, fu Forenbacher D., medico presso l'Istituto per le malattie mentali di Stenjevac. La presenza della pellagra in Serbia fu registrata da Gjoric N. nel 1897. Più tardi fu segnalata in Bosnia e nei dintorni di Ogulin.

La pellagra è causata dalla carenza di vitamine del gruppo B, di niacina, di acido nicotinico e di nicotinammidi. Tale carenza si può riscontrare negli alcolisti, in persone sottoposte a gastrectomia o in altri casi di malassorbimento. L'etimologia rivela l'origine italiana del termine ("pelle agra", ossia ruvida, secondo la definizione data dai contadini lombardi). Frapoli fu il primo ad usare il termine pellagra. La malattia fu individuata inizialmente nella pianura lombarda e nel Meridione d'Italia. Oltre al quadro classico della pellagra si possono manifestare anche altre sindromi di avitaminosi da niacina (Joliffe N. e coll., 1940). La pellagra è stata anche chiamata "lebbra lombarda". È conosciuta anche come "male del padrone" o "male della rosa", nome di origine spagnola.

In origine si riteneva che la pellagra fosse una malattia tipica di chi aveva un'alimentazione basata esclusivamente sul granoturco. Presente in particolare nelle zone agricole, fu descritta per la prima volta da Maffei nel 1600.

I sintomi principali della pellagra sono tre: diarrea, alterazioni cutanee, disturbi psichici. Per questo motivo la pellagra in inglese viene definita *Three d's disease:* 'malattia delle 3 d', con riferimento appunto ai tre sintomi caratteristici: diarrea, dermatite, demenza. I sintomi psichici che accompagnano il suo manifestarsi sono riconducibili al quadro della sindrome cerebrale organica. Nel prosieguo dell'evoluzione si può arrivare a quadri di demenza.

Oggi la pellagra si riscontra di rado. Per questo motivo non le viene attribuita grande importanza nella diagnostica dell'alcolismo. Sono descritti nell'alcolista dei casi leggeri, in cui compaiono alterazioni sulla pelle delle zone scoperte del corpo (viso, collo, braccia), in presenza di neuropatie, di disturbi digestivi e di lieve demenza. La terapia della pellagra consiste nella somministrazione di acido nicotinico. Con questa terapia la mortalità è scesa, intorno agli anni Quaranta, praticamente a zero.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Patologie ematiche

Sono descritte alterazioni dell'ematopoiesi di tutti gli elementi corpuscolari del sangue (Lindernbaum J. e coll., 1968; Cowan D.H., 1971; Göbel K.M, 1978; Strauss D.J., 1973; Softic N., Hudolin Vl e coll., 1984, 1985, 1985): anemia sideroblastica e altre emopatie. Alcuni esami di laboratorio vengono oggi largamente usati per la diagnostica del bere problematico e dell'alcolismo (in particolare la determinazione del volume globulare medio, MCV e della durata media della vita dei globuli rossi).

Ipoglicemia degli alcolisti

Sempre più frequentemente vengono descritti in letteratura quadri di ipoglicemia nell'intossicazione acuta da alcol. A questo quadro clinico, che è molto frequente, non viene prestata la dovuta attenzione. Può accadere che l'alcolista venga ricoverato per coma alcolico e passi successivamente ad un coma ipoglicemico, a volte anche mortale, senza che quest'ultimo venga diagnosticato. Il meccanismo dell'ipoglicemia negli alcolisti è stato studiato a lungo e interpretato in modi diversi. Le indagini più recenti, volte ad analizzare l'influenza dell'alcol sulla concentrazione di glucosio nel sangue, hanno permesso di arrivare ad una spiegazione definitiva.

In un soggetto sano e nell'animale ben nutrito, l'alcol provoca una iperglicemia modesta e passeggera. Questo può essere dovuto o all'aumento del metabolismo del glicogeno epatico o al diminuito consumo periferico di glucosio. I soggetti con un'alimentazione inadeguata e povera di vitamine — come è spesso il caso degli alcolisti — non hanno una riserva epatica di glicogeno. Tutto il bisogno di glucosio viene allora soddisfatto attraverso la sua sintesi nel fegato. Se questo processo di sintesi del glucosio è bloccato o anche solo rallentato dall'alcol, si ha ipoglicemia, che in certi casi può avere anche conseguenze fatali.

Un quadro grave di ipoglicemia può arrivare sino al coma ipoglicemico. Se viene somministrato glucosio, la situazione migliora subito. Se l'ipoglicemia si protrae nel tempo, si possono avere lesioni, anche gravi, a carico del sistema nervoso centrale. Va detto che questa ipoglicemia non è legata ad una situazione di iperinsulinemia. Se l'ipoglicemia è in forma lieve, si possono manifestare diversi disturbi psichici e neurologici, simili ai disturbi tipici dello stato di intossicazione acuta. Per questo motivo spesso nella pratica clinica non

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

vengono riconosciuti.

Di fronte ad un caso di coma alcolico e in genere nei casi di intossicazione acuta da alcol, bisogna sempre fare un controllo della glicemia. Nel caso si riscontri un quadro di ipoglicemia, va somministrato glucosio per via endovenosa. Quando il paziente riprenderà ad alimentarsi, sarà necessario correggere il suo deficit alimentare attraverso una dieta adeguata.

Sindrome di Zieve

Con il termine di sindrome di Zieve è descritta l'iperlipemia acuta transitoria dell'alcolista. Si ritiene che si manifesti in presenza di disturbi del pancreas e del fegato. Zieve L. (1958, 1966) ha descritto per primo questa rara sindrome clinica. Il quadro clinico è caratterizzato da tre sintomi: l'iperlipemia, l'anemia emolitica e l'epatite. È presente inoltre un quadro di steatosi o di cirrosi. Il paziente è in genere inappetente, manifesta un progressivo indebolimento e lamenta dolori acuti nella parte superiore dell'addome. Il meccanismo patogenetico dell'anemia nella sindrome di Zieve è stato descritto da Balcerzak S.P. e Nesterman M.P. (1968). Sospendere il consumo di alcol non basta a migliorare la situazione. La guarigione può richiedere da 4 a 6 mesi. Formulare la diagnosi è molto difficile; ci si può arrivare con l'ausilio degli esami di laboratorio, in particolare con il lipidogramma elettroforetico, la durata della vita media degli eritrociti e gli esami di funzionalità epatica.

Alcolismo e tubercolosi

Alcolismo e tubercolosi si manifestano spesso contemporaneamente in uno stesso paziente. La loro possibile correlazione ha sempre attirato l'interesse dei ricercatori, anche perchè quando le due malattie sono copresenti i loro rispettivi trattamenti diventano più difficili. Alcuni studiosi avevano avanzato l'ipotesi che le cause, sia della tubercolosi che dell'alcolismo, fossero da ricercare nella miseria e nelle precarie condizioni di vita dei pazienti. Quest'ottica è discutibile e alcuni sostengono che la miseria è più una conseguenza, che non una causa, dell'alcolismo, alcolismo che potrebbe avere invece nel troppo benessere una delle sue cause. Altri autori hanno ipotizzato che l'alcolismo, portando a disordini alimentari e a una generale debilitazione, renda l'organismo più predisposto alla tubercolosi. Neanche questa ipotesi è però stata suffragata da prove certe. Vi può essere anche un meccanismo inverso. È il caso di quei soggetti che ricorrono all'alcol per alleviare le tensioni provocate da una malattia cronica, a forte carica emozionale, come è la tubercolosi. A favore di questa tesi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

stanno i sintomi psichici e i cambiamenti della personalità nei soggetti affetti contemporaneamente da tubercolosi e da alcolismo.

Quando si scopre nel paziente la presenza di alcolismo e tubercolosi assieme, è necessario che il tisiologo, lo psichiatra o l'alcologo agiscano in stretta collaborazione. In alcuni Paesi sono state realizzate apposite strutture per questi pazienti. Ciò è dovuto anche alla necessità di dare una risposta al problema della presenza di un gran numero di alcolisti tra gli ammalati cronici di tubercolosi, "ribelli" al trattamento. E gli alcolisti sono, di solito, ostili ai farmaci e alle cure e poco attenti alla propria salute. Benché il numero di alcolisti affetti anche da tubercolosi sia assai ridotto in rapporto al numero complessivo di alcolisti, resta il fatto che il problema va considerato con la dovuta attenzione. Meno importante è stabilire se si tratta di alcolismi primari o secondari.

In Croazia, in virtù di una collaborazione instaurata tra il Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze della Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze dell'ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic" e l'ospedale per le malattie polmonari di Klenovnik, nel 1971 è stato inaugurato uno speciale reparto per la cura di pazienti affetti contemporaneamente da alcolismo e da tubercolosi o da altre malattie croniche dell'apparato respiratorio. Oggi questo reparto dispone di 100 posti letto. Oltre alla cura della tubercolosi, viene svolto un programma alcologico che è il medesimo che si attua nel Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze di Zagabria (Hudolin Vl.,1975). La parte alcologica del programma è adattata in base alle condizioni fisiche del paziente. I risultati che si conseguono sono di gran lunga superiori a quelli ottenuti con i trattamenti medici tradizionali. Vale la pena di ricordare che il trattamento di gruppo è stato proposto per la cura degli ammalati di tubercolosi già molti decenni orsono; anzi, i primi trattamenti di gruppo furono avviati proprio con questo tipo di pazienti, e solo in un secondo tempo le terapie di gruppo vennero usate anche in psichiatria.

Fetopatia alcolica

Di recente sono stati descritti casi di bambini con malformazioni congenite o affetti da ritardo mentale o da alterazioni dello sviluppo psicomotorio le cui madri in gravidanza hanno assunto alcol. Si parla in questi casi di sindrome alcolica fetale, o di fetopatia alcolica (Sandor S., 1968; Ulleland C.N., 1972; Jones K.L. e coll., 1973, 1974; Clarren S.K. e coll., 1978). Alcuni autori ritengono che la fetopatia alcolica possa manifestarsi solo nel caso in cui la madre abbia assunto in gravidanza grandi quantità di alcol. Altri autori sono

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

invece dell'opinione che dosi anche minime di alcol possano essere dannose in gravidanza.

Nei Paesi dove il problema è stato studiato meglio e vi sono le casistiche più numerose si è raggiunta la convinzione che la madre non dovrebbe consumare bevande alcoliche in gravidanza, come pure non dovrebbe fumare o assumere qualsiasi altra droga. L'assunzione, durante la gravidanza, di quantità anche minime di alcol può provocare la comparsa di lievi sintomi, e a volte di quadri subclinici della fetopatia alcolica. Il quadro clinico è più grave se i danni causati dall'alcol sono precoci, in specie se avvengono nei primi tre mesi di gravidanza. Si corre il rischio di provocare gravi deformità a carico del feto, oppure ritardi nello sviluppo. Molto spesso si lamentano casi di microcefalia, di ritardo mentale, di deformità delle labbra e delle orecchie (Lemoine P. e coll., 1968; Kaminski R. e coll., 1976; Hanson J.W. e coll., 1976; Clarren S.K. e coll., 1978; Pedelin S., 1988).

Patologie del sistema nervoso

I danni a carico del sistema nervoso sono una delle complicanze più frequenti dell'alcolismo e quasi tutti gli alcolisti ne soffrono. Le lesioni sono a carico sia del sistema nervoso centrale che di quello periferico (Dreyfus P.M., 1974; Stary O., 1983). Hartocollis P. (1984) parla dei vari aspetti fenomenologici dell'alcolismo. Franceschi M. e coll. (1984) parlano della relazione fra i disturbi cognitivi e le altre complicanze neurologiche. Le lesioni del sistema nervoso centrale sono spesso di origine metabolica per carenza di alcune vitamine del gruppo B. Vi sono però anche lesioni causate dall'azione tossica diretta dell'alcol sulle cellule cerebrali e, come studi recenti hanno evidenziato, alterazioni a livello dei neurotrasmettitori.

Le lesioni del sistema nervoso che si manifestano più frequentemente nell'alcolismo sono le seguenti (vedi figura a pagina seguente):

1. L'ematoma subdurale si presenta negli alcolisti con una certa frequenza e a volte compare in entrambi gli emisferi. Poiché è importantissimo, in questi casi, intervenire con la massima urgenza, è bene sospettarne la presenza dopo ogni evento traumatico, come pure in ogni situazione di coma.
2. L'alcolismo è quasi sempre causa di atrofia della corteccia cerebrale. L'atrofia determina quadri di deterioramento che possono esitare in demenza. Caratteristico è anche il quadro clinico della demenza, in presenza anche di polineuropatia, nella malattia di Korsakov. L'astrofia può essere presente

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

anche a livello delle strutture cerebrali profonde (atrofia sottocorticale).

3. Viene descritta la degenerazione delle cellule cerebrali di alcuni strati della corteccia. Questa rara malattia è chiamata sclerosi laminare dell'alcolista di Morel.
4. La necrosi del corpo calloso nell'alcolista è stata descritta all'inizio del secolo. Si tratta della malattia di Marchiafava-Bignami. La diagnosi viene posta, di solito, solo al momento del riscontro autoptico.
5. Sono abbastanza frequenti le lesioni nella regione del tronco encefalico e dei nuclei della base. La sindrome clinica tipica è la encefalopatia di Wernicke.
6. Sono descritti con sempre maggiore frequenza quadri di atrofia cerebellare, in presenza della tipica relativa sintomatologia.
7. Le mielopatie alcoliche sono molto più frequenti di quanto si pensi, anche perchè non sempre vengono correttamente diagnosticate. La diagnosi differenziale è resa difficile, nella fase iniziale, dalla presenza di polinevriti.
8. Polineuropatia alcolica.
9. Nevrite ottica alcolica.

L'alcol danneggia il midollo spinale, il tronco e i nuclei della base, il corpo calloso, il cervelletto, gli emisferi cerebrali, il sistema nervoso autonomo. Il danno porta a fenomeni di atrofia cerebrale con conseguente dilatazione degli spazi subaracnoidei e dei ventricoli cerebrali. Possono inoltre manifestarsi microemorragie. L'alcolista va incontro a carenza di vitamine del gruppo B, che sono indispensabili per il metabolismo delle cellule, in particolare di quelle cerebrali. Questo può essere il motivo della distruzione di un certo numero di cellule cerebrali, con la conseguente atrofia della corteccia e delle strutture sottocorticali. Ci soffermeremo in particolare sulla descrizione di alcuni quadri clinici.

Polineuropatia alcolica

La polineuropatia alcolica è la più frequente lesione neurologica dell'alcolista. Colpisce solitamente i nervi periferici delle estremità, più raramente i nervi cranici. Stary O. (1983) ha rilevato, in un gruppo di 130 alcolisti, una forma lieve di polineuropatia nel 75,4% dei casi; Franceschi M. e coll. (1984), l'ha riscontrata nel 74% dei casi; Neudörfer B. e coll. (1985), nel 30,8%. Della polineuropatia degli alcolisti si è occupato un gran numero di autori (Neudörfer

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

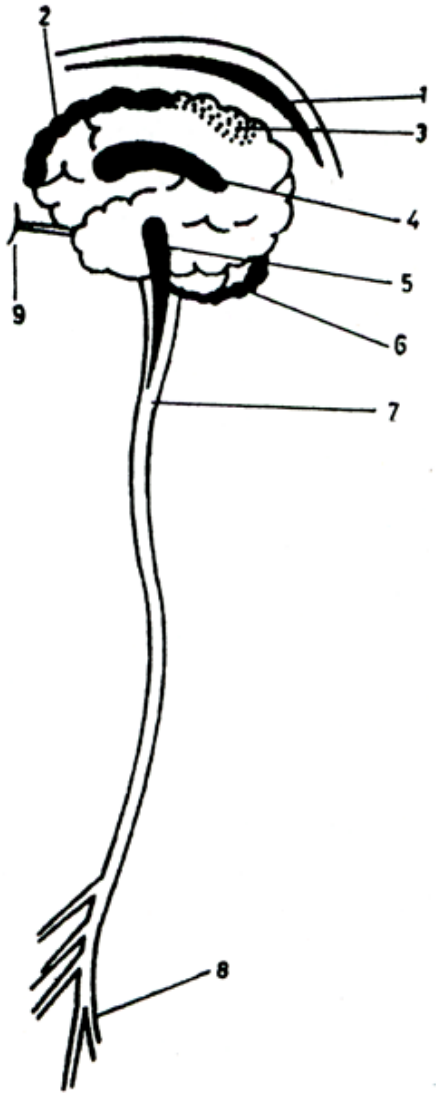

Fig. 2 - Lesioni più frequenti del sistema nervoso che si manifestano in corso di alcolismo

B. e coll., 1985). Molte volte si parla della polineurite alcolica nonostante non si tratti di un processo infiammatorio dei nervi, ma piuttosto di un processo degenerativo, legato alla carenza di vitamina B1. La lesione è di solito simmetrica e bilaterale e inizia a manifestarsi dalle estremità inferiori. La sfera sensoriale è più colpita di quella motoria. La sintomatologia si manifesta con anestesia o parestesia alle piante dei piedi, alle ginocchia e talvolta alle mani. In seguito il paziente può avvertire dolori muscolari, soprattutto nella regione

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

poplitea, accompagnati da difficoltà motorie agli arti inferiori che possono arrivare fino alla paralisi. Gli arti superiori sono colpiti più raramente e in forma più lieve. I muscoli sono ipotonici e atrofici.

A questa sintomatologia si accompagna la diminuzione, fino alla scomparsa, dei riflessi superficiali e profondi. Nella fase terminale l'ammalato può restare paralizzato. La cute può diventare più sottile, atrofica, si pigmenta di scuro, i capillari appaiono dilatati.

La diagnosi è difficile quando è presente simultaneamente un quadro di mielopatia alcolica. I sintomi della mielopatia — aumento del tono muscolare, aumento dei riflessi, presenza di riflessi patologici — possono in parte nascondere il quadro clinico della lesione periferica. Qualche volta può essere importante, per chiarire l'eziologia, appurare eventuali fattori concomitanti di natura tossica o traumatica.

Nella letteratura medica è riservata una citazione alla cosiddetta "paralisi del lunedì", o "paralisi degli amanti". Si tratta della paralisi di alcuni nervi, conseguenza di una posizione scorretta assunta nel sonno, con un arto ad esempio sotto il corpo del partner. Si manifesta spesso il lunedì, al risveglio dal sonno profondo provocato dall'eccessivo consumo di alcolici della domenica.

Un tempo era difficile la diagnosi differenziale con la tabe dorsale. Oggi il problema si presenta molto raramente, in quanto la tabe è praticamente scomparsa. Sono inoltre sempre più rari anche i casi gravi di polineuropatia alcolica che potrebbero portare a sospettare l'esistenza di una tabe. Questo in virtù di una migliore alimentazione e grazie all'introduzione di farmaci appropriati.

La maggior parte degli autori ritiene che la polineuropatia che accompagna il beriberi sia uguale alla polineuropatia alcolica. Nell'alcolismo, però, non vi è solo la carenza di vitamina B1: un ruolo importante è rappresentato infatti anche dalla carenza di altre vitamine e forse di altre sostanze nutritive, come le proteine. Per questo motivo le polineuropatie alcoliche possono essere accompagnate da edemi e da altri sintomi caratteristici della carenza di vitamina B1. La polineuropatia alcolica si accompagna spesso alla psicosi di Korsakov (o demenza di Korsakov), che per tale motivo è anche detta psicosi polinevritica. Gli esami anatomopatologici mostrano come il processo degenerativo colpisca più il rivestimento mielinico che non l'assone del nervo periferico. Nei casi più gravi il processo degenerativo colpisce i gangli spinali, le cellule motrici del corno anteriore e talvolta le fibre posteriori del midollo spinale. Il trattamento delle polineuropatie alcoliche consiste nell'assunzione di una dieta adeguata, nella somministrazione di vitamine, in particolare quelle del gruppo B, e nella fisioterapia. Contemporaneamente bisogna iniziare il trattamento dell'alcolismo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e astenersi totalmente dall'alcol.

La prognosi nei casi più gravi resta molto incerta (Mawdsley C. e Mayer R., 1965; Mayer R., 1966; Mayer R.F. e coll., 1972). Perfino nelle forme lievi possono passare mesi prima che si avverta un miglioramento. In genere, ci si ferma ai risultati ottenuti dopo un anno dall'inizio del trattamento. Alcuni disturbi, ad esempio l'insicurezza nella deambulazione, specialmente al buio possono perdurare sine die. Nelle forme più leggere il miglioramento soggettivo è veloce, ma quello oggettivo si ha solo dopo qualche mese, fino ad un anno (Hawley R.J. e coll., 1982)

Tremore

Il tremore è uno dei sintomi più classici dell'alcolista, specie nella sindrome da astinenza. All'inizio vi è un tremore fine, specie alle dita, che con l'andar del tempo diviene grossolano e si estende alla lingua, alle labbra, alle estremità e al capo. Dopo un prolungato periodo di astinenza, sparisce; nei casi gravi può diventare irreversibile. La causa del tremore degli alcolisti non è ancora stata completamente chiarita (Koller W. e coll., 1985; Novotny V. e coll., 1988).

Pseudotabe alcolica

Si tratta della polineuropatia alcolica con un quadro clinico molto simile a quello della tabe dorsale. La diagnosi differenziale tra vera tabe e pseudotabe alcolica può essere molto difficile. I sintomi principali della pseudotabe alcolica sono: mancanza dei riflessi profondi, disturbi della sensibilità profonda, disturbi dell'equilibrio. Quando si hanno anche alterazioni dei riflessi pupillari, diventa ulteriormente difficile arrivare ad una diagnosi corretta. Se si ha un quadro clinico di pseudotabe in un paziente affetto da lue, naturalmente, la diagnosi differenziale con la tabe dorsale è quasi impossibile.

Oggi, in seguito all'introduzione degli antibiotici nella cura della lue, la tabe è praticamente scomparsa. Quindi eventuali difficoltà di diagnosi differenziale sono più di ordine teorico che pratico.

Mielopatie alcoliche

Le lesioni del midollo spinale dell'alcolista possono presentarsi in forme diverse. Di tutte le lesioni neurologiche in qualche modo riconducibili al consumo di alcol, queste sono le meno conosciute e vengono raramente citate. Forse ciò è dovuto al fatto che di rado si presentano isolate. Di solito sono accompagnate

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

da lesioni del sistema nervoso periferico, per cui la diagnosi diventa particolarmente difficile, proprio come nel caso di contemporanea presenza delle polineuropatie alcoliche, di cui abbiamo già parlato. Il quadro clinico può assomigliare a quello della mielosi funicolare. Le mielopatie alcoliche si possono dividere in due gruppi:

1. Mielopatie nelle quali la lesione midollare non rappresenta la patologia principale, che è invece rappresentata da lesioni cerebrali e/o dei nervi periferici.
2. Mielopatie nelle quali la lesione midollare è primaria e domina il quadro clinico.

Dal punto di vista clinico i due gruppi si assomigliano. Le mielopatie alcoliche provocano essenzialmente una forma più o meno grave di paralisi degli arti inferiori, e sono accompagnate da disturbi della sensibilità di tipo spinale di vario grado. Quando il quadro clinico assomiglia a quello della mielosi funicolare, bisogna escludere altre cause. Dimitri ha proposto una diversa classificazione delle lesioni midollari alcoliche. Egli distingue: atrofie di tipo midollare e polinevritico, paraplegie spastiche, sindrome atassica pseudotabetica e forma combinata delle lesioni dei fasci posteriori e delle fibre piramidali.

I reperti anatomopatologici mostrano la degenerazione delle cellule e dei vasi del midollo e l'alterazione delle meningi. Le lesioni sono più frequenti nel rigonfiamento midollare a livello del rachide cervicale e lombare. Siamo verosimilmente di fronte a disturbi metabolici primari dell'alcolista. Le avitaminosi o le ipovitaminosi dell'alcolista sono assai significative dal punto di vista eziologico; in particolare la carenza di vitamina B1 per il primo gruppo di mielopatie, e di vitamina B12 per il secondo.

Il trattamento terapeutico richiede l'astinenza, la somministrazione di vitamine e quant'altro abbiamo descritto nel capitolo sulla terapia generale dell'alcolismo. L'optimum consiste nell'iniziare il trattamento complesso e di inserire la famiglia nel Club degli alcolisti in trattamento. Anche se si interrompe il consumo di alcol e si arresta la malattia, nei casi più gravi resteranno delle conseguenze permanenti: disturbi atassici, paresi agli arti inferiori e, nelle situazioni maggiormente compromesse, paralisi completa degli arti inferiori e a volte anche degli arti superiori. La malattia si manifesta solitamente nello stadio più avanzato dell'alcolismo, quando non è più possibile una completa riabilitazione né medica né sociale, e si possono avere conseguenze letali. In ogni caso, se non si provvede ad instaurare un appropriato trattamento, ed una terapia medica, si arriva gradualmente ad una totale invalidità, con imponente decadimento generale ed infine al decesso.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Ematoma subdurale

Negli alcolisti l'emorragia nello spazio subdurale è di origine venosa e si ritiene, in genere, che sia causata da un trauma. L'ematoma subdurale è più frequente nell'alcolista che nel non alcolista. Questo si spiega forse col fatto che l'alcolista è facilmente soggetto a traumi e che inoltre presenta lesioni da alcol delle vene dello spazio subdurale. L'alcol danneggia infatti i vasi, per cui nell'alcolista le vene si rompono più facilmente con conseguenti emorragie, anche in concomitanza a lievi traumi cranici. Poiché l'alcolista va incontro spesso a traumi cranici da caduta o da incidente, l'emorragia subdurale, con conseguente raccolta ematica nello spazio subdurale, è accadimento di una certa frequenza. L'ematoma subdurale, talvolta anche bilaterale, costituisce, nell'alcolista, una seria complicanza del trauma cranico. Il quadro clinico è caratterizzato da cefalea, emiparesi, disturbi della fasia (se l'ematoma si trova nell'emisfero dominante), stato confusionale, vomito e infine il coma. A volte la malattia insorge lentamente, spesso si presenta in forma acuta a breve distanza di tempo dal trauma. Vi sono casi in cui passano giorni, qualche volta mesi o addirittura anni, prima che si manifestino i primi sintomi.

La diagnosi può essere molto ardua, in particolare quando si ha a che fare con dei soggetti in stato di intossicazione acuta da alcol e quindi non collaboranti. Bisogna tener conto di questa possibilità per poter intervenire chirurgicamente con tempestività evitando l'aggravamento del paziente e i conseguenti maggiori rischi operatori. Per arrivare a una diagnosi rapida hanno una grande importanza alcuni esami. Il più semplice è la ecoencefalografia, che segnala l'eventuale deviazione delle strutture mediali del cervello. Naturalmente l'esame più utile e importante è dato dalla tomografia assiale computerizzata (TAC). L'elettroencefalografia, la pneumoencefalografia e l'angiografia sono state completamente abbandonate nella pratica clinica quotidiana. Non bisogna dimenticare che relativamente spesso l'ematoma subdurale è bilaterale. Come abbiamo già detto l'ematoma subdurale deve essere trattato chirurgicamente e l'intervento, considerati i rischi dell'evoluzione del quadro clinico, deve essere eseguito il più presto possibile. La famiglia deve essere indirizzata immediatamente al Club degli alcolisti in trattamento. Il paziente verrà avviato al trattamento non appena glielo permetteranno le sue condizioni fisiche.

Atrofia cerebrale

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Atrofia significa perdita di materia, diminuzione, rimpicciolimento di un organo. La perdita della materia cerebrale (atrofia cerebrale) dell'alcolista si manifesta in seguito a una costante e prolungata intossicazione alcolica. Di solito è un'atrofia diffusa sia a livello della corteccia (atrofia corticale), che delle parti profonde del cervello (atrofia sottocorticale).

L'atrofia cerebrale può essere individuata attraverso esami ecografici e neuroradiologici (TAC), che mostrano una dilatazione degli spazi cerebrali (solchi e ventricoli). Fino a qualche anno fa si faceva diagnosi di atrofia cerebrale con la pneumoencefalografia, che consisteva nell'insufflare aria negli spazi subaracnoidei tramite la puntura lombare o suboccipitale e nell'eseguire quindi una radiografia. Oggi questo metodo, complicato e doloroso, è stato del tutto abbandonato. L'atrofia può essere prevalentemente corticale, o prevalentemente sottocorticale. Nelle atrofie sottocorticali la dilatazione dei ventricoli è maggiore. Più frequenti sono le atrofie combinate, corticali e sottocorticali.

Il quadro clinico non corrisponde necessariamente alla gravità dell'atrofia cerebrale. L'atrofia cerebrale, nell'alcolista, non ha un valore prognostico ben preciso. Esistono casi di marcata atrofia, nei quali si ha un buon miglioramento, e, parimenti, casi con una prognosi infausta, nei quali l'atrofia cerebrale è modesta. La prognosi dipende invece dalla localizzazione del processo atrofico e dal grado di compromissione di alcuni fasci neuronali. Naturalmente se non si intraprende il trattamento, il quadro lentamente continuerà a peggiorare.

L'atrofia cerebrale si manifesta nel 90% di tutti i casi gravi di alcolismo (Hudolin Vl., 1962, 1980) ed è responsabile, probabilmente, del decadimento intellettivo e morale del soggetto. Secondo l'attuale orientamento, i disturbi atrofici cerebrali dell'alcolista sono una conseguenza dei disturbi metabolici provocati dall'alcol. Molto probabilmente questi si manifestano in conseguenza della carenza di vitamine, in particolare di quelle del gruppo B. Qualche volta l'atrofia cerebrale dell'alcolista è messa in relazione con i traumi cranici cui l'alcolista va spesso soggetto. Alcuni autori ritengono invece che l'atrofia sia primaria e che quindi non si manifesti a causa dell'alcol, ma per qualche altro motivo. L'alcolismo ne sarebbe una conseguenza. Questa ipotesi non è mai stata dimostrata. Se il soggetto è anziano, bisogna naturalmente prendere in considerazione anche i quadri di atrofia da demenza presenile o senile.

L'atrofia, in quanto lesione irreversibile, non può essere curata. L'unica cosa da fare è smettere di bere e iniziare subito il trattamento complesso nella comunità multifamiliare del Club degli alcolisti in trattamento. Nella maggior parte dei casi si avrà un miglioramento, verosimilmente perché le zone del cervello non danneggiate vicariano in parte le funzioni di quelle danneggiate. Se si è già arrivati ad un quadro di demenza, sarà molto difficile, anche con l'astinenza, recuperare l'autonomia e l'autosufficienza. In questo caso l'alcolista

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

resterà a totale carico della propria famiglia e del Club. È uno dei rari casi in cui si sviluppa questo tipo di dipendenza dal Club. Del resto ci pare comunque migliore questa situazione, rispetto alle continue ricadute e al costante aggravarsi di chi continuasse a bere.

Atrofia cerebellare

L'atrofia cerebellare dell'alcolista è una lesione che negli ultimi anni è stata descritta molto spesso (Skillikorn S.A., 1955; Victor M. e coll., 1953, 1959; Vasamis M.P. e coll., 1973). Appartiene al grande gruppo delle encefalopatie alcoliche. Da un punto di vista anatomopatologico se ne distinguono due forme. La prima colpisce prevalentemente gli strati profondi; la seconda colpisce prevalentemente la corteccia, e soprattutto le grandi cellule del Purkinje, in particolare le sezioni superiori e anteriori del verme. Di norma assieme all'atrofia cerebellare è presente anche l'atrofia cerebrale.

Il quadro clinico è caratterizzato da disturbi dell'equilibrio e da tremori. Possono anche essere presenti sintomi progressivi di demenza. Il decorso della malattia può essere sia lento che rapido; vi sono casi che permangono a lungo stazionari. Disturbi cerebellari compaiono nella maggior parte degli alcolisti e si manifestano con incapacità di coordinazione, disartria, tremori, atassia e disturbi nella deambulazione (Victor M. e coll.,1959).

È probabile che, come nel caso delle altre encefalopatie alcoliche, le cause dell'atrofia cerebellare vadano ricercate nel deficit alimentare, con particolare riguardo alla carenza di vitamina B1, ma non si può neanche escludere l'azione tossica diretta dell'alcol. Anche in questo caso il trattamento consiste nella somministrazione di vitamine e nell'inserimento dell'alcolista e della sua famiglia nel Club degli alcolisti in trattamento o in qualche altro gruppo di autoprotezione e di autoaiuto. Un'ampia bibliografia sulle atrofie cerebrali degli alcolisti, aggiornata al 1962, si trova nell'opera monografica sulla pneumoencefalografia degli alcolisti di Hudolin Vl. (1962).

Sclerosi laminare di Morel

Si tratta di una tipica malattia degli alcolisti, descritta da Morel nel 1939. Si manifesta con lesioni di alcuni strati dei neuroni della corteccia cerebrale, specialmente del terzo strato. È presente degenerazione spugnosa e gliosi. Morel ha descritto tre casi nei quali, oltre alla sclerosi laminare, non erano presenti altri segni anatomopatologici di encefalopatia alcolica. Qualche volta, come la letteratura recentemente ha descritto, si riscontra la stessa lesione nella

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

necrosi alcolica del corpo calloso.

Necrosi alcolica del corpo calloso

Questa malattia fu descritta per la prima volta dagli italiani Marchiafava E. e Bignami A. nel 1903. È caratterizzata da lesioni localizzate soprattutto nella zona centrale e frontale del corpo calloso, che è la principale struttura di collegamento tra i due emisferi cerebrali. Le lesioni sono di tipo degenerativo e arrivano fino alla necrosi. Per questo la malattia viene anche detta necrosi alcolica del corpo calloso. Si tratta di una malattia molto rara, la cui diagnosi è possibile solo a livello autoptico. La diagnosi clinica è praticamente impossibile (Lolli G., 1941).

Un tempo si riteneva che la malattia colpisse le persone dedite al consumo di una qualità particolare di vino. In realtà, come è stato poi accertato, si manifesta anche nei soggetti che consumano altri tipi di alcolici. È stata scoperta in tutte le razze. Di recente, alcuni autori, rilevando l'accentuata somiglianza tra questa malattia e la encefalopatia di Wernicke, ne hanno messo in dubbio l'autonomia. Da parte nostra, abbiamo osservato, ricorrendo alla pneumoencefalografia, lievi lesioni del corpo calloso tra gli alcolisti, anche quando non era presente il quadro clinico dell'encefalopatia di Wernicke o quello della demenza grave (Hudolin Vl., 1962). Il quadro elettroencefalografico è abbastanza tipico per la presenza di onde lente variamente organizzate che potrebbero essere indicative di questa malattia. Di una certa utilità per la diagnosi delle forme latenti potrebbero essere la pneumoencefalografia e la TAC . Un recente strumento diagnostico che potrebbe risultare essenziale nello studio di tutte le cerebropatie qui descritte è rappresentato dalla Risonanza Magnetica Nucleare (NMR).

Il quadro anatomopatologico è caratterizzato da fenomeni di demielinizzazione. Sono peraltro colpiti anche gli assoni e questo può far pensare alla mielinosi centrale pontina. In alcuni casi è stata accertata la lesione del nervo ottico; si trattava in genere di soggetti con un forte deficit alimentare. Oltre a queste lesioni caratteristiche, la malattia di Marchiafava-Bignami provoca lesioni in altre zone del sistema nervoso centrale, che ricordano la malattia di Wernicke. Abbiamo visto che oggi prevale l'ipotesi di una correlazione tra la malattia di Marchiafava-Bignami e le altre encefalopatie dell'alcolista; si tratterebbe cioè di una patologia unica, con diversi quadri sintomatologici individuali.

La malattia porta rapidamente a morte prima di essere diagnosticata.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Encefalopatia di Wernicke

La poliencefalite emorragica acuta superiore è una sindrome clinica descritta da Wernicke K. in tre casi studiati nel 1881. Una sindrome molto simile è stata descritta nel 1875 in Francia da Gayet. I francesi perciò chiamano questa malattia encefalopatia di Gayet-Wernicke. Dei tre casi descritti da Wernicke K. nel 1881 solo due riguardavano alcolisti. Nel terzo caso si trattava di un quadro cachettico causato dalla stenosi del piloro in seguito ad un tentativo di suicidio con acidi. Successivamente sono stati descritti molti altri casi (Joliffe N. e coll., 1941). Il quadro anatomopatologico rivela l'esistenza di microemorragie e di fenomeni degenerativi in alcune regioni cerebrali, in particolare nel tronco, nella zona del III ventricolo e nelle vicinanze dell'acquedotto di Silvio.

La malattia si manifesta talvolta all'improvviso, in forma acuta, in presenza però di un fattore scatenante: stato febbrile, disturbi gastroenterici, tubercolosi, traumi. Talvolta la encefalopatia di Wernicke fa seguito immediatamente al delirium tremens. La malattia si manifesta con inappetenza, vomito, nistagmo, paralisi dei muscoli oculari, alterazione dei riflessi pupillari (talvolta ricordano la pupilla di Argyll-Robertson). Qualche volta sono presenti delirio, disturbi della coscienza, atassia e insonnia. È spesso accompagnata da sintomi di polineuropatie e può essere presente la nevrite ottica retrobulbare. Già nella fase iniziale le condizioni del paziente sono molto gravi. Il quadro elettroencefalografico mostra un rallentamento diffuso del ritmo.

La malattia, ove non curata, ha una prognosi infausta. Ad essa si collega spesso la psicosi di Korsakov con demenza più o meno accentuata. Le cause sono legate all'alimentazione inadeguata e alla carenza di vitamina B1 che, come è noto, sono molto frequenti nell'alcolista. Può manifestarsi anche a seguito di altre malattie o di particolari patologie che seguono la avitaminosi B1: forte vomito, sindromi da malassorbimento date da alcune malattie dell'apparato gastro-intestinale, carcinomi, gravi deficit alimentari come ad esempio nei campi di concentramento. Dosi massicce di vitamina B1, somministrate sia per via intramuscolare che per via endovenosa, danno buoni risultati. Un pronto trattamento con tiamina, somministrata dopo la comparsa dei sintomi neurologici, può prevenire l'insorgere dei disturbi psichici. I sintomi neurologici migliorano infatti solo con la somministrazione di tiamina, anche se l'avitaminosi interessa tutto il gruppo delle vitamine B. Se si osservano disturbi cardiaci, in particolare i sintomi del beriberi, va prescritto l'assoluto riposo e instaurata una adeguata terapia. Fondamentale, come sempre, il coinvolgimento della famiglia e il suo inserimento nel Club degli alcolisti in trattamento. Il paziente inizierà il trattamento non appena glielo permetteranno le sue condizioni psicofisiche. La

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

encefalopatia di Wernicke ha molte caratteristiche in comune con altre encefalopatie, ad esempio la sindrome di Korsakov e la malattia di Marchiafava-Bignami, per cui molti autori ritengono si tratti della stessa malattia. Da taluni è definita sindrome di Wernicke-Korsakov (Victor M. e coll., 1971).

Mielinosi centrale pontina

La mielinosi centrale pontina è una sindrome descritta nel 1959 da Adams R.D., Victor M. e Mancall E.L., che l'hanno scoperta in soggetti defedati e in alcolisti denutriti. Hanno descritto quattro casi. Clinicamente si manifesta con i seguenti sintomi: tetraplegia improvvisa, paralisi pseudobulbare con nistagmo e disturbi della convergenza oculare, disfagia e disfasia. È stata descritta anche in combinazione con la malattia di Marchiafava-Bignami (Poser C.M., 1973).

È una sindrome rara: fino al 1966 ne sono stati descritti 45 casi. La diagnosi si può effettuare solo a livello autoptico. Il quadro anatomopatologico mostra una mielinosi simmetrica del ponte, mentre gli assoni e le cellule nervose non sono lesi.

Ambliopia

Si manifesta con nevrite ottica retrobulbare, lesioni della vista centrale e scotomi simmetrici centrali bilaterali. Compare solitamente in soggetti fortemente denutriti. Il quadro anatomopatologico si caratterizza per la degenerazione del nervo ottico, del chiasma e del tratto ottico principalmente della fascia papillomaculare. Talvolta oltre alle lesioni del nervo ottico si riscontrano lesioni di altri nervi cranici. La malattia è rara nell'alcolista e si manifesta in relazione a deficit alimentari da altra causa. Secondo Dreyfus P.M. (1974) se ne riscontra un caso ogni 200 alcolisti ospedalizzati. Assieme all'assoluta astinenza va prescritta una dieta adeguata, ricca di vitamina B1 e di altre vitamine del gruppo B. Il soggetto va poi indirizzato al Club degli alcolisti in trattamento. Da alcuni autori la malattia è stata attribuita all'azione combinata di alcol e tabacco (Victor M., 1963; Victor M., Dreyfus P. M., 1965).

Diagnostica neurologica: esame del liquor, ecoencefalografia, elettroencefalografia

Ci limitiamo a ricordare quegli esami che di solito non sono citati nelle altre branche della medicina. Cominciamo con l'esame del liquor. Il liquor è quel liquido che riempie gli spazi subaracnoidei cerebrospinali e i ventricoli cerebrali.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Le alterazioni del liquor che abbiamo descritto non sono nè costanti, né tanto meno caratteristiche dell'alcolismo. Queste alterazioni si riscontrano sia nei soggetti in stato di intossicazione acuta da alcol, sia negli alcolisti. Di solito si registra un lieve aumento delle albumine totali, un lieve aumento del numero delle cellule e talvolta alterazioni delle reazioni colloidali.

Nella Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze dell'ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic" di Zagabria si è data grande importanza alle ricerche sul liquor. Ci sembra di poter affermare che le alterazioni del liquor, anche minime, indicano lesioni corticali e indirizzano verso una prognosi grave.

Con lo sviluppo della diagnostica tramite ultrasuoni l'ecoencefalografia viene applicata sempre più spesso nella pratica clinica. L'ecoencefalografia permette di accertare il grado di deviazione delle strutture cerebrali, e misurare la dilatazione dei ventricoli, in particolare del III ventricolo e degli spazi subaracnoidei. L'ecoencefalografia offre diverse possibilità. Nei casi di sospetto ematoma subdurale, si può arrivare immediatamente ad una diagnosi corretta: l'ecoencefalogramma mostrerà la deviazione delle strutture e in qualche caso localizzerà anche l'ematoma. Con questa tecnica si può inoltre accertare l'eventuale atrofia cerebrale, dimostrata dalla dilatazione dei ventricoli e degli spazi subaracnoidei. L'esame è molto semplice, indolore e eseguibile, se necessario, anche ambulatoriamente.

Le alterazioni elettroencefalografiche hanno grande importanza nella diagnosi differenziale e nel trattamento dell'epilessia alcolica (Wikler A. e coll., 1956; Hudolin Vi., 1967; Bennet A.E. e coll., 1971). Per il resto, l'elettroencefalografia nella pratica clinica ha perso di interesse, specie dopo l'introduzione di nuove metodiche come l'ecoencefalografia e la TAC. L'esame elettroencefalografico riveste ancora una certa importanza, ai fini diagnostici e prognostici, quando si è in presenza di attacchi epilettici alcolcorrelati. L'elettroencefalografia è particolarmente utile per monitorare nel tempo i risultati del trattamento antiepilettico, e può giovare a determinare l'idoneità lavorativa dei soggetti che soffrono di attacchi epilettici.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quarto

LE COMPLICANZE PSICHICHE DELL'ALCOLISMO

Considerazioni generali

L'alcol può provocare numerosi disturbi psichici, sia nella fase di intossicazione acuta, che nella fase di assunzione cronica. Di regola nell'alcolista sono presenti disturbi psichici e quasi sempre disturbi comportamentali che vengono interpretati, erroneamente, come disturbi primari rispetto all'alcolismo. Nevrosi e psicopatie vengono spesso interpretate in tal senso. Non vi è dubbio che vi possano essere casi in cui nevrosi e psicopatie sono effettivamente disturbi primari e l'alcolismo secondario. Nella maggior parte dei casi, però, abbiamo a che fare piuttosto con delle pseudonevrosi o con delle pseudopsicopatie. Quando l'alcolista chiede aiuto di solito la sua situazione è grave e diventa molto difficile fare una corretta analisi differenziale del quadro clinico, sia in termini psicopatologici che psicodinamici o anche in termini di dinamica sociale.

Il bere modifica non solo il comportamento dell'alcolista ma anche quello complessivo della sua famiglia e oggi si presta giustamente molta attenzione non solo all'alcolista, ma anche al suo ambiente familiare e lavorativo. Molte ricerche dimostrano che questi disturbi comportamentali non sono specifici dell'alcolismo, ma possono avere altre cause, anche se a prima vista è il problema alcol ad apparire maggiormente. All'inizio l'alcolista cerca di nascondere il suo problema alla famiglia, ma soprattutto all'esterno, nell'ambiente di lavoro e agli occhi della comunità. La famiglia in una prima fase è sostanzialmente complice in questo. Si consolida poi col tempo, all'interno della famiglia, una nuova "omeostasi disfunzionale" che contribuisce a renderla unita, ma di fatto impedisce la corretta crescita e la normale maturazione dei membri. Col tempo si assiste ad un progressivo degrado dell'alcolista, che, assieme alla sua famiglia, non è più in condizione di mantenere il suo status sociale. Il rapporto con il proprio contesto di appartenenza si deteriora; l'alcolista comincia a essere roso dalla gelosia e inizia ad accampare le scuse più assurde per nascondere il suo stato di dipendenza. Anche le amnesie diventano sempre più frequenti.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Intossicazione acuta

L'alcol dopo aver avuto per un primo breve periodo un effetto stimolante sul sistema nervoso centrale successivamente agisce come agente depressore. Il soggetto ubriaco all'inizio è vivace, iperattivo; subentra poi una fase di rallentamento che porta al sonno o, se la concentrazione di alcol nel sangue è particolarmente alta, al coma alcolico. Lo stato di intossicazione acuta determina calo dell'ossigeno nei tessuti, con conseguenze anche gravi per il funzionamento delle cellule cerebrali. È tipica l'azione dell'alcol sui centri dell'equilibrio: il soggetto ha un incedere insicuro e a stento sa reggersi in piedi. La gravità del quadro clinico dipende dalla concentrazione di alcol nel sangue. Una concentrazione superiore al 5‰ provoca il coma e quindi la morte. Dell'intossicazione acuta da alcol abbiamo già parlato. Qui vogliamo soffermarci sull'incidenza che essa ha sulle modificazioni psicocomportamentali dell'alcolista.

La definizione dell'intossicazione acuta da alcol, nei suoi diversi gradi, non dipende solo dalla concentrazione di alcol nel sangue e dai sintomi clinici, ma anche da numerosi altri fattori; dipende soprattutto dal giudizio che la società dà del consumo di bevande alcoliche. È difficile parlare dell'intossicazione acuta da alcol come di una malattia, anche in presenza di precisi sintomi clinici, o parlare a questo proposito di comportamento disturbato, in una società che accetta il consumo degli alcolici come uno dei modelli normali di comportamento. Tanto che si parla di consumo, e non di abuso, e di bere accettabile, sociale, moderato, anche se questo cosiddetto bere moderato non è mai stato definito e varia comunque da situazione a situazione. E abbiamo già detto e spiegato che l'uso è nello stesso tempo anche abuso.

Alcolismo e depressione

Tutti gli operatori che si occupano di alcolismo devono essere a conoscenza del fatto che nell'alcolista gli episodi depressivi si manifestano con una certa frequenza. La depressione nell'alcolista può essere causa di suicidio, suicidio che è più frequente nel gruppo degli alcolisti rispetto alla popolazione generale. Spesso la depressione è primaria e precede l'alcolismo: il soggetto in questi casi ricorre all'alcol per superare le crisi depressive. Siamo cioè in presenza di un alcolismo cosiddetto secondario. Bisogna sottolineare che uno stato depressivo acuto può seguire ad una fase iniziale di astinenza in quanto viene a mancare l'azione psicoattiva dell'alcol. Proprio in questi casi è più frequente il suicidio. Per questo motivo nei casi di depressione negli alcolisti è sempre bene consultare lo psichiatra o ricoverare l'alcolista in ospedale. Questo vale particolarmente nel

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Club degli alcolisti in trattamento quando l'operatore del Club non è uno psichiatra. Di questo parleremo più diffusamente nel capitolo della terapia.

L'inizio del trattamento coincide molto spesso con uno stato di peggioramento delle condizioni generali dell'alcolista, in quanto viene improvvisamente a mancare la sostanza, l'alcol, che veniva presa in funzione antidepressiva. L'operatore deve essere consapevole di questa eventualità. Al minimo segnale di crisi depressiva o nei casi dubbi, è bene iniziare un trattamento con antidepressivi o ricorrere all'ospedalizzazione. È possibile che lo stato depressivo sia invece secondario all'alcolismo e si manifesti nel corso del suo sviluppo o durante l'astinenza terapeutica. Anche in questo caso si agirà allo stesso modo: trattamento antidepressivo e se necessario ospedalizzazione. Quando l'alcolista, da sobrio, prende atto della sua condizione, è abbastanza normale che si manifesti uno stato di depressione, che di regola viene presto superata. In letteratura viene spesso descritta l'importanza della depressione come fattore eziologico di alcolismo.

Ubriachezza patologica

È una manifestazione di grave intossicazione con caratteristiche comportamentali particolari, che insorge spesso anche dopo l'assunzione di modeste quantità di alcol. La definizione di ubriachezza patologica è poco felice, e oggi si tende ad abbandonarla. Ogni stato di ubriachezza è patologico. Invece definendo "patologico" un determinato stato di ubriachezza, si potrebbe far credere che esista uno stato di ubriachezza "non patologico". Il che ovviamente non è. Sarà comunque molto difficile abbandonare questo termine, perchè è ormai di uso corrente nella letteratura scientifica.

Lo stato di ubriachezza patologica si manifesta all'improvviso. Comporta restrizione del campo di coscienza, agitazione psicomotoria, aggressività. Il soggetto non conserva il ricordo di quanto gli è accaduto (amnesia); durante l'episodio può compiere azioni criminose anche gravi, vagabondare senza meta, tenere dei comportamenti incongrui. Questo stato ha una durata variabile: da qualche minuto a qualche ora, eccezionalmente dei giorni. Non necessariamente si ripresenta alla successiva assunzione di alcol. Si manifesta solo in alcuni soggetti, nei quali tende a ripetersi. Per questo motivo si ritiene che la causa sia legata a fattori endogeni, costituzionali, o a fattori esogeni, sociali. Chi si trova in questo stato rappresenta un pericolo per sé e per gli altri. È necessario ricoverare questi pazienti in reparti psichiatrici o in reparti di terapia intensiva, dove vengono sedati e dove è possibile fornir loro adeguata assistenza.

Lo stato di ubriachezza patologica è più frequente fra i bevitori problematici

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e gli alcolisti, ma si può manifestare anche in chi non è alcolista. A tutti comunque il medico dovrebbe prescrivere la completa astinenza, considerati i rischi a cui possono andare incontro. Spesso gli stati di ubriachezza patologica sono oggetto di perizie medico-legali per i reati che sono commessi durante il loro manifestarsi. L'inserimento nel Club degli alcolisti in trattamento è particolarmente indicato.

Delirium tremens

Il delirium tremens è una psicosi acuta molto frequente fra gli alcolisti e sulla quale è stato scritto moltissimo (Salum I., 1972). Appartiene al gruppo delle sindromi psicoorganiche acute e la sua comparsa può essere determinata da svariati fattori scatenanti, fra i quali: l'astinenza, i traumi fisici e psichici, gli interventi chirurgici, le infezioni. È stata descritta per la prima volta nel 1813 (Pearson S.B., 1813; Sutton T., 1813). Il delirium tremens si manifesta solo quando la persona ha ormai sviluppato il quadro classico dell'alcolismo e sono presenti patologie organiche e psichiche. Di solito il delirium tremens colpisce individui di mezz'età, ma può manifestarsi anche nei giovani e addirittura nei bambini. La mortalità a causa del delirium tremens è ancora molto alta. Su 10.000 alcolisti curati in un ospedale di Los Angeles nell'arco di due anni, 720 hanno presentato un episodio di delirium tremens. Di questi, 48, cioè il 6,6%, sono deceduti durante il ricovero.

Lo stadio acuto della malattia è spesso preceduto da un periodo prodromico, accompagnato dall'aggravarsi del quadro generale. Di solito peggiorano i disturbi gastrointestinali e i disturbi psichici. Sonno disturbato, paure notturne, agitazione, stato confusionale, sudorazione abbondante completano il quadro clinico. Alla mattina il soggetto di solito sta meglio e a volte è in grado di continuare la propria attività lavorativa. Questo stadio è chiamato predelirium o delirium latente. A questo stadio prodromico segue lo stato di delirio acuto, spesso precipitato da un trauma, da un intervento chirurgico, da uno stato febbrile o da un grande sforzo fisico. Sappiamo da tempo che il delirium tremens si può manifestare anche come conseguenza dell'improvvisa interruzione del consumo di alcol, come delirio da astinenza. Sono stati descritti parecchi casi di delirio manifestatisi in seguito ad un ricovero in ospedale, o in seguito alla carcerazione, con conseguente interruzione forzosa del consumo di alcol.

Il delirium tremens può presentarsi in forma acuta e in forma sub-acuta. Il quadro acuto presenta sintomi più gravi e comporta un drammatico aggravamento delle condizioni generali. Spesso si manifesta con febbre alta che può arrivare fino a 41° C. Il soggetto manifesta disturbi della coscienza, disorientamento

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

spazio-temporale, stato confusionale grave. Il delirio è sempre accompagnato da tremori diffusi e da marcata agitazione psicomotoria. Sono spesso presenti gravi disturbi intestinali, difficoltà nell'urinare fino all'anuria, sindrome epatorenale. Il paziente si aggrava progressivamente specie in relazione a problemi di disidratazione con alterazioni, anche gravi, degli equilibri elettrolitici. I disturbi fisici possono aggravarsi a tal punto, da far passare in secondo piano la diagnosi di alcolismo o portare a ricoveri in reparti non indicati.

Il delirio è accompagnato da allucinazioni, per lo più visive, anche se non mancano allucinazioni uditive. Le allucinazioni sono spesso a contenuto terrifico e si inseriscono nel quadro generale di confusione e di agitazione. Il paziente spesso vede piccoli animaletti o insetti che strisciano sul suo corpo o che lo assediano da ogni lato. Alcune allucinazioni gli possono essere indotte, data la sua alta suggestionabilità. Per esempio, se consegnamo al paziente un foglio bianco e lo invitiamo a leggere quanto c'è scritto, egli lo farà. Talvolta il paziente sente voci minacciose, denigratorie, calunniose; oppure dei suoni musicali, delle marce. Sono presenti anche idee deliranti, non sempre ben strutturate, a contenuto persecutorio o di gelosia. A volte i deliri di gelosia possono persistere anche dopo il superamento dell'episodio. Nel delirio, il paziente può essere portato a ripetere i gesti tipici della propria attività lavorativa. È quello che si definisce delirio professionale. Un sintomo caratteristico è il tremore: delle dita, della lingua e della testa, accompagnato spesso da un mormorio inintelligibile. Sono frequenti anche attacchi convulsivi generalizzati. Dopo qualche giorno di delirio il paziente cade in un sonno lungo e profondo. Al risveglio, è abbastanza lucido e di solito residua una parziale amnesia di quando è accaduto durante il delirio.

Le vere cause del delirium tremens non sono ancora state chiarite del tutto. La malattia può manifestarsi anche in forma cronica, che esita in genere in un quadro irreversibile di demenza alcolica. Il delirio si può sovrapporre al quadro tipico della malattia di Korsakov.

La malattia è mortale in una percentuale abbastanza elevata di casi (dal 5 al 10%), nonostante le cure prestate siano adeguate. Il delirium va curato in ospedale. Bisogna tenere sotto controllo le condizioni generali del paziente, in particolare idratarlo e alimentarlo, ricorrendo, se necessario, alla fleboclisi. È importante che il paziente non si agiti e non sia lasciato in condizioni di farsi del male. Un tempo si faceva ricorso ai barbiturici, a scopo sedativo. Oggi si fa ricorso agli psicofarmaci di uso più corrente. Vanno somministrate vitamine in dosi massicce, soprattutto le vitamine del gruppo B. Particolare attenzione va rivolta al sistema cardiovascolare. Ai primi sintomi di crisi bisogna praticare le terapie adeguate. Ricordiamo che la morte per delirium tremens è di solito da

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

attribuire a insufficienza cardiocircolatoria. Il delirio si manifesta di rado, se l'alcolista ha iniziato l'astinenza nel Club o nella comunità multifamiliare. Possono al più manifestarsi lievi sintomi di ansia e di agitazione. La famiglia va inserita nel Club degli alcolisti in trattamento al momento dell'ospedalizzazione dell'alcolista, che sarà a sua volta inserito, appena le sue condizioni fisiche lo permetteranno. Se invece si attende che l'alcolista sia dimesso, si corre il rischio di andare incontro ad un suo rifiuto e dover attendere una nuova crisi.

Delirium tremens da trauma

Il delirium tremens da trauma si manifesta, come dice il nome, in seguito ad un trauma. È una sindrome di interesse prettamente medico-legale. Di solito si tratta di individui che subiscono un trauma sul lavoro, seguito dal manifestarsi del delirio. Talvolta il paziente muore e vi è la conseguente richiesta di risarcimento dei danni da parte dei familiari che attribuiscono l'insorgere della malattia all'incidente subito. Il delirium tremens degli alcolisti si manifesta spesso in forma acuta. Sappiamo che il trauma subito, lo stato febbrile o altre malattie ne possono costituire la causa scatenante.

Può essere molto difficile determinare se e in quale misura il trauma abbia provocato il delirio. Pur essendo scontato che il delirium tremens è una sindrome alcolcorrelata, non bisogna dimenticare che a volte il trauma può determinare la comparsa del quadro. In ogni caso bisogna poter escludere che il delirio fosse già presente prima dell'evento traumatico. Può darsi che il delirio fosse già presente e che il trauma subito sia da ricollegare proprio alla scarsa destrezza, all'agitazione, allo stato confusionale di cui il paziente già soffriva. Non è neppure da escludere che l'incidente sia avvenuto a causa di una intossicazione acuta da alcol del soggetto. In questo caso la situazione, dal punto di vista legale, sarà completamente diversa.

Allucinosi alcolica

L'allucinosi alcolica è una sindrome psichiatrica da ascrivere alle psicosi alcoliche. È caratterizzata da una vivace produzione allucinatoria. Lo stato di coscienza è conservato e il paziente è lucido e orientato. Abbiamo l'allucinosi acuta o transitoria (allucinosi di Wernicke) e l'allucinosi cronica (o paranoide secondo Kraepelin). Uno studio approfondito delle allucinosi alcoliche è stato fatto da Benedetti G. (1952), che ha studiato un gran numero di casi in diversi ospedali psichiatrici in Svizzera. Benedetti G. ha cercato di rispondere ad un quesito, che è ancora aperto: se l'allucinosi alcolica è veramente causata dall'alcol,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

o se si tratta piuttosto di una forma particolare di schizofrenia che si manifesta con queste modalità per l'azione dell'alcol. Si è anche ipotizzato che si tratti di una reazione psicogena tipica di alcune personalità e legata all'intossicazione cronica da alcol.

La allucinosi acuta è un disturbo transitorio di breve durata. La maggior parte degli autori la considera una sindrome psicoorganica acuta, che talvolta presenta anche modesti disturbi ideativi di tipo delirante, disturbi della coscienza e dell'orientamento. Nessun autore mette in dubbio la sua origine alcolica. Comuni alla forma acuta e alla forma cronica sono le caratteristiche allucinazioni. All'inizio le allucinazioni sono elementari, simili alle illusioni; successivamente acquistano sempre più vivace estesia sensoriale, quasi sempre uditiva, e diventano complesse. Il soggetto sente delle voci a contenuto quasi sempre sgradevole, minaccioso, persecutorio, a volte con rimandi omosessuali. La prognosi dipende da numerosi fattori. Benedetti G., sulla scorta delle ricerche fatte, ritiene che il 50% dei casi di allucinosi alcolica si risolva in un quadro tipico di demenza schizofrenica. Probabilmente l'allucinosi cronica, a seconda dei casi, sarà da ascrivere tra le tipiche sindromi psicoorganiche croniche o piuttosto tra le sindromi schizofreniche. Se all'inizio si manifestano disturbi deliranti, disturbi della coscienza e dell'orientamento, è più corretto ascriverla al quadro della psicosindrome organica.

L'allucinosi acuta ha una durata variabile da qualche ora fino a sei mesi. Non lascia alcun disturbo psichico duraturo; può ripresentarsi. Se il quadro è tendenzialmente schizofrenico, col tempo si può associare anche il quadro della paranoia cronica e risolversi in una demenza schizofrenica. L'allucinosi cronica può esitare anche, in alcuni casi, nella tipica psicosindrome organica cronica, cioè in un quadro di demenza organica. In questo caso vi è di sicuro un'eziologia alcolica e non vi sono componenti schizofreniche. L'allucinosi si manifesta in genere fra i 30 e i 50 anni di età. Alcune allucinosi alcoliche si presentano all'inizio con il quadro caratteristico del delirium tremens. In questo caso è più agevole individuarne l'origine alcolica. Come per ogni forma di alcolismo, va prescritta l'astinenza. Nella maggior parte dei casi si procederà all'ospedalizzazione, a causa dell'accentuato quadro psicotico, complicato da ansia e da manifestazioni paranoidi. Specie nei casi di allucinosi cronica la cura sarà quella classica delle psicosi. Se non si ottiene un significativo miglioramento nei primi 6 mesi, solitamente il quadro si cronicizza. Come sempre, accanto alle cure specifiche, sarà importante indirizzare la famiglia e il paziente appena le sue condizioni lo permetteranno al Club degli alcolisti in trattamento.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Delirio cronico di gelosia

I disturbi ideativi, a partire dalla gelosia patologica, sono molto frequenti tra gli alcolisti (Lemere F., 1973). Non si è ancora trovata una adeguata spiegazione a questi disturbi. Il delirio di gelosia si manifesta nella fase avanzata dell'alcolismo e quasi esclusivamente fra gli alcolisti maschi. È una manifestazione presente anche in alcune malattie mentali che non hanno nulla a che vedere con l'alcolismo. La gelosia è in qualche misura collegata all'impotenza, frequente fra gli alcolisti. L'alcolista, geloso ed aggressivo, diventa il tormento del partner e della famiglia. La moglie, talvolta anziana e sofferente, viene fatta oggetto di accuse continue e assolutamente inverosimili. Ogni uomo diventa un potenziale amante e fa scattare la gelosia. La gelosia può manifestarsi anche nei confronti delle figlie o dell'amante. La gelosia può accompagnarsi ad atti di violenza, segno del degrado etico dell'alcolista, la cosiddetta demenza etica. Di solito non sono presenti disturbi della coscienza e l'intelligenza è per lo più conservata. Oltre a idee di gelosia possono manifestarsi anche idee di tipo paranoideo, per cui si parla di psicosi paranoide dell'alcolista. Alcuni autori definiscono la gelosia stessa come psicosi di gelosia.

In presenza di un quadro clinico grave, la cura deve essere fatta a livello ospedaliero, perché l'alcolista può rappresentare un pericolo per le persone che gli stanno vicino. È essenziale che l'alcolista entri in astinenza. Nelle fasi iniziali della malattia la guarigione è possibile anche con la sola astinenza. Valgono poi tutte le regole del trattamento dell'alcolismo. Poiché i disturbi della maggior parte di questi pazienti si inquadrano nel gruppo delle psicosi schizofreniche, la prognosi è simile a quella dei casi di schizofrenia. Il delirio di gelosia, come pure la psicosi paranoide, può essere oggetto di perizia medico-legale. Questa va eseguita con particolare attenzione, perché c'è sempre la possibilità che il paziente riesca a dissimulare le sue reali condizioni di fronte al perito, come accade in genere negli altri stati paranoidi. Alcuni autori (Abraham K., 1908, 1926) hanno studiato la correlazione fra alcolismo e sessualità, giungendo alla conclusione che alcuni alcolisti hanno forti tendenze omosessuali, presenti già prima dello sviluppo dell'alcolismo. Sulla base di questi studi molti autori francesi, Berger, Schilder, Menninger ed altri, hanno sostenuto che l'omosessualità latente ha un significato eziologico nello sviluppo dell'alcolismo e nella comparsa del delirio di gelosia. Altri autori, per converso, riscontrano raramente tendenze omosessuali fra gli alcolisti (Åmark C., 1951). Anche studi psicometrici hanno messo in dubbio la teoria che fra gli alcolisti l'omosessualità sia più diffusa e causa di gelosia. Poiché fra gli alcolisti i disturbi sessuali sono molto frequenti, il problema è stato studiato ed approfondito da molti autori.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Psicosi di Korsakov

La psicosi di Korsakov costituisce un grave disturbo psichico. Fu descritta fra il 1887 e il 1891 dallo psichiatra russo Sergej Korsakov (1854-1904). La malattia si manifesta solitamente in uno stadio avanzato di alcolismo. Il quadro clinico è caratterizzato da polineuropatia cui si associa una grave forma di demenza. All'inizio si manifesta solo il quadro clinico della polineuropatia alcolica. La polineuropatia alcolica è il più importante sintomo organico presente nella psicosi di Korsakov, perciò la malattia viene anche definita psychosis polyneuritica, a causa delle lesioni dei nervi periferici.

Oggi la maggior parte degli autori parla di psicosi di Korsakov solo quando la tipica sindrome psichica accompagna il quadro clinico di polineuropatia. La sola sindrome psichica viene indicata come sindrome di Korsakov. Lo stesso Korsakov era dell'opinione che la malattia da lui descritta si manifestasse per diversi motivi e non fosse necessariamente accompagnata dalla polineuropatia. La polineuropatia talvolta può manifestarsi in forma molto leggera. L'opinione oggi prevalente è che la malattia di Korsakov e quella di Wernicke costituiscano un'unica patologia, non molto dissimile dalle altre forme di encefalopatia alcolica.

La malattia è caratterizzata da disturbi della memoria, sia di fissazione che di evocazione, stato confusionale, disorientamento, confabulazione, con un quadro complessivo che riconduce a quello tipico delle demenze. Il paziente colma i vuoti di memoria con ricordi inventati: è quello che si definisce confabulazione (Sattler L., 1976). I disturbi della memoria, come è caratteristico della demenza organica, riguardano all'inizio gli avvenimenti più recenti, per poi colpire progressivamente quelli più antichi. Sono frequenti l'agitazione notturna e l'ansia, come in tutte le forme di demenza. Alcuni autori affermano che la malattia è più frequente nelle donne e ne sono stati descritti casi anche nei bambini.

La malattia si può presentare in forma acuta e in forma cronica. La forma acuta può iniziare con il quadro di delirium tremens. È noto, del resto, che il delirium tremens può esitare a volte nella demenza di Korsakov. Gli esami anatomopatologici mostrano diffuse lesioni a livello corticale. Sono state particolarmente indagate le lesioni dei nuclei della base e dei corpi mammillari, queste ultime talvolta presenti isolatamente. Negli ultimi anni si è notato sempre più spesso che le lesioni cerebrali che si manifestano nella psicosi di Korsakov assomigliano molto, per la localizzazione, a quelle di altre encefalopatie alcoliche (come la malattia di Wernicke ed altre). Anche il quadro clinico in alcuni casi può

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

essere simile. Per questo alcuni autori parlano di malattia di Wernicke-Korsakov (Victor M. e coll., 1971).

Il trattamento della psicosi di Korsakov richiede l'ospedalizzazione. Va prescritta l'astinenza. Bisogna inoltre garantire una dieta adeguata, ricca di vitamine, in particolare del gruppo B, e procedere al trattamento sintomatico di eventuali altri disturbi presenti. La prognosi non è infausta come un tempo si credeva. Se iniziato per tempo, il trattamento garantisce la completa risoluzione nel 30% dei casi. Negli alcolisti c'è sempre, perlomeno in forma latente, una ipovitaminosi B1. Specie se vi è un quadro di defedamento generale e un quadro clinico iniziale di demenza, bisogna provvedere a garantire un elevato apporto calorico, se necessario in soluzione glucosata, accompagnato dalla somministrazione per via parenterale di elevate dosi di vitamine, soprattutto B1, per prevenire l'avitaminosi acuta e la sindrome acuta di Wernicke-Korsakov. Come sempre è opportuno iniziare quanto prima il trattamento nel Club degli alcolisti. Come nel caso di altri disturbi cronici, l'intervento degli operatori nel Club deve essere più direttivo. Spesso, come nei casi di demenza, c'è la tendenza alla regressione e l'alcolista sviluppa una forte dipendenza dall'operatore o dal gruppo, dipendenza che è molto difficile poi da spezzare.

Epilessia alcolica

Nel corso dell'alcolismo si possono presentare crisi convulsive, che caratterizzano il quadro clinico dell'epilessia alcolica. Diversi autori hanno riscontrato il verificarsi di attacchi epilettici in alcolisti secondo percentuali diverse (Lennox W.G., 1941).

Crisi epilettiche isolate si possono manifestare nel corso del delirium tremens, nello stato di intossicazione acuta grave, e nel corso dell'alcolismo in genere. Ci riferiamo a quello che dagli autori di lingua inglese è definito *rhum fits* o *whisky fits*. Non si è ancora in presenza della vera epilessia alcolica, quanto piuttosto delle conseguenze transitorie dell'azione tossica dell'alcol sulla funzionalità del cervello, e di altri fattori correlati, quali, ad esempio, i fattori costituzionali. Una diagnosi certa di epilessia alcolica può essere formulata solo quando sono state escluse con certezza tutte le altre possibili cause di epilessia, soprattutto se questa si manifesta in età avanzata. A favore della diagnosi di epilessia alcolica parlano l'interruzione delle crisi e il generale miglioramento che si ha con l'astinenza.

Molto spesso l'epilessia alcolica si manifesta sotto forma di crisi convulsive generalizzate, più frequenti in caso di gravi intossicazioni. Il paziente presenta sintomi simili a quelli di altre forme epilettiche: parola rallentata, vischiosità

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

comportamentale, demenza più o meno grave. Possono esser presenti cicatrici sulla lingua, conseguenza delle morsicature procurate durante la crisi. L'alcolismo porta all'epilessia solo nel caso si siano già prodotte gravi lesioni cerebrali. Può soprattutto aggravare un'epilessia già in essere; per questo agli epilettici è fatto tassativamente divieto di consumare alcolici.

L'alcol può portare all'epilessia individui che non ne soffrivano. Peraltro alcuni autori ritengono che l'alcol possa solamente aggravare un'epilessia già manifesta, o slatentizzarne una latente, sia ereditaria che acquisita. Molti autori affermano che l'epilessia non può manifestarsi nei soggetti che non hanno una predisposizione ad essa. Secondo Lennox W.G., quel 10-15% di casi di epilessia alcolica, presenti tra gli alcolisti, corrisponde al numero dei soggetti, nella popolazione, che presentano all'encefalogramma disritmie epilettogene, in assenza peraltro di manifestazioni cliniche di epilessia. I soggetti con queste caratteristiche elettroencefalografiche svilupperebbero, nel corso dell'alcolismo, l'epilessia alcolica. In altre parole, l'alcolismo renderebbe manifesta la loro predisposizione, naturale o acquisita, all'epilessia. La frequenza dell'epilessia alcolica è stata variamente valutata, anche in relazione al numero di soggetti ammalati di epilessia sui quali il problema è stato studiato. Alcuni autori rilevano il numero delle epilessie alcoliche indagando la popolazione degli alcolisti. Altri autori indagano invece la popolazione degli epilettici per accertarvi il numero degli alcolisti. È opinione diffusa che il 10-20% delle epilessie tardive, senza sintomi cerebrali focali, sia da attribuire all'alcolismo.

L'epilessia alcolica è preceduta di solito da un lungo periodo di alcolismo. Una grave intossicazione o l'astinenza improvvisa precedono talvolta l'epilessia. Per la maggior parte degli autori le alterazioni elettroencefalografiche nelle epilessie alcoliche sono sostanzialmente uguali, rispetto alle alterazioni che si hanno nelle epilessie non alcoliche. Le crisi si manifestano sotto forma di attacchi generalizzati a tipo grande male e si manifestano raramente, 1 o 2 volte l'anno (Hudolin Vi., 1967).

Il trattamento dell'epilessia alcolica richiede innanzitutto l'astinenza. La terapia farmacologica è quella classica. In genere, la maggior parte delle epilessie alcoliche si risolve con l'astinenza, anche senza uno specifico trattamento antiepilettico. Gli attacchi perdurano, nonostante l'astinenza, se sono ormai presenti lesioni cerebrali irreversibili. In soggetti che presentano crisi epilettiche bisogna sempre proibire il consumo di bevande alcoliche, anche se si tratta di non alcolisti; se poi lo sono la proibizione sarà ancora più severa. Bisogna provvedere quindi ad iniziare il trattamento complesso nel Club degli alcolisti, congiuntamente al trattamento dell'epilessia, se questa è stata riscontrata.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Demenza alcolica

Oltre al quadro clinico della demenza alcolica — è il caso, ad esempio, della psicosi di Korsakov — nel corso dell'alcolismo può svilupparsi un quadro atipico di demenza. A livello organico sono presenti lesioni cerebrali più o meno gravi con fenomeni di atrofia diffusa. Si manifestano inoltre accentuati cambiamenti comportamentali, con sintomi progressivi di decadimento cerebrale. Il quadro che esiterà in demenza può, all'inizio, passare inosservato e poi svilupparsi molto lentamente. Spesso è accompagnato da un impoverimento etico dell'alcolista, che si manifesta con profonde alterazioni comportamentali. Il cambiamento incide molto spesso sulla sfera sessuale. A tutto ciò si accompagna ovviamente un marcato decadimento intellettivo. La malattia di solito progredisce anche se si interrompe il consumo di alcolici.

La demenza può essere accompagnata da alcune sindromi alcoliche, come la psicosi di Korsakov o la encefalopatia di Wernicke, e assumere alcune caratteristiche specifiche in presenza di queste. Si osserva talvolta il manifestarsi di lacune mnesiche a cui il soggetto cerca di porre rimedio con le confabulazioni (Sattler L., 1976). Qualche altra volta si osserva invece il quadro della pseudoparalisi alcolica, per esempio nella malattia di Marchiafava-Bignami e nella sclerosi laminare di Morel. In questi casi lo sviluppo della malattia è molto lento e la diagnosi differenziale diventa particolarmente difficile.

Qualche volta una patologia alcolica acuta esita, lentamente o all'improvviso, in una sindrome cerebrale organica cronica, come accade, ad esempio, quando dal delirium tremens si passa al quadro clinico della demenza. L'esame anatomopatologico rivela, in tutti i casi di demenza alcolica, atrofie corticali, molto spesso localizzate nel lobo temporale. Possono essere presenti anche alterazioni già descritte a proposito delle altre sindromi psicoorganiche. L'atrofia cerebrale non è sempre in diretta correlazione con il quadro clinico. Vi sono casi in cui a marcate atrofie non corrispondevano sintomi clinici particolari, e viceversa. Ma questa non è la regola e di solito una certa correlazione esiste.

Il liquor presenta alterazioni non caratteristiche: moderato aumento del numero delle cellule, aumento dell'albumina, talvolta anche referti patologici delle reazioni colloidali.

Il trattamento della demenza alcolica è sempre un compito ingrato, poiché di norma si è di fronte ad alterazioni irreversibili. La demenza alcolica talvolta si manifesta all'improvviso, progredisce molto rapidamente, causa un grave stato di decadimento generale fino a portare a morte.

Può essere oggetto di perizia medico-legale. Ogni caso andrà studiato con molta attenzione; molto spesso ci si troverà di fronte a parziale o totale incapa-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

cità di intendere e di volere.

Negli ultimi anni è stata descritta un'alta percentuale di successi in quei casi in cui la terapia vitaminica è stata intrapresa precocemente. Il trattamento nel Club degli alcolisti va iniziato quanto prima. Appena l'alcolista smette di bere, se si notano segni di progressivo miglioramento fisico e cessano i disturbi legati all'intossicazione cronica, si può avere un significativo miglioramento, anche se le speranze all'inizio erano scarse. Dopo un certo periodo, le zone ancora integre del cervello assumeranno una funzione vicariante per le zone lese. Resta inevitabile la comparsa di una regressione comportamentale e la tendenza da parte dell'alcolista a sviluppare una forte dipendenza dall'operatore, dal Club e più in generale dal suo ambiente di vita.

Sindrome alcolica intermedia

La sindrome alcolica intermedia si colloca tra le sindromi psicoorganiche cerebrali acute reversibili e quelle croniche irreversibili. Questa sindrome presenta a livello clinico i sintomi delle lesioni irreversibili, ma è ancora reversibile e può avere una prognosi favorevole. È stata descritta da Bennett A.E., Movery G.L. e Fort J.T. nel 1960. Ricordiamo che le sindromi alcoliche acute e cioè l'intossicazione acuta, il delirium tremens, l'allucinosi acuta, sono reversibili, mentre le sindromi croniche che comportano lesioni cerebrali irreversibili si risolvono nella demenza.

Questa sindrome si manifesta con disturbi più o meno accentuati del comportamento. I sintomi principali sono riferibili alla sfera emotivo-affettiva, causati probabilmente da lesioni situate nella zona frontale. La diagnosi precoce e il trattamento in questa sindrome sono di fondamentale importanza per impedire che esiti in demenza. Molti autori ne mettono in dubbio l'esistenza, perché la diagnosi è particolarmente difficile e inoltre le alterazioni elettroencefalografiche, cui fanno cenno Bennett, Movery e Fort, non sarebbero così caratteristiche. Questa sindrome può comportare disturbi epatici e di altri organi. Può essere presente anche la polineuropatia alcolica. È bene fare r

orso all'ospedalizzazione, soprattutto nei casi in cui è presente un grave stato confusionale. Il trattamento è del tutto simile a quello degli altri disturbi organici cerebrali. La famiglia dovrà essere avviata al trattamento nel Club degli alcolisti e così pure l'alcolista appena le sue condizioni lo permetteranno.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Dipsomania

La dipsomania è una forma di alcolismo che porta il soggetto, per periodi variabili di tempo, a provare il bisogno irrefrenabile e continuo di bere. È stata descritta per la prima volta da Bruehl-Cramer (1818), e successivamente da Salvadori (1821) e da Cohn (1938). La crisi si risolve abitualmente in un sonno profondo. Al risveglio, il soggetto di solito non avrà memoria alcuna di quanto accaduto. La quantità di alcolici assunta durante la crisi può essere ingente, per il fatto che in tale stato la tolleranza è molto alta. Tra una crisi dipsomanica e l'altra, l'alcolista beve moderatamente o addirittura è completamente astinente. Qualche volta le crisi sono precedute da disturbi del comportamento; è la cosiddetta aura dipsomanica. La dipsomania può essere talvolta un sintomo di epilessia. In alcuni casi sarà molto difficile stabilire se si tratta realmente di crisi di dipsomania, o se invece ci si trova di fronte alla cosiddetta pseudodipsomania. Può essere ugualmente difficile distinguere la dipsomania da forme particolari di epilessia.

Spesso il comportamento dipsomanico nasconde qualche altro disturbo psichico. La schizofrenia, ad esempio, può avere inizio con un attacco dipsomanico acuto. La dipsomania può essere sintomo anche di psicosi maniaco-depressiva, di psicopatia, di paralisi progressiva e di altre malattie.

La dipsomania si distingue con difficoltà da altre forme di alcolismo. Alcuni autori descrivono un quadro elettroencefalografico specifico di questa malattia. Altri basano la diagnosi sulla presenza di sintomi specifici in particolare: fenomeni prodromici simili all'aura epilettica; tensione interna con desiderio irrefrenabile di bere; incapacità di poter controllare il desiderio di bere; assunzione di ingenti quantità di alcolici di qualunque genere. Tra le sindromi dipsomaniche bisogna distinguere:

a — la dipsomania vera, eventualmente con tendenze psicopatiche;
b — la dipsomania sintomatica;
c — la pseudodipsomania.

Oggi molti autori mettono in dubbio l'autonomia della dipsomania, e la considerano un particolare tipo di reazione all'alcol, che si manifesta per l'azione di diversi fattori concomitanti. Alcuni autori hanno proposto come cura l'uso di farmaci antiepilettici, che in verità sono sempre indicati quando il tracciato elettroencefalografico rivela alterazioni di tipo epilettico. La crisi acuta richiede sempre il ricovero in reparti di terapia intensiva. Superata la crisi è necessario avviare il trattamento complesso nel Club degli alcolisti in trattamento.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Alcolismo periodico

Si è discusso molto, negli ultimi anni, in merito a quello che viene definito alcolismo periodico, cioè l'ubriacarsi periodico dell'alcolista, che non rientra però nella vera e propria dipsomania. Si manifesta spesso nei soggetti ciclotimici che tendono a bere ogni qualvolta cadono in uno stato di depressione o in uno stato maniacale. In questi casi l'uso dell'alcol è sintomatico. Questi soggetti vi fanno ricorso per risolvere le loro difficoltà psicologiche. Il trattamento degli stati di cosiddetto alcolismo periodico richiede che sia risolta la malattia di base che li determina.

Alcolismo e suicidio

Nella letteratura alcologica ha sempre avuto uno spazio importante il discorso relativo al ruolo che ha l'alcol come causa di suicidio.

In letteratura vi sono molti studi che forniscono dati percentuali sul numero di suicidi tentati da alcolisti. Per esempio, secondo Gabriel (1935) la percentuale è del 21%, secondo Dahl Gren (1935) del 20%, secondo Lemere F. (1953) dell'11%.

TABELLA 27

Casi deceduti per morte violenta sottoposti ad esame autoptico e positività del riscontro alcolemico.

Causa di morte	Anno	n° casi	Riscontro alcolemico positivo	
			n. casi	%
Incidenti stradali	1950-51	305	117	38,4
	1949-50	283	92	31,2
Pedoni vittime di incidenti stradali	1950-51	186	63	33,9
	1949-50	177	53	29,9
Vittime di omicidio	1950-51	129	61	47,3
	1949-50	118	54	45,8
Suicidi	1950-51	446	161	36,1
	1949-50	381	97	25,5

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Il problema è stato affrontato anche da un altro punto di vista. Si è andato a verificare il numero di alcolisti presenti tra quanti avevano tentato il suicidio. Norvik e Nelson (1956) hanno trovato una percentuale di alcolisti del 7% tra coloro che avevano tentato il suicidio. Per la maggior parte degli autori tale percentuale è in realtà del 20-25%. Secondo Milovanovic, su 464 casi di tentato suicidio in 99, pari cioè al 20,2%, si trattava di alcolisti. Di questi, 89 erano maschi e 10 femmine. Di rado però l'alcol è l'unico motivo che spinge al suicidio.

Talvolta chi tenta il suicidio sceglie di proposito di ubriacarsi così da avere il "coraggio" di compiere il suo gesto. Nella clinica di neuropsichiatria di Belgrado sono stati esaminati, nell'arco di dieci anni, dal 1953 al 1963, 622 pazienti che avevano tentato il suicidio. Di questi, 315 erano maschi e 337 femmine. In questo gruppo di pazienti, 78 erano gli alcolisti maschi, e 21 le femmine: in totale, 99 pazienti, cioè il 15,1% di tutti i soggetti presi in esame. Solo nell'1% del campione di 622 pazienti è stata riscontrata dipendenza da eroina.

In casi del tutto eccezionali l'alcol può essere usato come mezzo per darsi la morte. Alcuni autori di formazione psicoanalitica sono del parere che l'alcolismo costituisca un lento tentativo di suicidio, conseguenza estrema di un istinto di autodistruzione. Nel suo studio "Alcolismo e suicidio", Borivoje Jokanovic riporta i risultati autoptici di 184 casi di suicidio. Di questi, 69, pari al 37%, erano alcolisti, e di questi 69 il 25% si trovava in uno stato acuto di ubriachezza nel momento del suicidio.

Il tentativo di suicidio di solito è messo in atto dagli alcolisti senza troppa convinzione e risulta così inefficace. Di fatto il rapporto tra suicidi tentati e suicidi portati a termine si dimezza fra gli alcolisti, rispetto all'analogo rapporto fra chi non è alcolista. Qualche volta l'alcolista tenta il suicidio appena cominciata l'astinenza o nel corso del trattamento. Si tratta di solito di casi di alcolismo secondario, in cui il ricorso all'alcol serve a mascherare il proprio stato depressivo. In questi casi all'inizio del trattamento può manifestarsi un episodio depressivo che può portare in taluni casi al suicidio. A scopo terapeutico vengono utilizzati con ottimi risultati alcuni psicofarmaci, in particolare i timolettici, che in alcuni casi possono essere somministrati anche a scopo preventivo. Nel trattamento, bisogna sempre prestare la massima attenzione ai sintomi depressivi e ai rischi suicidari, facendo ricorso, se del caso, alla consulenza dello psichiatra ed eventualmente all'ospedalizzazione.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Terza Parte:

Trattamento dell'alcolismo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo primo

ASPETTI FONDAMENTALI DEL TRATTAMENTO

Abbiamo parlato sino ad ora di come si devono trattare le complicanze dell'alcolismo. Questi trattamenti hanno risentito positivamente dell'evoluzione generale e dello sviluppo della medicina. Un tempo la terapia delle complicanze era considerata soprattutto di competenza psichiatrica. Nel trattamento dell'alcolismo venivano usati, tra l'altro, gli oppiacei e l'LSD. Vi era perfino chi ricorreva alla lobotomia (Chwelos H. e coll., 1959). Già prima della seconda guerra mondiale erano state introdotte terapie mediche ed era sorta l'organizzazione degli Alcolisti Anonimi.

È solo a partire dal secondo dopoguerra che si comincia a parlare seriamente di trattamenti integrati di prevenzione, cura e riabilitazione. Viene coinvolta la famiglia dell'alcolista e il suo ambiente sociale di riferimento. Sono descritti vari modelli di istituzioni e di programmi rivolti a ben precisi territori (Glaser F.B., Greenberg S.W., Barett M., 1978; WHO, Drug Dependence and Alcoholrelated Problems, Geneve, 1986; Organizzazione Mondiale della Sanità, Dipendenza da sostanze e problemi alcolcorrelati, 1989; Estes J.N., Heinemann M.E., 1982).

Il primo programma ad ampia diffusione è stato predisposto dagli stessi alcolisti, nel 1935; è il modello degli alcolisti anonimi (Alcoholics Anonymous, 1939). Oggi siamo alla ricerca di un programma che offra buoni risultati nel campo della prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Deve essere naturalmente un programma che abbia costi economici accettabili e che sia fondato su teorie condivisibili dalla cultura della comunità. Ma di questo abbiamo già parlato.

Quando si parla di trattamento, spesso si distingue tra la cura, nel senso stretto della parola, dell'alcolista e del suo gruppo familiare, e i programmi più complessivamente intesi che comprendono sia la prevenzione che la riabilitazione. In realtà questa distinzione è più teorica che reale: il trattamento dell'alcolista e della famiglia ha dei riflessi sulla comunità, e la comunità interagisce con la

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

famiglia e con l'alcolista. Ogni programma generale di controllo dei disturbi alcolcorrelati finisce comunque per interagire con il trattamento dell'alcolista e della sua famiglia. Inoltre i programmi alcologici vanno ricompresi nell'azione più vasta di promozione e protezione della salute della comunità e della salute mentale in particolare. Oggi si guarda con crescente attenzione e interesse a questa necessità (Koves V., Laflèche M., 1988).

Quando si parla di disturbi alcolcorrelati, si tende spesso ad omettere alcuni aspetti preliminari, che pure sono di fondamentale importanza per l'organizzazione dei programmi di controllo, e in particolare di trattamento e di riabilitazione dell'alcolista.

Bisogna rivolgere particolare attenzione ai seguenti aspetti:

1. È necessario distinguere tra la cura e il trattamento dell'alcolismo, in senso stretto, e la cura delle patologie organiche alcolcorrelate e delle complicanze psichiche che vanno trattate analogamente alle sindromi similari di eziologia diversa. La cura delle complicanze va sempre associata ai trattamenti di lungo periodo finalizzati all'astinenza e al cambiamento dello stile di vita dell'intero nucleo familiare.
   Il medico deve occuparsi anche del trattamento dell'alcolismo, oltre che delle sue complicanze. È questo un compito importante dei servizi socio-sanitari pubblici da realizzare in stretta collaborazione con le organizzazioni e le associazioni private, con particolare riguardo a quelle degli alcolisti stessi. Il trattamento precoce dell'alcolismo costituisce la migliore prevenzione delle invalidità e delle complicanze irreversibili e ha una grande importanza nel più generale quadro della prevenzione primaria.

2. Il trattamento viene fatto con lo scopo di far cambiare all'alcolista il proprio modello di comportamento, modello di solito accettato o quanto meno tollerato dall'organizzazione sociale e dalla cultura della comunità. I comportamenti dell'alcolista sono in genere profondamente radicati e cronicizzati, di conseguenza anche il trattamento deve essere protratto per un lungo arco di tempo, diciamo dai 5 ai 10 anni. Si può ritenere che dopo un tale periodo l'alcolista avrà assunto uno stile di vita positivo e salutare.
   Dobbiamo porci un quesito: dal momento che l'alcolista viene ricoverato, di solito, nei reparti di medicina interna o di chirurgia, non sarebbe più logico iniziare già in questi reparti il trattamento, invece che considerare la psichiatria il luogo di elezione? Rispondere affermativamente a questo interrogativo vuole dire rivedere la filosofia generale dei programmi di formazione degli operatori. Bisognerebbe fornire un'adeguata preparazione a tutto il personale medico e paramedico. Sarebbe necessario modificare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

i programmi didattici delle facoltà di medicina e delle scuole di operatori socio-sanitari.

3. Fine ultimo del trattamento non è tanto il conseguire l'astinenza, quanto piuttosto ottenere il cambiamento dello stile di vita. L'astinenza è piuttosto uno strumento, un obiettivo intermedio. Non ci può soddisfare l'astinenza, se a questa non segue un cambiamento radicale nel comportamento. Se l'alcolista modifica il proprio stile di vita, cambierà anche il suo rapporto con l'alcol.
   In letteratura si parla spesso della possibilità per l'alcolista di tornare ad un consumo cosiddetto moderato, o controllato, specialmente dopo che Davies D.L. (1962,1963) ha descritto i suoi famosi sette casi. In pratica, i tentativi fatti in questo senso sono tutti falliti. La maggior parte degli autori afferma che senza l'astinenza non è possibile un trattamento che dia dei risultati positivi. Le ricadute sono infatti possibili anche dopo anni di astinenza.
   Badiamo bene però che l'astinenza non deve essere intesa come una costrizione, ma come una libera scelta. L'alcolista deve decidere da solo. E da solo deve scegliere di cambiare la propria vita, che non sarà più condizionata dal desiderio di bere, né dalla paura nei suoi confronti. Oggi viviamo in un'epoca di alta tolleranza verso il consumo di alcolici, in una società che propone il bere come modello di comportamento più accettabile, migliore dell'astinenza. Tutto questo costituisce una grossa spinta al bere e limita la libertà di scegliere l'astinenza.
4. L'alcolismo è un disturbo sistemico. Ciò significa che non è un disturbo che interessa il singolo, ma che colpisce tutto il sistema con il quale l'individuo si trova in relazione. Anche il trattamento quindi va eseguito in un'ottica sistemica. Il sistema primario e più importante è la famiglia. Allora anche la famiglia deve gradualmente modificare il proprio stile di vita, per giungere a una diversa e migliore omeostasi complessiva. Il trattamento coinvolgerà dunque l'intera famiglia dell'alcolista.
   Agli inizi dei trattamenti familiari le attenzioni venivano rivolte in particolare a due membri, la diade, poi a tre, per interessare quindi l'intera famiglia ed estendersi successivamente all'ambiente sociale e lavorativo allargato. Ciò significa dover coinvolgere tutti questi sistemi nel trattamento.
5. L'alcolista non si può considerare guarito, se intendiamo l'alcolismo come un modello di comportamento, come uno stile di vita. Diremo piuttosto che l'alcolista ha trovato una nuova strada, che ha acquisito un atteggiamento più positivo, più accettabile, più creativo nei confronti della vita, senza aver

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

bisogno di ricorrere a sostanze psicoattive, come l'alcol, per sentirsi realizzato.
Le esperienze fin qui fatte — ma la ricerca in proposito è molto intensa — mostrano che l'alcolista non sarà mai più in grado di controllare il proprio bere. Il ritorno al bere non ha senso alcuno per l'alcolista, tanto più se si considera che l'astinenza è per l'alcolista il solo modello di comportamento sicuro e sano. L'approccio secondo il quale l'alcolista può ritornare al bere moderato è diventato popolare dopo che Davies D.L. ha descritto in un articolo sette casi di alcolisti che presumibilmente sono ritornati al bere moderato (Davies D.L., 1962). Questo articolo ha provocato una serie di discussioni; oggi la maggior parte degli esperti è convinta che questo non sia possibile e che all'alcolista si deve chiedere un'astinenza totale. Le diverse complicanze psicofisiche e il comportamento socialmente disturbato richiedono anch'esse la completa astinenza. I Club degli alcolisti in trattamento, o altri modelli di trattamento fondati sull'autoaiuto e sul mutuo aiuto, costituiscono il miglior programma terapeutico, tanto più se rapportati a quelli ospedalieri.

6. Il trattamento viene intrapreso nel rispetto dei principi dell'autoaiuto, del mutuo aiuto e dell'autoprotezione, che sono al centro del trattamento complesso dei Club degli alcolisti in trattamento, intesi come iniziative private della comunità e in particolare degli alcolisti e delle loro famiglie.
7. Bisogna puntare alla demedicalizzazione e alla depsichiatrizzazione del trattamento, perché l'alcolismo non è una malattia come classicamente la si intende, ma piuttosto uno stile di vita, complesso e protratto nel tempo. Non può quindi essere risolto con i modelli terapeutici classici, ma con metodi di approccio alternativi. Soprattutto, va ricordato e sottolineato che l'alcolismo non è un disturbo psichiatrico.
8. La riabilitazione dell'alcolista è possibile solo all'interno del gruppo sociale, nell'ambiente in cui l'alcolista e la sua famiglia vivono e lavorano. La riabilitazione non avviene nelle istituzioni, e nemmeno nei Club degli alcolisti in trattamento.
9. Nei casi di alcolismo secondario sono indicati, come già abbiamo avuto modo di dire, trattamenti medici specifici. In tutti i casi ci si deve comunque indirizzare al raggiungimento dell'astinenza e a modificare il comportamento della famiglia.
10. Ogni progresso nella ricerca scientifica ha ripercussioni sull'alcologia e sul trattamento degli alcolisti. Le recenti indagini in campo genetico, soprattutto le ricerche sui neurotrasmettitori, hanno influito significativamente

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sull'alcologia. Tutti i risultati delle ricerche devono essere quanto prima integrati nei programmi territoriali.

11. Anche se si arrivasse a dimostrare che l'alcolismo ha radici e cause genetiche e/o biologiche, ciò non avrebbe grandi conseguenze pratiche sul trattamento. Quando si manifesta l'alcolismo, il comportamento disturbato è già presente, e non è possibile risolvere il disturbo comportamentale con una terapia biologica. L'approccio e il trattamento restano invariati, a prescindere dalla causa ultima dell'alcolismo. Se in questo campo ci saranno nuove scoperte, sarà ovvio che se ne terrà conto nel trattamento. Però questo non influirà mai sulla lunga, difficile strada verso la scelta di un modello di comportamento più sano.
12. Di alcune teorie che hanno un grande significato ai fini della prevenzione abbiamo parlato in un capitolo precedente (Chaudron C.D. e Wilkinson D.A., 1988).
13. La cosa migliore da fare per garantire programmi adeguati di protezione e di promozione della salute è di includervi i principi dell'autoaiuto e dell'aiuto reciproco. Gli operatori, sia i professionisti che i volontari, devono condividere e attuare questi principi, in particolare gli operatori che lavorano nella medicina di base o nei distretti. Questi operatori devono essere a conoscenza del lavoro svolto nei Club degli alcolisti in trattamento e partecipare alle loro attività.
14. Si incontrano particolari difficoltà nel trattamento, se l'alcolista assume un atteggiamento passivo. In molti casi egli è costretto al trattamento e perciò non lo accetta. Questa passività è stata descritta molto dettagliatamente da Fehr H.D., nel suo lavoro sulla psicoterapia e l'integrazione dei metodi individuali e di gruppo (Fehr H.D., 1976).
15. La passività dell'alcolista potrebbe anche essere interpretata come alessitimia, cioè come povertà nella comunicazione e nell'interazione, e come incapacità di creare legami emozionali, di creare cioè empatia. L'alessitimia fra gli alcolisti è frequente. Sull'alessitimia e sul suo trattamento in chi non è alcolista, hanno scritto Sifneos P.E. (1972) e Swiller H.I. (1988).
16. Il trattamento dell'alcolista e della sua famiglia deve essere ricompreso in un più generale programma di protezione e promozione della salute che integri sia la prevenzione primaria che la prevenzione secondaria e la prevenzione terziaria.
17. Per prevenzione primaria si intendono tutte le iniziative volte a tutelare e promuovere la salute, combattendo i disturbi alcolcorrelati nel loro insor-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

gere e cercando di incidere sulle eventuali cause; per prevenzione secondaria si intende la diagnosi precoce delle persone e delle famiglie al cui interno il disturbo si manifesta; per prevenzione terziaria si intendono gli interventi riabilitativi volti a contenere e rimuovere le situazioni di cronicità invalidante.

18. Il trattamento dei disturbi alcolcorrelati richiede che siano organizzati specifici programmi territoriali di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Ciò significa la costituzione di una rete territoriale multidimensionale, con l'apporto dei singoli, delle famiglie, delle strutture socio-sanitarie, delle associazioni di volontariato, dei rappresentanti autorevoli della comunità. Il Club degli alcolisti in trattamento rappresenta un nodo fondamentale della rete.
19. Il programma territoriale e, all'interno di esso, il Club degli alcolisti in trattamento, costituisce il trait-d'union tra i servizi pubblici e le istituzioni, da una parte, e l'iniziativa privata dei cittadini, i singoli e le famiglie, dall'altra. La costituzione di una tale rete comporta numerose difficoltà, e non è immune dal rischio di lotte di potere o di altra natura.
20. Il programma territoriale di controllo dei disturbi alcolcorrelati prevede interventi diversificati di informazione e di formazione permanente: di tutti i membri della società, nell'ambito della prevenzione primaria; delle famiglie in trattamento, per la cura dei disturbi alcolcorrelati; degli operatori, siano essi professionisti o volontari.
21. Il trattamento con l'alcolista richiede a quanti, a vario titolo, vi partecipano, una profonda solidarietà e un intenso rapporto emozionale.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo secondo

SERVIZI E STRUTTURE PER IL TRATTAMENTO

Molte istituzioni e molti programmi si occupano del trattamento degli alcolisti, soprattutto in presenza di complicanze organiche o psichiche. Ne descriviamo brevemente il ruolo che attualmente rivestono, con particolare riguardo all'approccio ecologico-verde. Le recenti scoperte scientifiche sull'alcolismo ne hanno influenzato anche il trattamento. Fino a non molti anni fa, e a volte anche oggi, il trattamento consisteva nell'internare l'alcolista in istituzioni psichiatriche secondo la logica: "così non beve e non dà fastidio".

Oggi l'alcolismo si può trattare con buoni risultati nelle strutture territoriali. Dipende naturalmente dalla gravità del caso e dalla disponibilità di servizi e di operatori che vogliono occuparsi degli alcolisti. L'esperienza degli ultimi decenni dimostra che l'alcolismo è un disturbo curabile. Un efficace trattamento permette di conseguire risultati positivi nel 60-70% dei casi. In questo capitolo ci occupiamo del trattamento e della sua organizzazione in un'ottica di gruppo allargato e di coinvolgimento della comunità, piuttosto che in un'ottica centrata e rivolta al singolo caso.

Nel pianificare il trattamento bisogna tener conto dei metodi adottati a livello nazionale, della flessibilità dei programmi, del contesto socio-politico, dei costi di gestione e della disponibilità di operatori. Anche il trattamento migliore, che magari potrebbe dare risultati eccellenti a livello di singoli casi, non avrà alcun valore se non può essere adottato su scala nazionale per ragioni tecniche, economiche, sociali o di altra natura. È essenziale che i programmi territoriali siano sostenuti adeguatamente e assolvano al compito di coordinamento effettivo di tutte le iniziative che in quel dato territorio si occupano del controllo dei disturbi alcolcorrelati a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Bisogna assolutamente evitare di attivare servizi che si sovrappongano o precostituire situazioni in cui vi siano utenti che ricevono più del necessario, e molti altri privi dei servizi indispensabili di cui hanno bisogno. Ogni famiglia dovrebbe poter scegliere il programma, e poi seguirne il trattamento, senza però

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

valersi contemporaneamente di altri trattamenti. È anche un problema di principio o etico addirittura.

Bisogna tendenzialmente evitare l'ospedalizzazione, se non sussistono particolari indicazioni. Risultati di gran lunga migliori si ottengono con il trattamento territoriale, che permette tra l'altro all'alcolista di non assentarsi dal lavoro. Oggi esistono diversi programmi alternativi al trattamento ospedaliero classico. Tra questi meritano almeno un cenno i diversi tipi di trattamento a livello di ospedalizzazione parziale.

Trattamento ospedaliero

Molti alcolisti vengono curati in strutture ospedaliere, anche se potrebbero essere direttamente avviati a frequentare i Club degli alcolisti in trattamento.

Gli alcolisti possono essere curati sia in reparti ospedalieri che in servizi territoriali. I diversi tipi di trattamento dell'alcolista e della sua famiglia si differenziano ovviamente per i fondamenti teorici su cui si basano. Bisogna anzitutto chiedersi fino a che punto si giustifichi l'ospedalizzazione; in un certo numero di casi sarà opportuno ricorrervi, però bisogna chiarire bene quali ne sono le indicazioni.

Sul trattamento ospedaliero degli alcolisti e sulle difficoltà che ne derivano sono stati pubblicati negli ultimi anni numerosi lavori (Reading A., 1974; Galanter M. e coll., 1976; Beresford T.P., 1979; Galanter M., 1982; Lewis D.C. e coll., 1983; Smith J.W., 1983; William C. e coll., 1985; Mitchell W.D., 1986). L'alcolista, in linea di principio, deve essere curato al di fuori della struttura ospedaliera; deve risolvere determinate difficoltà di ordine familiare e sociale, e non lo potrà mai fare se gli è impedita una normale vita di relazione e se viene forzatamente allontanato dal suo contesto abituale di riferimento.

Abbiamo già descritto la possibile necessità di ospedalizzazione nel trattare alcune sindromi legate al bere e all'alcolismo. Le indicazioni per il trattamento ospedaliero degli alcolisti si possono così riassumere. Il trattamento in ospedale è sempre indicato in presenza di un quadro clinico dato da patologie organiche ascrivibili all'alcol, sia per accertare lo stato del paziente, che per porre una diagnosi differenziale o instaurare una adeguata terapia. Questo anche nel caso in cui il disturbo non sia da ascrivere all'alcol, in quanto molte patologie, che interessano organi diversi e che si manifestano nel corso dell'alcolismo, possono avere cause diverse. Per esempio, non tutte le cirrosi epatiche sono da attribuire all'alcol, e altrettanto dicasi per l'ematoma subdurale o la psicosi di Korsakov. Talvolta alcune di queste patologie presentano quadri clinici di acuzie. In questi casi la decisione sull'eventuale ricovero spetta al medico. In base al quadro

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

clinico, il paziente verrà accolto nel reparto più idoneo o, in caso di una particolare emergenza, nel reparto di terapia intensiva. Per esemplificare: i casi di cirrosi epatica verranno ricoverati nei reparti di medicina, i traumi in ortopedia, gli ematomi subdurali in neurochirurgia, i comi in terapia intensiva.

Bisogna sempre ricordare che con il ricovero non ha ancora avuto inizio il trattamento dell'alcolismo. Deve essere chiaro che si è provveduto soltanto alla diagnosi e alla cura dell'organo malato. Solo in alcuni Paesi si procede contemporaneamente a iniziare il trattamento del disturbo principale, cioè dell'alcolismo. Sarebbe opportuno attivare in ogni ospedale, a disposizione di tutti i reparti, un centro di informazione e motivazione al trattamento dell'alcolismo. In questa sede potrebbe iniziare anche il trattamento della famiglia nella comunità multifamiliare. Se il trattamento in un reparto o in un ospedale non è possibile, bisognerebbe mettersi immediatamente in contatto con quel reparto o quel servizio dove si può iniziare il trattamento, non appena le condizioni del paziente lo permettono. Ancora prima andrà inserita nel Club degli alcolisti in trattamento la famiglia (Hudolin Vl., 1989). Se il trattamento, finalizzato all'astinenza e a modificare lo stile di vita dell'alcolista, non viene iniziato al momento dell'ingresso in ospedale, sarà inutile consigliare, al momento della dimissione, di diminuire il bere o di astenersene del tutto. Anche il consiglio di presentarsi al Club degli alcolisti in trattamento cadrà nel vuoto. L'inserimento nel Club dovrebbe sempre precedere il ricovero in ospedale, a meno che non si tratti di ricoveri d'urgenza.

A volte si è di fronte a situazioni di acuzie, nelle quali è indicato il ricovero d'urgenza. Abbiamo già visto che non vi sono indicazioni per il ricovero dell'alcolista, se non in presenza di precise patologie organiche o psichiche; lo stesso vale per i ricoveri d'urgenza. Il ricovero urgente può essere indicato nei casi di intossicazione acuta da alcol o nelle complicanze acute di patologie organiche o psichiche di origine alcolica.

In caso di grave intossicazione acuta da alcol si provvederà al ricovero in un reparto di terapia intensiva. Attualmente si consiglia di organizzare negli ospedali regionali dei centri speciali di terapia intensiva rivolti alla cura dei casi di intossicazione acuta da alcol. Anche se non vi sono ancora farmaci certi per accelerare il processo di metabolizzazione dell'alcol o per facilitarne l'eliminazione, nel reparto di terapia intensiva possono essere adottate tutte le misure volte a garantire le funzioni vitali, fino al ritorno alla completa sobrietà. Nel contempo potranno essere fatti tutti gli esami necessari. In qualche caso si sottoporrà il paziente ad emodialisi (Durakovic Z. e coll., 1988).

Talvolta, nella fase di intossicazione acuta, il metabolismo del glucosio è alterato. In questi casi occorre intervenire con tempestività, per evitare che il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

paziente passi dal coma alcolico ad un coma ipo o iperglicemico. Lo stesso discorso vale nel caso di intossicazione combinata di alcol etilico e metilico. Poiché possiamo avere altre gravi complicanze, in presenza dello stato di intossicazione acuta, è opportuno provvedere molto rapidamente alla diagnosi differenziale per garantire ogni altro intervento necessario. Particolare attenzione va rivolta all'eventuale presenza di un ematoma subdurale, dell'intossicazione da altre sostanze, ad esempio psicofarmaci, e di comi di diversa eziologia.

Contemporaneamente al trattamento in terapia intensiva, si procederà al colloquio con i familiari e con le altre persone significative per l'alcolista. Se il paziente che presenta un quadro di intossicazione acuta da alcol non risulta essere un alcolista, sarà necessario inserirlo, al termine della cura, nel programma di educazione e di istruzione sanitaria. Poiché di solito il periodo di ospedalizzazione è breve, bisognerà approfittare di questo lasso di tempo per coinvolgere l'intera famiglia nei programmi di educazione e di istruzione sanitaria, che il servizio alcologico o il reparto di alcologia o il Club degli alcolisti in trattamento organizzano nel territorio dove il paziente risiede. Se esiste, sarà il Centro alcologico territoriale ad occuparsi dell'attività di istruzione e di educazione alla salute. Quando si ha a che fare con casi di alcolismo, il trattamento deve essere fatto secondo la metodologia complessa come l'abbiamo descritta.

Il ricovero urgente sarà indicato anche nei casi in cui si è in presenza di una patologia alcolcorrelata in fase di scompenso acuto: pancreatite acuta, stato di male epilettico, cirrosi epatica scompensata, ecc. Anche in questi casi bisognerà poi trattare l'alcolismo come abbiamo già detto. Il ricovero d'urgenza può essere indicato anche nei casi di complicanze psichiche acute, il delirium tremens, per esempio; è opportuno in presenza di stati di depressione grave e in ogni caso di tentato suicidio. È comunque fondamentale iniziare il trattamento parallelo dell'alcolismo. In via del tutto eccezionale, sarà necessario ricorrere talvolta al ricovero urgente nei casi in cui l'alcolista presenta una crisi di aggressività e può essere di pericolo per sé o per gli altri.

Qualche volta l'alcolista vive in situazioni di disagio sociale così grave, che il ricovero d'urgenza diventa l'unico modo per iniziare l'astinenza e, se necessaria, la terapia medica. Il trattamento dell'alcolismo è quello consueto. In qualche caso, peraltro raro, bisognerà ricoverare anche quegli alcolisti che si trovano ormai in uno stadio avanzato, e per i quali il trattamento extraospedaliero non ha sortito gli effetti sperati e non ha permesso il raggiungimento dell'astinenza. Sappiamo infatti che per iniziare il trattamento bisogna assolutamente essere astinenti. Anche in questi casi, non si può pensare di ottenere un buon risultato senza il coinvolgimento della famiglia e del Club degli alcolisti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

in trattamento. Se si tratta di una persona senza famiglia, bisogna provvedere a inserire nel Club dei familiari sostitutivi, ad esempio degli amici, dei conoscenti, dei vicini di casa, dei volontari.

Come abbiamo più volte detto è fondamentale che in tutti i casi descritti, da subito o non appena le condizioni del paziente lo consentono, si inizi il trattamento dell'alcolismo, coinvolgendo l'intera famiglia e inserendola nel Club degli alcolisti in trattamento. Con le terapie intensive e con le cure mediche specialistiche si curano le complicanze dell'alcolismo, ma non si cura l'alcolismo e non si risolve il problema di fondo, che è costituito dal legame particolare fra l'individuo e l'alcol. Il periodo di ospedalizzazione dovrebbe essere ridotto al minimo. Appena possibile, l'alcolista dovrebbe essere inserito nei programmi territoriali o quantomeno in un programma ospedaliero alternativo: ospedale di giorno, ospedale di notte, ospedalizzazione del fine settimana, ospedalizzazione parziale. Il trattamento al di fuori della struttura ospedaliera, come ad esempio il trattamento nel Club degli alcolisti in trattamento, ha senza dubbio maggiore efficacia. Se necessario, le cure mediche possono continuare, ambulatoriamente, presso il medico di base o presso lo specialista.

Oggi, nei programmi di educazione sanitaria, si presta grande attenzione al rapporto costo-benefici. Poniamo che si decida di curare tutti gli alcolisti in ospedale: a parte il fatto che non si otterrebbero grandi risultati, la cosa è improponibile da un punto di vista economico. In Italia si suppone che esistano dai 2 ai 3 milioni di alcolisti: il costo del loro trattamento sarebbe insostenibile. Fino a 10-20 anni fa, era raro che l'alcolista venisse sottoposto a trattamento. Si curavano sì le conseguenze dell'alcolismo, però non ci si preoccupava di risolvere il problema di fondo, cioè l'alcolismo stesso. Era opinione diffusa che poco o nulla potesse essere fatto per l'alcolista, secondo il detto "una volta alcolista, sempre alcolista". Oggi ci si è resi conto che, nella maggior parte dei casi, il problema può essere risolto, o migliorato in modo significativo, o quanto meno si può ottenere un'astinenza duratura.

È successo così che alcuni medici hanno intravisto la possibilità di "salvare" un certo numero di posti letto — la tendenza è oggi quasi ovunque quella di ridurre i posti letto in ospedale — e di affermarsi professionalmente come alcologi. Per questo ha cominciato a diffondersi l'idea che il trattamento dell'alcolista deve essere perlomeno iniziato in ospedale. Spesso, chi la pensa così, non fa poi nulla per organizzare un lavoro stabile con l'alcolista e la sua famiglia, e neppure partecipa all'organizzazione della rete di protezione e promozione della salute sul territorio. Bisogna definire con chiarezza qual è il ruolo dell'ospedale nella rete territoriale. È evidente che in un certo numero di casi il ricovero e la terapia ospedaliera sono assolutamente indicati. La struttura

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ospedaliera deve però svolgere anche altri compiti:

— Accanto alla cura medica, va iniziato il trattamento. A questo dovrebbe provvedere il reparto di alcologia o il servizio alcologico. Si potrebbe organizzare, a questo scopo, all'interno dell'ospedale, un ambulatorio o un centro di informazione alcologico. Nello stesso tempo si deve provvedere all'inserimento della famiglia dell'alcolista nel Club degli alcolisti in trattamento.
— L'ospedale, se dispone di personale preparato in campo alcologico, può assumersi il compito della formazione permanente degli operatori.
— L'ospedale inoltre può svolgere, assieme alla pratica clinica di lavoro, una importante attività di ricerca scientifica.

Trattamento dispensariale

Il trattamento nel dispensario viene consigliato alle persone che non presentano disturbi gravi e che hanno conservato una discreta consapevolezza nei confronti dei loro problemi. Si tratta di persone per certi versi selezionate, che si presentano spesso spontaneamente per il trattamento. Il trattamento può essere organizzato anche attraverso strutture tipo consultoriale. Tutto questo nel caso in cui non sia possibile il trattamento nel Club degli alcolisti. La possibilità di far accedere casi più o meno gravi in questi servizi dipende da una serie di fattori: il numero di operatori disponibili, la collaborazione esistente fra il servizio stesso e i programmi ospedalieri e territoriali, il servizio sociale e tutte le altre istituzioni della comunità.

Nel futuro vi sarà la tendenza a favorire il trattamento esclusivamente nelle strutture e nei programmi territoriali. Oggi invece prevalgono ancora i programmi tradizionali, che molte volte prevedono che la cura dispensariale preceda l'ingresso nel Club. Nella Repubblica di Croazia i dispensari dipendono dal servizio sanitario di base. I dispensari alcologici molto spesso curano l'alcolista e la sua famiglia attraverso l'ospedalizzazione parziale e di rado l'attività del dispensario è ancorata al territorio. I servizi specialistici, come ad esempio il dispensario, dovrebbero agire d'intesa con i Club degli alcolisti in trattamento, provvedendo subito ad indirizzarvi la famiglia.

Il dispensario è nato prima della seconda guerra mondiale per l'assistenza agli ammalati di tubercolosi polmonare. In seguito, sulla base di questo modello, furono organizzati dispensari per altre patologie: per la cura delle malattie veneree, per i problemi dei bambini e dei giovani, per i soggetti con disturbi psichici. Talvolta il dispensario viene equiparato al consultorio.

Il dispensario, nell'accezione classica, è una struttura che si occupa

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

globalmente, su un territorio, di un dato problema sanitario, a livello sia di prevenzione primaria che secondaria e terziaria. Particolare importanza rivestono le attività di prevenzione, le ricerche epidemiologiche sul territorio, la diagnosi e la cura precoce dei soggetti che manifestano il disturbo. Di solito si tratta di disturbi a carattere cronico. Il dispensario può anche offrire forme di ricovero a tempo parziale, sul tipo dell'ospedale di giorno, o di qualche ora in più giorni della settimana. Operano nel dispensario, oltre al medico, l'infermiere professionale, l'assistente sociale e l'operatore volontario. I dispensari operano in stretto contatto con i programmi e con i servizi di prevenzione primaria. I consultori, per parte loro, sono rivolti più alla diagnostica e alla cura che alla prevenzione.

I primi dispensari pensati per l'alcolismo non erano molto diversi dai dispensari per le malattie polmonari. Col tempo le modalità di intervento si sono differenziate e il dispensario alcologico è stato sempre più utilizzato per il trattamento della famiglia dell'alcolista, finendo per trascurare le altre attività sul territorio. Il dispensario divenne un'alternativa al trattamento ospedaliero classico. L'alcolista veniva accolto per il trattamento insieme alla famiglia e ai membri della comunità più significativi per la famiglia stessa. Il trattamento, della durata di alcune ore, si svolgeva una o più volte alla settimana. Spesso si trascurava di inserire la famiglia nel Club.

Oggi il dispensario ha perso il suo significato originale per diventare una forma di ospedalizzazione parziale. È difficile però sostituire il termine, perché ormai è profondamente radicato nel linguaggio in uso. Il dispensario non prevede il trattamento medico classico, nonostante la presenza del medico, dello psicologo, dell'infermiere professionale, dell'assistente sociale e nonostante nel dispensario si faccia la diagnosi, la visita medica e si provveda anche a varie cure elementari. Di norma il dispensario opera in stretto contatto con l'ospedale, con i medici dei programmi e dei servizi di prevenzione primaria e con le organizzazioni del lavoro presenti sul territorio di sua competenza.

La prassi di tenere da 1 a 6 mesi la famiglia nel dispensario prima dell'inserimento nel Club è segno della medicalizzazione del programma. In questo modo si favorisce l'instaurarsi di un rapporto di dipendenza della famiglia dal dispensario e si finisce col provocare l'abbandono del trattamento dopo la dimissione dal dispensario. La famiglia, al momento dell'inserimento nel Club, non supera l'impatto con questa realtà tanto diversa da quella del dispensario ed entra in conflitto con il Club. Molto spesso la permanenza prolungata nel dispensario favorisce l'isolamento della famiglia dalla comunità locale.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Altre modalità di trattamento

Accenniamo qui di seguito a varie altre modalità di trattamento. Il trattamento negli ambulatori neuropsichiatrici, neurologici, psichiatrici e alcologici viene fatto sul modello del trattamento attuato nei servizi dispensariali. In questi ambulatori si accettano essenzialmente pazienti dimessi dall'ospedale, che vi continuano il trattamento. Talvolta vi si ricorre per una diagnosi iniziale. Questi servizi devono collaborare con i servizi territoriali, con i dispensari, con le agenzie del lavoro e con i Club degli alcolisti in trattamento. È essenziale la collaborazione con il medico di base, con l'infermiere del territorio e con l'assistente sociale. In questi ambulatori si possono trattare le complicanze mediche molto meglio che nel dispensario. Anche in questo caso è opportuno l'inserimento dell'alcolista e della sua famiglia nel Club. Chi opera nel dispensario o in ambulatorio dovrebbe avere esperienza diretta dei Club degli alcolisti in trattamento.

In presenza di un quadro clinico di pertinenza neurologica, l'alcolista va ricoverato in questo reparto. A conclusione del trattamento neurologico, il paziente va trasferito in un servizio di alcologia. Non appena le condizioni del paziente lo consentono, bisogna iniziare il trattamento dell'alcolismo, coinvolgendo l'intera famiglia e inserendola nel Club degli alcolisti in trattamento. Ricordiamo che in alcuni reparti di neurologia esiste anche un servizio specifico di alcologia.

In presenza di gravi disturbi psichici causati dall'alcolismo, ad esempio il delirium tremens, o quando l'alcolismo è combinato con una malattia psichica, ad esempio la depressione, il paziente va ricoverato in un reparto psichiatrico. Se questo non è specificamente attrezzato per il trattamento dell'alcolismo, il paziente vi resterà per il tempo strettamente necessario a risolvere il disturbo di pertinenza psichiatrica, e sarà quindi affidato al servizio di alcologia. Non appena le condizioni del paziente lo consentono, bisogna iniziare il trattamento dell'alcolismo. Nello stesso tempo si deve provvedere all'inserimento della famiglia dell'alcolista nel Club.

In Croazia gli ospedali psichiatrici sono attrezzati per il trattamento di tutte le forme di alcolismo e sono in atto modalità di collaborazione con i Club. È bene che negli ospedali psichiatrici siano predisposti programmi per gli alcolisti, magari in un apposito reparto alcologico che operi in stretto collegamento con il Centro alcologico territoriale. Già durante il periodo della degenza, l'alcolista e la sua famiglia vanno inseriti nei Club degli alcolisti in trattamento.

Se invece in zona non vi sono ospedali psichiatrici, il paziente verrà indirizzato agli eventuali servizi psichiatrici di quel territorio e trattato secondo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

le modalità abituali.

Il trattamento può essere svolto nei centri specialistici creati espressamente per la cura dell'alcolismo. Negli ultimi anni sono nati in alcune repubbliche e in alcune regioni della Jugoslavia dei centri per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze o sono stati creati appositi reparti alcologici nelle strutture ospedaliere esistenti. Centri di questo genere sono sorti a Zagabria, Belgrado, Sarajevo, Ljubljana, Skopje. Analoghe strutture sono state aperte in Italia, o stanno per essere attivate. Questi centri trattano tutte le forme di alcolismo e sono organizzati secondo modelli diversi: ricovero totale, ospedale di giorno, ospedalizzazione parziale, ecc.

Naturalmente, il trattamento complesso attuato in questi centri non andrà a buon fine se non si provvede all'inserimento dell'alcolista nei Club e senza uno stretto rapporto di collaborazione con i programmi esistenti sul territorio. Il trattamento nel Club degli alcolisti costituisce il modello più semplice ed è anche quello che garantisce i risultati migliori. Può sostituire benissimo tutti i modelli fin qui visti, soprattutto laddove esiste un dispensario e dove c'è un buon rapporto di collaborazione tra questo e i Club. Soprattutto deve esserci stretta collaborazione tra i Club e il servizio sanitario di base. Naturalmente, già durante il periodo della degenza e del trattamento presso la struttura ospedaliera o territoriale, l'alcolista va inserito nel Club degli alcolisti in trattamento.

Vi sono alcolisti condannati e detenuti per reati diversi, per i quali il giudice nell'emettere la sentenza ha previsto che si debbano obbligatoriamente curare per l'alcolismo. Per questi particolari pazienti va predisposto un apposito programma che comprenda sia l'inserimento della famiglia nel Club degli alcolisti in trattamento che un primo contatto del detenuto-alcolista con il Club. Si tratta di creare un legame tra il detenuto e quel Club dove sarà inserito una volta scontata la pena. Ove possibile, è opportuno che l'alcolista acceda al Club già durante il periodo di detenzione. Va detto che molte volte, come è facilmente immaginabile, si incontrano non poche difficoltà nell'introdurre in carcere il trattamento con la comunità multifamiliare.

A completare il quadro delle strutture rivolte al trattamento dell'alcolismo, meritano un cenno anche i reparti di terapia intensiva. Qui sono accolti i pazienti con intossicazione acuta da alcol, bevitori occasionali o alcolisti, per la disintossicazione e per programmi di informazione e di educazione alla salute.

Il trattamento degli alcolisti può essere garantito anche da altre strutture: ambulatori di medicina generale, reparti di medicina interna, traumatologia, chirurgia. È sempre possibile organizzare, nell'ambito di questi reparti, un servizio di tipo dispensariale per il trattamento complesso dell'alcolismo.

Il medico di base, unitamente agli altri operatori che collaborano con lui,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

costituisce un nodo importante della rete dei servizi sanitari sul territorio, ai fini del controllo dei disturbi alcolcorrelati. Faremo una dettagliata esposizione di questo modello di trattamento più avanti. Anche il medico del lavoro si occupa con crescente frequenza del trattamento degli alcolisti, coadiuvato dai servizi di assistenza sociale delle aziende più importanti. Club degli alcolisti in trattamento vengono fondati in diverse aziende e vi si sviluppano programmi per il controllo dei disturbi alcolcorrelati. Non bisogna dimenticare che oggi la maggior parte degli alcolisti può essere curata con programmi alternativi al ricovero ospedaliero tradizionale. Fra i programmi alternativi i più seguiti sono l'ospedale di giorno, l'ospedale di notte, il trattamento del fine settimana. Naturalmente non deve mancare la stretta collaborazione con i Club degli alcolisti in trattamento, dove fin dall'inizio vanno indirizzati l'alcolista e la sua famiglia.

Nell'ospedale di giorno il trattamento è limitato all'arco della giornata. Qui il paziente segue il programma complesso, nella comunità multifamiliare, e gli viene data una opportuna informazione ed educazione alla salute. Qualora se ne presenti la necessità vengono diagnosticate e curate eventuali complicanze mediche alcolcorrelate. Il programma di un ospedale di giorno bene organizzato deve avere due caratteristiche fondamentali: l'intensità e il coinvolgimento nei confronti dell'alcolista. Il programma può essere condotto in gruppo o in una comunità allargata. Di norma il primo colloquio con l'alcolista e con la sua famiglia sarà condotto da un operatore professionista o da un volontario che lavorano nel programma. Solo in via del tutto eccezionale, e se ci sono operatori competenti, può essere eseguita la visita medica. La somministrazione di farmaci, sia l'Antabuse® che quelli eventualmente prescritti per le complicanze, avverrà solo dopo la visita medica e su prescrizione del curante.

La differenza di fondo fra il trattamento presso l'ospedale di giorno e il trattamento con l'ospedalizzazione parziale è che nel primo caso l'alcolista è impossibilitato a svolgere la normale attività lavorativa, perlomeno nei giorni del trattamento. I pasti vengono consumati presso la struttura ospedaliera e alla sera l'utente rientra in famiglia. I familiari accedono all'ospedale di giorno per qualche ora o per tutta la giornata e sono coinvolti nel trattamento. Il trattamento nell'ospedale di giorno è particolarmente indicato nei casi in cui l'alcolista non è in grado di svolgere il proprio lavoro, nei casi in cui il sostegno familiare manca completamente o è insufficiente e in genere in tutti i casi in cui neppure con il massimo impegno l'alcolista sarebbe in grado di astenersi dal bere senza un sostegno particolarmente forte.

L'ospedale di notte è indicato nei casi in cui l'alcolista è in grado di svolgere il proprio lavoro; in questo modo l'alcolista può lavorare durante il giorno e seguire un programma intenso nelle ore serali. È indicato anche nel caso in cui

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

l'alcolista non abbia famiglia o abbia alle spalle un sostegno insufficiente da parte della famiglia e degli amici.

L'opedalizzazione parziale: a rigore dovrebbero rientrare in questa categoria sia l'ospedale di giorno che l'ospedale di notte. In pratica si indica con questo termine quel modello di trattamento che prevede l'accesso dell'alcolista alla struttura solo per qualche ora in certi giorni della settimana, comunque al di fuori dell'orario di lavoro. Il programma svolto è molto intenso e prevede il trattamento in comunità multifamiliare e il programma di informazione e di educazione alla salute.

Con il termine di ospedale del week-end si designa quel modello che prevede il trattamento dell'alcolista e della sua famiglia nella comunità multifamiliare solo al sabato oppure al sabato e alla domenica. Durante la settimana l'alcolista vive in famiglia e svolge la normale attività lavorativa. L'ospedale del week-end provvede al trattamento durante il giorno e, in alcuni casi, quando indicato, all'ospedalizzazione per due giorni.

Di recente in alcuni Paesi si sono andati sviluppando altri modelli alternativi di trattamento. Fra questi è frequente il trattamento nelle cosiddette comunità di accoglienza, comunità dove l'alcolista vive e lavora per un periodo anche prolungato.

Ad ogni modo, quale che sia il tipo di trattamento proposto all'alcolista e alla sua famiglia, il punto di forza resta la figura e la personalità dell'operatore. È assolutamente indispensabile che si crei un clima emozionale favorevole e che si instauri un rapporto di reciproca fiducia. L'operatore deve essere profondamente convinto della validità della sua proposta e agire conformemente a questa.

Da ultimo accenniamo anche al servizio di ascolto telefonico, svolto di solito con orario continuato, 24 ore su 24, oppure solo durante il giorno o solo durante la notte. È una possibilità offerta all'alcolista di comunicare, di chiedere magari aiuto per i suoi problemi e di essere messo in contatto con chi potrà aiutarlo a risolverli. In certi Paesi questo servizio telefonico viene largamente pubblicizzato e la chiamata è del tutto gratuita.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo terzo

TERAPIE DELL'ALCOLISMO

Considerazioni generali

Nella storia dei metodi di cura degli alcolisti ritroviamo tutti quelli a cui la medicina, e in particolare la psichiatria, è ricorsa negli anni: insulina, elettroshock, lobotomia, condizionamento, sostanze psicoattive, LSD., ecc. Oggi gran parte di questi trattamenti è stata abbandonata.

Fra i metodi ancora in uso quelli che ricorrono più frequentemente sono: la farmacoterapia, la psicoterapia individuale e di gruppo, la socioterapia, l'ergoterapia. Solo raramente si fa ricorso ad altri trattamenti, come il condizionamento con apomorfina. I metodi di trattamento variano da centro a centro, da servizio a servizio. Ciò dipende da diversi fattori: il numero degli operatori disponibili, il grado di professionalità e di capacità degli stessi, e soprattutto dalla base teorica su cui è fondato il metodo di lavoro del centro o del servizio. Vi è oggi un orientamento di fondo: per quanto possibile, il trattamento degli alcolisti viene svolto in gruppo e al di fuori delle strutture ospedaliere, in modo da non impedire la normale attività lavorativa dell'alcolista in trattamento. Si privilegiano inoltre i trattamenti alternativi rispetto ai metodi tradizionali. Uno dei modelli di trattamento alternativo più importanti è quello basato sui concetti di autoaiuto e di aiuto reciproco.

I diversi metodi di trattamento degli alcolisti si possono far rientrare nei tre gruppi seguenti:

1. trattamento medico-farmacologico;
2. trattamento psicoterapico;
3. trattamento complesso psico-medico-sociale.

Trattamento medico-farmacologico

Quando si parla con un alcolista, nella maggior parte dei casi rileviamo come questi sia già stato curato, o sia stato oggetto di un tentativo di cura, con

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

farmaci. Nonostante in letteratura si trovi talvolta l'affermazione contraria, in realtà non esiste un farmaco che permetta di curare l'alcolista con efficacia. In genere, se durante il trattamento si fa ricorso a determinati farmaci, questi servono a curare le complicanze o svolgono un ruolo secondario nel trattamento complessivo. Viamontes J.A. (1972) e Mottin J.L. (1973) arrivano a concludere che non esiste sostanza che possa essere usata per la cura dell'alcolismo che vada oltre l'effetto placebo.[1] È questa una tesi estrema. Si può dire che un uso cauto e intelligente dei farmaci permette di alleviare molte sofferenze. Si potrebbe forse anche ricorrere più spesso ai farmaci esistenti per il trattamento delle encefalopatie alcoliche. Come si vede, ci riferiamo comunque alla cura di disturbi che sono conseguenze secondarie dell'alcolismo.

L'alcolismo è un disturbo cronico che dura molti anni; nel corso del suo sviluppo comporta un profondo cambiamento dello stile di vita sia dell'alcolista che della sua famiglia. Nel momento in cui il trattamento diventa una necessità, non è più sufficiente soltanto l'astinenza dal bere: bisogna lavorare per ottenere un radicale cambiamento nello stile di vita dell'alcolista, risolvendo le sue difficoltà familiari e sociali. Naturalmente si cureranno anche eventuali problemi di carattere fisico e/o psichico. Ora, non è ricorrendo ai farmaci che si può ottenere una modificazione nello stile di vita dell'alcolista e risolvere le sue difficoltà familiari. Bisogna ricorrere ad altri metodi. La prima cosa da fare è iniziare il trattamento coinvolgendo l'intero gruppo familiare e, secondo l'ottica attuale, anche l'ambiente sociale e di lavoro.

I farmaci che vengono solitamente usati sono i cosiddetti farmaci disintossicanti. Occorre premettere cosa si intende con il termine disintossicazione. Di regola, all'inizio del trattamento, all'alcolista viene prescritto un insieme di farmaci — vitamine, epatoprotettori, glucosio, ecc. — somministrati per fleboclisi, allo scopo appunto di procedere alla cosiddetta disintossicazione. Oltre a ciò si prescrive una dieta ricca di vitamine e di proteine, e in taluni casi si prescrive anche la dieta per epatopatici.

Il termine disintossicazione è completamente fuori luogo. Il suo uso potrebbe forse essere giustificato quando nel sangue del paziente è presente alcol, ma a rigore nemmeno in questi casi i farmaci hanno un effetto che si potrebbe definire disintossicante, in quanto, come abbiamo già avuto modo di sottolineare, non riducono in alcun modo la concentrazione di alcol nel sangue. Il paziente potrebbe inoltre assumere questi farmaci, se proprio sono necessari, attraverso la dieta o per via orale.

---

[1] Il placebo è una stanza priva di attività farmacologica, che esercita un effetto benefico di natura psicologica perché la persona che la assume si aspetta di trarne un giovamento.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Nella maggior parte dei casi la cosiddetta disintossicazione non ha alcun significato. In particolare non ha alcun senso prescrivere farmaci per via endovenosa per un prolungato periodo di tempo, perché l'alcol non è più presente nel sangue. Accade inoltre che all'alcolista siano prescritti dei cicli di fleboclisi da farsi a livello ambulatoriale, senza una chiara indicazione e una precisa logica medica. Analogo discorso si può fare riguardo alla somministrazione venosa di liquidi al momento del ricovero dell'alcolista (si veda Beard D., 1968; Bolsano N.A., 1970). Cole A.J. e Ryback S.R. (1976) riferiscono che molti centri praticano la cosiddetta disintossicazione senza ricorrere alla somministrazione venosa di liquidi e farmaci.

Bisogna tenere presente anche che se il paziente è in uno stato di intossicazione acuta da alcol, sarà agitato e confuso; la somministrazione venosa di liquidi può a questo punto presentare numerose difficoltà di ordine tecnico e far correre qualche rischio. La somministrazione venosa di liquidi si giustifica se il paziente è disidratato e non è in grado di assumere liquidi per via orale a causa di disturbi dello stato di coscienza. La prescrizione di vitamine serve a dare al paziente un apporto supplementare di quegli elementi nutritivi di cui l'alcolista è carente.

I farmaci sintomatici sono quelli che vengono somministrati sia per la cura di alcune malattie e sindromi, di carattere secondario correlate all'alcolismo, come nel caso della cirrosi epatica, che per altre malattie associate all'alcolismo. Resta valido il principio già enunciato di instaurare la terapia, a prescindere dal fatto che la causa di tali disturbi è l'alcol. Se si manifestano attacchi epilettici bisogna iniziare il trattamento anticonvulsivo e sottoporre il paziente ad una visita medica accurata e agli esami del caso.

Tutti questi farmaci non agiscono direttamente sull'alcolismo. Succede anzi che l'alcolista si riprenda così bene fisicamente da convincersi che ormai l'alcolismo non rappresenta più un problema e che sarà sufficiente un breve periodo di astinenza dal bere per rimettersi completamente. È proprio questo il momento in cui bisogna far comprendere all'alcolista qual è il suo reale stato di salute e qual è la vera causa dei suoi problemi, per convincerlo a diventare egli stesso protagonista del cambiamento del proprio stile di vita e ad iniziare, insieme alla sua famiglia, il lungo trattamento nel Club degli alcolisti. Come già abbiamo visto, alcune sindromi, come le polineuropatie o l'encefalopatia di Wernicke, vengono curate con dosi massicce di vitamina B1. La vitamina B1, così come in genere altre vitamine o farmaci, va somministrata per via parentale, poiché l'alcolista presenta di solito gravi lesioni della mucosa intestinale che ne rendono difficile, per non dire impossibile, l'assimilazione.

Il fatto di ottenere un miglioramento o la guarigione della patologia

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

neurologica o internistica non significa che si è ottenuta la guarigione dall'alcolismo. Tutti i farmaci di questo gruppo andrebbero prescritti solo se vi sono più che buoni motivi per fare ricorso ad essi e spesso nella prassi ciò non avviene. Di recente si sono incominciati a prescrivere nel trattamento dell'alcolismo dei preparati nuovi, frutto delle ultime ricerche in campo neurobiologico; sul loro effetto mancano ancora dati precisi.

Terapie e farmaci avversivanti

Sono stati effettuati vari tentativi di provocare nell'alcolista un riflesso condizionato di avversione all'alcol. Questo metodo di trattamento si basa sugli studi sul condizionamento del grande fisiologo Pavlov I.P. (1927), studi che gli valsero il premio Nobel per la medicina. Già nel 1929 vennero proposti metodi di trattamento basati sul condizionamento. All'inizio si fece uso della corrente elettrica (Blake B.G., 1967; Kantorovic N.V., 1929), più tardi di sostanze chimiche (Lemere F. e Vögtlin W.L., 1950; Feldmann H., 1950) o di condizionamenti verbali (Anant S.S., 1967; Cautela J.R., 1966). I metodi più noti sono quelli che associano l'assunzione di alcol a sensazioni di nausea e di vomito. Per raggiungere questo scopo si ricorre in particolare all'apomorfina e all'emetina. Praticamente si somministra all'alcolista una determinata quantità di emetina o di apomorfina, e immediatamente prima che si manifestino nausea e vomito, si fa bere la bevanda alcolica preferita. Dopo ripetute prove si sviluppa nell'alcolista un riflesso condizionato di avversione a quella determinata bevanda. Successivamente si manifesterà la stessa reazione anche alla sola offerta della bevanda alcolica, talvolta anche solo all'odore o al pensiero.

Come abbiamo detto, il riflesso condizionato di avversione all'alcol si ottiene provocando nell'alcolista uno stimolo spiacevole che viene associato all'assunzione della bevanda alcolica. Lo stimolo può essere provocato anche facendo ricorso alla corrente elettrica o a sostanze che provocano lievi difficoltà motorie o di respirazione, di carattere transitorio.

Oggi si tende ad abbandonare questi metodi di trattamento, anche perché di fatto non servono a risolvere il problema di fondo in quanto non portano a nessun cambiamento nello stile di vita dell'alcolista. Va detto poi che l'astinenza che si ottiene con questi metodi è transitoria. L'alcolismo invece richiede un netto cambiamento di comportamento e questo può essere ottenuto anche senza il ricorso a sostanze che provocano un riflesso condizionato di avversione all'alcol (Hallam R. e coll., 1972; Miller P.M. e coll., 1973).

Questi metodi inoltre il più delle volte richiedono l'ospedalizzazione dell'alcolista che è possibile solo con il suo consenso e con l'impiego di personale

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

altamente specializzato. Il risultato non è mai garantito e nella migliore delle ipotesi non si ottiene che una temporanea astinenza, senza un vero e proprio cambiamento dello stile di vita dell'alcolista. In sostanza si agisce medicalizzando il problema, piuttosto che intervenire sull'ambiente familiare e sociale dell'alcolista.

Disulfiram (Antabuse®)

I danesi Hald, Jacobson e Larsen hanno descritto per primi, nel 1947, gli effetti del disulfiram, noto in commercio col nome di Antabuse®, una sostanza che, una volta assunta, inibisce il consumo di alcol. È presente, nei vari Paesi, con nomi commerciali diversi: Tetidis®, Astinil®, Cronetal®, Etiltox®.

L'azione dell'Antabuse® è stata ampiamente descritta in letteratura (Jacobson E., 1950; Jacobson E., 1967; Jacobson E. e Larsen V., 1949). Se l'alcolista, dopo aver preso l'Antabuse®, assume dell'alcol, si manifestano sintomi di intossicazione: arrossamento del viso, ipertensione, tachicardia, difficoltà respiratorie, cefalea, nausea, vomito. Il quadro può complicarsi fino all'exitus.

Inizialmente l'Antabuse® ha suscitato molte speranze e sono state sperimentate varie modalità d'uso. Molto spesso si faceva la cosiddetta prova dell'Antabuse®, di solito in una struttura ospedaliera bene attrezzata, anche se non sono mancati casi di prove eseguite in ambulatorio senza le necessarie garanzie di assistenza in caso di complicanze. La prova consisteva nel far assumere all'alcolista una determinata quantità di bevanda alcolica, dopo avergli somministrato l'Antabuse®. Oggi questa pratica è stata completamente abbandonata dalla maggior parte degli specialisti. Si è scoperto ben presto che l'Antabuse® non serve a curare l'alcolismo, anche se nel trattamento complesso può costituire un valido alleato per il raggiungimento dell'astinenza.

L'alcolista assume l'Antabuse® in pastiglia o sciolto nell'acqua ad un dosaggio di 400-500 mg/die, dopo essere stato portato a conoscenza dei suoi effetti. È sempre consigliabile l'assunzione alla presenza di qualche familiare.

Anche altri farmaci, come il temposil (calcio carbamide citrato), il Flagyl® (metronidazolo usato anche per la cura del trichomonas) e alcuni antibiotici hanno un effetto simile a quello dell'Antabuse®.

Sono stati effettuati diversi tentativi, soprattutto con il temposil, che ha un'azione più blanda rispetto all'Antabuse®, per arrivare ad un dosaggio del farmaco che permettesse di fare dell'alcolista un bevitore moderato. In pratica, si è cercato di dosare il farmaco in modo tale da avere la caratteristica reazione all'alcol solo dopo l'assunzione di una determinata quantità di bevanda alcolica. Nessuno di questi metodi ha dato finora risultati positivi, anche se dei discutibili

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

tentativi continuano a riproporsi. L'astinenza non è uno stato patologico, per cui non esistono motivi per non consigliare di non bere, almeno in quei casi in cui il bere diventa pericoloso per la persona.

L'Antabuse® dunque non serve a curare l'alcolismo. Vogliamo qui elencare in breve gli argomenti favorevoli e quelli contrari all'uso di questa sostanza.

Gli argomenti contrari all'uso dell'Antabuse® sono i seguenti:

1. L'alcolista deve scegliere liberamente di assumere l'Antabuse® o vi deve essere adeguatamente motivato. L'Antabuse® non può essere prescritto senza che il paziente venga messo a conoscenza della sua azione farmacologica. Bisogna ricordarsi di questo nella pratica quotidiana, perché capita molto spesso che i familiari dell'alcolista si presentino dal medico chiedendo la ricetta per l'Antabuse® che vorrebbero somministrare di nascosto. Tale modalità di somministrazione è assolutamente improponibile.
2. Se l'alcolista beve dopo aver assunto l'Antabuse®, vi è sempre il rischio che insorgano gravi complicanze, soprattutto in chi ha delle controindicazioni all'uso dell'Antabuse®. Sono stati descritti anche casi in cui è sopraggiunta la morte.
3. Sono state descritte le cosiddette psicosi da Antabuse®. Si tratta di psicosi in cui si manifesta il quadro clinico della paranoia e che possono avere decorso prolungato o esito infausto. Sono abbastanza frequenti lievi reazioni psichiche e talvolta si manifestano disturbi psichici anche gravi come la sindrome cerebrale organica in forma acuta o cronica.
4. L'Antabuse® è controindicato per i soggetti affetti da gravi disturbi epatici, cardiaci o coronarici; in gravidanza; nei soggetti affetti da ritardo mentale o da demenza; in presenza di encefalopatie d'origine traumatica; per gli epilettici.
   Costituiscono motivo assoluto di controindicazione le turbe mentali e gli stati di coscienza alterati che impediscono al soggetto di comprendere appieno le modalità del trattamento e la pericolosità degli effetti dell'Antabuse®.
5. Non appena l'alcolista cessa di assumere l'Antabuse®, al massimo a distanza di qualche giorno, può riprendere a bere. Se nel frattempo non è stato indirizzato a un programma di trattamento complesso, il risultato che si ottiene è minimo. Non ha senso prescrivere l'Antabuse® se l'alcolista non è stato avviato al trattamento nel Club degli alcolisti in trattamento, con lo scopo di cambiare il suo stile di vita.
6. A volte l'alcolista pur assumendo l'Antabuse® impara una qualche modalità per assumere alcol, di solito in piccole dosi. In questi casi può svilupparsi con

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

il tempo una encefalopatia.

7. Come abbiamo più volte ripetuto, l'Antabuse® non cura l'alcolismo, ma è piuttosto una camicia di forza chimica, una barriera, che impedisce l'assunzione di alcol.
8. Sono stati descritti effetti collaterali in alcolisti astinenti che hanno assunto l'Antabuse® per lunghi periodi. In particolare: sonnolenza, astenia, disturbi digestivi, impotenza.
9. Gli alcolisti che prendono l'Antabuse® devono avere una particolare cura della propria igiene, per evitare i cattivi odori, sia dell'alito che del sudore, dovuti all'Antabuse®.

Gli argomenti favorevoli all'uso dell'Antabuse® sono i seguenti:

1. L'alcolista che sceglie liberamente di assumerlo trova nell'Antabuse® un valido alleato per mantenersi astinente, e ciò favorisce anche l'inizio del trattamento complesso e i risultati duraturi che ne conseguono.
2. Gli alcolisti che iniziano il trattamento complesso trovano nell'Antabuse® un valido sostegno psicologico. L'Antabuse® andrà assunto in presenza del coniuge, o di un altro familiare, o di un amico, o dei membri del Club. Se l'alcolista cessa di assumerlo senza aver interpellato il medico, questo può essere segno di una possibile ricaduta.
3. In genere l'Antabuse® ha una bassa tossicità, per cui può essere assunto per un periodo prolungato senza che si manifesti la necessità di controlli specifici. Alcuni autori affermano che può essere preso anche per più anni di seguito.

Nel corso del trattamento con Antabuse® possono peraltro manifestarsi talvolta gravi disturbi psichici (Bennett A.E. e coll., 1951; Fisk D., 1952; Usdin G.L. e coll., 1951; Martensen-Larsen O.,1951; Macklin E.A. e coll., 1953). Possono altresì manifestarsi lievi disturbi psichici di breve durata con un quadro di stato confusionale e di angoscia, o in forma di grave quadro depressivo che può spingersi fino al suicidio. In genere si tratta di soggetti in cui la depressione era già presente in forma latente e nei quali l'alcolismo è secondario. Con l'interruzione del consumo di alcol si manifesta il quadro della psicosi.

Sono riportati in letteratura anche casi di psicosi paranoide, di psicosi di Korsakov, di schizofrenia, di psicosi ciclica. Sulla patogenesi delle psicosi da Antabuse® sono state avanzate diverse ipotesi. Secondo alcuni autori l'Antabuse® e i suoi metaboliti possono portare alla psicosi a causa della loro tossicità; in questo caso parleremo di una psicosi sintomatica, tossica, organica.

L'Antabuse® può aggravare una psicosi endogena o una encefalopatia alcolica eventualmente preesistente. Naturalmente può succedere che una

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

psicosi endogena si manifesti casualmente proprio in concomitanza con l'inizio del trattamento con Antabuse®. La maggior parte di questi disturbi psichici ha una prognosi favorevole, anche se in alcuni casi richiedono una prolungata ospedalizzazione. In tutti questi casi la prima cosa da farsi è evidentemente sospendere il trattamento con Antabuse®.

Oggi un gran numero di istituti e di centri pratica il trattamento con Antabuse®. Nel Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze di Zagabria l'Antabuse® viene consigliato nel trattamento complesso dell'alcolista. Come già abbiamo detto, l'Antabuse® costituisce un valido sostegno psicologico e una barriera chimica per l'alcolista che interrompe il consumo di bevande alcoliche e inizia il trattamento complesso.

Nel trattamento degli alcolisti era consigliato anche l'impianto sottocutaneo dell'Antabuse®. L'impianto garantisce che gli effetti dell'Antabuse®, se l'alcolista beve, si manifestino per un periodo prolungato, che secondo la letteratura può arrivare anche fino ad un anno, impedendo così all'alcolista di interrompere il trattamento e di bere. L'impianto dell'Antabuse® non è consigliato nel trattamento complesso, né è mai stato sostenuto dalla nostra scuola. Il trattamento complesso richiede la completa disponibilità e la piena collaborazione dell'alcolista: solo se c'è il suo consenso l'assunzione dell'Antabuse®, cui si accompagna naturalmente il trattamento nella comunità multifamiliare, può sortire buoni risultati. Anche se all'inizio l'alcolista ha dato il proprio consenso all'impianto egli viene a trovarsi, nel corso dei mesi, in una situazione di coercizione. L'esperienza insegna che se l'alcolista potesse davvero decidere liberamente se procedere o meno all'impianto di Antabuse®, non opterebbe per questa soluzione. Si tratta infatti di prendere una decisione che lega per un lungo periodo di tempo e sulla quale non si può più tornare indietro. Le resistenze a prendere decisioni che impegnano per un lungo periodo di tempo sono una costante della natura umana; questo è tanto più vero quando si tratta del rapporto dell'alcolista nei confronti dell'alcol. E poi l'impianto non garantisce risultati migliori di quelli che si possono ottenere con la somministrazione per via orale.

Poiché l'Antabuse® è un farmaco che viene regolarmente consigliato nel trattamento complesso e nei Club degli alcolisti e costituisce spesso motivo di discussione fra gli operatori e i membri del Club, esponiamo di seguito alcune riflessioni conclusive.

1. Non è tanto il bere il problema principale dell'alcolista e della sua famiglia, quanto piuttosto il suo atteggiamento nei confronti dell'alcol, il suo stile di vita, la qualità della sua vita. Sono i comportamenti, lo stile di vita a provocare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sofferenza nella sua famiglia e nella comunità in cui vive. Va tenuto anche presente che il trattamento non darà buoni risultati se non si è prima conseguita l'astinenza dal bere; all'inizio da parte dell'alcolista e poi anche da parte di tutti i familiari. Si manifestano talvolta delle difficoltà a mantenere nel tempo l'astinenza; il fatto è che ci troviamo di fronte ad un particolare rapporto che l'alcolista ha con l'alcol, rapporto che si è consolidato nel corso degli anni e che coinvolge e riguarda anche una comunità più ampia, la sua famiglia e l'ambiente in cui l'alcolista vive e lavora.
Sull'alcolista agiscono forti spinte a tornare all'alcol. È in questa fase di continui ripensamenti e di costante insicurezza, che si richiede un lavoro intenso nel Club e che l'Antabuse® può essere particolarmente utile nel mantenimento dell'astinenza. L'Antabuse® dunque è solo un supporto in più per mantenersi astinenti, dopo che si è già deciso di smettere di bere. Si consiglia di solito all'alcolista di prenderlo con regolarità per un periodo di un anno, e di tenerlo quindi a portata di mano per assumerlo nei momenti di bisogno in cui lo riterrà di aiuto. Come detto, all'inizio l'alcolista ne assumerà 400-500 mg al giorno, per poi calare gradualmente fino ad assumerlo una volta alla settimana assieme ai membri del Club durante la riunione settimanale.

2. L'Antabuse® è un farmaco che produce effetti marcati, per cui può essere assunto solo su consiglio del medico e sotto il suo controllo. Spetta al medico stabilire se vi sono possibili controindicazioni o se sussistono situazioni di rischio, non tanto per l'assunzione dell'Antabuse®, quanto piuttosto per le reazioni che si possono avere se l'alcolista beve, nonostante assuma l'Antabuse®. Preme qui ribadire che a nessuno tranne che al medico spetta la decisione sull'uso dell'Antabuse®, per cui sono del tutto fuori luogo le discussioni che talvolta coinvolgono gli operatori non medici e i membri dei Club a proposito dell'uso dell'Antabuse®.
3. Nel trattamento complesso si consiglia agli alcolisti di accettare il proprio alcolismo e di non farne mistero. Ciò non significa che l'alcolista deve rendere pubblico il proprio alcolismo, ma che deve far conoscere la sua situazione, il fatto di essere in cura con l'Antabuse® e cosa questo comporti nell'ambiente dove vive e lavora, così da non essere costantemente spinto al bere proprio dal suo ambiente. Se invece l'alcolista prova vergogna per il suo stato, è possibile che beva proprio per dimostrare che non è in cura e che quindi non è alcolista.
4. Nonostante le possibili controindicazioni e gli effetti collaterali cui abbiamo fatto cenno, l'Antabuse® non provoca, se non raramente, problemi gravi. Nel Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

di Zagabria si è dovuto interrompere il trattamento con Antabuse® per manifesta psicosi in uno o due casi su migliaia. Nemmeno in un caso è stato dimostrato trattarsi proprio di psicosi da Antabuse®; si trattava invece del manifestarsi casuale e contemporaneo di un quadro di psicosi schizofrenica. Se si considera che la psicosi schizofrenica si presenta nell'1% della popolazione adulta, è strano che le psicosi non si presentino con maggiore frequenza nel corso del trattamento nel Club e quando si fa uso di Antabuse®.

5. Nell'alcolista si manifestano, in concomitanza al definitivo abbandono dell'alcol, i cosiddetti disturbi astinenziali o dei veri stati di crisi di astinenza. Quando viene effettuato il trattamento complesso nella comunità multifamiliare del Club, questi disturbi o non si manifestano affatto, oppure sono presenti in forma lieve.
   Uno di questi disturbi lievi è l'insonnia, che può protrarsi a lungo nel tempo, anche per un anno. L'alcolista che prende l'Antabuse® vi attribuisce la causa dell'insonnia, anche se, come abbiamo appena visto, l'insonnia è presente frequentemente anche se l'alcolista non assume l'Antabuse®.
   Qualche volta l'astinenza è accompagnata da uno stato ansioso. È opportuno procedere con prudenza senza affrettarsi a prescrivere sostanze psicoattive; è meglio affrontare il problema con il trattamento nel Club.
   Molti alcolisti appena entrati in astinenza lamentano problemi sessuali e altrettanto fanno i rispettivi partner. Su questo argomento sono stati pubblicati numerosi contributi (Abraham K., 1908, 1926; Lemere F. e coll., 1973, Davidson C. e coll., 1989). Problemi sessuali si manifestano quasi di regola nell'alcolista, solo che egli di solito non vi dà peso fino a quando non smette di bere e comincia a riordinare la propria vita familiare e desidera tornare allora alla normalità anche nella vita sessuale. È piuttosto semplice per l'alcolista individuare anche in questo caso nell'Antabuse® la causa del suo problema. Per fortuna in molti di questi casi il tempo è la migliore medicina. Ai problemi sessuali degli alcolisti bisognerebbe dedicare maggiore attenzione nei Club, a differenza di quanto si fa attualmente.
6. L'Antabuse® non dovrebbe essere assunto secondo logiche rituali e non bisognerebbe attribuirgli qualità taumaturgiche. Andrebbe accettato come un qualsiasi altro farmaco che può essere utile nel primo anno di astinenza, e talvolta anche in successivi momenti di bisogno.
   Non vi è ragione di fare discussioni filosofiche sul fatto che l'Antabuse® costituisca un attentato alla libertà dell'individuo, perchè di fatto "costringe" all'astinenza. L'astinenza è assolutamente necessaria se si vuole permettere all'alcolista di iniziare una nuova vita, più produttiva, gioiosa, serena. L'astinenza permette di comportarsi in maniera più libera ed è naturale che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

l'alcolista cerchi di mantenersi astinente il più a lungo possibile, anche se la cosa non è facile. Il bere dà sì piacere all'alcolista, ma gli procura anche tante sofferenze e problemi. E di certo non lo rende libero: che libertà è quella che non permette all'uomo, nonostante abbia piena coscienza della sua condizione, di accostarsi a una bottiglia e di riuscire a non bere?

L'assunzione di Antabuse® ha significato solo se contemporaneamente viene intrapreso il trattamento complesso nel Club degli alcolisti. Qui l'alcolista e la sua famiglia possono iniziare un nuovo stile di vita e l'alcolista rafforzare la volontà fino a riuscire a non bere più, anche senza il sostegno dell'Antabuse®.

Spesso l'Antabuse® viene rifiutato dall'alcolista. Nella maggior parte dei casi egli si reca dal medico per il trattamento, afflitto da numerosi problemi fisici, familiari, sociali. All'inizio accetta il trattamento, spesso anche seriamente convinto che gli serva a risolvere i propri problemi, ma senza aver rinunciato all'idea di tornare a bere. Sotto sotto quello che l'alcolista desidera veramente è di poter tornare al bere moderato, cosa già sperimentata molte volte nel passato, ed è profondamente convinto che "questa volta" ci riuscirà. Se accetta di prendere l'Antabuse®, questo suo desiderio di ritornare al bere moderato deve essere accantonato e per questo motivo a volte l'alcolista rifiuta l'Antabuse®. È importantissimo in questa fase il ruolo dell'operatore nel Club e il suo lavoro sulla motivazione dell'alcolista. L'alcolista, in una fase successiva del trattamento, quando sarà riuscito a riordinare la propria situazione e dopo essersi ripreso fisicamente, pensa sia giunto il momento di ritornare a bere. Il Club comincia a essergli di peso, non si sente a proprio agio e ogni scusa è buona per abbandonarlo. Questa fase può essere definita come una sorta di preparazione alla ricaduta.

Altre volte l'alcolista, pur continuando a frequentare il Club, inizia a bere di nascosto, convinto che nessuno se ne accorga. Talvolta il coniuge lo aiuta a mantenersi in questa posizione ambigua e ciò rende più difficile risolvere la situazione. Quando si scopre un comportamento di questo tipo, bisogna discuterne immediatamente all'interno del Club, anche per porre rimedio ad eventuali errori commessi nel passato, e se è il caso correggere il tiro. Sarebbe auspicabile il raggiungimento, da parte dell'alcolista, di una completa indifferenza nei confronti del bere, ovvero di una totale mancanza di desiderio di ritornare a bere, e ugualmente auspicabile sarebbe la mancanza di timori di una possibile ricaduta.

Solo pochissimi alcolisti riescono ad arrivare a questo fin dall'inizio del trattamento. L'alcolista dovrebbe prendere l'Antabuse® per almeno un anno, eventualmente con dosi a scalare, ad esempio 1 pastiglia ogni 2-3 giorni. Si

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

consiglia all'alcolista di portare con sé l'Antabuse® anche negli anni seguenti, in modo da poterlo prendere preventivamente nel caso in cui pensi di poter correre il rischio di bere, perché sottoposto a una forte pressione esterna.

Di recente si sta discutendo, sempre più spesso, di possibili modifiche da apportare al trattamento con l'Antabuse®. Prima di cambiare la metodica esistente è bene però attendere i risultati delle ricerche in corso di effettuazione.

Bisogna fare attenzione ad evitare che l'alcolista in cura con Antabuse® ingerisca quantità anche minime di alcol attraverso gli alimenti, come ad esempio in certi dolci. Nel nostro Centro di Zagabria era in trattamento un alcolista nelle cui mansioni lavorative rientrava la pulizia delle botti di una ditta di alcolici. Veniva così a trovarsi quotidianamente in un ambiente saturo di vapori di alcol. Questo era causa di una reazione alcol-antabuse che gli faceva accusare diversi disturbi. È stato sufficiente affidargli una nuova mansione per far cessare i disturbi, pur continuando il trattamento con Antabuse®. Casi come questo non devono però far vivere l'alcolista e la sua famiglia nel continuo terrore dell'alcol. Non avrebbe alcun senso un trattamento che non consentisse all'alcolista e alla sua famiglia di condurre un'esistenza tranquilla, in un mondo dove l'alcol è presente ed è diffuso ovunque.

Farmaci ad azione psicoattiva

Appartengono a questo gruppo, oltre ai tradizionali sedativi, anche i moderni psicofarmaci. I sedativi sono stati da sempre usati anche nel trattamento degli alcolisti, per indicazioni più o meno chiare, e soprattutto nel trattamento delle patologie alcolcorrelate secondarie.

Nel fare uso di queste sostanze, vi è il pericolo di favorire l'insorgere di una nuova dipendenza. L'alcolista che con il tempo impara a risolvere i propri problemi con l'aiuto dell'alcol, fino a diventarne dipendente, sostituisce con grande facilità l'alcol con un'altra sostanza per ottenere gli stessi effetti. È sempre più frequente il fenomeno della dipendenza congiunta da alcol e da altre sostanze; alcuni autori ne parlano riferendole al 10-15% di tutti gli alcolisti. Negli Stati Uniti si parla per gli alcolisti sotto i 35 anni di una percentuale del 50%.

I sedativi ed alcuni psicofarmaci vengono usati nella pratica clinica principalmente per le seguenti indicazioni:

1. Azione preventiva per i sintomi astinenziali, e soprattutto per la prevenzione del delirium tremens. Oggi non sono più consigliati per questo scopo perché esistono trattamenti alternativi migliori, come appunto il Club degli alcolisti e altre organizzazioni basate sull'autoaiuto e sull'aiuto reciproco.
2. Azione ansiolitica e di sostegno al trattamento. Molti alcolisti, nel momento

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

in cui smettono di bere, manifestano angoscia e agitazione. Vengono allora prescritti sedativi e tranquillanti per facilitare l'approccio al trattamento. Neppure in questi casi si dovrebbe ricorrere a sostanze psicoattive. L'ultima parola spetta comunque al medico, che dovrebbe essere formato specificamente in alcologia e che dovrebbe essere a conoscenza delle possibilità offerte dai trattamenti alternativi. Dovrebbe essere inoltre a conoscenza dei moderni principi sulla prescrizione degli psicofarmaci (Ghodse H., Inayat K.,1988,1989).

3. Poiché la depressione rappresenta una condizione a rischio, durante il trattamento e specie nella fase iniziale dell'astinenza, a volte possono essere prescritti psicofarmaci antidepressivi a scopo preventivo. Se vi è una depressione primaria, l'astinenza può indurre uno stato acuto di depressione. Sarà allora necessario un trattamento specifico per curare innanzitutto il disturbo principale, cioè la depressione. È necessario e urgente richiedere la consulenza psichiatrica ed eventualmente procedere all'ospedalizzazione. Spetta allo specialista psichiatra prescrivere gli antidepressivi.
4. Il trattamento sintomatico delle patologie psichiche acute che si manifestano nel corso dell'alcolismo, per esempio il delirium tremens. Anche oggi si cerca di ridurre l'uso degli psicofarmaci.
5. È evidente che la cura di questi disturbi psichici va fatta a prescindere, in questi casi, dal fatto che l'alcol ne sia la causa, quindi anche con il ricorso agli psicofarmaci, ma sempre sotto stretto controllo medico.
   Anche agli psicofarmaci vengono spesso attribuiti effetti che non possiedono. A volte si pensa che gli psicofarmaci curino l'alcolismo, mentre in realtà costituiscono solo una terapia collaterale e sintomatica.
   Anzi, per certi versi, oggi si ritiene che gli psicofarmaci sono controindicati nella cura dell'alcolismo. È molto alto il rischio che si sviluppi una doppia dipendenza, dall'alcol e dalla sostanza psicoattiva. Gli psicofarmaci vanno prescritti dal medico e comunque sempre per un limitato periodo di tempo. L'alcolismo, di per sé, non costituisce un'indicazione per la prescrizione di sostanze psicoattive. Sono necessarie soprattutto nelle complicanze psichiche dell'alcolismo, per esempio il delirium tremens, sempre sotto stretto controllo medico (Hudolin Vl. e coll.,1971). In generale gli psicofarmaci sono controindicati nel trattamento dell'alcolista.

Trattamenti psicoterapici

I trattamenti psicoterapici per la cura dell'alcolismo si praticano da sempre. Già l'approccio moralistico all'alcolismo rappresentava un modello che per certi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

versi era di carattere psicoterapico. Va detto che tutti gli approcci moralistici nel trattamento dell'alcolismo nascondono in sé tendenze aggressive nei confronti degli alcolisti, e sono perciò da questi rifiutati.

Nella psicoterapia dell'alcolismo si è fatto ricorso a tutte le tecniche di terapia individuale e di gruppo: da quelle cosiddette di superficie a quelle dinamiche di derivazione psicoanalitica. All'inizio i metodi psicoterapici portarono ad un significativo progresso nel trattamento degli alcolisti, facendo al tempo stesso cessare l'atteggiamento aggressivo degli operatori nei loro confronti.

In un secondo tempo ebbero un successo crescente i trattamenti psicoterapici di gruppo, e questo non soltanto per motivi di ordine economico, ma perché garantivano migliori risultati. Anche se il trattamento nella comunità terapeutica si può far rientrare fra i trattamenti psicoterapici di gruppo, di questo metodo parleremo nel capitolo dedicato al trattamento complesso.

Ultimamente si parla con crescente frequenza del trattamento integrato, sia individuale che di gruppo (Fehr H.D.,1976; Swiller H.I., 1988; Hillel I. e coll., 1988). Anche se talvolta il trattamento individuale viene fatto parallelamente al trattamento di gruppo, più spesso accade che il terapeuta conduca un trattamento individuale all'interno del gruppo; a questo scopo egli fa disporre secondo uno schema preciso i membri del gruppo all'interno del setting terapeutico (Fehr H.D.,1976).

Dobbiamo a questo punto spendere due parole sulla psicoterapia, poiché se ne discute molto spesso anche in relazione al trattamento degli alcolisti. La psicoterapia come strumento per il trattamento dei disturbi psichici è praticata sin dal secolo scorso. Se è difficile dare una definizione precisa di salute, ancora più difficile è definire la salute mentale. Qui ci basterà definire la salute mentale come "quella condizione in cui il soggetto ha la possibilità di comunicare e interagire con la comunità in cui vive e lavora, è soddisfatto di sé e questa soddisfazione è condivisa dalle persone con cui entra in contatto e ha la possibilità di amare e di essere amato" (Hudolin Vl., 1984). La salute mentale viene meno e subentra il disturbo quando l'insieme di questi rapporti armonici si incrina, per cui l'individuo ha bisogno di ritrovare un equilibrio psicologico più soddisfacente sia per lui che per l'ambiente che lo circonda. In altre parole, una migliore qualità della vita per il singolo, per la sua famiglia e per la comunità in cui vive.

La psicoterapia è un approccio volto a raggiungere un cambiamento comportamentale, attraverso un trattamento psicologico verbale o non verbale. Ogni psicoterapeuta elaborerà la propria prassi psicoterapica sulla base della teoria da lui seguita, delle sue conoscenze, della sua formazione, del suo livello

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

di aggiornamento, della sua personalità.

Un tempo, ma in molti Paesi ancor oggi, per diventare psicoterapeuta si doveva essere medico, in genere psichiatra, conseguire una specializzazione in psicoterapia e svolgere un determinato periodo di tirocinio e una adeguata supervisione. Alcune scuole psicoterapiche, per esempio la scuola psicoanalitica, richiedono ai propri allievi di sottoporsi ad un'analisi personale didattica che dura diversi anni. Oggi, sempre più spesso, si occupano di psicoterapia gli psicologi clinici dopo aver conseguito una specializzazione in psicoterapia, secondo un percorso formativo che è diverso da Paese a Paese. In alcuni Paesi si occupano di psicoterapia, con alcuni distinguo, anche l'assistente sociale, l'infermiere professionale, l'operatore volontario, con o senza una formazione specifica di base.

In senso formale, la psicoterapia si divide in psicoterapia individuale e di gruppo. All'inizio la psicoterapia veniva fatta di regola individualmente. In seguito cominciò ad essere praticata in gruppi più o meno numerosi. Secondo la maggior parte degli autori, il gruppo ottimale è composto da 7-8 membri. Il gruppo può avere caratteristiche diverse. Può essere aperto o chiuso. Il gruppo aperto è quello nel quale vengono accolti continuamente nuovi membri, mentre altri lo lasciano. Il gruppo chiuso invece lavora per un tempo prefissato senza che vi siano nuovi ammessi e senza che nessuno lo lasci. Il gruppo può essere selezionato: per sesso, per età, per grado di istruzione, per problemi trattati. Può essere anche misto.

La psicoterapia, per il suo contenuto, può essere del profondo o di superficie, e ciò sia in funzione della base teorica a cui fa riferimento, sia in funzione della formazione del terapeuta.

La psicoterapia del profondo può essere fatta sia individualmente che in gruppo. Essa presuppone che la causa del disturbo del paziente vada cercata nel profondo della sua personalità; una volta che la causa, o le cause, attraverso il trattamento analitico, sono state scoperte e portate a livello cosciente, i sintomi dovrebbero sparire. Questo tipo di psicoterapia viene anche detta terapia eziologica, perché appunto cerca di individuare la causa del disturbo per poi eliminarla. Anche la terapia di superficie può essere fatta individualmente o in gruppo. A differenza della terapia del profondo questo tipo di terapia cerca di eliminare il sintomo, nella convinzione che questo porterà ad un miglioramento generale. Questa terapia viene anche detta terapia sintomatica poiché non analizza i tratti profondi della personalità. Sulla base di queste suddivisioni, sono descritte alcune centinaia di trattamenti psicoterapici diversi. Successivamente è stata anche descritta la psicoterapia nel gruppo allargato. Vi sono poi altre modalità di intervento sui disturbi psichici. Sono: la comunità terapeutica, il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

trattamento familiare, il trattamento nella comunità multifamiliare, l'approccio sistemico. Poiché si tratta di trattamenti specifici che rientrano nell'approccio complesso, o ecologico-verde, ne parleremo nel capitolo relativo.

Visto che si discute molto sulla possibilità di ricorrere alla psicoterapia nel trattamento dell'alcolismo, vogliamo esporre alcune considerazioni conclusive. Quando si parla dell'alcolismo, ci si riferisce ad un particolare modello di comportamento condizionato da numerosi fattori esterni ed interni e ad un ben determinato stile di vita che provoca sofferenze all'alcolista, alla sua famiglia e alla comunità. Si tratta comunque di uno stile di vita accettato dalla società e comune a molti individui (American Psychiatric Association DSM-III-R, 1989). È chiaro che il trattamento deve essere orientato a modificare questo stile di vita. Se poi sono già presenti disturbi fisici sarà necessario avviare l'adeguata terapia medica. In quest'ottica, guardando cioè al modo di rapportarsi all'alcol del singolo individuo, l'alcolismo non può essere considerato alla stregua di una malattia mentale.

La modifica dello stile di vita richiede un trattamento prolungato. In questo trattamento assume un ruolo importante la figura dell'operatore, che non deve necessariamente essere uno specialista psicoterapeuta: può benissimo essere un volontario adeguatamente formato. Nell'approccio all'alcolista si è fatto uso praticamente di tutti i tipi di psicoterapia. La maggior parte degli autori afferma però che nel caso di alcolismo senza complicanze il modello più indicato è quello che privilegia l'approccio di gruppo. È assai difficile una valutazione dei risultati che la psicoterapia permette di conseguire. I problemi di carattere psichico e il loro eventuale miglioramento in virtù del trattamento sono difficilmente valutabili scientificamente. La stessa valutazione sulla gravità dello stato del paziente è in genere fortemente soggettiva.

La letteratura fornisce pochi lavori sulla valutazione dei risultati dei trattamenti psicoterapici. Masserman J.H., (1963,1968) sostiene che la psicoterapia non porta ad alcun cambiamento nello stato del paziente, poiché sia nel caso in cui si faccia ricorso ad essa, sia nel caso opposto, un terzo dei pazienti migliora, un terzo peggiora, un terzo rimane invariato. Pochissimi sono poi gli studi in cui si discutono i risultati conseguiti dalle terapie psicodinamiche. Questo per quanto concerne la psicoterapia in generale. Sui risultati conseguiti nel trattamento dell'alcolismo, attraverso alcuni degli approcci psicoterapici tradizionali, praticamente non esistono molte informazioni. Ai fini della valutazione dei risultati resta aperto l'interrogativo su che cosa andrebbe valutato: l'astinenza dal bere, la qualità dei rapporti familiari, alcuni aspetti del comportamento, l'atteggiamento sul lavoro e nel gruppo sociale o altro ancora. Attualmente si discute molto sul peso che hanno nella psicoterapia la personalità e le doti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

proprie dell'operatore (Masserman J.H., 1968; Carleton J.L.,1986) e specialmente della sua abilità nel creare l'empatia (Stewart D.A., 1954). Anche Rogers C. (1951) attribuisce una grandissima importanza alla personalità dell'operatore. L'esperienza dei Club degli alcolisti in trattamento insegna quanto sia importante la qualità e l'intensità del rapporto fra l'operatore e i membri del Club. La qualità e l'intensità dei rapporti emozionali dipende molto più dalla struttura della personalità dell'operatore che non dalla sua professionalità. Sempre più spesso si propongono gli approcci direttivi nel caso dei disturbi cronici, fra cui anche l'alcolismo (Brunner-Orne M., 1954; Kaplan L.K., 1988)

Negli ultimi tempi in diverse ricerche comincia a farsi strada l'idea che alcune forme di psicoterapia non siano poi così specifiche per un determinato problema. Non senza discussioni, si è cominciato a unificare nel lavoro psicoterapico metodologie diverse, senza prendere in considerazione la diversità delle basi teoriche. Muovendosi in questa direzione è nata anche una nuova terminologia (Beitman D.B. e coll., 1989).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quarto

IL TRATTAMENTO COMPLESSO

Considerazioni generali

Con il termine di trattamento complesso si intende l'insieme di approcci e di modalità differenti di trattamento e di riabilitazione degli alcolisti, a partire dalla considerazione che l'alcolismo è un disturbo complesso psico-medico-sociale. Abbiamo iniziato a costruire questo approccio nel 1954, introducendolo poi sistematicamente nella prassi quotidiana di lavoro nel 1964 (Hudolin Vl., 1984; Lang B., 1984).

Il trattamento complesso non è dato semplicemente dalla sommatoria di alcune tecniche; vi è in questo suo riunire approcci diversi una nuova qualità che dà vita al modello teorico che chiamiamo ecologico o verde.

Oltre a fattori di carattere strettamente medico e scientifico che lo caratterizzano, questo trattamento presenta numerose altre peculiarità:

1. Il numero degli alcolisti è così elevato che sarebbe difficilmente ipotizzabile un trattamento individuale per tutti, considerato l'attuale numero di operatori. L'unica strada percorribile è allora quella del trattamento di gruppo, di qualsiasi tipo esso sia. Anche se va detto che il trattamento psicoterapico di gruppo, se dovesse essere attuato esclusivamente da operatori con la qualifica di psicoterapeuta, non sarebbe comunque percorribile.
   È sufficiente ricordare che le ricerche epidemiologiche hanno dimostrato che, nei Paesi con elevati consumi di alcol, il 30% dei maschi adulti appartiene alla categoria dei bevitori problematici e degli alcolisti. Le statistiche americane (DSM-III-R, 1989) riferite al periodo 1981-1983 rivelano che negli Stati Uniti circa il 13% della popolazione adulta ha fatto abuso di alcol o ha sviluppato una dipendenza dall'alcol in un determinato periodo della propria vita.
   Numerose esperienze dimostrano che i risultati migliori si conseguono con i trattamenti di gruppo, con operatori sia professionisti che volontari. In Italia

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

molti degli operatori dei Club degli alcolisti in trattamento sono volontari adeguatamente formati. I risultati ottenuti dai Club, anche con volontari, sono di gran lunga superiori a quelli conseguiti da altri trattamenti psicoterapici che prevedono la presenza di operatori professionisti.

2. Di regola, salvo casi eccezionali, l'alcolista è in grado di continuare a svolgere il proprio lavoro (Hudolin Vl. e coll., 1965, 1966, 1969, 1974). È opportuno quindi che il trattamento venga fatto al di fuori della struttura ospedaliera, così da permettere all'alcolista di mantenere la propria attività lavorativa. Il trattamento può iniziare anche sul posto di lavoro. Vi sono comunque dei casi in cui l'alcolista non è in grado di svolgere una attività lavorativa. In genere si tratta di casi in cui sono presenti complicanze secondarie che costringono l'alcolista a periodi di assenza o addirittura al prepensionamento per invalidità, invalidità che non sempre è direttamente provocata dall'alcolismo in senso stretto, ma che è frutto piuttosto delle sue complicanze.
3. L'alcolismo interessa l'intero nucleo familiare, non soltanto l'alcolista, per cui è sempre opportuno coinvolgere la famiglia nel trattamento. Trova sempre maggior credito l'opinione che si debbano coinvolgere nel trattamento anche i sistemi esterni al gruppo familiare, in particolare la comunità locale, cioè la comunità nella quale l'alcolista vive e lavora.
4. L'orientamento attuale nel campo della protezione e promozione della salute è di coinvolgere attivamente in prima persona nel trattamento il portatore del disagio. Questo è tanto più importante nel caso degli alcolisti, che possono meglio intendersi fra di loro: non c'è specialista che possa comprendere le esigenze dell'alcolista meglio di un altro alcolista.
5. Il trattamento deve essere rivolto ad ottenere una modifica dello stile di vita e del modo di rapportarsi al bere sia dell'alcolista che della sua famiglia. Per questo motivo nel trattamento è richiesta a tutti i componenti del gruppo familiare l'astinenza, non tanto per aiutare gli alcolisti, ma piuttosto per risolvere i loro stessi problemi: come parte importante del sistema familiare risentono anch'essi della situazione di disagio in cui versa la famiglia.
6. Il trattamento deve comprendere i principi di autoprotezione, di autoaiuto e di mutuo aiuto e deve essere coordinato con la rete dei programmi territoriali di protezione e promozione della salute finalizzati alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
7. Nel trattamento sono importanti i principi di umanità e di solidarietà e va creato un forte legame emozionale.
8. Il programma deve prevedere la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

9. L'inserimento degli alcolisti nel trattamento è reso più agevole attraverso le organizzazioni degli alcolisti stessi che operano secondo i principi dell'approccio ecologico-verde nei Club degli alcolisti in trattamento.

Ci siamo già soffermati su diversi approcci che possono essere utilmente praticati nel trattamento complesso. Vogliamo ora descrivere la comunità terapeutica e la comunità multifamiliare, il trattamento familiare, e quale sia il ruolo dell'alcolista e delle organizzazioni degli alcolisti.

La comunità terapeutica

Innanzitutto dobbiamo chiarire quali sono le possibili interazioni fra comunità terapeutica e trattamento familiare, perché molto spesso oggi questi due approcci si presentano combinati. Del resto senza l'inserimento del trattamento familiare nella comunità terapeutica, il trattamento al suo interno non sarebbe possibile e soprattutto non sarebbe possibile una corretta riabilitazione. È questo il motivo per cui i Club degli alcolisti in trattamento, e in genere l'approccio ecologico o verde, non possono essere riduttivamente definiti come comunità terapeutiche, anche se ne costituiscono, per così dire, uno sviluppo. Riferendoci al trattamento ecologico, a prescindere che sia condotto in una struttura di tipo dispensariale o di ospedale di giorno o nel Club degli alcolisti in trattamento, è più corretto parlare piuttosto di comunità multifamiliari.

Si è molto scritto e discusso sulla comunità terapeutica, e si continua a farlo (Marti-Tusquets J., 1976; Lang B., 1982; Hudolin Vl., 1985, 1986). Nella pratica esistono diversi modelli di comunità terapeutica, o per meglio dire, esistono molti programmi che vengono definiti di comunità terapeutica. Per questo è difficile dare una definizione univoca di comunità terapeutica che possa comprendere realtà tanto composite e differenziate. Bisognerebbe verificare in ogni singolo caso se davvero si tratta di una comunità terapeutica o se invece vengono applicati diversi tipi di trattamento che per comodità vengono riunificati sotto questo nome.

Con questa necessaria premessa, possiamo comunque dare due definizioni di comunità terapeutica, la prima più ristretta, la seconda più ampia. Nella prima definizione la comunità terapeutica è una tecnica specifica che si mette in atto nel rapporto con il gruppo allargato; nella seconda definizione il termine di comunità terapeutica designa un concetto complesso, che alcuni identificano con la psichiatria sociale (Jansen E., 1980; si veda anche Jones M., 1952, 1968).

Se facciamo riferimento al concetto più ristretto, allora la comunità

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

terapeutica può essere considerata come uno dei metodi di terapia di gruppo da usare anche per il trattamento degli alcolisti. Se invece facciamo riferimento al concetto più esteso, allora sono la comunità terapeutica, il trattamento familiare e la terapia familiare ad essere ricompresi fra i metodi di trattamento di cui far uso al suo interno.

Il concetto di comunità terapeutica andrebbe comunque definito senza ambiguità, andrebbe descritta la sua evoluzione storica e previsto il suo possibile sviluppo futuro. Andrebbero inoltre chiaramente definiti i confini della comunità terapeutica nei confronti della psicoterapia di gruppo, dell'approccio familiare, e in particolare del trattamento multifamiliare e della sua rete organica di rapporti con i sistemi extrafamiliari. Infine andrebbero chiariti i confini nei confronti della psichiatria sociale. Bisognerebbe anche rimettere in discussione la stessa psichiatria sociale, che andrebbe ridefinita come psichiatria sociale ecologica o verde.

Modelli di uso della comunità nella società esistono fin dall'antichità. Ve ne sono testimonianze ad esempio nella Bibbia e in altri testi molto antichi. In genere questi primi esempi di comunità servivano a tutelare la società o determinate regole di vita.

Una delle critiche più rilevanti mosse nei confronti della comunità terapeutica e delle altre tecniche psicoterapiche, soprattutto quelle di gruppo, è che possono servire a manipolare gli individui. Qui facciamo riferimento alla comunità terapeutica rivolta, a scopo appunto di cura e riabilitazione, a soggetti con disturbi psichici e che manifestano un comportamento tale da determinare loro difficoltà e sofferenze. La comunità terapeutica ha lo scopo di provocare una modifica del comportamento.

Esiste anche la comunità preventiva, organizzata cioè per la prevenzione dei disturbi psichici; secondo i moderni principi di protezione della salute la comunità preventiva serve per la promozione della salute cosiddetta positiva, serve cioè ad elevare il livello della qualità della vita.

Bisogna distinguere le cosiddette comunità di accoglienza e quelle comunità che più si avvicinano alla comunità terapeutica vera e propria, tanto da essere praticamente sinonimi. Bisogna anche fare attenzione a non confondere la comunità terapeutica con altri programmi alternativi all'ospedalizzazione, ma caratterizzati in modo diverso o con alle spalle precisi indirizzi politici e che negli ultimi tempi stanno avendo una diffusione crescente. In psichiatria, non si può parlare di comunità terapeutica fino alla rivoluzione francese, perché fino ad allora le istituzioni psichiatriche sono state usate per proteggere la società dal "diverso", piuttosto che per proteggere e curare chi soffriva di una condizione di disagio.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Nei movimenti psichiatrici del XIX secolo cominciano a prendere corpo e ad essere attuate idee e prassi nuove, ma è ancora presto per parlare di nascita della comunità terapeutica. Se è vero che all'interno degli istituti psichiatrici migliora la qualità dei rapporti, non siamo ancora alla comunità terapeutica, perché la comunità terapeutica vera e propria tende al miglioramento dei disturbi psichici nella società e non all'interno dell'istituzione. Gli esperimenti fatti in questi ultimi cento anni assomigliano più al tentativo di migliorare la qualità della vita in un giardino zoologico, strutturandolo meglio, piuttosto che alla ricerca di far nascere una comunità umana moderna e più giusta.

Secondo alcuni autori il concetto di igiene mentale iniziato da Clifford Beers all'inizio del secolo (1908, 1939, 1941) conterrebbe in nuce i principi della comunità terapeutica. Purtroppo si tratta in verità di un trattamento orientato più alla carità che non all'organizzazione di una comunità di individui che hanno diritto a partecipare alle interazioni sociali. E non si vede come quello che dovrebbe essere un diritto possa essere invece frutto di una magnanima concessione.

La psicoanalisi freudiana ha indicato la necessità di un'osservazione psicodinamica, ma si è in qualche modo isolata dalla società cercando il disturbo nelle pieghe del profondo dell'individuo, trascurando completamente le difficoltà che si manifestano nel rapporto con il mondo. Le idee psicodinamiche di Freud sono di grande importanza per comprendere la base teorica della comunità terapeutica, ma hanno in un certo qual modo frenato, piuttosto che stimolato, il lavoro terapeutico pratico nella comunità. La psicodinamica, come abbiamo detto, cerca la soluzione dei problemi nei vissuti intrapsichici profondi e nel trattamento isola l'individuo dal suo ambiente e dalla sua famiglia.

I primi esperimenti di terapia di gruppo risalgono al periodo fra le due guerre. All'inizio un rilievo particolare veniva dato all'educazione e all'istruzione dei membri del gruppo. Per tale motivo oggi viene negato il carattere psicoterapico di questi primi esperimenti. Anche in seguito, nella psicoterapia di gruppo l'educazione costituiva una voce più o meno importante del programma. E lo stesso avvenne poi nella comunità terapeutica e nell'approccio familiare. Ora bisogna che sia chiaro che la psicoterapia di gruppo non può essere messa sullo stesso piano della comunità terapeutica. Lo scopo della comunità terapeutica non è tanto quello di migliorare la comunicazione e le interazioni all'interno del gruppo nell'istituzione psichiatrica e/o fra i membri del gruppo e gli operatori, quanto piuttosto arrivare ad un miglioramento di questi rapporti al di fuori del gruppo, nella vita di tutti i giorni. Inoltre bisogna tenere presente che la psicoterapia di gruppo si fa in un gruppo creato ad hoc, il quale, sia per il modo in cui è strutturato, sia per la attività che svolge, è tutt'altra cosa rispetto alla vita

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

reale. Vi è una differenza significativa fra il gruppo e la vita reale: mentre nel gruppo è sempre possibile la gratificazione, nella vita reale la gratificazione si conquista migliorando la qualità delle relazioni. In questo anche la terapia familiare si distingue dalla psicoterapia di gruppo.

Si contano numerosi esempi di pazienti, ricoverati in ospedale, che si adattano benissimo, grazie anche all'uso di tecniche individuali o di gruppo, all'ambiente artificiale dell'ospedale e le cui condizioni migliorano rapidamente. Questi pazienti però, una volta dimessi, a contatto col mondo reale, accusano nuovamente lo stesso disturbo per il quale erano stati ricoverati. Si parla allora di ricadute o di nuovo episodio di malattia. Il paziente viene nuovamente ospedalizzato, il suo stato migliora, viene dimesso, il disturbo torna a manifestarsi e sarà necessario un nuovo ricovero. Quando questo circolo si ripete parecchie volte il paziente viene dichiarato cronico e vi è il rischio della totale alienazione dalla società.

Di fronte a casi come questo, l'impressione è che il trattamento sia fatto più in funzione dell'istituzione e del suo personale che del paziente. In realtà la terapia deve avere come unico obiettivo quello di dare al paziente la possibilità di migliorare i rapporti umani nella vita di tutti i giorni, in altre parole, di migliorare la qualità della sua vita. Questo principio è rifiutato da alcune comunità terapeutiche o di accoglienza, anche se queste non agiscono sempre all'interno di strutture ospedaliere. Da qui si vede l'importanza enorme del lavoro terapeutico in sistemi naturali, non artificiali, quali la famiglia, l'ambiente di lavoro, la comunità locale. Accade talvolta che il personale delle istituzioni psichiatriche si vanti dell'ordine e della disciplina che regnano al loro interno, quasi che i pazienti fossero lì a curarsi per la mancanza di ordine e disciplina. Un ospedale un po' meno ordinato, ma con buoni livelli di interazioni sarà più vicino alla vita normale e certo più terapeutico.

Un particolare contributo per lo sviluppo della comunità terapeutica lo ha dato la psichiatria interpersonale di Harry S. Sullivan, i cui lavori iniziano prima della seconda guerra mondiale e vanno fino alla sua morte, giunta prematuramente nel 1952 (Sullivan H.S.,1976, 1981). Sullivan ha sottolineato in particolare l'importanza dei rapporti interpersonali e la necessità di modificare profondamente i percorsi formativi degli operatori.

Solo nel secondo dopoguerra è stato definito il concetto di comunità terapeutica, così come lo conosciamo oggi, concetto legato ai nomi di Joshua Bierer (1948, 1951) e Maxwell Jones (1952). Dopo di loro, altri autori hanno descritto comunità terapeutiche operanti in varie istituzioni e in strutture extraospedaliere. Ogni autore ha introdotto sue modifiche rispetto al concetto originario ritenendo di apportarvi dei contributi originali. Il concetto di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

comunità terapeutica è comunque in continua evoluzione e le comunità terapeutiche attuali sono completamente differenti rispetto alle comunità terapeutiche di Bierer e Jones.

A Bierer J. (1951) si deve lo sviluppo di concetti come Club socioterapeutico, ospedale di giorno e psichiatria sociale, concetti che comprendevano alcuni principi di autogestione, e che contenevano in nuce gli elementi di quella che sarà poi definita comunità terapeutica. Bierer, dalla fine degli anni Trenta in poi, ha studiato la possibilità di far nascere una psichiatria di comunità (*community psychiatry*) e ha previsto il trattamento nella comunità terapeutica. Abbiamo l'impressione che Bierer abbia portato nella psichiatria alcune delle sue esperienze di vita e di lavoro nei kibbutz israeliani. Del resto molte altre tecniche psicoterapiche, individuali o di gruppo, hanno carattere empirico e altro non sono che la trasposizione in modo sistematico di aspetti della vita quotidiana. Vale la pena di ricordare che Bierer J. aveva previsto l'inserimento dell'intero gruppo familiare all'interno della sua comunità terapeutica; poiché questo era un aspetto secondario del suo lavoro, è stato poi dimenticato.

Maxwell Jones, dopo la seconda guerra mondiale, alla luce di molti lavori teorici e pratici, ha organizzato e descritto la comunità terapeutica dandole questo nome, nome che ancora oggi è in uso; anche se, come abbiamo già detto, le comunità terapeutiche di oggi sono molto diverse dal modello descritto da Jones M. Come Bierer J., anche Jones M. si basava sulle sue esperienze, in particolare quelle fatte nell'esercito britannico, dove aveva prestato servizio durante la guerra. Jones M. ha avuto una formazione psicoanalitica e Bierer J. si è basato sulle idee di Adler A. Si ha però l'impressione che in questi autori l'impianto teorico serva a giustificare il trattamento empirico, applicato poi senza uno stretto legame con il modello teorico. Qualcosa di analogo avviene oggi con la cosiddetta terapia familiare sistemica, nella quale molti terapeuti cercano di innestare, sull'impianto teorico classico, convincimenti psicodinamici propri o di altri autori, introducendo anche una nuova terminologia. Finiscono così per allontanarsi dal modello sistemico.

Jones M. stesso, in successivi interventi, si è allontanato dal concetto inizialmente sviluppato di comunità terapeutica e ha finito per usarlo come sinonimo di psichiatria di comunità (*community psychiatry*). Un ulteriore significativo apporto allo sviluppo del concetto di comunità terapeutica lo hanno dato i teorici della psicoterapia di gruppo, in primo luogo Bion, Foulkes e Moreno J.L. (1945, 1953), soprattutto in riferimento al lavoro nel gruppo allargato. Dai tempi di Bierer J. e Jones M. fino ai giorni nostri sono stati sviluppati numerosi trattamenti che fanno riferimento al modello della comunità terapeutica: per esempio la terapia familiare allargata o di rete alla quale

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

partecipano quanti, a vario titolo, ruotano intorno alle famiglie inserite e interagiscono con esse. È un chiaro modello di comunità terapeutica. Anche se è quasi impossibile elencare tutti i diversi modelli di trattamento che possono essere ricondotti a quello della comunità terapeutica, si possono individuare alcuni elementi caratterizzanti che sono presenti in situazioni a tipo comunità terapeutica, con particolare riguardo ai programmi che si occupano di problemi psichici.

1. La comunità terapeutica è formata da un gruppo relativamente numeroso — gruppo allargato — di individui accomunati da disturbi del comportamento di natura psicologica.
2. Almeno formalmente, tutti i membri della comunità terapeutica hanno scelto spontaneamente di entrarvi.
3. La comunità terapeutica è strutturata secondo determinate regole, scritte e non, a cui tutti i membri della comunità aderiscono.
4. L'obiettivo della comunità terapeutica è di provocare una modificazione del comportamento nei membri che la compongono. La comunità terapeutica offre appunto questa possibilità. Non diciamo che offre un aiuto in tal senso, perché ci sembra una sottolineatura in chiave assistenzialistica. Del resto ogni approccio psichiatrico, specie nel campo della psicoterapia, è sempre rivolto ad un cambiamento comportamentale. Bisogna semmai definire qual è la sua posizione nei confronti della psicoterapia.
5. Ogni comunità terapeutica si fonda sulla democrazia e su precisi criteri di autogestione.
6. Il fine ultimo della comunità terapeutica è di permettere a ciascuno dei suoi membri di abbandonare la comunità stessa, dopo un determinato periodo di tempo, per continuare a vivere meglio nel mondo reale.
7. In ogni comunità terapeutica ci devono essere intense interazioni fra i membri con la creazione di una forte empatia.
8. Nella comunità terapeutica tutti i membri devono avere periodici incontri. Questa deve diventare una prassi che trasmette dai vecchi ai nuovi membri le tradizioni acquisite dalla comunità. È così che la comunità cresce.
9. Nella comunità terapeutica si può far uso di trattamenti diversi, per esempio il trattamento familiare, anche se non sono questi a caratterizzarla.
10. La comunità terapeutica cerca di strutturarsi in modo tale da assomigliare il più possibile alla vita reale.

La comunità terapeutica nasce dal convincimento che in un gruppo allargato di persone, di diversa provenienza e con diversi vissuti, che presentano

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

disturbi del comportamento, la comunicazione, verbale e non verbale, e le interazioni che si creano possono influire positivamente sui singoli membri, spingendoli a modificare il comportamento. Per le sue caratteristiche la comunità terapeutica assomiglia alla famiglia allargata.

Il trattamento nella comunità terapeutica richiede personale adeguatamente formato. Poiché è più agevole attivare una comunità terapeutica in una struttura ospedaliera, non può far meraviglia che le prime comunità terapeutiche siano nate all'interno degli ospedali. Anche oggi le comunità più solide sono quelle che lavorano dentro le istituzioni residenziali. Non spetta a noi giudicare la qualità del loro lavoro e dire se rispondano o meno alle aspettative che oggi ci sono.

La comunità terapeutica come modello di trattamento dei problemi psichici ha sempre trovato l'ostilità della psichiatria classica, centrata su un modello medico e psicopatologico tradizionale. La comunità terapeutica si è potuta sviluppare solo dopo la seconda guerra mondiale, quando qualcosa all'interno della psichiatria e dei movimenti per la salute ha cominciato a muoversi, grazie anche all'acquisizione dei risultati conseguiti dalle scienze sociali. La comunità terapeutica ha potuto così liberarsi dell'influenza della psichiatria; possiamo parlare di una depsichiatrizzazione della comunità terapeutica.

Allo sviluppo della comunità terapeutica contribuirono anche i sommovimenti sociali del secondo dopoguerra, come è logico che sia, poiché la comunità terapeutica vive ancorata agli accadimenti sociali. Venne così ad essere ridefinito non soltanto l'aspetto medico della comunità terapeutica, ma anche quello psicodinamico e più in generale quello psicoterapico, il ruolo dell'utente nella propria terapia e nella propria riabilitazione e l'impegno per la protezione e la promozione della salute più in generale.

A tale proposito un compito prezioso è stato svolto dalle associazioni del volontariato, che hanno cominciato a introdurre nel loro operare il modello della comunità terapeutica o sociale, con risultati soddisfacenti. Oggi vi sono numerose organizzazioni di volontariato sociale che operano nel campo della salute mentale e il cui metodo di lavoro si avvicina al modello della comunità terapeutica, anche se non in senso stretto.

Nell'analizzare la comunità terapeutica dobbiamo porci alcuni interrogativi e fornire delle risposte:

1. La comunità terapeutica costituisce un trattamento psicoterapico?

Nessuna delle definizioni date di comunità terapeutica e di psicoterapia è

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

soddisfacente. Se si accetta la definizione secondo la quale la psicoterapia è un trattamento psicologico attraverso il quale si cerca di ottenere una modificazione del comportamento orientata ad una migliore integrazione personale e sociale del soggetto e se si accettano come elementi caratterizzanti della comunità terapeutica quelli appena descritti, compresa la necessità della modificazione del comportamento dei suoi membri, allora la comunità terapeutica rientra nella psicoterapia. Però a differenza di questa, la comunità terapeutica richiede un coinvolgimento totale: non basta l'accettazione formale del trattamento, bisogna assolutamente accettare l'idea di modificare il proprio comportamento, la propria vita. Si tratta di cambiare le interazioni non soltanto all'interno della situazione psicoterapica, o all'interno della comunità, ma anche nell'ambiente in cui il soggetto vive e lavora.

2. Se la comunità terapeutica costituisce un modello di psicoterapia, come si rapporta con gli altri modelli di psicoterapia?

Per il fatto di rivolgersi contemporaneamente a un gran numero di soggetti, la comunità terapeutica è particolarmente vicina alle psicoterapie di gruppo con cui condivide molte caratteristiche. Alcuni autori parlano della comunità terapeutica come di una psicoterapia di gruppo che si attua nel gruppo allargato (Kreeger, 1975). La comunità terapeutica è un gruppo numeroso, non selezionato, aperto, di durata non limitata nel tempo. Ogni comunità terapeutica avrà determinate caratteristiche, legate alla preparazione e alla capacità degli operatori, del conduttore, dei suoi membri, che la faranno avvicinare all'uno o all'altro dei diversi modelli di trattamento di gruppo. La comunità terapeutica non è un qualcosa di statico; le costanti interazioni all'interno di essa e con l'esterno portano alla crescita e alla maturazione della comunità e dei suoi membri. In altre parole, la comunità terapeutica non è mai simile a se stessa, ma è in continuo divenire. Questa dinamica non è sempre chiaramente avvertita dai membri della comunità, ma da chi vi si accosta periodicamente o saltuariamente.

Naturalmente vi è la necessità di una supervisione del lavoro svolto in comunità, per evitare o correggere gli errori di percorso. E qui si concludono i tratti comuni alla psicoterapia di gruppo. Infatti la comunità terapeutica non è una parte della vita artificiosamente riprodotta, ma è la vita stessa. Si può dire che nella comunità terapeutica possono essere presenti diversi modelli di psicoterapia, però questo non cambia l'essenza della comunità, se mai tali modelli costituiscono un suo arricchimento. Jones, all'inizio del suo lavoro nella comunità dell'ospedale di Belmont, nei pressi di Londra, una volta alla settimana, e precisamente il venerdì, introduceva nella comunità lo psicodram-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ma di Moreno. Questo fatto però non aveva un significato specifico per la comunità stessa.

Abbiamo già ricordato la possibilità che la comunità terapeutica possa essere usata per manipolare gli individui, ed eventualmente anche la società. Questo rischio è insito in ogni trattamento psicoterapico, individuale o di gruppo. In fondo, il trattamento psicoterapico individuale del profondo cos'altro è se non una grossa manipolazione, a fin di bene, ma pur sempre una manipolazione?

La medicina si appella alla deontologia professionale per garantire lo psicoterapeuta medico da queste deformazioni. Nella pratica però ciò è smentito da numerosi autori. Poiché oggi molto spesso la conduzione della comunità terapeutica non è svolta dal medico, si segnala il pericolo della manipolazione. Evidentemente chi sostiene questo ritiene che i principi etici di altre professioni si distinguano da quella medica, motivo discutibile per lasciare la conduzione delle comunità ai medici. In realtà, se si considera l'istituto psicoterapico classico e la sua azione manipolatrice, si constata che la deontologia professionale medica non ne ha impedito le deformazioni, che possono essere evitate solo con una adeguata organizzazione del trattamento e con l'introduzione della supervisione e di corretti strumenti di controllo sociale. Molte volte neppure queste sono garanzie sufficienti, perché la supervisione può essere condizionata dal potere socio-politico. Si vedano al proposito le descrizioni di Gonzales sulla supervisione a Cuba (Gonzales T.M., 1986).

Le deformazioni nel lavoro della comunità terapeutica possono provocare l'alienazione dei membri e delle loro famiglie dal tessuto sociale di riferimento. In altri casi può accadere che ai membri vengano imposte determinate idee o determinati comportamenti. Il pericolo che anche una comunità terapeutica extraospedaliera, per quanto aperta, diventi una specie di ospedale psichiatrico è molto più grande di quanto normalmente si pensi. L'alienazione che si può creare nell'ambito ristretto della comunità terapeutica non differisce in nulla dall'alienazione che si manifesta in un grande ospedale psichiatrico.

Alcune comunità terapeutiche hanno cercato in vari modi di combattere queste possibili deviazioni. Proprio per questo motivo gli alcolisti anonimi hanno introdotto l'anonimato. Uno dei metodi più sicuri per evitare deformazioni è, come abbiamo detto, il ricorso alla supervisione continua e al controllo sociale.

3. Quale tipo di formazione va data all'operatore che si occupa della conduzione della comunità terapeutica? Dovrà essere un terapeuta nel vero senso della parola?

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Molte discussioni che insorgono sulla necessità di dare una formazione adeguata al conduttore della comunità terapeutica nascono dal fatto che ancora oggi la comunità terapeutica fatica a scrollarsi di dosso il retaggio del modello medico, modello che presuppone la presenza del medico e il suo ruolo guida. Anche se è auspicabile avere un'équipe multiprofessionale nella comunità terapeutica, questo non vuol dire che il conduttore non possa essere una persona qualsiasi, purché abbia notevole esperienza, adeguate conoscenze e sia accettata dalla comunità stessa. La posizione del conduttore dipende forse anche dalla tipologia di bisogno che i membri della comunità presentano. La comunità terapeutica per i tossicodipendenti è diversa dalla comunità terapeutica per gli alcolisti. Le interazioni all'interno della comunità sono diverse a seconda del problema che interessa i suoi membri. E questo vale anche per il trattamento familiare.

Per quanto riguarda il conduttore, oltre che la formazione, sono importanti la struttura della sua personalità, il modello teorico a cui fa riferimento, le sue esperienze di vita, l'eventuale presenza di problemi personali non risolti.

4. Come deve porsi l'operatore, il conduttore nei confronti della comunità terapeutica?

Il ruolo del conduttore all'interno della comunità terapeutica è sempre stato al centro di accese discussioni. L'esperienza sembra insegnare che senza un conduttore adeguato la comunità non può funzionare. Si discute frequentemente anche sul modello di comportamento che il conduttore deve assumere: autoritario, direttivo, passivo, attivo, ecc. Non è possibile indicare un modello che vada bene sempre, perché vi sono in gioco diversi fattori.

Il tempo di vita della comunità terapeutica è uno dei fattori principali di cui ad esempio tenere conto. Affinché la comunità possa funzionare bene, bisogna che si creino delle tradizioni da trasmettere ai membri nuovi.

Nella comunità che lavora all'interno di un istituto ospedaliero si creano legami non solo fra il paziente e il medico, ma anche fra quanti operano nell'istituto. Lo scopo della comunità non è però quello di creare buoni rapporti all'interno dell'ospedale, ma di creare una nuova qualità di rapporti all'esterno, nella società.

In ogni caso, al conduttore è richiesto un approccio attivo e direttivo. Il trattamento deve essere basato sul principio del "qui ed ora": ogni nuovo problema che si presenta va immediatamente affrontato. Anche per questo motivo la comunità terapeutica assomiglia al modello del trattamento familiare.

L'esperienza ha mostrato che la comunità terapeutica funziona meglio con

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

un solo conduttore; si evitano così molti transfert emozionali e atteggiamenti competitivi tra operatori.

5. Quali aspetti tecnici vanno garantiti nel lavoro nella comunità terapeutica?

I problemi logistici e organizzativi hanno diversi risvolti. Non è indifferente che la comunità terapeutica si trovi all'interno di una istituzione o sia invece inserita nella comunità locale. È bene in ogni caso che la comunità abbia uno spazio confortevole e accogliente dove svolgere la propria attività, spazio che assomigli il più possibile ad un ambiente di vita normale.

6. Quale deve essere il rapporto della comunità terapeutica con la struttura istituzionale e la comunità locale dove è inserita?

La comunità terapeutica extraospedaliera non deve diventare una società nella società, ma solo una forma di trattamento rivolto al cambiamento del comportamento, trattamento accettato e integrato nella società. Vi è sempre il pericolo che la comunità terapeutica assuma logiche ospedaliere e favorisca l'alienazione dei suoi membri. Ma questo può verificarsi sia che la comunità lavori all'interno di una struttura ospedaliera, sia che operi all'esterno.

7. Quale deve essere il rapporto della comunità terapeutica con i servizi sanitari di base?

La comunità terapeutica deve cooperare al meglio con i programmi dei servizi sanitari di base e nei programmi generali di prevenzione primaria e di protezione della salute, in particolare della salute mentale.

8. Quale deve essere il rapporto della comunità terapeutica con le comunità di accoglienza di recente costituzione o gli altri programmi alternativi?

Le comunità di accoglienza, che si stanno sempre più diffondendo, presentano un problema ben preciso: per alcuni aspetti della loro attività possono significativamente allontanarsi dall'operatività della comunità terapeutica, con il rischio di perdere il contatto con la società.

9. Quale deve essere il rapporto della comunità terapeutica con il trattamento familiare e la terapia familiare?

---

[2] Fanno eccezione soltanto le comunità terapeutiche organizzate e condotte da Bierer nel secondo dopoguerra. La terapia familiare però non vi era condotta in maniera sistematica, ma vi si ricorreva a seconda della situazione.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Il trattamento multifamiliare costituisce realmente un modello di comunità terapeutica della quale entrano a far parte tutti i membri dei vari gruppi familiari; è questo uno degli aspetti comuni alla comunità terapeutica e al trattamento familiare. Con questa modalità di trattamento ci si allontana dal primitivo modello di comunità terapeutica, che appunto non prevedeva l'inserimento dei familiari.[2] Oggi il trattamento multifamiliare e la comunità terapeutica extraospedaliera sono sovrapponibili e non si distinguono più l'uno dall'altra. Non bisogna dimenticare che la comunità terapeutica e il trattamento multifamiliare fanno parte del programma generale di protezione e promozione della salute anche nell'ambito del servizio sanitario di base. La comunità terapeutica e il trattamento multifamiliare nella medicina privata invece differiscono dal modello descritto.

Il futuro della comunità terapeutica è strettamente legato al futuro dell'organizzazione del lavoro nel servizio socio-sanitario di base e ai più generali indirizzi di politica socio-sanitaria. Dipende inoltre dallo sviluppo della psichiatria e dal suo legame più o meno stretto con la medicina.

L'opinione oggi dominante è che il servizio sanitario dovrebbe essere organizzato a livello di comunità locale, e al servizio sanitario di base dovrebbero essere affidati i compiti di coordinamento. Secondo le direttive dell'OMS, il servizio sanitario di base dovrebbe comprendere, assieme al medico di base, alcuni specialisti, operatori paramedici, volontari e ogni membro della comunità (vedi anche Bellak L., 1974; Newell K., 1984). Un ruolo importante spetta al volontariato. Alla base vi dovrebbero essere i principi dell'autoaiuto e dell'autoprotezione.

In futuro il servizio sanitario di base dovrebbe essere organizzato come una comunità multifamiliare nella quale il singolo e la sua famiglia possono trovare comprensione e appoggio, soprattutto nel caso in cui si manifestino disturbi cronici di carattere fisico o psichico. Allora non vi sarebbe più bisogno di parlare di comunità terapeutica per uno specifico disturbo, perché della promozione della salute, sia mentale che generale, si occuperebbe la "comunità terapeutica locale". Solo così in futuro si potrebbe veramente parlare di una comunità multifamiliare. Questo approccio alla protezione e alla promozione della salute mentale dovrebbe essere definito approccio ecologico o verde. Oggi si parla con crescente frequenza dell'organizzazione della rete territoriale per la protezione e la promozione della salute (Maguire L., 1983, 1989).

Un ulteriore sviluppo della comunità terapeutica si è avuto con il Club degli alcolisti in trattamento, visto come comunità multifamiliare. Quest'ultima si sta sviluppando sempre più come una forma di trattamento multifamiliare nella

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

comunità locale. È opportuno a questo punto spiegare come il concetto di comunità terapeutica sia ricompreso, e come si svilupperà, nell'ambito dei programmi territoriali per il controllo dei problemi alcolcorrelati. Anche se ormai i Club degli alcolisti in trattamento, così come in genere tutti i programmi tesi ad ottenere una modificazione del comportamento nelle famiglie in cui si manifestano disturbi alcolcorrelati, hanno compreso la necessità che questo processo di cambiamento dello stile di vita avvenga all'interno di una comunità multifamiliare, restano profonde diversità fra queste comunità e il modello della comunità terapeutica.

Queste diversità possono essere così sintetizzate:

1. Il fatto di accettare l'approccio sistemico all'interno dei programmi alcologici implica la necessità di estendere l'approccio e il coinvolgimento anche alla comunità locale e alle organizzazioni di lavoro. Questo concetto si svilupperà ulteriormente e parallelamente allo sviluppo dei concetti teorici e pratici nel lavoro per la protezione e la promozione della salute in generale.
2. La comunità terapeutica include le famiglie nelle quali si manifesta il problema, mentre nei programmi territoriali si includono con frequenza crescente anche altre famiglie della comunità territoriale.
3. L'operatore che lavora nella comunità terapeutica deve avere una adeguata formazione e un aggiornamento costante, ma non deve necessariamente essere un operatore professionale. Può anche essere un volontario.
4. La comunità multifamiliare non si occupa della cura medica in senso stretto.

L'approccio familiare

Ultimamente si parla sempre più spesso del trattamento familiare degli alcolisti (Hudolin Vl., 1975; Hudolin Vl. e coll., 1985; Hudolin Vl., 1986; Gacic B., 1978). È difficile sostenere che il gruppo familiare non sia colpito dal disturbo cronico di uno dei suoi membri; per questo diventa necessario iniziare il trattamento con l'intero gruppo familiare, sia nel caso di disturbi psichiatrici che dell'alcolismo. Il trattamento familiare e la terapia familiare possono essere condotti con una singola famiglia, oppure con un gruppo di famiglie, un gruppo multifamiliare. Secondo il trattamento familiare sistemico, sviluppatosi a partire dagli anni Cinquanta, al manifestarsi del disturbo comportamentale all'interno della famiglia seguono le modificazioni di ruolo di alcuni dei suoi membri e le difficoltà nella comunicazione e nelle relazioni. Questa situazione impedisce il raggiungimento di un equilibrio positivo del sistema, blocca la crescita e la

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

maturazione dei membri della famiglia ed è causa di un disagio profondo. Invece che la circolarità delle interazioni si ha il blocco del sistema familiare e si instaura una omeostasi negativa, disfunzionale. Da questo momento in poi non è più corretto parlare di malattia-disturbo del singolo alcolista, ma bisogna parlare piuttosto di una situazione di sofferenza dell'intero sistema. L'operatore deve considerare come "paziente" non il singolo, l'alcolista, ma la famiglia intera. E questo è molto difficile sia per il medico, tradizionalmente formato, che per un operatore non medico. Basta anche solo il fatto di considerare alla stessa stregua tutto il gruppo familiare per portare ad un miglioramento, anche se non era necessario avviare il trattamento familiare. L'approccio familiare si basa, come già ricordato in precedenza, sulla teoria dei sistemi elaborata da von Bertalanffy nel 1947 (Von Bertalanffy L., 1950, 1956, 1968, 1969,1975,1983).

L'approccio familiare sistemico viene usato non solo a scopo terapeutico, ma anche di prevenzione e di riabilitazione, e non soltanto nel trattamento dell'alcolismo, ma in genere in tutti i casi che presentano disturbi psichici o del comportamento. Per questo motivo l'approccio familiare dovrebbe rientrare nella formazione del medico, dell'operatore paramedico, di altri specialisti e dei volontari. Spesso, sia il trattamento familiare che la terapia familiare vengono indicati con il termine di trattamento sistemico e vengono usati quasi come sinonimi. In verità la terapia familiare non è un trattamento sistemico e spesso sono altri i modelli teorici cui fa riferimento. In psichiatria non esistono principi univoci in tema di terapia familiare, nemmeno se rivolta agli alcolisti. In psichiatria, in effetti, la terapia familiare è una tecnica relativamente recente; risale infatti agli anni 50. Nella maggior parte dei trattamenti vengono coinvolti, saltuariamente, tutti i membri della famiglia, qualche volta si pratica il trattamento individuale con alcuni membri e qualche volta vengono coinvolte persone che possono sostituire i membri della famiglia che mancano. Per trattamento familiare noi intendiamo il trattamento multifamiliare, trattamento nel quale sempre più frequentemente viene coinvolta anche la comunità in cui il paziente vive e lavora.

Per il suo contenuto, il lavoro con la famiglia può essere terapeutico, educazionale oppure sociale. Secondo la maggior parte degli autori va prevista una combinazione di tutti questi aspetti. Si è dimostrato molto produttivo il lavoro svolto con i membri della famiglia dagli assistenti sociali, dagli infermieri professionali, dai volontari e dagli stessi alcolisti in trattamento e dai loro familiari. Si è visto che non è assolutamente indispensabile fare ricorso alla figura del medico.

Il lavoro con i membri della famiglia è spesso reso difficile dalle resistenze opposte dagli alcolisti stessi e dai loro familiari. Non è raro ad esempio il caso

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

in cui la moglie dell'alcolista si rifiuta di collaborare "perchè tanto è lui che beve", oppure perché convinta che una volta che il marito avrà smesso di bere le cose si rimetteranno a posto da sole. Queste resistenze si fanno più forti se il lavoro con la famiglia non viene iniziato fin dal primo momento. Una volta che l'alcolista ha superato la crisi, è convinto di essere "guarito" e che non sia necessario iniziare il trattamento. La stessa convinzione ce l'hanno i familiari.

Per questo motivo, bisogna porsi una regola fondamentale: l'alcolista non dovrebbe iniziare il trattamento se non ci sono la collaborazione e il coinvolgimento dei familiari, e la loro disponibilità ad occuparsi oltre che del proprio familiare anche degli altri alcolisti della comunità multifamiliare. Bisogna far leva sul desiderio contingente dei familiari di risolvere il problema, per far loro accettare queste semplici condizioni e definire le modalità del contratto e del lavoro terapeutico.

Naturalmente il trattamento va fatto in una comunità di famiglie, cioè in una comunità multifamiliare. I familiari dell'alcolista vanno in primo luogo adeguatamente informati ed educati sugli aspetti principali dell'alcolismo, ricorrendo magari ad un manuale specifico come quello che noi abbiamo recentemente approntato (Hudolin Vl., 1987). Al termine di questa fase si sottopongono i familiari ad un esame, per una verifica di quanto è stato assimilato.

Naturalmente i membri della famiglia dell'alcolista devono modificare il proprio comportamento e impegnarsi a conseguire l'astinenza dell'intero gruppo familiare. Troveranno un valido aiuto nelle altre famiglie all'interno della comunità multifamiliare e questo obiettivo sarà raggiungibile molto in fretta. È fondamentale che l'alcolista e i suoi familiari vengano inseriti nel Club degli alcolisti in trattamento. Se l'alcolista è ricoverato in ospedale e le sue condizioni psicofisiche lo consentono può già iniziare a frequentare le riunioni del Club; se questo non è possibile inizieranno la frequenza i familiari.

Secondo quanto riporta la letteratura e in base alle esperienze fatte in molti Paesi, e anche in base alle nostre, possono occuparsi del trattamento dell'alcolista e della sua famiglia, naturalmente dopo essere stati adeguatamente formati: l'alcologo, lo psichiatra, il medico di base, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere professionale, l'alcolista stesso o i suoi familiari ed altri operatori volontari.

Il modello di trattamento usato dipenderà ovviamente dalle conoscenze e dalla formazione dell'operatore. In molti Paesi viene affidata la conduzione ad operatori paramedici adeguatamente formati. In Italia molto spesso sono i medici dei reparti di medicina ad occuparsi del trattamento degli alcolisti. La tendenza attuale è di affidare il trattamento ad operatori paramedici e volontari,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e i compiti di coordinamento al servizio sanitario di base. I programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati richiedono una buona organizzazione e una buona integrazione nella comunità locale e nei luoghi di lavoro. I Club degli alcolisti in trattamento, come già abbiamo avuto modo di dire, hanno un ruolo insostituibile in questi programmi.

Oggi il progresso scientifico è molto rapido. Bisogna perciò che i programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati vengano costantemente aggiornati. È indispensabile la formazione permanente di chi opera nei programmi, in particolar modo degli operatori paramedici e volontari.

Ripetiamo, se ancora ce ne fosse bisogno, che senza l'attuazione sistematica di programmi di educazione alla salute intelligentemente predisposti, non è possibile ottenere risultati proficui nella prevenzione primaria.

L'approccio ecologico o verde

In medicina, e comunque nella più generale protezione della salute, molti approcci non dipendono esclusivamente dai risultati della ricerca scientifica, ma, anche e soprattutto, da altri fattori, quali il momento storico, la cultura della comunità, la situazione sociale, politica, economica e naturalmente anche dalle esperienze pratiche che vengono realizzate. Per questo, molti approcci alle tematiche sanitarie cambiano col cambiare dei fattori che le condizionano. Questo vale anche, del resto, per l'ottica con cui si guarda ai diversi modelli di comportamento che possono costituire un potenziale pericolo per il singolo, per la sua famiglia e per il gruppo sociale stesso. Il bere alcolici, con i vari disturbi correlati, rientra tra questi modelli di comportamento. È impossibile una trattazione separata dei disturbi alcolcorrelati del singolo, perché il singolo e la sua famiglia vanno intesi, sia nello stato di salute che di malattia, come un sistema all'interno di un sistema più vasto che è la comunità.

I disturbi alcolcorrelati e le difficoltà legate al consumo di droga andrebbero trattati in un unico programma. Quale che sia l'interpretazione che vogliamo dare dei disturbi alcolcorrelati, è evidente che senza l'alcol non esisterebbero. Bere bevande alcoliche, a certe condizioni, conduce all'alcolismo e provoca altri disturbi: bisogna analizzare le conseguenze di questo comportamento all'interno della famiglia e del gruppo sociale. Questo è anche il motivo della necessità dei programmi di controllo e in particolare della prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati. A prima vista il metodo più semplice e più efficace per il controllo dei disturbi alcolcorrelati sembrerebbe essere quello di eliminare le bevande alcoliche. L'esperienza di Paesi che hanno introdotto il proibizionismo, o che lo stanno sperimentando ora, dimostra che la prevenzione, se è frutto di un'impo-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sizione, incontra numerosi ostacoli e alla fin fine non dà i risultati sperati.

In passato, come detto, il consumo di bevande alcoliche con le relative complicanze veniva considerato in vario modo. In molti Paesi il bere è un comportamento accettato, o è anzi il modello comportamentale preferibile. In alcuni momenti storici il bere ha anche avuto un preciso ruolo all'interno della società. Con il progresso scientifico e tecnologico, e lo sviluppo sociale conseguente, si è fatto strada l'approccio moralistico, secondo il quale l'alcolista è un individuo dalle basse qualità morali e come tale da punire severamente.

Nei secoli XVIII e XIX non si parla ancora di alcolismo, ma prevalentemente di ubriachezza e di consumo eccessivo di bevande alcoliche. Verso la metà del secolo XIX Magnus Huss (1807-1890), medico svedese, internista presso l'ospedale Karolinska di Stoccolma, autore del volume *Alcoholismus chronicus*, pubblicato in due parti nel 1840 e nel 1884, volume che è il punto di riferimento obbligato per chiunque si occupi di alcologia, ha introdotto il concetto di alcolismo cronico. Huss M. fa riferimento a individui ai margini della società che presentano gravi disturbi fisici e psichici, in famiglia e sul lavoro.

Nonostante l'alcolismo sia da sempre presente nella nostra cultura, fino a 50 anni fa non se ne parlava e si faceva invece riferimento all'ubriachezza e alle sue complicanze. Occorre dare una spiegazione di ciò. L'alcolismo si manifesta quale fenomeno di massa nelle persone di mezza età. In Croazia l'alcolista muore mediamente a 53 anni. Solo quando la vita media si allunga significativamente potremo avere un elevato numero di alcolisti e di morti per alcolismo. Oggi infatti che la vita media ha superato i 70 anni, esiste un numero elevato di alcolisti. Anche il fatto di vivere in una società tecnologica aumenta i rischi legati al bere: proprio come l'aumento del traffico ha fatto aumentare gli incidenti stradali alcolcorrelati o la diffusione dei trattori gli incidenti nelle zone agricole.

È occorso più di un secolo perchè il concetto, introdotto per la prima volta da Huss di alcolismo come malattia sia divenuto di uso corrente. L'organizzazione degli Alcolisti Anonimi, costituita nel 1935, ha fatto proprio il concetto di alcolismo come malattia, concetto che dopo la seconda guerra mondiale diviene patrimonio della cultura medica e sociale di quasi tutti i paesi. Chi sostiene il concetto di alcolismo come malattia considera il cosiddetto bere moderato come un modello di comportamento accettabile e socialmente tutt'altro che pericoloso e vede nell'alcolista un soggetto ammalato, proprio in quanto beve fuori misura. In base a quest'ottica sembrerebbe che né la società, né l'alcolista siano responsabili delle conseguenze del bere alcolici, incluso l'alcolismo. Sembra che l'uomo, come un eroe della tragedia greca classica, sia spinto all'alcolismo dagli dèi e dal fato, senza avere alcuna possibilità di opporsi a questo destino. Si afferma poi anche che l'alcolismo colpisce solo gli individui geneticamente

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

predisposti.

Con il tempo al concetto medico si è sostituito il concetto socio-psichiatrico o socio-medico. Secondo il modello socio-medico le cause dei disturbi alcolcorrelati andavano cercate nei problemi sociali. L'alcolismo era inteso come una malattia sociale, eventualmente legata a qualche caratteristica specifica, come ad esempio una predisposizione ereditaria. Questo tipo di approccio al problema ha portato uno sviluppo dei metodi di trattamento, sia dell'alcolista che della sua famiglia, con l'introduzione dei modelli di trattamento di gruppo, e un progresso nelle attività di prevenzione. Ma nonostante il miglioramento delle condizioni sociali il numero degli alcolisti restava alto ed anzi era in costante aumento.

Al primo congresso italo-jugoslavo dei Club degli alcolisti in trattamento, svoltosi a Opatija, in Jugoslavia, nel 1985, si è proposto di considerare l'alcolismo come un particolare modello di comportamento, come uno stile di vita che può tradursi in malattia quando si manifestano complicanze organiche, psichiche e sociali (Hudolin Vl., 1985). Quest'ottica di guardare al problema è quella che si definisce ecologica o verde: i disturbi alcolcorrelati sono visti come il risultato dei disturbi dell'equilibrio ecologico della comunità. L'alcolismo dunque è inteso come uno stile di vita; i disturbi alcolcorrelati, ad esempio la cirrosi epatica, la psicosi alcolica, la polineuropatia alcolica, sono malattie. Se a partire dagli anni Sessanta si parlava di malattia alcolica familiare, oggi il termine andrebbe corretto piuttosto in stile di vita alcolico della famiglia e dell'ambiente sociale e di lavoro.

A seconda del rapporto che vi è tra il singolo e il bere alcolici, si parlerà di astinenza, di bere moderato e di alcolismo. Lo stesso vale anche per il rapporto della famiglia e dell'ambiente sociale e di lavoro con il bere. Di conseguenza si parla di stile di vita di sobrietà, di stile di vita legato al bere moderato, di stile di vita dell'alcolista. Tutti questi modelli comportamentali sono accettati dalla società e sono rappresentati al suo interno. Non si può considerare l'alcolismo in chiave moralistica, indicando nell'alcolista un immorale, degradato dal punto di vista economico, familiare e sociale. Vi sono infatti numerosi alcolisti che non presentano nessuna di queste caratteristiche negative, o le mostrano in misura insignificante o non le mostrano ancora.

Ogni individuo assume un determinato stile di vita non soltanto in base alla propria libera scelta o alle caratteristiche che ha ereditato, ma anche sulla base delle pressioni dell'ambiente familiare e sociale. Molto spesso l'uomo non può fare nulla per evitare queste pressioni, anche se con la propria educazione e con la propria istruzione può modificare il suo stile di vita e in parte il modello comportamentale che la società propone. In molti casi il rapporto che l'uomo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ha con il bere è condizionato negativamente da una insufficiente informazione e dall'assenza di educazione sanitaria. Nella società occidentale, e in quella mediterranea in particolare, esiste la piena libertà di bere, ma non esiste di fatto la libertà di non bere. Attraverso i programmi di prevenzione dei disturbi alcolcorrelati bisogna tendere alla modificazione dei modelli comportamentali della comunità, impegnandosi a favore di una corretta educazione alla salute e per la riduzione del consumo di alcolici. Solo in questo modo è possibile far calare la pressione sociale, la spinta al bere e quindi far diminuire anche l'incidenza e la prevalenza dell'alcolismo, nonchè gli alti costi sociali dei disturbi alcolcorrelati. Senza l'aiuto di un'informazione corretta e di un'educazione alla salute seriamente orientata non si può avere una posizione personale chiara e ferma verso il bere. Un esempio è dato dall'osservazione degli operatori socio-sanitari, i quali spesso bevono e fumano, pur essendo pienamente consapevoli del grado di tossicità dell'alcol e del fumo. E questo a causa della mancanza di una corretta educazione alla salute. Lo stile di vita di una persona non si caratterizza soltanto per il modo di rapportarsi al bere alcolici, ma anche in riferimento a tante diverse situazioni in cui può venirsi a trovare. La persona sobria frequenta ambienti dove non si beve e quindi non soffre per i disturbi familiari legati al consumo di alcol.

Chi sceglie quale modello comportamentale il bere moderato organizza la propria vita secondo questo modello. Può accadere che di tanto in tanto si ubriachi e può avere problemi di salute, familiari e sociali, anche se non è un alcolista.

Qualcuno può scegliere il modello comportamentale dell'alcolista: in genere questa scelta porta numerose sofferenze, malattie, la perdita della gioia di vivere e della possibilità di godere appieno della vita. Ognuno di questi diversi modi di rapportarsi al bere determina un diverso stile di vita nell'ambiente sociale e di lavoro. La prevalenza nella popolazione di ognuno di questi modelli — l'astinenza, il bere moderato, l'alcolismo — non è uguale in tutte le società. Non ci sarebbero così grandi differenze nella prevalenza di bevitori problematici e alcolisti tra un Paese e l'altro se questi modelli comportamentali dipendessero da una particolare predisposizione genetica.

Resta da stabilire se il modello comportamentale del singolo individuo costituisca o no malattia. Oggi è molto facile affrontare il problema, perché vediamo che il trattamento degli alcolisti non solo è possibile, ma dà anche buoni risultati. Inoltre non si incontrano particolari difficoltà nel gruppo sociale. Invece quando si è incominciato il trattamento degli alcolisti, nel secondo dopoguerra, si è dovuto "combattere" perché l'alcolista fosse considerato alla stregua di qualsiasi altro ammalato e perché gli fosse riconosciuto il diritto alla cura e all'assistenza. Questo è anche uno dei motivi per cui l'alcolismo ha cominciato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

ad essere considerato una malattia. Oggi sappiamo che non si può fare una protezione sanitaria efficace se non è attivata la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei disturbi alcolcorrelati; non ha quindi alcuna importanza definire se l'alcolismo è o non è una malattia classicamente intesa. Quello che sappiamo è che se l'alcolista non modifica in tempo il proprio stile di vita finirà per ammalarsi e talvolta potrà morire per qualche complicanza.

La definizione di salute proposta recentemente dall'OMS è una definizione in positivo: la salute è uno stato di benessere, fisico, psichico e sociale. Tutti i comportamenti che minacciano questo benessere, e il bere alcolici è ovviamente uno di questi, vanno affrontati nei programmi di protezione e promozione della salute. Le pressioni che si fanno per far rientrare l'alcolismo tra le altre malattie nascondono il tentativo di difendere il bere moderato e di distinguerlo ad ogni costo dall'alcolismo. Come ogni alcolista è stato un bevitore moderato, così ogni bevitore moderato può diventare alcolista.

Si pongono inoltre altre questioni. Se consideriamo l'alcolismo come un particolare stile di vita, possiamo ancora definire "cura" il trattamento volto a modificare questo stile di vita? E l'operatore che agisce in questo processo è un terapeuta nel senso classico del termine? Quello che possiamo dire è che siamo nel campo della protezione e della promozione della salute. Si può parlare di malattia se per qualche particolare motivo ve ne è la necessità, ma solo nel caso in cui la società non sia disposta ad organizzare la necessaria prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei disturbi alcolcorrelati. Naturalmente le complicanze eventualmente presenti — ad esempio il delirium tremens o la cirrosi epatica — sono malattie.

In fondo è più semplice per gli alcolisti, per gli operatori e per la società fare propria l'ottica che vede nell'alcolismo una malattia. Se così è, la responsabilità della società, dell'alcolista e del bevitore moderato è minima: l'alcolista è un ammalato e la sua malattia ha origine genetica o va fatta risalire comunque a qualche altra causa. La conclusione è che l'alcolista non deve bere e che la sua malattia non ha alcuna correlazione con il bere moderato, sociale, accettato, che, a differenza dell'alcolismo, non è pericoloso. I bevitori moderati possono bere quanto vogliono, liberamente.

Si cerca spesso di dimostrare che l'alcolista appartiene ad un gruppo di soggetti ereditariamente predisposti al bere. Chi invece non ha questa predisposizione può bere "moderatamente" e non diventerà mai alcolista. A questo ragionamento si può replicare che, se in un esiguo numero di casi esiste forse una predisposizione ereditaria all'alcolismo, questo è secondario rispetto alla alterazione genetica primaria. Inoltre l'eventuale predisposizione genetica non basta a provocare l'alcolismo, se non è favorita da fattori esterni come, ad

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

esempio, l'opinione che ha la società rispetto al bere alcolici. Questa asserzione riceve conferma dall'esame della prevalenza dei disturbi alcolcorrelati nei diversi Paesi.

Se continua a bere l'alcolista finisce per ammalarsi e questo suo stato si ripercuote sulla famiglia e sull'ambiente sociale e di lavoro. Poiché non abbiamo indicatori chiari per dire che un individuo sta per diventare alcolista, anche secondo l'ottica genetica il bere moderato è un comportamento a rischio. Chi ha una predisposizione genetica all'alcolismo diventerà alcolista solo bevendo: dunque anche quei pochi geneticamente predisposti saranno riconosciuti come tali solo quando l'alcolismo è ormai manifesto. E questo conferma che non è possibile controllare i disturbi alcolcorrelati difendendo il bere moderato. La moderna psichiatria di comunità individua le cause e lo sviluppo dei disturbi alcolcorrelati nei rapporti sociali e tenta di combatterli agendo all'interno della comunità in cui l'uomo vive e lavora attivando programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. A questo scopo sono stati introdotti numerosi trattamenti alternativi all'ospedalizzazione tradizionale: l'ospedale di giorno, l'ospedale di notte, l'ospedalizzazione parziale, l'ospedalizzazione del fine settimana, le organizzazioni di autoaiuto.

Alla fine degli anni Cinquanta l'introduzione dell'approccio sistemico porta a vedere nei disturbi alcolcorrelati la conseguenza, oppure l'origine, delle difficoltà familiari (Hudolin Vl., 1975; Hudolin Vl. e coll., 1985, 1988). Se si sposta lo sguardo dal sistema famiglia alla comunità locale e all'ambiente di lavoro i disturbi alcolcorrelati vengono visti come conseguenza dell'alterazione dei rapporti ecologici, appunto nell'ambiente sociale e di lavoro. Si parla allora di approccio ecologico o verde dell'alcolismo.

Oggi all'approccio della psichiatria sociale si preferisce l'approccio della psichiatria ecologica o verde, in quanto è più vicina alla realtà l'idea che i disturbi alcolcorrelati abbiano origine in rapporti disturbati all'interno dell'ambiente sociale e di lavoro. Allo stesso modo si possono spiegare anche gli altri disturbi comportamentali. È opinione diffusa che i programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati debbano essere inclusi nei programmi territoriali di protezione della salute. Tutti i programmi territoriali devono includere l'impegno alla promozione della qualità della vita. Combattere per questo significa combattere per la salute.

Quando si parla di approccio ecologico non si intende riduttivamente la difesa del verde o degli animali, bensì la difesa della qualità della vita dell'uomo, la difesa della comunità per metterla in grado di assicurare all'uomo i suoi fondamentali diritti umani e in primo luogo la libertà. Per questo motivo ci sembra preferibile parlare di approccio verde, per la connotazione politica, nel

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

senso ampio e umano, del termine.

I programmi per il controllo dei disturbi alcolcorrelati dovrebbero essere fondati su teorie largamente accettate dal gruppo sociale, dovrebbero avere costi ragionevoli e una certa corrispondenza con il momento storico, così da essere sostenuti adeguatamente dalla società, in altre parole suscitare consenso. Solo insistendo su un'educazione sanitaria diffusa su larga scala si può pensare di arrivare a incidere sulla società fino a modificare lo stile di vita della comunità locale. E sappiamo che quando si ottiene un cambiamento nella cultura sanitaria, e non solo sanitaria, della comunità, ciò significa che si è raggiunta una migliore qualità della vita.

La prevenzione darà buoni risultati nel trattamento dei disturbi alcolcorrelati solo nel caso in cui riuscirà a far diminuire il consumo di alcolici. Deve essere chiaro che bere alcolici è un comportamento a rischio.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Quarta Parte:

I Club degli alcolisti in trattamento

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo primo

STORIA E SVILUPPO DEI CLUB

Cenni storici

I primi Club degli alcolisti in trattamento sono nati nel 1964 a Zagabria; successivamente si sono diffusi in Croazia e quindi in tutta la Jugoslavia (Hudolin Vl., 1982). A partire dal 1970 la Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze dell'ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic" accolse le prime richieste di trattamento avanzate da cittadini italiani, provenienti soprattutto da Trieste e dalle zone limitrofe. All'aumentare delle richieste sorse il problema di organizzare il trattamento territoriale di queste persone e delle loro famiglie nei Club. Da principio furono inserite, pur con molte difficoltà, nei Club degli alcolisti in trattamento dell'Istria.

Nel frattempo si diede avvio anche in Italia alla formazione degli operatori attraverso corsi di sensibilizzazione sul trattamento complesso o, come veniva allora definito, sul trattamento medico-psico-sociale. Il primo di questi corsi fu organizzato alla fine del 1979 presso l'Ospedale generale di Udine. Da allora si sono tenuti molti corsi, ivi compresi dei corsi di perfezionamento, delle vere scuole di alcologia denominate scuola di sei mesi o corso delle 300 ore (Hudolin Vl., Devoto A., Rosolen N., Divelec G., 1985). Fino ad oggi sono stati aperti circa 1300 Club presenti in tutte le regioni d'Italia e sono stati istituiti molti servizi alcologici, dispensari, ospedali di giorno e programmi territoriali che ricomprendono attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Si sono stabilite proficue iniziative di collaborazione tra le associazioni dei Club e i programmi territoriali pubblici. Si è così venuta a costituire una fitta rete territoriale di punti di appoggio nella protezione e nella promozione della salute per il controllo dei problemi alcolcorrelati. Il Club degli alcolisti in trattamento rappresenta il punto centrale del programma complesso ecologico o verde, in particolare nel trattamento delle famiglie con problemi di alcolismo.

L'idea di risolvere determinati disturbi comportamentali o psichici o anche fisici lavorando con gruppi di persone che hanno lo stesso problema è nata già

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

prima della seconda guerra mondiale. È in questo periodo che Bierer J. avvia i primi esperimenti con quelli che lui chiama i Club socio-terapeutici per ammalati mentali (Bierer J., 1948). Gli alcolisti cominciano relativamente presto a riunirsi per affrontare più agevolmente i problemi dovuti all'alcolismo. Come detto, nel 1935 ad Akron, negli Stati Uniti d'America, nasce l'Associazione degli Alcolisti Anonimi (*Alcoholics Anonimous,* 1976). Nel frattempo si rafforza l'approccio medico all'alcolismo, che sempre più tende ad essere considerato una malattia. Dalla fine della guerra si assiste ad una forte pressione per il riconoscimento ufficiale dell'alcolismo come malattia. Anche le organizzazioni di alcolisti, soprattutto gli Alcolisti Anonimi, difendono il concetto di alcolismo come malattia.

In Jugoslavia, nel dopoguerra, la Croce Rossa si fa carico di intraprendere su scala nazionale un programma per il controllo dei disturbi alcolcorrelati (1954). Vengono costituite le cosiddette Commissioni comunali per la lotta contro l'alcolismo. Risale a questo periodo l'inizio delle ricerche epidemiologiche sull'alcolismo presso la Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze dell'ospedale universitario "Dott. M. Stojanovic", in collaborazione con la Croce Rossa. Vengono elaborati i risultati delle prime esperienze di trattamento degli alcolisti. I metodi allora usati non permettevano di ottenere risultati positivi. La famiglia dell'alcolista veniva sì inclusa nel trattamento, ma solo come aiuto nella cura. Tutto quello che si faceva portava all'astinenza solo pochissimi alcolisti. E va detto che l'esperienza ha dimostrato che, indipendentemente dal trattamento in atto, anche se non si fa nulla, l'astinenza si ottiene nel 10-15% dei casi. Si parla in questi casi di "miglioramento spontaneo". Oggi si parla sempre più di questo concetto (American Psychiatric Association DSM-III-R, 1989).

All'inizio la maggior parte degli alcolisti sottoposti al trattamento erano anziani e quasi tutti, senza eccezioni, soffrivano di gravi patologie alcolcorrelate. Le ricerche condotte nella clinica di Zagabria hanno dimostrato la presenza di un quadro di atrofia cerebrale in oltre il 90% degli alcolisti trattati (Hudolin Vl., 1962, 1980). Le ricerche epidemiologiche dal canto loro hanno indicato la grande diffusione dell'alcolismo tra la popolazione: circa il 15% di alcolisti e circa il 15% di bevitori problematici fra i maschi adulti. Questi dati dimostravano la necessità di organizzare programmi territoriali nei quali fosse inclusa la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

I dati raccolti suggerivano di iniziare ricerche più approfondite e di organizzare programmi specifici per il trattamento degli alcolisti utilizzando approcci alternativi all'ospedalizzazione tradizionale. È stata attivata una rete di Club sul territorio e all'interno dei luoghi di lavoro. Inoltre è stato curato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

l'aggiornamento continuo degli operatori professionali e si è fatto ricorso ad operatori volontari. Nel 1975 sono stati introdotti l'approccio ed il trattamento familiare nei Club degli alcolisti in trattamento. Nelle repubbliche, nelle regioni, nei centri più importanti sono state costituite le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento. In Croazia l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento è stata chiamata a far parte della Lega per la protezione e la promozione della salute mentale.

Considerazioni generali

Il Club degli alcolisti in trattamento si basa sul programma complesso ecologico, o verde, di controllo dei disturbi alcolcorrelati. Poiché in Italia vi sono attualmente circa 1300 Club in attività, ci sembra ovvio dedicare un'ampia parte del volume a questa realtà.

Le difficoltà che si incontrano nel lavoro nei Club e nei programmi territoriali derivano in particolare da un malinteso di fondo: ci si continua a basare sulla tradizionale visione medica del problema o si vorrebbe tornare a quel modello.

L'alcologia, a differenza di dieci anni fa, è un campo di lavoro sempre più ambito per i professionisti. È sufficiente un dato: negli ospedali della Croazia, che ha una popolazione di 5 milioni di abitanti, vi sono più di 900 posti letto per alcolisti. Non sono compresi in questo numero i posti letto occupati da alcolisti ricoverati in altri reparti per varie complicanze, ma che non sono stati ricoverati per alcolismo e neppure sono stati avviati al trattamento complesso.

Ciò significa che in alcuni ospedali vi sono operatori il cui posto di lavoro è "garantito" dagli alcolisti. In Croazia vi è un gran numero di medici e di altri professionisti che hanno ottenuto alti riconoscimenti scientifici e un'elevata posizione professionale proprio grazie all'alcologia. L'interesse per l'alcologia cresce, nonostante i medici vengano ancora formati tradizionalmente. Purtroppo accade ancora che l'alcolista sia visitato e curato da professionisti che di alcolismo sanno poco e che non sono a conoscenza delle possibilità di trattamento offerte dai Club degli alcolisti e da altri programmi alternativi. Il compito di fondare i Club e di formare gli operatori dovrebbe spettare ai medici, che però spesso hanno poche conoscenze in merito ed una esperienza pressoché nulla. La cura ospedaliera degli alcolisti permette di salvare un buon numero di posti letto, posti letto che in molti Paesi si trovano a dover fare i conti con la riforma sanitaria e le relative riduzioni proprio di posti letto. Nella maggior parte dei Paesi la specializzazione in alcologia permette di ottenere un'alta posizione professionale e considerazione scientifica.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Molti Club esistono solo sulla carta, nel senso che sono definiti Club degli alcolisti in trattamento, ma in realtà per mancanza di operatori preparati e costantemente aggiornati l'approccio viene fatto con la tradizionale ottica medica e nella sostanza non cambia nulla. Il Club invece richiede la demedicalizzazione e la depsichiatrizzazione del trattamento e questo vale per l'intera alcologia contemporanea. Ciò non significa che non debbano esistere reparti ospedalieri e posti letto di alcologia. Il ricovero ospedaliero in alcologia richiede però un'indicazione chiara e precisa. Può capitare che l'alcolista che non necessita di ricovero ospedaliero venga ricoverato, mentre vi è un gran numero di alcolisti che avrebbero assoluta necessità di essere curati in ospedale e che muoiono perché non vi è nessuno che li motivi e li indirizzi al trattamento adeguato. Alle volte si ha la sensazione che si ricorra al trattamento ospedaliero più per riempire posti letto che non per curare l'alcolista e la sua famiglia.

I Club vogliono sottrarre l'alcolista al trattamento medico tradizionale che lo estrania dalla comunità e non dà risultati soddisfacenti. Il trattamento dell'alcolista e della sua famiglia deve essere fatto, quando possibile, al di fuori dell'ospedale, nel territorio. Invece l'ideologia medica sostiene che il ricovero ospedaliero è sempre indicato, perlomeno all'inizio del trattamento. È chiaro che chi afferma questo lo fa per difendere dei posti letto e per non dover lavorare sul territorio: dimostra così quale considerazione abbia per l'alcolista e la sua famiglia. Succede spesso che né l'ospedale, né il personale che aveva in cura l'alcolista e la sua famiglia mostrino interesse per quello che attende l'alcolista al di fuori dell'ospedale e, dopo le dimissioni, sembra quasi che aspettino una ricaduta e un nuovo ricovero. A favorire questa discutibile modalità di trattamento è anche l'inadeguatezza della legislazione, a tutti i livelli, sia nazionale che locale, sia sui servizi sanitari che su quelli sociali.

Il trattamento e la riabilitazione dovrebbero essere intrapresi, parallelamente alla prevenzione primaria, dai medici di base e dalle loro équipe. Invece all'interno dei servizi sanitari di base troviamo medici che, per la formazione che hanno avuto, sono abituati a curare più che a promuovere la salute e sono quindi orientati esclusivamente alla terapia. Nessuna riforma sanitaria cambierà la situazione se non verrà modificata la formazione del medico di base e se non si introdurrà il principio che il servizio sanitario di base va retribuito per la salute che offre piuttosto che per la malattia che cura. Oggi si torna a discutere del trattamento medico tradizionale e della riabilitazione degli alcolisti dimenticandosi che tutti questi trattamenti tradizionali sono già stati sperimentati, che sono ormai superati e che alla prova dei fatti non hanno dato risultati positivi.

Possiamo fare un paragone fra il trattamento degli alcolisti e la scuola elementare. È un maestro stimato e apprezzato quello che, con molta caparbietà

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e con infinita pazienza, ogni anno, insegna ai bambini della prima a leggere e a scrivere, incominciando sempre dalla lettera "a". Senza saper leggere e scrivere non può esserci né crescita, né maturazione. Per l'alcolismo è la stessa cosa: bisogna sempre iniziare il trattamento dalla lettera "a", che in questo caso è il primo colloquio. Nessuna nuova tecnica può far sì che questo passo iniziale venga eliminato o sostituito. È normale che nel Club sopraggiunga il momento della crisi, in cui la tensione cala e l'impegno si affievolisce: bisogna resistere alla tentazione di tornare al trattamento tradizionale, tentazione che è forte anche se si sa che questo trattamento non dà risultati positivi. Molti vorrebbero cominciare dall'ultima lettera dell'alfabeto.

Il modello medico non si preoccupa del trattamento permanente nel Club. Le esperienze fatte hanno dimostrato che la frequenza è necessaria per tutta la vita. Inizialmente si richiedeva all'alcolista e alla sua famiglia di frequentare il Club per almeno 5 anni, trascorsi i quali si riteneva concluso il processo di cambiamento del comportamento e la famiglia lasciava il Club. Oggi si ritiene sbagliata questa proposta. I primi 5 anni servono all'alcolista soltanto per avviarsi al nuovo stile di vita. Non sono rare le ricadute dopo 5 o anche più anni di astinenza. Se l'alcolista non mantiene il nuovo stile di vita sono possibili ricadute anche dopo 10 anni di astinenza. È questo il motivo per cui al IV Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento dell'Italia e della Jugoslavia, tenutosi a Treviso nel 1988, è stata accolta la proposta di richiedere la frequenza al Club per almeno 10 anni.

L'alcolista entrato nel Club accetta di iniziare un nuovo stile di vita e quando è ben avviato in questa direzione non c'è motivo di cambiare e lasciare un modello così positivo e vantaggioso. Del resto l'abbandono del Club, che nei periodi difficili è stato l'unico sostegno dell'alcolista e della sua famiglia, può essere l'avvisaglia di una ricaduta. Nel trattamento degli alcolisti, se è relativamente semplice ottenere l'astinenza, molto più difficile è ottenere un cambiamento comportamentale e il perdurare sia in questo che nell'astinenza. Molti alcolisti smettono di bere, ma non modificano il proprio comportamento se i programmi non sono condotti correttamente: si ha l'impressione che in tal modo non vi sia alcuna possibilità di riuscita. Anche i membri della famiglia, in quanto parte di una omeostasi disfunzionale[1] devono, assieme all'alcolista,

[1] L'omeostasi disfunzionale è un modello che mantiene lo status quo nella famiglia dove è presente un disturbo nei rapporti interfamiliari. In questi casi il mantenimento di una omeostasi sia pur disfunzionale garantisce il sistema familiare dalla disgregazione. Questo modello si alimenta con la designazione di un membro della famiglia quale ammalato, il cosiddetto paziente designato, al quale saranno attribuite tutte le colpe dei disagi della famiglia. La crescita della famiglia si arresta e si ha un'inversione nei ruoli, come ad esempio, quando il padre di famiglia alcolista non è in grado di provvedere al mantenimento della famiglia.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

abbandonare il proprio modello comportamentale (Jackson D.D., 1959). Devono anche loro smettere di bere e diventare astinenti.

Il Club è il luogo dove la famiglia dell'alcolista trova un sostegno nella ricerca di un nuovo stile di vita e nell'abbandono del vecchio modello comportamentale, che recava sofferenze e disagi. Si può chiamare cura questo sostegno che il Club dà alla famiglia? E la persona, l'operatore, che catalizza questo processo è un terapeuta nel senso classico del termine? È inevitabile e giusto porsi questi interrogativi e in questo manuale dobbiamo dedicarvi la dovuta attenzione.

Al I Congresso italo-jugoslavo dei Club degli alcolisti in trattamento, svoltosi a Opatija, in Jugoslavia, nel 1985, si è proposto di considerare l'alcolismo come un particolare modello di comportamento, come uno stile di vita e non come una malattia in senso classico (Hudolin Vl., 1985). L'idea non è nuova, solo che in precedenza era legata all'ottica moralistica sull'alcolismo e sul consumo di bevande alcoliche in genere. Poiché l'alcolismo, se non sono presenti complicanze, non è una malattia nel senso stretto del termine, neppure il trattamento nel Club degli alcolisti può essere considerato alla stregua di una cura medica, in senso stretto; dunque l'operatore che catalizza, all'interno del Club, questo processo di cambiamento comportamentale non è un terapeuta, a prescindere dalla sua qualifica professionale. A rigore non si dovrebbe neppure parlare di "conduzione" del Club, perché nel termine è implicita l'idea di potere: nel Club le relazioni interpersonali non devono essere fondate su rapporti di forza, ma sull'amicizia, sulla solidarietà, sull'amore, sul senso di appartenenza, sull'uguaglianza e sulla convivenza.

Anche se l'alcolismo, complicanze a parte, non è una malattia nel vero senso della parola, tuttavia non indica neppure una condizione di salute, secondo la definizione formulata di recente dall'OMS. Ciò significa che si tratta di un comportamento a rischio e come tale richiede un interessamento sanitario. Teniamo presente che la mancanza di adeguati servizi territoriali per il trattamento dell'alcolista e della sua famiglia comporta per l'alcolista assenze dal lavoro e la necessità di ricorrere al trattamento ospedaliero, con costi sociali non indifferenti.

La formazione di base per il lavoro nel Club è stata fatta sino ad ora con un corso breve di sensibilizzazione in cui vengono fornite le nozioni di base sull'alcolismo e descritti i modelli pratici più semplici di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e di lavoro nel Club. Sarebbe ingenuo e sbagliato sostenere che tutti i processi che avvengono nel Club sono da intendere come psicoterapia. Non si può insegnare la psicoterapia in corsi di 5 giorni. Sappiamo che lo studio della psicoterapia richiede anni e che l'attività in alcologia richiede, nei

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

casi più complicati, una lunga specializzazione. Per questo motivo preferiamo parlare di operatore e non di terapeuta a proposito della persona che nel Club funge da catalizzatore, indipendentemente dalla sua qualifica professionale.

Nel Club non si consegue la riabilitazione sociale dell'alcolista, che deve essere realizzata nella vita reale. Questo principio è sostenuto da validi argomenti. Bisogna evitare che l'alcolista sfrutti la propria astinenza e la propria attività nel Club per dimostrare la propria riabilitazione. La riabilitazione sociale va giudicata sulla base delle interazioni nella famiglia e nell'ambiente sociale e di lavoro, non sulla base delle interazioni tra i membri del Club. Il Club non è una società nella società, ma è parte integrante dell'ambiente sociale e di lavoro e uno dei nodi fondamentali della rete territoriale di protezione e promozione della salute. Non deve diventare una specie di ospedale psichiatrico aperto, un luogo di separazione dalla società. L'alcolista non dovrebbe dipendere più né dall'alcol né dal Club, né dagli operatori del Club. Non deve separarsi dall'ambiente in cui vive e lavora. Un alcolista che ha smesso di bere e che partecipa attivamente alla vita del Club non dovrebbe suscitare più stima di un non alcolista che si è sempre mantenuto sobrio: sarebbe una società ben strana quella in cui è meno stimato chi non è alcolista e ha lavorato sempre senza avere problemi e senza avere bisogno del Club.

L'esperienza insegna che molte volte, anche dopo aver raggiunto l'astinenza, l'alcolista cerca di sottrarsi ai propri obblighi civili, non rispetta gli impegni di lavoro, cerca un'occupazione dove possibilmente si lavori poco, si disinteressa del Club. Significa che, anche se astinente, non ha modificato il proprio stile di vita. L'astinenza dal bere non è sufficiente a indicare una modifica del comportamento. Vi sono alcolisti che hanno smesso di bere, ma poco o nulla è cambiato nel loro stile di vita. Può capitare che l'alcolista smetta di bere, ma non abbia inserito la famiglia nel processo riabilitativo. Noi riteniamo l'alcolista una persona come tutte le altre, né migliore, né peggiore, e il nostro rapporto con lui dipende non tanto dal suo comportamento nel Club, ma da quello in famiglia, sul lavoro e nella comunità. L'abbiamo già detto e lo ripetiamo: è molto facile smettere di bere; molto più difficile è mantenersi astinenti nel tempo e cambiare il proprio stile di vita. Poiché la riabilitazione dell'alcolista e della sua famiglia si fa con un trattamento basato sul modello dell'autoaiuto e dell'aiuto reciproco nel Club, il lavoro nel Club è una delle tecniche sulle quali gli operatori socio-sanitari devono costantemente essere aggiornati. Questo metodo di lavoro non è più gravoso e nemmeno più complicato di altri. È sufficiente conoscerlo ed essere motivati. Non si può conoscere questo metodo esclusivamente a livello teorico; come tutte le attività che si fanno in gruppo, ad esempio la psicoterapia, si acquisisce col lavoro pratico, quotidiano. È una metodologia

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

che si impara facendo. Chi aspetta di impararla per metterla in pratica, non incomincerà mai.

Durante il lavoro nel Club degli alcolisti in trattamento non bisogna mai perdere la pazienza. Non ci si può illudere di risolvere tutti i problemi di una famiglia in pochi giorni. Ricordiamo che la prima fase della riabilitazione dura almeno 5 anni. Perciò bisogna continuare a lavorare anche nel caso in cui non si riesca a ottenere l'astinenza subito dopo l'inserimento nel Club o a distanza di settimane o mesi: si tratta di un problema che data da anni e che richiede un trattamento prolungato. Trascorsi i primi 5 anni di trattamento, nei 5 anni successivi la famiglia cerca di stabilizzare lo stile di vita acquisito; dopo di che continuerà la sua collaborazione col Club in quanto membro attivo della comunità nella protezione e promozione della salute.

All'inizio del trattamento si fa il primo colloquio. Il primo colloquio viene svolto individualmente o, se è possibile, con tutta la famiglia. Se non è possibile avere la presenza contemporanea di tutti i membri della famiglia l'operatore inizierà il trattamento con quelli presenti, comportandosi come se lavorasse con l'intero gruppo familiare. Lo scopo del primo colloquio è anzitutto di rafforzare la motivazione al trattamento.

Si è molto discusso e si discute tuttora sulla durata dell'approccio familiare allargato. L'approccio familiare deve durare fino al momento in cui nella famiglia scatta il meccanismo dell'autoprotezione. Da qui in poi si può continuare il trattamento anche solo con il gruppo familiare ristretto. Il partner e i figli dell'alcolista continueranno a frequentare il Club per stabilizzare il cambiamento comportamentale. Quando la situazione familiare si sarà stabilizzata non sarà più necessario che i figli frequentino il Club, se autonomamente decidono diversamente. Può essere che ai figli piaccia l'attività del Club, che vi trovino degli amici, si sentano stimolati nel loro processo di crescita e nella soluzione di problemi personali e decidano di continuare a partecipare alle riunioni del Club. Non ci risulta che dei figli siano stati eletti come presidenti del Club, ma non si vede perché così non debba essere. Anzi sarebbe bene il contrario. Qualche volta vengono inserite nel Club anche persone significative per la famiglia o per l'ambiente in cui la famiglia vive: amici, compagni di lavoro, ecc. Anche per loro vale quanto è stato detto a proposito dei familiari: devono essere astinenti e costanti nella frequenza.

Al termine del primo colloquio si chiede all'alcolista e alla sua famiglia di confrontarsi con il Club. Saranno loro a scegliere il momento. Talvolta vi sono difficoltà oggettive, riguardanti ad esempio la sede del Club, la scelta del giorno e dell'ora, la mancanza dell'operatore. È sufficiente un po' di buona volontà per risolvere tutti questi problemi.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo secondo

ASPETTI METODOLOGICI E ORGANIZZATIVI

Le premesse indispensabili

Il Centro per lo studio e il controllo dei disturbi alcolcorrelati e delle altre dipendenze della Clinica di neurologia, psichiatria, alcolismo e altre dipendenze dell'ospedale universitario"Dr. M. Stojanovic" di Zagabria è stato inaugurato ufficialmente il 1° aprile 1964. A quella data risale l'introduzione dell'approccio complesso di trattamento e riabilitazione degli alcolisti e l'idea dei Club degli alcolisti in trattamento. All'inizio l'organizzazione dei Club ha incontrato numerose difficoltà e resistenze, che ancora non sono state completamente superate. Le resistenze alla costituzione dei Club all'inizio provenivano dagli ambienti più disparati: dagli esperti, dalla società, dagli stessi alcolisti e dalle loro famiglie. Forse a chi oggi inizia ad occuparsi di disturbi alcolcorrelati può sembrare comunque difficile intraprendere un lavoro di questo genere. Certo anche oggi esistono difficoltà che ostacolano l'organizzazione e il lavoro dei Club, però non sono assolutamente paragonabili a quelle di 25 anni fa.

Le esperienze fatte dal 1964 ad oggi sono in parte esposte in questo manuale. Il Club come luogo di trattamento sembra oggi una cosa logica e chiara. Questo libro ha il compito di trasmettere ai lettori, a chi già lavora nei Club, e a chi si sta preparando a farlo, quanto sia semplice questo metodo. Dal 1964 ai giorni nostri è cambiato l'approccio all'alcolismo e in genere ai disturbi alcolcorrelati; tutta la società si rapporta oggi in modo diverso nei confronti dell'alcolismo e degli operatori che se ne occupano. Oggi l'alcolismo è accettato come ogni altro disturbo e l'alcolista non porta più il marchio di individuo bollato ed emarginato dalla società. Abbiamo già detto che il concetto di malattia, applicato all'alcolismo, è peraltro oggetto di discussioni e di opinioni diverse.

Gli operatori che hanno iniziato a lavorare nei Club degli alcolisti in trattamento 25 anni fa avevano pochissime conoscenze sia sull'alcolismo che sui disturbi alcolcorrelati. Secondo l'ottica di quel periodo, l'alcolismo era un problema morale che riguardava essenzialmente individui ai margini della

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

società e che veniva perciò rilevato solo quando già si potevano osservare gravi disturbi fisici e psichici.

Prima del 1964, anno in cui è stato costituito il Centro di Zagabria, in Jugoslavia la cura degli alcolisti consisteva nella cosiddetta disintossicazione che avveniva in ospedale e al termine della quale l'alcolista veniva dimesso con il consiglio di bere di meno. Qualche volta, in presenza di gravi disturbi psichici o comportamentali, l'alcolista veniva anche internato per un periodo prolungato in ospedale psichiatrico, oppure in qualche istituto specializzato. In questi istituti non si curava l'alcolismo, ma ci si limitava a cercare di evitare all'alcolista per un periodo prolungato il contatto con l'alcol. Solo in pochi Paesi l'alcolismo era considerato come malattia e vi era quindi l'esigenza prioritaria di assimilarvelo per fargli acquisire dignità sanitaria e copertura assicurativa. La prevenzione primaria dell'alcolismo in quel periodo veniva svolta sostenendo il bere moderato come modello comportamentale socialmente accettato.

Abbiamo iniziato ad organizzare i Club degli alcolisti in trattamento nel 1964; in quel periodo si cominciava a parlare di auto-mutuo-aiuto e di autoprotezione. Un tempo, se pure l'alcolismo veniva diagnosticato in una sua fase precoce, non era la dipendenza alcolica ad essere curata, ma solamente le complicanze alcolcorrelate, come ad esempio la cirrosi epatica, il delirium tremens, una grave intossicazione alcolica. Erano rari anche gli operatori esperti che volevano occuparsi degli alcolisti. In seguito, quando già erano sorti i primi Club degli alcolisti in trattamento, continuò ad essere estremamente difficile trovare operatori disponibili e qualificati. Questa situazione a tutt'oggi perdura invariata in molti Paesi. Ad esempio, in Jugoslavia sono ancora pochi i medici della medicina generale che lavorano nei Club degli alcolisti in trattamento. La situazione descritta è conseguenza sia della mancanza di educazione sanitaria che della limitata formazione che viene fatta in tutte le scuole professionali e nelle Università. Basta infatti dare uno sguardo ai manuali ad uso degli studenti di medicina, degli infermieri professionali e degli assistenti sociali per constatare la poca attenzione che viene prestata al problema. Questa situazione è un po' diversa in Jugoslavia, in quanto vi sono stati pubblicati molti manuali ad uso degli infermieri professionali, degli assistenti sociali e degli studenti in medicina, con una approfondita descrizione dei disturbi alcolcorrelati e delle altre dipendenze (Hudolin Vl., 1984, 1987 a, b, c).

Durante la formazione dei futuri operatori che si occuperanno di problemi alcolcorrelati, non viene chiesto loro, come le attuali acquisizioni scientifiche consiglierebbero, di modificare il proprio comportamento e il proprio stile di vita nei confronti del bere. Senza una propria posizione chiara nei confronti del bere e dell'alcolismo, è difficile lavorare correttamente nel campo alcologico; e del

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

resto questo discorso vale anche nella protezione e promozione della salute in generale. Lo studente impara in famiglia e nel suo gruppo sociale, e più tardi anche nel corso dei sui studi, ad accettare il bere moderato, adeguato, sociale, quale modello comportamentale e quale stile di vita appropriato. Secondo questa logica, l'alcolista finisce per essere considerato una persona anormale, moralmente discutibile, in quanto le persone normali bevono moderatamente. L'alcolismo diviene così caratteristica pressoché esclusiva dei gruppi marginali della popolazione senza che venga fatto il minimo sforzo per capire come mai queste persone sono diventate tali. È molto como-do per la società considerare il cosiddetto bere moderato un modello comportamentale accettabile e definire l'alcolista un fannullone, un buono a nulla, un emarginato. È un modo per difendere il bere, salvo poi accusare di immoralità chi beve in maniera problematica o diviene alcolista. In passato, spesso, la diagnosi di alcolismo dipendeva dalla posizione sociale dell'alcolista; questo è in buona parte vero anche oggi.

Se studiamo i dati relativi alla classe sociale e al livello di istruzione degli alcolisti in trattamento, riferiti ai primi anni dei nostri programmi alcologici, si vede chiaramente come la diagnosi di alcolismo dipendesse dalla posizione sociale della persona e non dai suoi comportamenti o dai disturbi che presentava. Solamente in un secondo tempo, quando i programmi di controllo dei problemi alcolcorrelati hanno cominciato ad essere diffusi ed accettati, si è iniziato a porre, sia pure non frequentemente, diagnosi di alcolismo anche fra persone di ceti sociali elevati; accadeva così, ad esempio, che persone con un titolo di studio universitario si inserivano nei programmi in una fase assai avanzata, quando già erano presenti lesioni irreversibili e comportamenti disturbati.

Studi effettuati su un grande numero di alcolisti hanno dimostrato che molto raramente fra gli alcolisti vi è un disturbo primario della personalità. L'alcolismo si ripropone spesso nelle famiglie nelle quali è già presente. Non è però un problema di ereditarietà: quello che si trasmette è un modello comportamentale già presente nella famiglia e che viene rapidamente accettato e imparato.

Molto raramente l'alcolismo si presenta quale conseguenza di un disturbo psichico o di un disturbo fisico primario, come, per esempio, negli stati depressivi, nell'achilia gastrica, o in altre situazioni diverse. In questi casi si parla di alcolismo secondario. Diagnosi, cura e trattamento sono specifici e differiscono in parte da quelli degli alcolisti affetti da alcolismo primario. Ma di questo abbiamo già detto nel relativo capitolo. Un tempo nemmeno l'alcolista era messo in condizione di capire il proprio disturbo, di accettare la diagnosi di

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alcolismo e i relativi trattamenti che gli venivano proposti. Ancora oggi, abbiamo degli alcolisti che rifiutano il trattamento per paura di essere etichettati dalla società. Ad Akron, negli Stati Uniti, nel 1935, due alcolisti, Bill e Bob[1], costituiscono il primo gruppo di Alcolisti Anonimi. Come abbiamo già detto gli Alcolisti Anonimi sono dell'opinione che l'alcolismo è una malattia che può essere compresa dall'alcolista molto meglio che da chiunque altro; per questo rifiutano l'aiuto di operatori professionisti. Nel 1935 questo rifiuto aveva valore di pura dichiarazione di principio in quanto i professionisti non offrivano il proprio aiuto. L'anonimato serviva all'organizzazione degli Alcolisti Anonimi per impedire che l'alcolista usasse la sua appartenenza all'organizzazione per i propri interessi e non come oggi molti credono per proteggere l'anonimato dell'alcolista.

Dopo la seconda guerra mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha introdotto una nuova definizione del concetto di salute e la sua protezione è stata vista come un fondamentale diritto dell'uomo. Ciò ha significato includere il controllo dei disturbi alcolcorrelati nei programmi di protezione sanitaria generale. La salute veniva definita come stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o dei suoi sintomi. In base a questa definizione non esiste una salute ideale e perfetta; il concetto di salute diviene multifattoriale e può essere sempre migliorato. Oggi la protezione sanitaria include naturalmente la prevenzione primaria, secondaria e terziaria che vengono contemporaneamente poste in essere nelle comunità dove l'uomo vive e lavora.

Secondo la definizione attuale il concetto di salute viene ad essere praticamente sinonimo di qualità della vita. Attualmente si discute molto sui disturbi alcolcorrelati, invece di parlare solamente dell'alcolismo, che è il più grave di questi disturbi come risulta evidente dai dati epidemiologici che sono già stati presentati. Il modo di affrontare i disturbi alcolcorrelati dipende da numerosi fattori e muta nel tempo. Nell'ambito del programma di controllo dei disturbi alcolcorrelati si cercano metodi con i quali intraprendere con successo la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo. La miglior cosa è valersi proprio dell'approccio ecologico o verde e organizzare programmi, sul territorio e nelle aziende di lavoro, che tengano conto dei concetti di autoprotezione e di auto-mutuo-aiuto. Se in una comunità sono presenti, in maniera significativa, comportamenti sociali a rischio, significa che l'equilibrio ecologico è alterato. La

[1] Nel rispetto del principio dell'anonimato la letteratura li descrive sotto questi nomi. Oggi, dal momento che entrambi sono deceduti, si possono pubblicare i loro nomi per intero: Bill è William Griffith Wilson e Bob è il dr. Robert Holbrosh Smith. Ho conosciuto Bill quando Bob era già morto.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

prevenzione consiste nel ricreare un giusto equilibrio ecologico. I disturbi legati all'alcol richiedono di essere seguiti là dove l'individuo vive e lavora. La prevenzione dipende in gran parte dal modo in cui la comunità guarda al bere, dal modo in cui viene giudicato l'alcolista, dalla qualità della vita di quelle comunità e dal particolare momento storico.

Oggi non basta rivolgere l'attenzione al trattamento e alla riabilitazione degli alcolisti, ma bisogna prevedere un programma complesso che comprenda anche la prevenzione. Come sappiamo, l'incidenza e la prevalenza dei disturbi alcolcorrelati, in una data popolazione, dipendono dal consumo medio annuo di alcol anidro pro capite. Questo significa che più alto è il consumo, in una determinata popolazione, più numerosi saranno i disturbi alcolcorrelati sia in termini di incidenza che di prevalenza, e che solo limitando i consumi dell'alcol vi può essere un calo dei disturbi alcolcorrelati.

Naturalmente il consumo delle bevande alcoliche è condizionato da diversi fattori, di natura sociale, culturale e politica. Dopo la seconda guerra mondiale, nella maggior parte dei Paesi, si sono verificati importanti processi di democratizzazione. Questo ha spinto l'uomo a indagare sulle possibilità e sui limiti della propria libertà, sulle sue basi biologiche, psicologiche e spirituali e sui diritti umani fondamentali che assicurano queste libertà. Fra questi diritti hanno un posto particolare il diritto alla salute, il diritto all'equilibrio ecologico dell'ambiente e della società, il diritto alla protezione della salute e all'assistenza, nel caso in cui questa venga minacciata, ed infine il diritto alla pace. Nella ricerca più autentica della propria libertà e dei propri diritti l'uomo arriva alla consapevolezza che questi si possono realizzare solamente nella comunità in cui vive e lavora.

La comunità territoriale, a cui si fa riferimento in questo manuale, non è una dimensione amministrativo-politica, ma piuttosto quel complesso intreccio di rapporti emozionali che si creano fra la gente che in questa comunità vive e lavora. Per la singola persona non hanno alcuna importanza immediata gli avvenimenti mondiali, ma ciò che succede nella sua casa, nel suo vicinato, nella sua comunità e nel suo posto di lavoro.

La promozione della qualità della vita in questa comunità è la migliore garanzia per la salute. Se si pone rimedio ai disturbi ecologici e si crea un vero equilibrio bio-psico-sociale, si otterrà quello stato che l'OMS chiama salute, e si garantirà la crescita ulteriore e la maturazione di ogni membro della comunità e perciò della società intera. Si modella così gradualmente una comunità che cresce e progredisce, proiettata nel futuro; senza fughe e nostalgie ad un passato statico e superato. È chiaro poi che tutto questo, in termini generali, influenza anche gli avvenimenti internazionali e la situazione mondiale.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Per migliorare la qualità della vita occorre che ogni singolo individuo si assuma la responsabilità della propria salute, della salute della propria famiglia e della comunità nella quale vive e lavora; uguale responsabilità deve essere anche presa dalla comunità nel suo complesso. Questi sono i principi sui quali si basa il concetto di autoprotezione e di autoaiuto, secondo i quali tutti i membri della società, tutte le famiglie e le strutture sociali, hanno un determinato ruolo attivo. È così che si crea la rete territoriale di appoggio ai programmi di protezione e promozione della salute.

Fra i fenomeni che possono rappresentare un pericolo nel raggiungimento di un corretto equilibrio ecologico, vanno segnalati i disturbi comportamentali e i disturbi cronici; in base alla loro frequenza e alla loro gravità, provocano disagi, sofferenze e squilibri. Fra questi disturbi sono compresi anche quelli conseguenti al bere. Noi oggi tentiamo di risolvere questi disturbi in base alla teoria generale dei sistemi, studiando appunto i sistemi nei quali il disturbo si manifesta. Un tempo l'attenzione principale era rivolta al sistema familiare; oggi, oltre che alla famiglia, questa attenzione deve essere rivolta a tutti i sistemi che costituiscono la comunità. Il Club degli alcolisti deve essere organizzato sul territorio e nelle aziende di lavoro e in tutte le altre comunità dove gli uomini vivono insieme per un periodo di tempo prolungato, come, ad esempio, le carceri, le caserme, le case di riposo, ecc.

Principi e metodi di lavoro

Inizialmente nei Club il metodo di lavoro era basato sui principi della comunità terapeutica, che si è poi venuta organizzando nel tempo come comunità multifamiliare. Perché l'alcolista possa partecipare attivamente al trattamento è fondamentale che conosca bene il suo disturbo. Egli sa perfettamente cosa comporta il suo alcolismo nella vita di tutti i giorni e anzi, in questo, ne sa anche più dell'operatore. Però deve anche conoscere gli aspetti teorici del suo disturbo e deve essere aggiornato anche sulle più recenti scoperte scientifiche che interessano l'alcolismo. Per questo motivo, parallelamente al trattamento, l'alcolista viene informato ed istruito sul suo disturbo. L'alcolista acquisisce così le conoscenze fondamentali sull'alcolismo che vengono successivamente verificate mediante un esame.

Nello stesso tempo e congiuntamente il partner e i familiari, o qualche altra persona che ha il ruolo di familiare sostitutivo dell'alcolista nel trattamento, vengono inseriti nell'attività di gruppo e di formazione. Anch'essi devono superare l'esame finale di verifica. L'alcolista e la sua famiglia vengono adeguatamente istruiti su come sfruttare al meglio le proprie risorse personali

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

al fine della migliore crescita e della migliore maturazione all'interno del Club degli alcolisti in trattamento.

All'inizio del trattamento nel Centro l'alcolista viene inserito nel Club "pilota" che si trova presso lo stesso Centro e contemporaneamente egli e i suoi familiari sono invitati a prendere contatto e a farsi soci del Club che frequenteranno una volta terminato il trattamento. Oppure tutto il trattamento può iniziare direttamente nel Club. La cosa migliore è organizzare un corso di 10-20 ore per l'informazione e l'istruzione per le famiglie che si inseriscono nei Club del territorio. Si evita così di dover ripetere il ciclo delle lezioni ogni volta che una nuova famiglia entra nel Club e si permette allo stesso di dedicarsi interamente all'attività che gli è propria. Oggi abbiamo cominciato a organizzare le scuole territoriali per i nuovi membri e le nuove famiglie che entrano nei Club. In queste scuole ricevono l'educazione e l'istruzione di base tutte le famiglie, sia che siano entrate direttamente nel Club o che siano passate attraverso i servizi pubblici territoriali. La scuola sviluppa un programma basato su 10 incontri di 2 ore ciascuno, e ogni due anni dovrebbe organizzare, per tutte le famiglie incluse nei Club di un certo territorio, un breve corso di aggiornamento.

A tutt'oggi in Croazia sono stati costituiti numerosi Club degli alcolisti in trattamento con moltissimi alcolisti, familiari e operatori; a tutti deve essere garantita l'informazione e l'istruzione di base. Anche in tutte le altre repubbliche e nelle regioni autonome della Jugoslavia sono stati costituiti Club degli alcolisti in trattamento. Come abbiamo già detto, è anche nata l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento della Jugoslavia.

Nel 1979 è iniziata la collaborazione con i colleghi italiani allo scopo di organizzare anche in Italia dei Club degli alcolisti in trattamento. Oggi se ne contano 1300, distribuiti in tutte le regioni e organizzati nella Associazione italiana dei Club degli alcolisti in trattamento (AICAT). È stata costituita anche l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento dell'Italia e della Jugoslavia che ha organizzato finora sei congressi italo-jugoslavi.

Ogni Club lavora secondo il principio della comunità multifamiliare. Il numero massimo di famiglie, presenti in un Club, è di 12. Si può arrivare così ad una trentina di membri. Lo scopo fondamentale è ovviamente ottenere il cambiamento dello stile di vita delle famiglie coinvolte. L'incontro è a scadenza settimanale, lo stesso giorno e alla stessa ora.

I Club che operano in una determinata zona si incontrano periodicamente — noi suggeriamo a scadenza mensile — in una sede precisa: sono gli Interclub zonali. Di solito viene scelto un argomento di discussione. Questi incontri favoriscono la conoscenza e l'amicizia reciproca. Il contatto costante tra i diversi Club garantisce l'omogeneità della proposta di lavoro nel Club, permette lo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

scambio di esperienze, favorisce l'educazione sanitaria di un vasto gruppo sociale nella comunità. Questi incontri sono di fatto una comunità multifamiliare se pur con qualche modifica ed hanno un enorme valore ai fini del cambiamento dello stile di vita delle famiglie che periodicamente vi partecipano. L'incontro mensile ha in più una forte valenza emozionale-educativa e, come abbiamo visto, produce un cambiamento nella cultura sanitaria della comunità locale. Una volta all'anno si svolge il congresso nazionale dei Club. È l'Interclub nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento; affronta ogni anno una diversa tematica legata all'alcol e ai Club. Fino ad oggi in Jugoslavia si sono tenuti regolarmente i congressi e ogni appuntamento ha fatto registrare la presenza di alcune migliaia di persone.

I Club sono presenti e diffusi a rete, in tutto il territorio. Questo perché ogni alcolista possa avere un Club a non più di 20 chilometri dal luogo dove vive e lavora. I Club vengono costituiti nei comuni, nei comprensori e anche nei luoghi di lavoro. I Club svolgono anche attività sociali, ricreative, didattico-formative. In linea di massima è meglio però che le famiglie si inseriscano nelle normali attività organizzate dalle comunità locali; si evita così anche il rischio che l'attività nel Club porti all'alienazione e al distacco dalla comunità.

Una delle attività più importanti è il cosiddetto *patronage.* Si tratta di visite che i membri del Club fanno ad altri membri in difficoltà o che sono ricaduti. All'alcolista e alla sua famiglia è richiesta l'astinenza totale e duratura. Al lavoro nel Club partecipano operatori di varia professionalità: medici, professionisti diversi, operatori paramedici e volontari, naturalmente formati in modo adeguato.

La riabilitazione sociale dell'alcolista e della sua famiglia non si consegue nel Club, ma deve essere realizzata nella comunità locale. Il grado di successo della riabilitazione non si misura solo sulla base dell'astinenza, ma anche e soprattutto sulla base della qualità delle interazioni tra l'alcolista e la sua famiglia e tra l'alcolista e la società. L'alcolista può essere un membro molto attivo del Club, ma questo non basta a dimostrare la sua riabilitazione.

Il Club deve essere presente nella comunità locale e nel luogo di lavoro: cioè nei luoghi dove l'alcolista vive e lavora. Il Club non deve essere una realtà estraniata, separata, ma deve essere parte del programma della comunità per il controllo dei disturbi alcolcorrelati. Il Club si inserisce in questo programma con l'impegno di contribuire alla promozione della qualità della vita nella comunità locale e negli ambienti di lavoro. Diventa così un nodo fondamentale nella rete multidimensionale di protezione della salute e partecipa al cambiamento della cultura sanitaria della comunità in cui è inserito.

Il trattamento e la riabilitazione non hanno alcun senso se contemporanea-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

mente non si provvede all'attivazione di programmi di prevenzione primaria. Il Club va incluso in tali programmi e nelle attività di ricerca sia epidemiologiche che valutative e applicative. Le ricerche epidemiologiche permettono di organizzare programmi territoriali per il controllo dei disturbi alcolcorrelati e di quantificare il bisogno di operatori e i tipi di servizi necessari. Le ricerche valutative permettono di verificare costantemente i risultati del lavoro svolto. Le ricerche applicative studiano e sperimentano diverse nuove possibilità di approccio al problema. È chiaro che se il Club non è organizzato su base territoriale e non è presente negli ambienti di lavoro sarà in grado solo in parte di assolvere al suo compito. Vi sono Club in diverse istituzioni, in ospedale per esempio, o in zone molto estese e con eccessiva popolazione. Questi Club sono sì in grado di aiutare e sostenere gli alcolisti, ma non sono realmente integrati nella comunità e non ne possono migliorare la qualità della vita. Inoltre non possono partecipare efficacemente ai programmi territoriali. La riabilitazione che, ricordiamo, va conseguita nella società e non all'interno del Club, si rende, a questo punto, molto difficile, anzi è pressoché impossibile. Non sono naturalmente compresi in questo discorso i Club sperimentali e didattici, i cosiddetti Club pilota, organizzati nelle istituzioni che si occupano del trattamento degli alcolisti. I Club pilota servono a mostrare alla famiglia, mentre ancora l'alcolista è in trattamento presso la struttura ospedaliera o presso qualche altra struttura alternativa, come è possibile ricorrere al Club per proseguire il trattamento. Anche questi Club pilota devono basare il proprio lavoro sugli stessi principi dei Club territoriali e averne la stessa qualità. Anche in questi Club non si deve superare il numero di 12 famiglie. Nello stesso tempo le famiglie vengono inserite nei Club territoriali.

Il Club degli alcolisti in trattamento è una realtà viva, dinamica, integrata nella società. Nel lavoro si avvale costantemente dei risultati più recenti delle indagini scientifiche in campo medico, psichiatrico e sociale. Questo è possibile solo curando l'aggiornamento continuo degli operatori e dei membri del Club e garantendo la possibilità di scambi di esperienze tra gli operatori che lavorano in alcologia e fra i membri dei vari Club. La descrizione delle modalità di lavoro e delle difficoltà che si incontrano all'interno del Club e che abbiamo esposto in questo manuale hanno un valore limitato nel tempo: con l'aumentare delle conoscenze, deve cambiare anche l'approccio pratico ai problemi alcolcorrelati. Inoltre le esperienze fatte sul campo contribuiscono ad arricchire la metodologia del trattamento e le modalità di lavoro nei Club territoriali.

L'estraniazione del Club dal territorio e il distacco dall'ambiente scientifico possono essere le principali cause delle difficoltà che si possono presentare. Le difficoltà possono dipendere dai membri del Club, dagli operatori e dalla realtà

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

territoriale nella quale il Club è inserito. Le difficoltà possono presentarsi nel Club sia all'inizio che durante tutto il suo evolvere.

Gli operatori, sia professionisti che volontari, segnalano spesso le difficoltà che si incontrano nell'organizzare un Club degli alcolisti in trattamento, sia per la mancanza di tempo che per la necessità di assicurarsi il sostegno attivo delle istituzioni e dei servizi socio-sanitari. Bisogna infatti riconoscere che vi sono determinate difficoltà nell'organizzare un Club; il Club deve avere l'appoggio della comunità e in questo senso le difficoltà che si presentano oggi non sono nemmeno lontanamente paragonabili a quelle che si incontravano 30 anni fa.

Per poter costituire un Club sono sufficienti due famiglie nelle quali vi siano problemi alcolcorrelati e un operatore interessato e disponibile. Nel Club entrano poi sempre nuove famiglie e quando il loro numero arriva a 12, il Club si deve dividere; con un numero maggiore di famiglie il Club non potrebbe lavorare correttamente. La divisione deve essere effettuata in modo tale che gli alcolisti astinenti da lungo tempo e gli alcolisti astinenti da poco siano equamente distribuiti nei due nuovi gruppi. È bene che nello stesso Club vi sia equilibrio tra maschi e femmine, tra anziani e giovani. Il Club deve assomigliare alla comunità nella quale è presente. Una volta nato, il Club viene incluso nell'associazione territoriale o zonale dei Club degli alcolisti in trattamento; tutti i Club si riconoscono nell'Associazione regionale e in quella nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento.

La riunione di Club non deve durare più di un'ora, un'ora e mezzo, e nel corso dell'incontro bisogna dare la possibilità a tutti i membri di partecipare attivamente. Questo sarà possibile solo se il Club non è eccessivamente numeroso. Ogni membro del Club dovrebbe avere un suo incarico specifico: presidente, segretario, tesoriere, conduttore, responsabile del patronage, responsabile per le riunioni, ecc. In un Club troppo numeroso anche questo non sarebbe possibile.

I nuovi membri possono entrare direttamente a far parte del Club, o possono esservi inviati dal medico, dall'assistente sociale, dall'infermiere professionale, dagli amici, dai familiari, o ancora possono associarsi durante il trattamento ospedaliero o territoriale. I servizi che si occupano del trattamento degli alcolisti dovrebbero inserire i propri pazienti e le loro famiglie nel Club, se è possibile ancora prima dell'inizio del trattamento, ed in ogni caso appena il trattamento inizia. Se l'alcolista non può entrare subito nel Club perché il suo stato di salute non lo permette, i membri della sua famiglia devono essere invitati a farsi soci del Club; in un primo tempo parteciperanno agli incontri del Club anche senza la presenza del loro familiare ricoverato.

Numerose difficoltà nel lavoro con gli alcolisti e con il gruppo familiare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sorgono proprio per il ritardato inserimento nel Club. Come abbiamo già detto il trattamento nel Club ha carattere sistemico e richiede l'inserimento di tutta la famiglia. Se l'alcolista e i membri della sua famiglia raggiungono, con un qualche trattamento, una apparente tranquillità, sarà più difficile motivarli ad entrare nel Club. Quando un approccio inadeguato ha compromesso l'inizio del trattamento, l'operatore capace ed esperto dovrà provocare una nuova crisi e ripartire da capo. Quando l'alcolista si trova in una situazione di crisi è più facilmente motivabile al trattamento. L'inserimento dei familiari nel Club degli alcolisti può comportare molti problemi. Molto spesso i familiari ripetono di non essere alcolisti e di non vedere perciò la ragione di entrare nel Club. Questa difficoltà si può superare con un colloquio iniziale ben condotto con il gruppo familiare possibilmente al completo. Sarà più facile ottenerne la collaborazione se la famiglia è in una situazione difficile e desidera uscirne. Se l'alcolista, in qualche modo, ha superato la crisi, sarà molto difficile convincerlo ad iniziare il trattamento, e quindi bisognerà aspettare una nuova crisi, oppure, come abbiamo già detto, bisognerà provocarla. Sarà opportuno anche fornire ai familiari un'adeguata informazione sull'alcolismo e sul significato del trattamento.

Quando sono stati fondati i primi Club, gli alcolisti li evitavano nella convinzione che, associandosi ai Club, avrebbero peggiorato la loro situazione familiare e sociale, che già era grave. Anche in altri Paesi si sono avute esperienze simili: Sonnenstuhl J.W. (1986) ha descritto le difficoltà che si sono incontrate negli Stati Uniti a far accettare, nelle aziende, programmi destinati a persone con problemi e difficoltà emotive, ivi compreso l'alcolismo. La società deve farsi carico della protezione e della promozione della salute, al fine di assicurare una migliore qualità della vita nella comunità. Anche il controllo dei disturbi alcolcorrelati fa parte della protezione generale della salute. Sul territorio e nel mondo del lavoro, dove di regola dovrebbero essere attivati i programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, vanno predisposti anche i programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo terzo

IL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA

Di questo argomento abbiamo già diffusamente parlato in precedenti capitoli. Riprendiamo e in parte ripetiamo qui alcuni concetti per l'importanza essenziale che hanno nel lavoro del Club. Da molto tempo si è cercato di attivare la famiglia dell'alcolista, così come le famiglie di persone affette da disturbi comportamentali cronici, nel sostegno al familiare ammalato. Questa è ad esempio la modalità di lavoro degli Alcolisti Anonimi; diverso è l'approccio sistemico.

Verso gli anni Cinquanta un gruppo di giovani ricercatori, insoddisfatti dei risultati che si ottenevano nel trattamento tradizionale degli ammalati psichici, specialmente degli schizofrenici, introdusse la terapia familiare. In quegli anni si aveva già la consapevolezza che il disturbo cronico colpisce l'intera famiglia e non soltanto il membro che ne manifesta i sintomi.

Negli anni Sessanta, negli Stati Uniti, ha inizio il trattamento familiare. All'inizio il trattamento familiare era rivolto a famiglie al cui interno erano presenti casi di schizofrenia. Più tardi si è visto che questo trattamento si poteva applicare in tutte le famiglie dove si manifestavano disturbi comportamentali cronici. Quando poi tale tipo di trattamento è stato inserito nei programmi generali di protezione e di promozione della salute, ne ha ricevuto un forte impulso e un decisivo sviluppo.

Nel Centro per lo studio e il controllo dei disturbi alcolcorrelati di Zagabria il trattamento familiare degli alcolisti è stato introdotto nel 1964. I Club degli alcolisti in trattamento della Jugoslavia hanno discusso, nel Congresso tenutosi a Porec nel 1975 (Hudolin Vl., 1975), l'approccio familiare e il relativo trattamento. L'approccio familiare è basato sulla teoria generale dei sistemi descritta nel 1947 da von Bertalanffy L. (1950, 1956) e successivamente rielaborata da altri autori. Nel 1964, nel Centro di Zagabria, l'alcolismo era considerato una malattia che colpisce tutta la famiglia. In quel periodo è stato anche introdotto il concetto di familiare 'umido' e familiare 'secco', riferendosi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

con questi termini ai familiari che bevono e a quelli che non bevono e che partecipano congiuntamente alle interazioni familiari. Più tardi ci si è soffermati anche sull'analisi dello stile di vita della famiglia dell'alcolista. In questa logica è diventata necessaria la partecipazione di tutti i membri della famiglia nel trattamento e nella riabilitazione degli alcolisti e anche di quelle persone che hanno un significato particolare nella vita del singolo alcolista e della sua famiglia. Col tempo, il trattamento familiare è stato interpretato e supportato in vario modo. All'inizio, nel Centro per lo studio e il controllo dei disturbi alcolcorrelati di Zagabria si è prestata particolare attenzione al ruolo dei membri della famiglia e al cambiamento di questi ruoli in presenza di un caso di alcolismo. In seguito l'interesse si è spostato sulle comunicazioni fra i membri della famiglia, ed infine sulle loro reciproche interazioni. Anche altre teorie, fra cui quelle psicodinamiche, sono state utilizzate per spiegare le interazioni presenti nelle famiglie degli alcolisti e nel trattamento familiare. Non tutti gli alcolisti hanno problemi familiari di uguale gravità. Tuttavia, la maggioranza dei disturbi familiari degli alcolisti possono riproporsi in ogni famiglia. In molti casi i problemi e i disagi si possono risolvere già con il semplice inizio dell'astinenza, senza che venga fatto un particolare trattamento familiare.

Non tutti i problemi che si incontrano nelle famiglie degli alcolisti sono tipici dell'alcolismo; a volte vi sono disagi, a parte l'alcolismo, che richiedono un trattamento familiare specifico. Non c'è famiglia nella quale, di tanto in tanto, non si presentino delle difficoltà; però le difficoltà non vanno considerate sintomi di malattia, né richiedono necessariamente il trattamento o la terapia familiare.

Alcuni problemi si risolvono da soli, tanto che sembra quasi che la famiglia possieda un qualche meccanismo di protezione che scatta nel momento in cui si presentano le difficoltà. In qualche caso può essere un amico a far scattare questo meccanismo, con i propri consigli e i propri suggerimenti. Molti matrimoni si concludono con il divorzio anche se non vi sono problemi di alcolismo; e questo fatto non viene certo considerato come una malattia, né da parte dei coniugi, né da parte della società. E così dovrebbe essere anche per le famiglie degli alcolisti.

L'approccio familiare è consigliabile per tutti i casi di alcolismo. L'obiettivo è quello di riportare un minimo di tranquillità nella famiglia, e permettere così di prendere le decisioni giuste. Una volta che si riesce a far scattare il meccanismo automatico di protezione, l'approccio familiare ha esaurito il suo compito. Per approccio familiare si intende il coinvolgimento non solo dell'alcolista, ma di tutto il sistema familiare, che è in una situazione di disagio. In quest'ottica, tutti i membri della famiglia devono modificare il loro stile di vita, devono crescere e maturare. Come sappiamo non si tratta di un particolare

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

processo terapeutico, ma dell'insieme delle comunicazioni e delle interazioni che avvengono nella comunità multifamiliare che, non dimentichiamolo, è fortemente radicata nella comunità locale. In alcuni casi la comunicazione e le interazioni nella famiglia sono così deteriorate da richiedere un intervento di terapia familiare. La terapia durerà fino al momento in cui scatta il meccanismo di autoprotezione. È sempre bene suggerire alla famiglia di non prendere decisioni importanti all'inizio del trattamento nel Club, per darle così la possibilità di aspettare che scatti il meccanismo automatico di protezione.

Solo in un secondo tempo si richiederanno ai membri della famiglia attività, azioni e decisioni. Le soluzioni si troveranno con i primi cambiamenti nello stile di vita della famiglia. Con ciò non si vuole certo dire che la famiglia debba essere mantenuta nello statu quo e nemmeno che la soluzione che trova la famiglia debba sempre coincidere con la soluzione desiderata dall'operatore del Club. L'approccio familiare, come tutto il lavoro del Club, si basa sul noto principio del "qui ed ora", e richiede la formazione e l'aggiornamento permanente dell'operatore del Club.

La psichiatria classica cerca di ricomprendere il trattamento familiare nei costrutti teorici tradizionali. L'approccio familiare costituisce invece una nuova fase nello sviluppo della psichiatria e, dal momento in cui viene introdotto, la psichiatria non può più ritornare ai vecchi modelli di trattamento.

Nel Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento della Jugoslavia, tenutosi a Porec nel 1975, è stato introdotto nei Club il trattamento familiare, basato sulla teoria generale dei sistemi. In seguito il trattamento sistemico è stato sviluppato all'interno delle comunità dei Club, nei programmi alcologici ospedalieri ed extraospedalieri e nei programmi alternativi.

Quando si parla dell'approccio familiare, così come l'abbiamo descritto, bisogna stabilire se l'operatore nel Club deve essere passivo, oppure se deve partecipare in modo attivo alle interazioni del Club. Questa figura fondamentale può, ad esempio, dare consigli alla famiglia, e se sì, quali? L'operatore del Club dovrebbe avere un ruolo attivo e condurre il trattamento basandosi sul principio del "qui ed ora". Dovrebbe inserirsi nelle interazioni familiari per quanto gli consentono le sue conoscenze e le sue esperienze. L'operatore non deve dare consigli in modo diretto, soprattutto per decisioni importanti che spettano ai membri della famiglia e deve prestare particolare attenzione a tutti quei problemi che sono oggetto di importanti interazioni di coppia. L'operatore aiuta la famiglia a maturare le proprie scelte, scelte che la famiglia opererà in base alle proprie esperienze, trovando al suo interno le soluzioni più opportune e imparando nella comunità multifamiliare, scegliendo fra i vari tipi di soluzione offerti dalle famiglie nel Club le più adatte al suo problema.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Quando è stato raggiunto un risultato positivo, anche minimo, l'operatore può proporre alla famiglia un contratto terapeutico. L'operatore non deve permettere alla famiglia di continuare a cercare di ripetere le interazioni negative e disfunzionali caratteristiche della situazione precedente. La famiglia deve essere messa di fronte alla realtà, con lo sguardo rivolto al futuro e non al passato. L'approccio familiare si può imparare solamente realizzandolo, attraverso una lunga e quotidiana pratica di lavoro. Non si apprende sui libri, anche se è sempre utile leggere e studiare.

In questo manuale abbiamo parlato del trattamento familiare che in maniera più approfondita veniva descritto altrove (Hudolin Vl. e coll, 1985; Hudolin Vl., 1986). L'approccio familiare conduce ad una nuova operatività che si raggiunge lavorando nel Club, secondo questa logica. L'approccio non è diretto in modo unidirezionale verso l'alcolista, ma comporta comunicazioni e interazioni circolari che portano a cambiamenti anche nel comportamento dell'operatore.

Si fa spesso cenno alla necessità di evitare gli sbagli e gli errori. Bisogna però definire esattamente che cosa si intende per sbaglio in un tale modello di interazione, e in quale modo si può procedere ad una verifica. Le interazioni nel Club, ivi comprese quelle sbagliate, portano a situazioni di crisi, che non sempre sono negative. Spesso servono a smuovere la comunità multifamiliare, e quindi sono comunque un elemento di crescita e di maturazione.

Recentemente sono state introdotte alcune ulteriori modifiche nell'approccio familiare. È stato dimostrato che non si può ottenere un'efficace prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati senza ricorrere all'approccio multifamiliare. Col tempo si è dimostrata la necessità di coinvolgere la comunità locale e il mondo del lavoro, o perlomeno una sua parte, nell'approccio multifamiliare. In tal modo si rinforza la rete territoriale di protezione e di promozione della salute.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quarto

LA RICADUTA

Considerazioni generali

Per ricaduta si intende in genere un aggravamento o un nuovo episodio di una malattia. Quando si parla di alcolismo, per ricaduta si intende di solito il ritorno al bere. Se per alcolismo si intende invece un determinato modello comportamentale, in questo caso la ricaduta dovrebbe essere intesa come il ritorno a quel modello comportamentale che era presente prima di iniziare il trattamento. Con l'astinenza e la frequenza al Club il comportamento cambia. Quindi la ricaduta può anche intendersi come il ritorno al vecchio stile di vita, sia che si riprenda o che non si riprenda a bere.

Anche il ritorno al bere moderato o ad un comportamento esistente prima del trattamento da parte dei familiari sta a significare una ricaduta. I familiari all'inizio del trattamento smettono di bere e iniziano un nuovo tipo di comportamento; in seguito può succedere che, in presenza di una situazione di crisi o anche senza di questa, riprendano a bere o a comportarsi come prima. È quella che si definisce ricaduta familiare o di un membro della famiglia. Il ritorno al precedente modello comportamentale costituisce sempre una ricaduta, anche se nella famiglia non si è ripreso a bere. Tutti questi tipi di ricadute provocano situazioni di crisi negli alcolisti, nelle loro famiglie e nei Club.

Talvolta né il Club, né l'operatore riescono a capire quello che sta succedendo e assumono un atteggiamento aggressivo verso la famiglia o verso l'alcolista che è ricaduto. Così facendo però provocano soltanto ulteriori difficoltà. L'aggressività è particolarmente pericolosa quando è rivolta verso la persona che ha ripreso a bere e quando i membri del Club parteggiano per una parte della famiglia.

Per tutti questi motivi la ricaduta viene considerata una evenienza dolorosa e purtroppo molto frequente. Spesso, dopo l'iniziale astinenza, l'alcolista può ricadere. Per questo motivo, molti operatori sanitari rifiutano il trattamento degli alcolisti (Hartocollis P., 1964; Szasz T., 1966; Fehr H.D., 1976). La ricaduta

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

però non ha solo e sempre significato negativo. Essa può, per esempio, mobilitare le forze latenti dello stesso alcolista, della sua famiglia, del Club, dell'operatore e della comunità; dopo una ricaduta si può avere un trattamento più intensivo e un cambiamento comportamentale più accelerato.

La ricaduta è spesso considerata identica in tutte le situazioni; ma tra le ricadute esistono tante differenze quante sono le differenze fra gli alcolisti, fra le loro famiglie, fra i Club. Qualche volta la ricaduta è molto chiara, semplice, comprensibile; altre volte sarà molto difficile da comprendere e da accettare (Aubrion et coll., 1988). Come abbiamo detto, a volte la ricaduta può rappresentare un elemento positivo nell'attivazione dell'intero Club.

Se un fenomeno così tipico e per certi versi normale come la ricaduta non si manifesta, bisogna cominciare a dubitare dell'efficacia del lavoro nel Club. Può essere che ci troviamo in presenza di un Club chiuso, dove si incontrano un gruppo di vecchi astinenti, spesso alienati dalla società, i quali evitano di accogliere nuovi membri, anche per il timore che il Club venga diviso. In alcuni casi il Club non desidera occuparsi delle famiglie con frequenti ricadute, oppure considera chi ha ricadute un membro passivo a cui non vale la pena offrire appoggi. Quando questo succede è bene dividere immediatamente il Club, senza badare al numero dei suoi membri, e inserire in ognuno dei nuovi Club quelli che ricadono spesso. La situazione può essere risolta anche con una supervisione adeguata.

Se si considera positivo e importante, nel trattamento degli alcolisti, ottenere una astinenza completa e duratura, ogni assunzione di bevanda alcolica, anche minima, dovrebbe essere considerata una ricaduta. I comportamentisti, al contrario, sono dell'opinione che l'obiettivo sia quello di dare la possibilità all'alcolista di bere moderatamente; ciò significa non considerare ogni consumo di alcolici, anche minimo, una ricaduta. Essi affermano che è possibile che l'alcolista ritorni al bere moderato. Ulteriori indagini hanno dimostrato che questo invece non è assolutamente possibile (Ewing A.J., 1977). Quello che rende tipico l'alcolista è appunto l'impossibilità di poter controllare il proprio bere; ragion per cui ogni consumo di alcolici deve essere considerato una ricaduta.

La ricaduta può verificarsi molto presto, già nel corso della fase iniziale del trattamento o immediatamente dopo, oppure anche in qualsiasi momento successivo. Le ricadute, dopo quattro, cinque, dieci e più anni di astinenza, non sono cosa rara. Per questo vale la regola che il trattamento nel Club dovrebbe durare almeno 10 anni; anche dopo l'alcolista dovrebbe frequentare il Club, sia pure con ruoli e funzioni in parte diversi. È difficile, secondo una certa logica, dire che il trattamento si può concludere con il miglioramento dell'alcolista e

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

della sua famiglia. Nel corso del trattamento, alcuni disturbi fisici e psichici dell'alcolista possono attenuarsi o anche sparire; ciò però non ha alcun nesso con il problema fondamentale, che resta l'alcolismo e la sua evoluzione. Ad esempio, dopo alcuni giorni di cura, il quadro clinico del delirium tremens si risolve positivamente; questo non vuol dire però che il problema di fondo, che è il rapporto del singolo con l'alcol, sia mutato. Allo stesso modo, il ritorno alla sobrietà dell'alcolista non significa automaticamente la sua "guarigione".

La ricaduta può avvenire a causa delle caratteristiche dell'alcolista o delle influenze dell'ambiente sociale:

a) *Caratteristiche dell'alcolista.* L'alcolista, quasi sempre, chiede di iniziare il trattamento sotto la spinta di qualche problema psichico, fisico, familiare, o lavorativo, o magari per ordine del tribunale o della polizia. Nemmeno nei casi in cui l'alcolista si presenta volontariamente si può parlare di decisione volontaria nel vero senso della parola.
   Quando l'alcolista decide di iniziare il trattamento di solito sono già presenti gravi disturbi del comportamento e complicanze fisiche o psichiche. Nonostante tutto questo l'alcolista difficilmente potrà accettare il fatto che proprio lui deve rinunciare al bere, mentre gli altri possono continuare.
   Nella maggior parte dei casi, nonostante quanto dichiari a parole, l'alcolista decide di non bere solo per un determinato periodo, e dentro di sé è convinto che ritornerà a bere moderatamente una volta risolti i suoi problemi. Di solito incomincia con alcuni bicchieri di birra o di vino mescolati con bevande analcoliche e già lo stesso giorno, o il giorno seguente, o poco più avanti, ritorna alle quantità che assumeva prima di iniziare il trattamento. Se si desidera evitare queste situazioni bisogna che il trattamento, fin dal primo giorno, sia rivolto ad ottenere un reale cambiamento comportamentale. È bene che l'alcolista impari subito tutto questo e sappia come si manifestano le ricadute.
   Quando l'alcolista arriva al trattamento si trova di solito già nella fase delle cosiddette patologie sociali. In questa fase è cambiata la sua situazione familiare, egli si sente emarginato, abbandonato e solo anche all'interno della propria famiglia. Qualche volta il coniuge rappresenta il principale ostacolo alla riabilitazione. La ricaduta è spesso provocata proprio dal comportamento del coniuge. Non è raro il caso in cui anche il coniuge è un alcolista più o meno mascherato, oppure è un bevitore moderato che non è pronto ad accettare l'astinenza; tale circostanza potrà essere accertata solo con un attento colloquio familiare. In genere, in questi casi il membro non alcolista della coppia continua a ribadire la necessità del trattamento dell'alcolista; per

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

quanto lo riguarda, sostiene di non avere bisogno di nulla, poiché egli non beve. Allo stesso tempo opporrà una forte resistenza al consiglio di iniziare anch'egli l'astinenza.
Qualche volta l'alcolista, una volta ritornato alla sobrietà e acquistando coscienza della situazione nella quale si trova, cade in depressione e tenta il suicidio, oppure ha una ricaduta. Può anche accadere invece che l'alcolista decida di impegnarsi al massimo per porre rimedio quanto prima possibile ai danni provocatigli dall'alcolismo. A questi problemi, frutto di un disagio che dura da lunghi anni, non si può però porre rimedio in breve tempo, l'entusiasmo cessa ben presto e l'alcolista, scoraggiato, può avere una ricaduta. L'alcolista si può anche considerare troppo sicuro, diverso dagli altri alcolisti; può, in altre parole, essere convinto che ciò che vale per gli altri non valga per lui; di conseguenza non si attiene alle regole e ricade.

b) *Caratteristiche dell'ambiente sociale.* L'alcolista spesso supera tutte queste difficoltà, ritorna alla propria vita, alla normale attività lavorativa, vive fra persone che in maggioranza bevono e che non sono in grado di comprendere, né tanto meno di accettare, il fatto che ci sia qualcuno che non beve; anzi fanno tutto il possibile per riportare l'alcolista al bere. Questo avviene molto spesso quando il trattamento e la riabilitazione non vengono condotti in modo corretto, specialmente se l'alcolista nasconde la sua astinenza, il fatto di assumere l'Antabuse® e di essere membro del Club degli alcolisti in trattamento.
Questi fattori possono provocare, prima o poi, una ricaduta. Molti autori sono del parere che la ricaduta precoce non abbia una prognosi sfavorevole. Tutto ciò dovrebbe essere a conoscenza di chi lavora nel programma alcologico, per poter mettere in atto le necessarie misure. La ricaduta tardiva può essere molto più pericolosa e può portare a un degrado irreversibile dell'alcolista.

Molto spesso, quando si parla della ricaduta, sia in letteratura che nella pratica di lavoro, si intende quella relativa al bere; la sua pericolosità a volte è relativa soprattutto se è stato svolto un corretto trattamento nel Club.

Oltre alla ricaduta 'umida' esiste quella 'secca': l'alcolista non riprende a bere, però ritorna al precedente modello comportamentale, al vecchio stile di vita. L'alcolista vuole evitare il coinvolgimento della propria famiglia nel trattamento, perde ogni possibilità di empatia e in genere perde l'interesse per gli altri. Anche se non beve, il ritorno al vecchio stile di vita e la regressione comportamentale possono rappresentare un pericolo ben più grave di una ricaduta 'umida', per lui stesso, per la sua famiglia, per il Club e l'intera comunità.

Alcuni autori hanno tentato di classificare le ricadute. Così Aubrion J.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

(1988) ne presenta diverse tipologie: colpevoli, autolesioniste, passive, sperimentali, ripetitive, ecc. Nella pratica è difficile classificare le ricadute, perché le situazioni della vita sono molto più complicate di ogni tentativo di schematizzazione e ogni ricaduta è di solito provocata da numerosi fattori concomitanti.

Oggi sempre più spesso si parla di ricaduta del singolo familiare, di ricaduta dell'intera famiglia, di ricaduta dell'operatore, di ricaduta del Club, di ricaduta della comunità locale e del gruppo di lavoro. Questo argomento è stato oggetto di un congresso italo-jugoslavo dei Club degli alcolisti in trattamento.

La ricaduta dell'alcolista

In tutti i disturbi cronici, ed in particolare nei disturbi cronici comportamentali, la ricaduta, intesa come riproporsi oppure aggravarsi della situazione, è un fenomeno che si presenta regolarmente. Si potrebbe quasi dire che l'assenza di ricadute in un Club è indice di un suo cattivo funzionamento. Succede spesso che il gruppo dei membri anziani del Club si chiuda, si isoli, non accetti i nuovi membri e non abbia mai ricadute. È una situazione che va assolutamente modificata e la prima cosa da fare in questo caso è dividere il Club, perché si tratta di una ricaduta comportamentale di tutto il club.

Le ricadute degli alcolisti si manifestano spesso all'inizio dell'astinenza e del trattamento. La decisione dell'alcolista di smettere di bere è sempre molto sofferta e qualche volta riprende a bere per verificare se può tornare al cosiddetto bere moderato. Molto spesso questa ricaduta precoce è conseguenza di errori commessi nel lavoro di Club. Anche se la ricaduta rappresenta sempre una cocente delusione sia per l'operatore che per l'alcolista, per la sua famiglia e per l'intero Club, non necessariamente provocherà conseguenze gravi, specie se viene affrontata e risolta subito.

La ricaduta tardiva si manifesta dopo uno, due o anche più anni di astinenza e di trattamento nel Club. È molto più pericolosa della ricaduta precoce. L'alcolista e la sua famiglia fanno di tutto per nasconderla. Bisogna prestarvi molta attenzione, poiché il ritorno al bere, anche se per un breve periodo, può comportare gravissimi rischi. La ricaduta tardiva indica errori commessi nel lavoro del Club, e richiede che venga effettuata una verifica di tutta la sua attività. La verifica dovrebbe essere svolta dallo stesso Club con il proprio operatore. Se non si riesce ad ottenere alcun risultato sarà necessario ricorrere alla supervisione dell'attività del Club.

Quando uno dei membri del Club ha ricadute frequenti, gli altri membri reagiscono con aggressività e si rifiutano di assistere l'amico in difficoltà. Questo si verifica spesso se il Club è composto da alcolisti con molti anni di astinenza

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

oppure se il Club non si divide regolarmente o se non vengono inseriti nuovi membri. La ricaduta, comunque, può anche avere una azione positiva nel lavoro del Club, poiché porta ad una crisi; senza crisi, come sappiamo, non può esserci il coinvolgimento dei membri, la loro crescita e la loro maturazione.

La ricaduta della famiglia

Alcune ricadute, sia 'umide', quando vi è un ritorno al bere, sia 'secche', quando l'alcolista riprende il vecchio stile di vita, possono anche essere viste come ricadute familiari: l'intera famiglia ha difficoltà a cambiare il proprio comportamento, vi sono disturbi nelle comunicazioni e nelle interazioni familiari che non si possono superare; inoltre alcuni membri del gruppo familiare hanno ripreso a bere. Qualche volta sembra quasi che l'intera famiglia faccia pressione sull'alcolista per indurlo nuovamente a bere. Questi casi vengono indicati appunto come ricaduta della famiglia. Quando si ha una ricaduta familiare l'operatore del Club incontra difficoltà molto più serie ed il suo compito è molto più difficile. Se egli non è in grado di risolvere questo problema da solo, è opportuno che richieda urgentemente il parere di altri e la supervisione. È bene anche rivolgersi al Centro alcologico territoriale, ove questo esista. Il Centro può supportare l'operatore ed organizzare una adeguata supervisione.

La ricaduta dell'operatore

Anche l'operatore può andare incontro ad una ricaduta. Può accadere che l'operatore difenda il bere moderato perché si sente colpevole per il suo bere, o che, sia a livello verbale che non verbale, difenda il vecchio concetto di alcolismo come malattia. Può anche succedere che l'operatore, col tempo, si allontani dai principi guida della vita del Club, con tutte le conseguenze negative, facilmente immaginabili.

La ricaduta dell'operatore, sia che avvenga nei servizi che nel Club, necessiterebbe di programmi di formazione permanente; qualche volta è opportuno sostituire l'operatore per evitare che vengano provocati danni maggiori al Club, o più in generale, al programma.

La ricaduta dell'operatore richiede una discussione sul bere degli operatori che sarà ripresa più avanti.

La ricaduta del Club

Si può parlare anche di ricaduta del Club: si ha quando il Club trascura i

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

propri compiti fondamentali e si riduce a parlare di problemi burocratici e organizzativi, come le elezioni del presidente del Club o del comitato esecutivo dell'associazione o delle quote societarie o di altre cose del genere. In questi casi, sono di solito i membri astinenti da più tempo che, considerandosi migliori degli altri e diversi dai nuovi, insistono su queste discussioni e rifiutano di dare il loro sostegno e la loro collaborazione ai membri che si trovano in difficoltà. Questi ultimi ritornano allora al bere e vogliono dimostrare a se stessi ed agli altri di poter ritornare senza pericolo al cosiddetto bere moderato.

I Club in cui sono presenti questi problemi non accettano nuovi membri o, se li accettano, lo fanno senza entusiasmo, come un dovere, e non danno loro alcun aiuto particolare. Non vogliono che il Club venga diviso e si vantano di essere un Club numeroso; senza dirlo, pensano che questo dia loro maggior potere. Alle riunioni di Club sono presenti pochi membri, e regolarmente mancano i rispettivi familiari. Questi membri si considerano molto attivi, anche se non fanno nulla per gli amici che non frequentano il Club. A volte a questa manipolazione si presta anche l'operatore; in tal caso la situazione è ancora più grave e il Club cerca naturalmente di evitare l'analisi e la valutazione del suo lavoro e dei suoi risultati.

In questa ricaduta del Club, i membri dimostrano la propria riabilitazione con l'astinenza e l'attività nel Club, piuttosto che con i risultati ottenuti in famiglia e nella comunità, non permettono che si discuta sull'opportunità di dividere il Club, o intervengono con proposte che mirano a cambiare i principi basilari del Club. Tutto ciò significa che il Club sta trascurando i concetti base del suo lavoro e che sta portando avanti programmi che non hanno nulla a che vedere coi principi del Club. Che senso ha che un Club si occupi, ad esempio, di discutere di prevenzione nella comunità, mentre i suoi membri e le sue famiglie ricadono continuamente e non sono aiutati? Questo può succedere anche nelle Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento.

La ricaduta del Club è spesso causata dall'operatore, che cerca la gratificazione nel Club e non nel proprio lavoro. Di solito questi operatori sono persone frustrate che non sono riuscite a raggiungere quanto desideravano nella vita. Le difficoltà possono anche sorgere se mancano i regolari contatti con gli altri Club e con gli operatori degli altri servizi. Di fronte ad una ricaduta del Club, sarà bene che l'operatore si faccia supportare dal Centro alcologico territoriale. Sarà opportuno richiedere la supervisione o sottoporre il problema all'Interclub zonale.

La ricaduta della comunità

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Situazioni simili a quelle che abbiamo descritto per il Club possono accadere anche nell'Associazione dei Club, nella comunità locale e sui posti di lavoro. L'attività dei Club degli alcolisti in trattamento influisce positivamente anche sulla vita delle comunità locali e dei gruppi di lavoro. Questi cambiamenti sono naturalmente molto lenti e vengono notati con difficoltà da chi vive all'interno della comunità. Per un osservatore esterno questi cambiamenti sono invece molto più significativi.

La ricaduta di una famiglia o del Club influisce negativamente sui rapporti della comunità con gli alcolisti e con il Club. Sembra quasi che la comunità abbia atteso il momento per poter dire che non ha alcun senso sostenere e organizzare gli alcolisti e i programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati. Queste situazioni possono essere evitate o risolte, non tanto dal singolo operatore del Club, ma da un Centro alcologico territoriale ben funzionante. Le difficoltà aumentano quando si arriva alla disgregazione del Club e quando non resta altra soluzione che ricominciare tutto da capo e in condizioni molto più sfavorevoli di quando si è iniziato la prima volta.

Conclusioni

Spesso, nel Club, si sbaglia nel trattare la ricaduta. Si reagisce di solito con un atteggiamento aggressivo e con assoluta mancanza di comprensione e solidarietà. L'alcolista che è ricaduto perde allora ogni motivazione al trattamento e la fiducia in sé e negli altri; è anzi contento di trovare un motivo che gli permette di abbandonare il Club senza rimorsi e sensi di colpa. I membri astinenti da lungo tempo e che hanno una ricaduta provano vergogna di fronte ai membri entrati da poco nel Club e di conseguenza o negano la ricaduta, oppure abbandonano il Club.

Il trattamento in caso di ricaduta non ha particolari caratteristiche. All'inizio del trattamento bisogna fare tutto il possibile per favorire il cambiamento comportamentale e perché non si presenti una ricaduta. Lo stesso vale per il trattamento iniziato in una qualche istituzione. La cosa più importante è coinvolgere la famiglia nel trattamento, e così pure quanti hanno un rapporto significativo con l'alcolista, siano essi amici o colleghi di lavoro.

Il lavoro nel Club degli alcolisti in trattamento, e le difficoltà che vi si incontrano, sono già state ampiamente descritte in altri libri (Hudolin Vl., 1988; Hudolin Vl., 1990).

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo quinto

ASPETTI PRATICI DELLA VITA DEL CLUB

La durata del trattamento

Una grande difficoltà, nel lavoro del Club degli alcolisti in trattamento, è costituita dal fare accettare all'alcolista e alla sua famiglia l'astinenza definitiva ed un profondo e duraturo cambiamento di stile di vita.

Nei lavori pubblicati subito dopo le prime esperienze dei Club, la durata del trattamento veniva indicata in un anno. In quel periodo era molto difficile trovare alcolisti con anche un solo anno di astinenza e quindi sembrava quasi impensabile proporre trattamenti con scadenze più lunghe. L'obiettivo del programma, soprattutto allora, era puntualmente rivolto al conseguimento dell'astinenza, mentre minore attenzione era prestata al cambiamento comportamentale nella famiglia, sul lavoro e nella società. Dopo le esperienze fatte nel primo anno di lavoro dei Club si è avuta la dimostrazione che l'alcolista può benissimo astenersi dal bere, che le ricadute dopo il primo anno di astinenza sono frequenti, e che nel giro di un anno, nonostante l'astinenza, non si vedono ancora in molte famiglie segni chiari del cambiamento di stile di vita. Per questo motivo, in un secondo tempo, si è fissato il periodo di trattamento in cinque anni. Quando è stata fatta questa proposta non si voleva certo intendere che il processo di cambiamento comportamentale e dello stile di vita potesse concludersi, trascorsi cinque anni.

L'alcolista e la sua famiglia dopo i cinque anni di trattamento assumono un nuovo stile di vita che deve persistere nel tempo e che può ancora essere migliorato. Questo è il motivo per cui i Club hanno un programma permanente che dovrebbe essere seguito da tutta la comunità e non soltanto dagli alcolisti. Ogni membro della comunità acquisisce e trova in questo programma compiti e ruoli, li realizza mediante diverse attività che costituiscono passi importanti di crescita e di maturazione per la conquista di una migliore qualità della vita. Poiché non si può definire l'alcolismo una malattia, così non si può definire il trattamento nel Club una terapia, nel senso stretto della parola; l'attività dei

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

membri dei Club è volta ad ottenere una migliore qualità della vita. In quest'ottica non si può parlare nemmeno di guarigione, bensì di un profondo e duraturo processo di cambiamento comportamentale. Non è possibile interrompere o arrestare il cambiamento, né dopo uno, né dopo cinque o dieci anni, poiché esiste sempre, anche per chi non è alcolista, un processo di maturazione e di crescita continua.

Il Club e i membri del Club fanno parte della comunità locale e vi svolgono compiti, generalmente riconosciuti, di prestazione e promozione della salute. I membri del Club svolgono tali compiti nei confronti dei problemi che conoscono meglio e cioè verso i problemi alcolcorrelati. La differenza fra gli alcolisti e i non alcolisti è data solo dall'impossibilità per gli alcolisti di bere, di tornare cioè nel gruppo dei cosiddetti consumatori moderati. I non alcolisti dovrebbero invece cercare di mantenere un modello comportamentale che li protegga da eventuali problemi alcolcorrelati. Non avrebbe alcun senso che l'alcolista dopo cinque anni di astinenza, quando tutto comincia ad andare meglio, interrompa questo cammino volto ad ottenere una migliore qualità della vita, e si trovi nuovamente nel gruppo delle persone a rischio, convinto di poter nuovamente ritornare a bere moderatamente senza alcun pericolo.

Dopo cinque anni, quando la vita familiare si è riaggiustata e sono stati risolti i problemi di inserimento sociale e di lavoro, l'alcolista dovrebbe essere in grado di offrire il proprio aiuto a quanti si trovano ancora in difficoltà. Il suo compito, quale membro del Club dovrebbe essere proprio questo. Qualche volta nel Club si sostiene che dopo cinque anni non è più necessaria la partecipazione dell'alcolista all'attività del Club. Questa affermazione è talvolta supportata in parte dagli operatori, per i quali ne deriverebbe un minor carico di lavoro. Le ricadute dopo cinque anni di astinenza non sono solo frequenti, ma anche molto pericolose; spesso portano a un rapido degrado dell'alcolista, addirittura alla sua morte. Attualmente vengono descritte molto spesso ricadute dopo dieci anni di trattamento e di astinenza. Le ricerche più recenti dimostrano che fra gli alcolisti alcune forme di carcinoma sono presenti in percentuale maggiore che fra i non alcolisti. Probabilmente anche il numero delle ricadute accresce questo rischio.

Perché è impossibile per l'alcolista ritornare al cosiddetto bere moderato? Nonostante le numerose indagini e le ricerche svolte, fino ad oggi, questo aspetto non è stato chiarito. Sono state formulate diverse ipotesi che rimandano a spiegazioni sociali, psicologiche, biologiche. Si suppone che oltre a fattori psicologici e sociali, vi siano anche alterazioni a livello del sistema nervoso centrale, e più specificatamente a livello dei neurotrasmettitori.

Peraltro non vi è alcuna necessità che l'alcolista torni al bere moderato. In molti Paesi gli astinenti costituiscono il 30% della popolazione; nei paesi arabi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

questa percentuale è anche più elevata; negli Stati Uniti gli astinenti sono circa il 35% della popolazione adulta (DSM-III-R, 1989). L'astinenza è il modello comportamentale più normale e auspicabile, per cui è tutt'altro che da evitare. E poi gli alcolisti soffrono anche di altre patologie che il consumo di alcol finirebbe per aggravare.

Sono stati comunque numerosi i tentativi di curare gli alcolisti per farli tornare al bere moderato. Fino ad oggi questi tentativi non hanno avuto alcun successo. Alcuni ricercatori hanno perfino manipolato i dati per dimostrare la possibilità del ritorno dell'alcolista al consumo moderato. I migliori risultati nel controllo dei problemi alcolcorrelati si ottengono quando il bevitore moderato o l'alcolista si sentono del tutto indifferenti verso l'alcol, non hanno timori nei suoi confronti, né provano desiderio di assumerlo.

In base a tutte queste considerazioni, il 4° Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento della Jugoslavia e dell'Italia, tenutosi nell'autunno del 1988 a Treviso, ha fatto propria la conclusione secondo la quale il trattamento nel Club deve durare dieci anni. Dopo dieci anni di trattamento, l'alcolista e la sua famiglia continuano, consapevoli dei propri doveri, l'attività nel Club e nei programmi territoriali; la loro presenza si articolerà ad un livello più complesso (Hudolin Vl. e Colusso L., 1988).

Il patronage

Particolarmente nel primo anno, ma a volte anche in seguito, vi è il pericolo che i membri del Club vadano incontro a difficoltà, attraversino un periodo di crisi, con o senza ricadute. Nella ricerca, che è sempre difficile, di un nuovo stile di vita, l'alcolista incontrerà maggiori difficoltà se si ritrova solo, se non frequenta il Club o se lo abbandona. L'alcolista che non frequenta o abbandona il Club ci dà un primo segnale che sono sorte delle difficoltà e che lui e la sua famiglia si trovano in crisi; forse vi è anche la possibilità di una ricaduta.

Solamente coltivando l'amicizia e la solidarietà fra i membri del Club si possono affrontare e superare i momenti di difficoltà e di crisi. Per far fronte a queste situazioni, il Club organizza una particolare attività alla quale è stato dato il nome di *patronage* e che potremmo forse meglio definire come assistenza amicale o come visita amicale. Il patronage si sostanzia appunto di visite scambiate fra i membri del Club. La visita diventa assolutamente necessaria se il membro manca dalla riunione di Club e se precedentemente non ha informato il Club della sua probabile assenza. Di regola il patronage non costituisce un evento particolare nella vita del Club, ma è una normale pratica interpersonale che bisogna coltivare per poi intensificarla quando subentra la crisi. Questa

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

attività deve essere prevista e attuata specialmente per i nuovi membri.

Nella maggior parte dei casi, l'assenza ingiustificata dal Club costituisce un problema molto serio: quando si presenta un caso simile, bisognerebbe immediatamente interrompere la seduta del Club e andare a visitare l'assente, per poi, al suo arrivo, riprendere la riunione. Del resto le normali regole di buona educazione impegnano la persona che si deve incontrare con degli amici, e che è impedita a farlo per un motivo qualsiasi, ad avvertire e a scusarsi. Nell'organizzare il patronage ci si pongono spesso alcuni interrogativi:

1. È proprio giustificato andare a trovare la persona assente?
2. Il patronage va fatto dagli amici del Club oppure è necessario che sia l'operatore a occuparsene?
3. Se il membro del Club non si presenta neppure al secondo incontro, fino a quando bisogna continuare il patronage?
4. Cosa bisogna fare quando un membro del Club ha un atteggiamento aggressivo nei confronti degli amici che vanno a fargli visita?

Le difficoltà ad organizzare il patronage molto spesso si presentano in quei Club che non ne rispettano principi e metodo, o quando l'operatore non ha esperienza o è una persona insicura. Il patronage non è un intervento burocratico o formale, ma è il segno di un interesse sincero di un membro per l'altro, di una famiglia per l'altra. Già prima di organizzare il patronage le famiglie del Club hanno stretto rapporti d'amicizia. Le famiglie si fanno reciprocamente visita e organizzano programmi ricreativi comuni; per questo il patronage non può mai essere espressione di un controllo, ma è espressione di vera amicizia e di profonda solidarietà. È preferibile che venga fatto da tutta la famiglia.

La situazione si complica se il membro non ha una sua propria famiglia. In questo caso l'operatore e gli altri membri del Club devono essere la sua famiglia sostitutiva. È opportuno che l'operatore e i membri del Club in questi casi cerchino di unire fra di loro alcuni membri e in particolare quelli che non hanno una famiglia. Il patronage in questi casi farà parte dell'interazione normale del Club. Se la famiglia sostitutiva è costituita da persone che non fanno parte del Club, questi familiari sostituti dovranno inserirsi anche loro nel Club con pari diritti e pari doveri di tutti gli altri membri.

Il patronage dovrebbe essere fatto dall'operatore soltanto in casi eccezionali, quando ormai tutte le altre risorse sono state sfruttate. Ci saranno delle situazioni nelle quali il patronage dovrà essere fatto contemporaneamente da diverse famiglie. Se il patronage sarà fatto presto il risultato ottenuto sarà migliore. Molti Club in questo sbagliano. Spesso i membri del Club impongono all'operatore di fare il patronage, non sono realmente interessati al membro che

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

stanno perdendo e aspettano troppo a lungo per offrirgli il necessario sostegno.

Il patronage deve essere ripetuto fino a quando il membro non ritorna a frequentare con regolarità il Club. Sino al suo ritorno i familiari in nessun caso devono abbandonare il Club, anzi dovrebbero svolgere e assolvere i propri compiti nel Club anche con impegno maggiore. Se la ricaduta è già avvenuta, il patronage e il sostegno alla famiglia sono ancora più importanti. Come il membro non può abbandonare il Club, così nemmeno gli altri membri del Club possono abbandonare il proprio amico.

Talvolta il membro è aggressivo verso gli amici del Club che gli fanno visita. Per questo motivo spesso i membri del Club lo vogliono evitare, dimenticando però che il comportamento aggressivo è tipico dell'alcolista. Basta ricordare ad ognuno com'era il suo proprio comportamento prima del trattamento. Qualche volta il comportamento aggressivo serve a mascherare delle difficoltà psicologiche e spesso è anche segno che il soggetto prova vergogna per la ricaduta; in questo caso una visita amichevole può benissimo risolvere il problema.

I membri del Club sono spesso del parere che sia sufficiente fare una o due visite all'amico che si trova in difficoltà e che con questo il loro compito sia esaurito. Non bisogna dimenticare che il trattamento dura almeno dieci anni, che i cambiamenti comportamentali qualche volta affiorano molto lentamente e che non per questo bisogna perdere la fiducia. Qualche volta è necessario un lavoro di mesi o anche di anni per arrivare ad ottenere un buon risultato.

Il patronage è ancora più difficile nei casi in cui l'alcolista non beve ed è regolarmente presente alle riunioni del Club, mentre ad essere assenti e a riprendere a bere sono i suoi familiari. Anche in questi casi il patronage potrà dare buoni risultati.

Il compito di organizzare e realizzare il patronage, nei Club degli alcolisti in trattamento, viene affidato ad un membro scelto, oppure ad un gruppo o ad un apposito comitato. Qualche volta sarà necessario che l'operatore, da solo o accompagnato da qualche membro del Club, faccia personalmente il patronage. Questo vale specialmente nei casi in cui l'alcolismo si accompagna a qualche altro disturbo o a qualche malattia. L'operatore potrà così parlare con la famiglia ed eventualmente proporre altri interventi come, ad esempio, una visita medica o un ricovero ospedaliero.

Il confronto tra membri del Club

Gli alcolisti ed i loro familiari dovrebbero portare nel Club le proprie difficoltà per cercare e trovare insieme soluzioni e insieme costruire un programma per il futuro. Spesso si discute su come ciò dovrebbe avvenire, su

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

come cioè i membri del Club debbano confrontarsi con se stessi e tra loro.

Ogni alcolista ed ogni famiglia deve avere un primo colloquio riservato con l'operatore del Club. Solo in via del tutto eccezionale, e se la famiglia lo richiede espressamente, il primo colloquio può essere tenuto alla presenza di tutti i membri del Club. Nel corso del colloquio l'operatore pone delle domande e se questo non è ancora stato fatto, cerca di arrivare ad un inquadramento diagnostico. Molti alcolisti arrivano al Club inviati dalle strutture socio-sanitarie, e in particolare dal medico: in questo caso la diagnosi sarà già stata fatta. È necessario che vi sia una stretta collaborazione tra il medico, i vari servizi socio-sanitari ed il Club. Non basta che il medico o il servizio si limitino ad inviare l'alcolista al Club senza che in precedenza vi sia stato un contatto diretto e personale. Come abbiamo già più volte ricordato, l'alcolista e la sua famiglia dovrebbero essere inseriti nel Club prima ancora di iniziare eventuali trattamenti medici. In questi casi sarebbe opportuno che un operatore dell'équipe che ha in trattamento l'alcolista lo accompagnasse al Club.

Nel corso del primo colloquio si cerca di motivare la famiglia al trattamento nel Club e si forniscono le informazioni fondamentali sull'attività. Durante il primo colloquio l'operatore deve stabilire un buon rapporto con la famiglia, salvaguardandone la dignità, ma esigendo al tempo stesso sincerità e chiarezza. L'operatore non deve lasciarsi ingannare, né lasciare ingannare i membri del Club. Nel corso del primo colloquio non è opportuno costringere l'alcolista e la sua famiglia a dire più di quanto si sentono di dire. In seguito, aiutati anche dall'esempio delle altre famiglie, riusciranno, un po' alla volta, a esporre i propri problemi.

Una volta che l'alcolista ha esposto la propria situazione nel Club, non è necessario insistere, se non lo desidera, perché parli del proprio passato. Tornare continuamente al passato può ostacolare il cammino verso il nuovo stile di vita. Capita che l'alcolista e i suoi familiari, se lo ritengono opportuno, tornino a parlare dei propri problemi per aiutare, con la loro testimonianza, altre famiglie in difficoltà. Va detto che di solito poter parlare serve alla famiglia a star meglio. Esistono casi in cui la famiglia ripete continuamente al Club le proprie vicende. Si tratta in genere di famiglie che hanno raggiunto l'astinenza, ma che non hanno cambiato il proprio stile di vita. In questi casi l'operatore dovrà aiutare la famiglia ad intraprendere una strada di cambiamento.

Sia l'operatore che i membri del Club si sentono talvolta in imbarazzo quando nel corso della discussione si parla di problemi di carattere molto personale o attinenti la sfera sessuale. In teoria, non esistono problemi di cui non si può parlare nel Club, se i membri desiderano realmente farlo. Dipende dall'operatore del Club e dalla sua esperienza scegliere se affrontare o meno certi

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

argomenti. Problemi intimi, in particolare attinenti la sessualità, si presentano molto spesso fra gli alcolisti, per cui non andrebbero evitati. I membri del Club, come del resto anche tante altre persone, hanno difficoltà sessuali di cui vorrebbero parlare. Noi siamo dell'avviso che se i membri del Club non manifestano spontaneamente il desiderio di parlare dei propri problemi intimi, non è il caso di provocare la discussione. Del resto la famiglia ha almeno 10 anni di tempo per affrontare tutti i suoi problemi.

L'operatore deve facilitare le interazioni, in modo tale da rispettare il principio del "qui ed ora", guardando al futuro ed evitando troppo frequenti ritorni al passato. Può accadere che il Club, in specie all'inizio della propria attività, non sappia creare un clima ricco di umanità e di empatia; in questo caso ci si perde negli ordini del giorno e nelle discussioni formali, oppure si fa ricorso a pedanti lezioni sulle patologie alcolcorrelate. Di solito questo accade per l'inesperienza dell'operatore: è il caso allora che si consulti con il Centro alcologico territoriale e che possa usufruire di una supervisione.

Molto importante è la cosiddetta alessitimia; le persone che soffrono di questo disturbo difficilmente riescono a trasmettere i propri sentimenti e comunicano in modo limitato con l'ambiente; inoltre mancano di empatia, sono cioè incapaci di creare un legame di tipo emozionale con gli altri. Questo fenomeno è stato descritto per la prima volta da Sifneos (1972) e non è peculiare solo degli alcolisti. Se nel Club ci sono parecchi alcolisti che ne soffrono, si può arrivare ad una sorta di paralisi delle comunicazioni. Per questo motivo è bene che in un Club non ve ne siano più di due.

Gli alcolisti difficili

Occorre chiedersi che cosa è necessario fare quando l'alcolista non accetta di entrare nel Club, oppure non ritorna al Club dopo la prima riunione. Anche gli alcolisti già inseriti nel Club da anni sono in dubbio al riguardo. Spesso capita che i membri anziani del Club ritengono che se l'alcolista non accetta immediatamente di partecipare al Club, dovrebbe essere allontanato.

Molti alcolisti e molti familiari vengono al Club solo per farsi un'idea sul trattamento, ma senza avere ancora preso una decisione in merito. Molto spesso la loro decisione dipenderà dal modo in cui sono accolti dai membri del Club e dall'operatore. Può avere un'influenza negativa il tipo di atmosfera che si incontra nel Club o il fatto di sottoporre quasi ad una specie di interrogatorio il nuovo arrivato. Spesso la scelta di rivolgersi al Club è ancora debole o è frutto di pressioni esterne. Qualche volta l'alcolista si rivolge al Club per poter dire sia a se stesso che agli altri: "Ho tentato anche questa strada"; in realtà attende il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

momento, addirittura cerca l'occasione, per poter giustificare l'abbandono del trattamento nel Club. Anche se queste persone non possono ancora essere considerate a tutti gli effetti membri del Club, il Club dovrebbe sentirsi responsabile nei loro confronti.

Il Club ha a disposizione vari strumenti per cercare di venire incontro alle difficoltà di questi alcolisti e dei loro familiari:

1. Può invitare questi alcolisti ad essere presenti alle sue riunioni e a continuare a frequentarlo, senza alcun obbligo; nemmeno quello di portare i familiari. Questo accordo può durare fino al momento in cui la famiglia decide di partecipare attivamente al Club. Se l'alcolista e la sua famiglia non riescono ad iniziare l'astinenza, si può consigliare loro di iniziare il trattamento in una struttura ospedaliera oppure in un altro programma alternativo.
2. Nella maggior parte dei casi in cui l'alcolista non frequenta il Club, è difficile coinvolgere i familiari a parteciparvi con regolarità. Il Club, oppure l'operatore, deve incontrarsi con i familiari o con il partner dell'alcolista e spiegare loro quanto sia necessaria la partecipazione della famiglia agli incontri di Club, anche quando l'alcolista non è presente.
3. Se l'alcolista che ha frequentato solo per un breve periodo il Club, ha al suo interno amici o conoscenti, questi possono periodicamente fargli visita e informarlo sui loro progressi nell'attività di Club; in tal modo finiscono per invogliarlo ad aiutarsi e a lasciarsi aiutare.
4. Non bisogna dimenticare che il Club non deve mai trascurare di aiutare coloro che gli si sono rivolti in cerca di appoggio e di sostegno anche solo una volta.

Il Club non dovrebbe perdere di vista il fatto che la fase iniziale del trattamento dura dieci anni, e che non ci si può quindi aspettare che ogni alcolista, al primo contatto con il Club, tanto più se non proviene da un programma ospedaliero o territoriale, sia immediatamente astinente e diventi automaticamente un membro regolare e disciplinato: l'impazienza provoca solamente disagi.

Se, già dopo il primo colloquio, l'alcolista potesse essere sempre portato con facilità all'astinenza, non ci sarebbe neppure bisogno del Club. L'alcolista nella fase iniziale del trattamento ha un comportamento ambivalente: da una parte desidera essere aiutato, dall'altra non sogna altro che di trovare una scusa per poter continuare a bere. Egli sfrutterà anche la più piccola occasione per potersi allontanare dal Club. I membri del Club conoscono queste situazioni e devono saper reagire adeguatamente, evitando di dare al nuovo arrivato

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

l'occasione di abbandonarli.

Di regola, ogni persona che ha bisogno di aiuto perché ha problemi alcolcorrelati e che per questo si presenta nel Club, dovrebbe essere accettata ed aiutata, anche se si presenta ubriaca. È sufficiente che dica il motivo per cui è venuta nel Club. Se desidera parlare bisogna permetterle di farlo; se non lo desidera, bisogna rispettare anche questa sua esigenza. Questo, se la persona ubriaca non disturba il lavoro del Club. Se invece è motivo di disturbo, sia pure con molto tatto, bisogna trovare il modo più adeguato per tranquillizzarla e allontanarla temporaneamente dal Club.

Capita talvolta che qualche alcolista frequenti per molto tempo il Club, sempre in stato di ubriachezza, per poi un giorno presentarsi del tutto sobrio e continuare da quel momento in poi ad essere astinente. Con questo non si vuole certo dire che si deve ammettere il consumo degli alcolici nel Club; però in casi del tutto eccezionali, anche una situazione come questa darà risultati positivi.

Un certo numero di alcolisti può avere contemporaneamente altri gravi problemi, come ad esempio una psicosi o una dipendenza da droghe illegali. Di solito, a questo proposito, si parla di casi difficili e complicati. Nonostante che non si tratti di alcolismo nel senso stretto della parola, anche queste famiglie possono giovarsi del Club a condizione che l'operatore sia specificatamente aggiornato.

L'astinenza dei familiari

Oggi è comunemente accettata l'opinione che i disturbi alcolcorrelati sono un problema familiare, fanno parte di un modello comportamentale, di uno stile di vita della famiglia, e vanno perciò risolti con un trattamento multifamiliare nei Club. Poiché i membri della famiglia si trovano in stretta interazione anche con altre persone, che per la famiglia hanno una particolare importanza, il trattamento deve coinvolgere anche queste persone; in tal modo si può raggiungere la migliore omeostasi familiare complessiva. Il trattamento richiede che i problemi siano risolti unitariamente da tutta la famiglia e che tutti i membri si astengano dal bere. Non sarà possibile aiutare veramente l'alcolista, se nella sua famiglia si consumano alcolici.

Fin dalla sua nascita, nel 1964, si è avvertita nel Club l'esigenza di chiedere la totale astinenza dal bere all'intero gruppo familiare a cui vengono fatte acquisire le necessarie conoscenze sull'alcolismo e sul trattamento. Dopo un periodo di istruzione che dura un minimo di tre settimane, sia gli alcolisti che i familiari vengono sottoposti ad un esame. Sono particolarmente importanti le informazioni sull'approccio sistemico per far capire alla famiglia come l'alcolismo

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

sia un disturbo di tutto il sistema familiare, e non solo di un singolo familiare. Il trattamento serve a modificare i rapporti sia all'interno che all'esterno del sistema familiare.

Nella pratica di lavoro si incontrano numerosi ostacoli. Il partner dell'alcolista, e anche gli altri familiari, spesso non accettano di buon grado la tesi secondo cui l'alcolismo è un disturbo familiare. Non sanno o non vogliono capacitarsene; questo vale anche se il familiare, di solito il coniuge, è lui stesso alcolista. Lavorando con le famiglie ci si trova spesso di fronte a dei circoli viziosi. Per esempio, la moglie continua a insistere sulle colpe del marito, convinta che tutto si rimetterà a posto non appena egli sarà astinente e quando dimostrerà di essere cambiato. Il marito, a sua volta, difende il proprio bere, giustificandolo in base a dei rapporti familiari deteriorati. Poiché è ovvio che il disagio è di tutta la famiglia, è necessario che l'intera famiglia cerchi e trovi un nuovo stile di vita, più produttivo e più maturo. È bene contare i giorni di astinenza anche dei membri della famiglia e dare anche a questi, come all'alcolista, il diploma per il primo, il secondo, il terzo anno di astinenza e così via (una procedura, questa, descritta più oltre). Il ritorno al bere moderato anche di un solo familiare va considerato come ricaduta della famiglia. Dalle esperienze fatte e dai dati ricavati nel lavoro di Club, si può vedere quali e quante sono le difficoltà ad abbandonare il cosiddetto bere moderato nella cultura mediterranea.

La presenza di esterni nelle sedute di Club

Nei Club si discute spesso sull'opportunità di presenze esterne, operatori socio-sanitari o altre persone interessate. Ci sono dei Club che sono contenti se alle loro riunioni vi sono persone esterne, rappresentative della comunità locale. Bisogna chiarire il senso e l'utilità di queste presenze.

Ricordiamo, prima di procedere, che il Club è una comunità multifamiliare, dove si discute del cambiamento dello stile di vita dei propri membri. Per far questo c'è bisogno di una interazione franca e costruttiva tra tutti. Se lo desiderano, i soci possono parlare anche dei propri problemi più intimi, ovviamente con l'impegno reciproco alla massima discrezione. È difficile però che un gruppo così numeroso, 10-12 famiglie per complessive 20-30 persone, sappia rispettare questo principio. E le difficoltà aumentano se sono presenti all'incontro degli esterni. Per questo motivo occorre ponderare bene se e chi invitare, o accettare, nelle sedute di Club.

Possiamo basarci sulle seguenti condizioni:

1. Il Club può organizzare riunioni aperte alle quali possono partecipare quanti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

lo desiderano o chi è invitato dai membri. A queste riunioni la presenza dei membri del Club non dovrebbe essere obbligatoria, ma libera, per quelli che lo desiderano. Questi incontri possono essere occasioni di discussione su un determinato problema; si possono anche organizzare serate ricreative a fini sociali. In questi incontri si possono anche affrontare problemi individuali, a patto che l'interessato sia d'accordo e non vi siano pressioni sui partecipanti ad intervenire se non lo vogliono.

2. L'Interclub è un'altra possibilità di riunione aperta; l'Interclub è l'incontro di tutti i Club di una determinata zona. All'Interclub possono essere invitati tutti quelli che sono interessati alla vita dei Club. Chi organizza l'Interclub deve avvertire i partecipanti, membri dei Club, che sono presenti anche persone esterne.
3. Il Club è il luogo elettivo per la formazione dei nuovi operatori che vi possono fare un importante tirocinio pratico. Sia i membri che l'operatore devono naturalmente essere d'accordo. Il Club può inoltre ospitare, se vi è accordo in tal senso, soci o amici di soci di altri Club.
4. Abbiamo già detto che il Club può essere una sorta di laboratorio, dove determinati gruppi di persone — operatori socio-sanitari, giovani, studenti ecc. — possono apprendere cosa significa la vita del Club. Se il Club offre queste possibilità deve prepararvisi e saper spiegare bene quali sono i suoi principi. In tali occasioni i vari membri, se lo desiderano, possono raccontare le loro storie e le loro esperienze. Per questo tipo di esperienze sarebbe bene che il Centro alcologico o l'Associazione del Club individuassero i Club più adatti, dove non vi sono particolari problemi o situazioni conflittuali. A volte succede che le persone esterne frequentino il Club una sola volta, il che è insufficiente per comprendere correttamente la vita e il senso del Club.
   Ricordiamo ancora che a tutti questi incontri, con persone esterne al Club, la presenza dei membri non deve essere obbligatoria. Una situazione analoga si ha quando a richiedere di partecipare al lavoro del Club sono giornalisti della carta stampata o della televisione, per scrivere degli articoli o per fare delle riprese televisive. Per concludere, va ancora sottolineato il diritto dei membri del Club alla massima riservatezza sulla propria vita.

Il diploma per l'astinenza

Già nel 1964, quando fu costituito il primo Club degli alcolisti in trattamento, è stato introdotto l'uso di assegnare il certificato o diploma di astinenza, quale riconoscimento per un determinato periodo di astinenza.

Di tanto in tanto sorgono delle discussioni sulla validità dell'assegnazione

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

di questi riconoscimenti. Questa prassi era stata introdotta allo scopo di riconoscere e festeggiare il risultato ottenuto dall'alcolista. Nel corso della cerimonia di consegna del diploma, cerimonia inizialmente molto carica di significati, anche gli altri membri del Club potevano trovare stimoli e incentivi per consolidare la propria astinenza. Il riconoscimento veniva anche a costituire per l'alcolista un impegno a proseguire la sua frequenza, nella determinazione di risolvere le proprie difficoltà e i propri problemi quotidiani senza ricorrere all'alcol.

Con la consegna dei diplomi l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento aveva anche la possibilità di valutare i risultati del lavoro nei Club. In base ai diplomi assegnati si potevano inoltre valutare approssimativamente i dati sull'astinenza dei membri e valutare così uno degli aspetti del trattamento. Col tempo sono sorte difficoltà e dubbi, sia fra i membri dei Club che fra gli operatori. La cerimonia di consegna dei certificati prevede talvolta un rituale assai complicato e finisce così per trasformarsi in una manifestazione prettamente formale, invece che restare un avvenimento dalla forte carica umana.

Vi sono problemi anche nella valutazione dei dati sull'astinenza dei membri. A volte succede che alcuni membri premano per ottenere il riconoscimento, nonostante abbiano avuto una ricaduta; altre volte il Club vuole gratificare qualche membro per il lavoro svolto e assegnargli il riconoscimento a prescindere dall'astinenza. Tutti e due questi comportamenti portano problemi nel lavoro dei Club. Poiché il diploma viene dato per l'astinenza conseguita, non bisognerebbe assegnarlo, se c'è stata una ricaduta. Non bisognerebbe nemmeno assegnarlo per altri motivi che non siano l'astinenza.

In alcuni Club si sono verificati casi di alcolisti che non hanno voluto accettare il diploma di astinenza. Anche se ogni membro è ovviamente libero di accettare o meno il diploma, il rifiuto di solito ha significati più profondi: può voler dire che il membro è ricaduto, oppure che si è psicologicamente allontanato dal Club. Può significare anche che si vergogna di essere un membro del Club, e in questo atteggiamento vi è il pericolo di una possibile ricaduta. Il dare e il ricevere i diplomi di astinenza dovrebbe essere un avvenimento vissuto con profonda umanità, compartecipato da tutti i membri del Club. Questo non è possibile quando, come talvolta capita, viene letto un elenco di nomi di persone che non sono presenti al momento dell'assegnazione del diploma. I riconoscimenti dovrebbero essere dati solo agli alcolisti che sono presenti alla cerimonia.

Il diploma per l'astinenza ha il suo limite nel prendere in considerazione solamente l'astinenza, e nel non tener conto di tutti gli altri aspetti del cambiamento dello stile di vita che sono sicuramente avvenuti nell'alcolista durante il periodo di astinenza. Per questa ragione il diploma, ai fini del

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

cambiamento dello stile di vita, motiva la famiglia solo fino ad un certo punto. Ultimamente si è proposto di dare il diploma alla famiglia o a tutti i membri familiari che hanno fatto il trattamento insieme all'alcolista.

L'Interclub

Sappiamo già che l'Interclub è l'incontro periodico di tutti i Club di una determinata zona. Torniamo sull'argomento per spiegare come si sono sviluppati questi incontri. Nei primi anni di attività dei Club, questi incontri erano principalmente un tipo di trattamento, avevano un significato di mobilitazione e di sensibilizzazione. Era infatti necessario mobilitare e sensibilizzare la comunità e l'opinione pubblica della zona dove l'Interclub veniva organizzato e soprattutto bisognava sensibilizzare le famiglie degli alcolisti. Nel grande incontro dell'Interclub si crea un'atmosfera di forte solidarietà che assume per certi versi carattere di trattamento. Il trovarsi assieme in questo grande gruppo ha inoltre una forte valenza preventiva; stimola infatti il cambiamento della cultura sanitaria della comunità dove si svolge l'incontro.

Questi incontri permettono poi ad un gran numero di alcolisti di conoscersi reciprocamente. Questo porta a ulteriori significative interazioni nei Club. In questi incontri vi è la possibilità di scambiare esperienze e conoscenze scientifiche, sia tra i membri dei Club che tra gli operatori. Le esperienze di lavoro presentate dai Club vengono messe a disposizione dell'Associazione dei Club e del Centro alcologico territoriale.

I problemi, sia del singolo che della famiglia, sia del Club che della comunità locale, vengono dibattuti assieme nella grande comunità multifamiliare, e assieme si cerca di trovare la soluzione migliore.

In un secondo momento è prevalso nell'Interclub l'aspetto celebrativo e sociale, motivo per cui si sono ridotti gli spazi dedicati alle interazioni fra i membri; di conseguenza è calato il loro interesse per l'Interclub. Gli alcolisti, in questi modi, non ritrovano più se stessi e i loro problemi.

Oggi i Club sono ampiamente accettati nella società e quindi non hanno alcun bisogno di pubblicità; ancora meno hanno bisogno di celebrazioni o di manifestazioni rituali, che di solito servono a chi vuol farsi bello dei propri discorsi, senza preoccuparsi affatto delle difficoltà e dei problemi degli alcolisti. Non bisognerebbe mai dimenticare che l'Interclub è l'incontro degli alcolisti, e non è né un incontro politico, né scientifico. Inoltre la migliore pubblicità per il Club sono i suoi risultati. I rappresentanti delle istituzioni e le autorità sono sempre benvenuti a questi incontri, però non per parlare, ma per ascoltare quello che gli alcolisti hanno da dire. Altrimenti capita che il politico di turno,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

appena ha finito il suo discorsetto, abbandoni l'Interclub.

Non ha senso che i Club presentino relazioni interminabili ricche di contributi formali, ma povere di carica umana. È sufficiente che chi organizza l'Interclub presenti in breve alcuni dati sui Club e sui programmi di quella zona. La maggior parte del tempo deve essere lasciata alla discussione dei membri, delle famiglie, degli operatori, per l'esposizione delle loro difficoltà, del loro problemi, dei risultati ottenuti e per una discussione collettiva volta a individuare le soluzioni migliori.

È inutile in questi incontri dilungarsi su problemi tipicamente medici, o magari esporre opinioni scientifiche, che non hanno trovato risposta nemmeno nei circoli accademici. Una volta ho assistito ad un intervento di un noto uomo di scienza sulle relazioni tra carcinoma della faringe e alcol. La maggior parte dei presenti, circa mille persone, non era in grado di seguire; inoltre questa malattia è assai rara e non è nemmeno mai stata dimostrata scientificamente la sua correlazione con l'alcolismo. Finita la propria esposizione, quell'esperto ha lasciato la riunione! I medici, gli esperti, i ricercatori hanno numerose possibilità di esporre le proprie opinioni e le proprie scoperte negli incontri scientifici e nei congressi. Il fatto è che nei grandi congressi medici avrebbero pochissimi ascoltatori; specie se l'argomento è quello dei disturbi alcolcorrelati. L'ideale sarebbe che l'Interclub fosse organizzato come un normale incontro di un Club degli alcolisti in trattamento.

Alcolisti senza casa (skid-row)

Nella pratica di lavoro gli operatori socio-sanitari, come pure i membri dei Club degli alcolisti in trattamento, si trovano in difficoltà quando devono offrire sostegno o assistenza alle persone abbandonate, di solito con gravi problemi fisici, persone senza casa e senza famiglia, che non chiedono nemmeno di essere aiutate. La società ha il dovere di fare qualcosa anche per questa categoria di persone. Gli *skid-row* sono soggetti che non hanno più famiglia, che sono quasi sempre ubriachi, che vivono e dormono dove capita, che lavorano solo saltuariamente. Il termine *skid-row alcoholics,* secondo Keller M. e McCormick M. (1968), viene dal nome di quei sentieri ripidi fatti di tronchi paralleli, lungo i quali venivano fatti scendere dal bosco i tronchi per essere avviati a valle. (Hudolin Vl., 1987). A Seattle, nei pressi di uno di questi sentieri, è sorto un tempo un quartiere popolato per lo più da marginali, tra cui numerosi alcolisti. Con questo nome furono in seguito indicati i quartieri poveri delle grandi città. In questi quartieri si concentravano i vagabondi, i barboni, le persone con svariati

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

e gravi problemi comportamentali e gli alcolisti. Di qui l'origine del termine.

Come abbiamo già detto, in Jugoslavia si riteneva che questo tipo di alcolisti, per merito del sistema socialista, non esistesse. Le ricerche effettuate da Lazic N. (1980), hanno però dimostrato che anche in Croazia vi sono non pochi skid-row. Il trattamento di questi alcolisti è reso più difficile dalla mancanza di una famiglia cui fare riferimento e dalla mancanza in genere di legami interpersonali; di solito sono presenti in questi soggetti lesioni alcoliche diffuse.

Questo tipo di alcolisti è presente soprattutto nelle grandi città, per cui sarebbe opportuno che alcuni Club cittadini prestassero un'attenzione particolare a questa categoria di persone, come hanno fatto a Genova. Ogni Club dovrebbe accettare solo uno o al massimo due alcolisti di questo tipo. Le esperienze di lavoro con questo gruppo di alcolisti sono poche e la loro mortalità è inevitabilmente molto alta.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Capitolo sesto

ASPETTI STRUTTURALI E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La collaborazione con altri programmi

Il problema del rapporto fra i Club e gli altri servizi che si occupano dei programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati è spesso oggetto di discussione fra gli operatori dei Club e le famiglie in trattamento. Esistono molti programmi pubblici e del cosiddetto "privato-sociale" che si occupano dei disturbi alcolcorrelati e delle persone che in vario modo ne soffrono. I programmi di trattamento complesso, fra i quali rientra anche il trattamento nel Club, si distinguono dagli altri programmi perché sono parte integrante della protezione generale della salute e si occupano anche della prevenzione primaria dei disturbi alcolcorrelati. Inoltre, nel programma complesso, a differenza di molti altri programmi alternativi, una volta che si è creato il contatto con l'alcolista e la sua famiglia, questi non vengono più lasciati soli e senza sostegno. Il programma complesso di controllo dei disturbi alcolcorrelati cerca di instaurare il massimo di collaborazione possibile con i servizi ospedalieri, con quelli extraospedalieri, con i programmi alternativi e con tutte le organizzazioni pubbliche e di volontariato che si occupano dei disturbi alcolcorrelati. Affinché questa collaborazione possa dare buoni risultati, bisogna individuare con chiarezza i compiti di ogni singolo programma sul territorio per evitare che i programmi si sovrappongano l'uno all'altro; e perché non accada che mentre parte del territorio è servita da molti servizi, altre zone possano restare scoperte.

Fra i programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati che operano su di un determinato territorio, alcuni sono gestiti dalle organizzazioni di volontariato. È indispensabile una stretta collaborazione fra esse e i Club. Una di queste organizzazioni è quella degli Alcolisti Anonimi, che svolgono un programma riabilitativo di gruppo veramente notevole, anche se, come è già stato detto, il loro lavoro si diversifica notevolmente dal lavoro che svolgono i Club degli alcolisti in trattamento. La collaborazione con le varie strutture e i diversi servizi dovrebbe essere definita anche attraverso particolari accordi. I Club degli alcolisti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

in trattamento e i programmi complessi sul territorio devono operare in stretto contatto soprattutto con il servizio di medicina di base e con i servizi sociali di zona. Dovrebbero inoltre rappresentare il più importante punto di sostegno della rete territoriale di protezione e promozione della salute.

I Club, su questi argomenti, esprimono spesso orientamenti diversi. Alcuni Club cercano di occuparsi di tutti gli aspetti della protezione e della promozione della salute nel campo dei disturbi alcolcorrelati, anche quando esistono servizi organizzati e finanziati a questo scopo. Un esempio ci può venire dai programmi di formazione e di prevenzione dei disturbi alcolcorrelati nelle scuole. Il Club può, in alcuni casi, se richiesto, offrire il suo aiuto. Deve però valutare attentamente le proprie possibilità e le proprie forze. Il Club da solo non dovrebbe rappresentare l'intero programma territoriale.

Un altro problema ci viene, ad esempio, da chi sostiene che una famiglia potrebbe essere meglio aiutata e supportata se partecipasse a diversi programmi, per esempio sia al Club degli alcolisti in trattamento che contemporaneamente al gruppo degli Alcolisti Anonimi. Se una famiglia partecipa al gruppo degli Alcolisti Anonimi con buoni risultati bisogna che questa sua scelta venga sostenuta fino in fondo, così come dovrebbe essere sostenuta la scelta di un qualsiasi altro programma. Non è bene, e non ha alcun senso, la partecipazione contemporanea a diversi programmi.

Quando il membro del Club necessita di una cura specifica o di un trattamento particolare, la decisione deve essere lasciata al medico. Se il medico richiede l'aiuto e la collaborazione del Club solo allora il Club dovrà intervenire nel merito. Ogni Club dovrebbe essere consapevole delle proprie possibilità e di quelle del proprio operatore e dovrebbe sapere se è in grado di assumersi o meno una tale responsabilità.

La formazione degli operatori

Data la grande diffusione dell'alcolismo, sono molte le famiglie che necessitano di un aiuto prolungato nel tempo; per questo motivo vi è estremo bisogno di organizzazioni che si fondano sull'autoaiuto e sull'autoprotezione. L'approccio complesso psico-medico-sociale dei Club degli alcolisti in trattamento richiede il coinvolgimento e la sensibilizzazione di numerosi operatori formati per svolgere questa attività. Basti citare i circa 1.300 Club esistenti in Italia, per comprendere la necessità di operatori che, oltre al lavoro di Club, dovranno essere inseriti nei programmi territoriali di controllo dei disturbi alcolcorrelati. La formazione e l'aggiornamento di questi operatori richiedono programmi diversificati e a più livelli. Anzitutto questi programmi devono avere

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

carattere unitario. L'unitarietà è necessaria per impedire differenze nel lavoro dei Club e conseguenti malintesi. Il confronto dovrebbe svolgersi in appositi incontri di carattere professionale e scientifico degli operatori, e non nei Club degli alcolisti in trattamento. Preme qui ricordare brevemente alcune fondamentali caratteristiche comuni a diverse esperienze di formazione, e quindi anche alla formazione in campo alcologico.

La formazione deve avere uno scopo ben definito. Nel nostro caso, lo scopo è motivare chi partecipa al corso a entrare nei programmi. Bisogna tener conto di questo quando si prepara il programma di insegnamento. Nei Club degli alcolisti in trattamento lavorano numerosi operatori che appartengono a diverse categorie professionali e al mondo del volontariato: il programma di formazione deve essere studiato per il gruppo a cui si rivolge. La formazione può essere più mirata e accurata, se si selezionano i destinatari del corso. Si può scegliere, ad esempio, di rivolgersi ai soli operatori sanitari, o ai soli medici, e così via. Anche in questo caso il programma deve essere adattato alle caratteristiche del gruppo scelto.

Non ha senso investire molto tempo in lezioni che non potranno essere comprese dai partecipanti o nelle quali si affrontano problemi che nella pratica di lavoro non si incontreranno mai. Se non si tiene conto di questo si corre il rischio che i partecipanti si sentano demotivati al lavoro, perché il programma sembra loro troppo pesante, e finisce per farli dubitare delle loro possibilità.

Nell'insegnamento si deve garantire un forte coinvolgimento dei partecipanti, che devono essere stimolati a intervenire attraverso la discussione e le esperienze di tirocinio. L'insegnamento richiede puntualità, partecipazione e attività di tutti, docenti e discenti.

Il programma di insegnamento deve essere costantemente aggiornato. Vi possono essere delle difficoltà se il gruppo dei partecipanti non è omogeneo: può darsi ad esempio che una parte del gruppo sia già a conoscenza di quanto viene insegnato. Sta alla bravura dell'insegnante presentare quanto è già noto in modo da destare un rinnovato interesse. Bisogna anche tenere conto della scelta degli insegnanti. Neppure il migliore esperto otterrà buoni risultati, se non sarà in grado di creare interazioni positive nel gruppo dei partecipanti e se non saprà trasmettere con molta chiarezza le proprie conoscenze a tutti, senza tener conto dei diversi livelli di conoscenza.

I programmi di insegnamento, così come la scelta dei partecipanti e degli insegnanti, sarà molto più costruttiva ed efficace se esiste un Centro alcologico territoriale. Naturalmente non basta un breve corso di formazione per inserirsi nel lavoro territoriale dei programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati e nel lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento. È necessario che nei partecipanti

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

stessi si verifichi un cambiamento; deve mutare il loro rapporto nei confronti dell'alcol, dell'alcolismo e degli alcolisti. È necessario inoltre un cambiamento personale: è difficile trasmettere agli altri la necessità di cambiare il proprio comportamento se l'operatore stesso non è convinto di questo e se non è in grado di modificare anzitutto il proprio comportamento.

Per riuscire ad ottenere un cambiamento è necessario un certo periodo di tempo; si dà modo così ai partecipanti di far lievitare questa esperienza, dopo la crisi iniziale che provoca la necessità del cambiamento. Le interazioni emozionali fra i partecipanti, e fra i partecipanti e gli insegnanti, favoriranno il cambiamento. L'esperienza ha dimostrato che per avviare questo processo è necessaria almeno una settimana. Nel corso di formazione è bene prevedere degli spazi per le attività sociali, per permettere ai partecipanti di discutere sulla necessità del cambiamento in un'atmosfera rilassata ed amichevole. Nell'ambito del processo di formazione bisogna anche progettare l'operatività e valutare la possibilità dei corsisti di attivarsi immediatamente nei programmi. Questo sarà possibile attraverso il graduale inserimento nel programma territoriale, mediante frequenti discussioni con gli operatori, con la presenza agli incontri dei Club, parlando con gli alcolisti e i loro familiari, con gli esperti, con le autorità e le figure significative della comunità. È bene sperimentare anche il lavoro con l'alcolista, ad esempio mediante delle simulazioni o facendo ricorso allo psicodramma.

La pratica di lavoro non si può imparare con la teoria, ma solo facendola. Al corso di formazione dovrebbe far seguito una continua verifica. È bene operare una valutazione iniziale e poi delle verifiche in itinere e alla fine del corso; altre valutazioni saranno effettuate, a intervalli prefissati, ad esempio ogni sei mesi, nel corso della pratica di lavoro. Per tali valutazioni occorre munirsi degli strumenti necessari.

Non possiamo dilungarci su tutti gli aspetti e su tutte le difficoltà della valutazione e della preparazione degli strumenti necessari, come ad esempio i questionari. Diremo solo che è relativamente facile valutare l'incremento delle conoscenze dei partecipanti ad un corso; è molto più difficile valutare il loro cambiamento comportamentale. Ancora più difficile sarà valutare i risultati del lavoro nel Club degli alcolisti in trattamento. È difficile avere chiaro di cosa bisogna tenere conto: del cambiamento dell'operatore, della sua motivazione, dei cambiamenti che avvengono nel Club dove egli lavora, dei cambiamenti nei servizi con cui collabora, o di altro ancora.

Dovremo valutare il risultato ottenuto dal singolo alcolista, dalla famiglia o dalla comunità? E comunque, se è questo che si deve valutare resta aperto l'interrogativo su quali sono gli strumenti che si devono usare. Ancora più difficile sarà poi valutare i risultati ottenuti nella prevenzione primaria. Tutto

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

questo per dire che la formazione e l'aggiornamento sono procedure complesse e non sempre esistono strumenti ben definiti. Anche in questo caso il Centro alcologico territoriale ha una grande importanza.

Ad un livello più elevato bisogna organizzare l'aggiornamento continuo su specifici aspetti del lavoro. Nella prassi si è mostrato molto efficace un corso, cosiddetto dei 6 mesi o delle 300 ore, che offre la possibilità di preparare l'operatore anche per un ulteriore impegno nell'insegnamento sia alle famiglie, sia alla popolazione generale che ai futuri operatori.

La supervisione nel lavoro dei Club

La maggior parte dei manuali di solito non dedica molta attenzione alla supervisione dell'attività dei programmi alcologici. La supervisione spesso viene avvertita come un controllo, e quindi non sempre viene accettata volentieri. Il lavoro di supervisione richiede una grande preparazione, una notevole esperienza personale e di vita ed anche una solida struttura di personalità. La supervisione è una parte indispensabile nel processo di formazione degli operatori e così pure in seguito, nella pratica di lavoro, sia nelle attività dei programmi territoriali che nel lavoro dei Club. È parte integrante del processo di formazione, specie per quanto riguarda i futuri operatori dei programmi. Alcune scuole hanno inserito nei loro programmi di insegnamento la supervisione. Purtroppo, per quanto concerne i disturbi alcolcorrelati, sia gli studi teorici che la prassi operativa, e quindi anche la supervisione, lasciano molto a desiderare.

Un ulteriore problema è dato dalla necessità di trovare un adeguato numero di supervisori che abbiano le caratteristiche di cui abbiamo parlato prima. Una difficoltà è data anche dalla mancanza di servizi disponibili e preparati ad accogliere i molti studenti che hanno bisogno di questo insegnamento. Di solito i supervisori che lavorano in questi servizi si occupano della supervisione come di un'attività estemporanea, svolta al di fuori dei normali impegni di lavoro. Spesso ci si chiede quanti operatori può seguire un supervisore. L'ideale è che un supervisore abbia da uno a tre operatori al massimo. Naturalmente questo non è possibile. La supervisione non è esente da condizionamenti ideologici o politici; abbiamo già visto il caso degli studenti delle scuole per assistenti sociali a Cuba (Gonzales T.M., 1986).

La supervisione, nei programmi territoriali e nei Club degli alcolisti in trattamento, può essere organizzata molto bene dai Centri alcologici territoriali, se questi esistono e collaborano con i Club. La supervisione dovrebbe essere organizzata anche nei servizi ospedalieri e nelle altre strutture di trattamento.

Al supervisore si richiede, come è già stato detto, di conoscere a fondo il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

problema. In pratica, il supervisore, deve essere un bravo formatore e tener conto che nel programma lavorano sia operatori professionisti che volontari; e che questi ultimi hanno iniziato ad operare con gli alcolisti sulla base del principio che è "meglio fare qualcosa piuttosto che non fare nulla". È ovvio quindi che i Centri alcologici territoriali dovrebbero provvedere anche alla formazione dei futuri supervisori. Il supervisore deve anche avere una grande esperienza di operatività. Non è bene che la supervisione venga svolta da una persona che ha ottime conoscenze teoriche, ma che non lavora o che addirittura non ha mai lavorato nei programmi pratici. Il supervisore dovrebbe inoltre avere anche una grande esperienza di vita, per non trovarsi in imbarazzo davanti ai problemi che incontrerà nel suo lavoro di supervisione.

La supervisione si può fare anche ad un gruppo di più operatori. La migliore supervisione è quella che si fa direttamente nel Club, e non tramite specchi unidirezionali con una osservazione indiretta. Una forma di supervisione la si fa nelle riunioni periodiche degli operatori di un dato territorio. Sarebbe bene organizzare dei corsi specifici per i supervisori.

Il Club e le ricerche scientifiche

La protezione e la promozione della salute richiedono indagini scientifiche approfondite e continue. Inoltre i risultati dovrebbero essere reinvestiti quanto prima possibile nella pratica quotidiana di lavoro. Se ciò non avviene, il progresso scientifico si arresta. Anche i Club degli alcolisti in trattamento devono prestare la dovuta attenzione al lavoro di ricerca. Le ricerche scientifiche costituiscono il modo migliore e più economico per la formazione degli operatori e dei membri del Club. Si viene così a disporre di dati senza i quali non è possibile organizzare un programma di controllo dei disturbi alcolcorrelati che dia buoni risultati.

Le indagini scientifiche che non interessano direttamente il lavoro dei Club dovrebbero essere pianificate dal Centro alcologico territoriale, che a questo fine dovrebbe appoggiarsi sia alle istituzioni pubbliche che all'iniziativa privata. Le ricerche che possono maggiormente aiutare nella pratica di lavoro territoriale sono quelle epidemiologiche, valutative e applicative. Queste ricerche possono fornire i dati necessari per la progettazione dei programmi e per la pianificazione della formazione. I dati ottenuti con le ricerche epidemiologiche servono per la progettazione di programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati nella comunità. Le ricerche valutative servono a verificare i risultati degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. L'operatore ed i membri del Club devono dedicare tutta la loro attenzione agli alcolisti e alle famiglie che abbandonano il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Club, e non solo a quanti partecipano sempre e regolarmente.

È indispensabile sottoporre a verifica i risultati dei programmi; naturalmente si parla di verifica scientifica e non di verifica emozionale o empirica: sappiamo benissimo che ognuno di noi incorre facilmente nell'errore di vedere solo ciò che vuole vedere. Il diploma che il membro del Club riceve dopo un determinato periodo di astinenza è un modo molto semplice per valutare il lavoro del Club e dà modo di seguire per un periodo prolungato i suoi membri. Però con il diploma si valuta solamente uno dei risultati del trattamento, e cioè l'astinenza. Sarebbe molto più importante, come si è già detto, poter valutare il cambiamento comportamentale, la modificazione dello stile di vita del singolo, della famiglia e della comunità nella quale il Club agisce. Per un Club sarà difficile condurre queste ricerche, senza l'aiuto di un Centro alcologico territoriale.

Le ricerche applicative permettono inoltre di studiare l'andamento del trattamento nel Club e di suggerire eventuali correzioni dei programmi. Le ricerche sono infine necessarie per l'organizzazione della supervisione. Sarebbe opportuno che all'attività di ricerca scientifica sui problemi e sui programmi alcolcorrelati partecipassero i diversi servizi socio-sanitari in collaborazione con il Centro alcologico territoriale. Oltre alle ricerche alle quali devono partecipare direttamente i Club degli alcolisti in trattamento, in alcologia esistono numerosi altri livelli e campi di indagine scientifica. Naturalmente i Club degli alcolisti in trattamento devono essere disponibili ad applicare nel loro lavoro i risultati delle indagini scientifiche.

Gli operatori del Club e il bere

Il fatto che gli operatori socio-sanitari, e in specie quelli che si occupano dei disturbi alcolcorrelati, bevano, provoca grosse discussioni e suscita notevole interesse. Gli operatori devono essere astinenti o possono bere? Ci riferiamo in particolare agli operatori che lavorano nei programmi di prevenzione dei disturbi alcolcorrelati, nel trattamento e nella riabilitazione degli alcolisti, nei Club degli alcolisti in trattamento o che si occupano dell'educazione sanitaria dei giovani.

Non è facile rispondere a questo interrogativo. Sappiamo che il bere è largamente accettato e che non esiste in proposito una opinione univoca. È difficile pensare che un operatore che non ha una propria opinione chiara sul bere alcolici possa fare educazione sanitaria in modo efficace. La comunicazione verbale e quella non verbale non dovrebbe essere fonte di ambiguità e chi non ha le idee chiare a proposito delle bevande alcoliche non può dare sufficienti garanzie.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Le opinioni sul bere degli operatori di Club sono diverse: vi è chi chiede loro una totale astinenza e chi ritiene che il loro eventuale bere è ininfluente sul lavoro nel Club. In ogni caso, qualunque sia la decisione che l'operatore prende riguardo al bere, il suo rapporto con l'alcol deve essere chiaro e deve basarsi su una decisione personale.

Certo è molto più facile chiedere agli altri, siano questi alcolisti o bevitori moderati, di cambiare il proprio comportamento, se l'operatore ha fatto la scelta dell'astinenza. L'operatore non dovrebbe assolutamente bere in presenza degli alcolisti. È impossibile, con il bicchiere in mano, chiedere l'astinenza agli alcolisti e ai loro familiari. Il cambiamento del proprio stile di vita è difficile e richiede, per un consumatore moderato, operatore di Club o meno, un lungo periodo di tempo. Prende sempre più piede l'opinione che il fattore più importante per il lavoro in alcologia sia la personalità dell'operatore. Operatori con conoscenze anche minime possono lavorare molto bene nel Club, se possiedono caratteristiche personali positive; al contrario, le migliori conoscenze non garantiscono buoni risultati se l'operatore ha una personalità disturbata. La comunità multifamiliare del Club influenza tutti i suoi membri; quindi anche l'operatore. I cambiamenti che toccano i membri della comunità toccano anche l'operatore. Il cambiamento non è uguale per tutti, ma dipende dalla disponibilità di ognuno a scegliere il modello comportamentale che meglio gli si addice.

L'alcolista operatore di Club

Anche questa è una questione che viene spesso dibattuta, sia fra gli operatori che fra i membri del Club. Non vi è alcun dubbio che l'operatore professionista, se è formato adeguatamente, e se è costantemente aggiornato, catalizza nel modo migliore le interazioni del Club. È importante inoltre che sia motivato al lavoro, che abbia risolto i propri problemi riguardo al bere e che sia attivo nei lavori di ricerca. Pretendere di avere di regola operatori di tale competenza sembra quasi un'utopia. Bisogna perciò accontentarsi dell'esistente.

Come soddisfare la grande richiesta di operatori? Ogni anno vengono dimessi dal trattamento ospedaliero molti alcolisti, e tutti necessitano di un trattamento prolungato nel Club. Il Club fa parte del programma complesso di controllo dei disturbi alcolcorrelati e quindi l'operatore ha il compito di partecipare, oltre che alle attività del Club, anche all'organizzazione della prevenzione primaria. Questo comporta un enorme lavoro per un gran numero di operatori.

Una situazione simile si presenta anche in quelle regioni italiane dove il

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

numero dei Club e degli altri programmi di controllo dei disturbi alcolcorrelati è in costante aumento. Dove e come trovare gli operatori professionali? In Croazia la legge sulla protezione sanitaria e sulla previdenza sociale richiede che queste attività vengano svolte dal servizio di protezione primaria della salute, condotta dal medico di base, dal medico della medicina del lavoro e dal medico scolastico. Tali medici, però, non sono né formati, né tanto meno motivati a questo lavoro.

Quando ci si imbatte in famiglie con problemi alcolcorrelati vi sono due possibilità: abbandonarle al loro destino, perché non esistono professionisti in grado di occuparsi dei loro problemi, oppure fare qualcosa, sempre in base al noto principio che "fare qualcosa è sempre meglio che non fare niente". Naturalmente bisogna coinvolgere in questa attività il maggior numero possibile di operatori professionisti e di volontari. Le persone più adatte e più pronte a rispondere a queste necessità, se non esistono operatori disponibili, sono, a determinate condizioni, l'alcolista insieme ai membri della sua famiglia. La condizione più importante è che si provveda alla loro formazione.

Come scegliere gli operatori per il lavoro nei Club, in special modo per quanto riguarda gli alcolisti, è un problema che va adeguatamente valutato. Questa scelta potrebbe essere operata, per tutti gli operatori, dal Centro alcologico territoriale, Centro che in questo come in altri importanti ambiti ha un ruolo fondamentale nella regia complessiva dei programmi, come più volte abbiamo avuto modo di dire.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

BIBLIOGRAFIA

Abraham K., The psychological relations between sexuality and alcoholism, *International J. of Psychoanalysis,* 7, 1926.

Acosta C. e coll., *Glosario Cubano de la classificación internacional de enfermedades psiquiátricas (GC-II)*, Edit. Hosp. Psiquiátrico, Habana, 1983.

Adams R.D., Victor M., Mancall E.L., Central pontine myelinolysis, *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry,* 81: 154-172, 1959.

Ahlström S., Women's use of alcohol, in Simpura J. (ed), *Finnish Drinking Habits,* Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki, 35: 135-149, 1987.

Alcoholics Anonymous, A.A. World Services Inc., New York, 1939.

Alcoholics Anonymous, *The Third Edition of the Big Book,* Alcoholics Anonymous World Service Inc., New York, 1976.

Alcoholics Anonymous, Twelve Steps and Twelve Traditions, A.A. World Services Inc., New York, 1953.

Alcolismo, Tipografia Marioni, Udine, 1989.

Aldenhoevel H.G., Erhöhte Serumaktivitäten von Gamma-GT und Transaminasen im Rahmen von und verkehrsmedizinischer Eigenuntersuchungen alkoholaufälliger Kraftfahrer: einige differentialdiagnostische Gesichtspunkte, *Blutalkohol,* 21: 471-478, 1984.

Aldenhoevel H.G., Gamma-Glutamyl-Transpeptidase und Transaminasen in Serum bei Alkoholtätern. Einige empirische Befunde, *Blutalkohol,* 22: 290-297, 1985.

Alderslade R., *Public health management in the health-for-all era,* World Health Forum, 11: 269-373, 1990.

Alha A.R., Blood alcohol and clinical inebriation in Finnish men, *Ann. Acad. Scient. Fennicae,* Series A.V., N° 26, pp. 92, Helsinki, 1951.

ALISEO (Associazione contro l'alcolismo), *Il bere sbagliato,* Provincia di Torino, Assessorato allo sviluppo sociale, Torino, 1990.

Alkoholizam V., Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, *Plitvicka jezera,* 19-21. X. 1987. SIZMIOR Hrvatske i Savez samoupravnih interesnih zajednica zdravstva i zdravstvenog osiguranja radnika i poljoprivrednika Hrvatske, Zagreb, 1988.

Alterman A., Tarter R., Transmission of psychological vulnerability: Implications for alcoholism etiology, *Journal of Nervous and Mental Diseases,* 171: 147-154,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

1983.
Åmark C., A study in alcoholism, *Acta Psychiatr. Scand.,* Suppl., 70: 1-283, 1951.
American Medical Association, *Manual of Alcoholism,* American Medical Association, 1968.
American Medical Association, *Manual of Alcoholism,* III ed., American Medical Association, 1977.
American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders,* Washington, 1952.
American Psychiatric Association, *DSM III, Manuale diagnostico dei disturbi mentali,* Masson, Milano, 1980.
American Psychiatric Association, DSM III R, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,* Masson, Milano, 1989.
Anant S.S., A note on the treatment of alcoholics by a verbal aversion technique, *Canadian Psychologist,* 8: 19-22, 1967.
Andresen P.H., Traffic and alcohol, *Medico-Legal* J., 18:98, 1950.
Annis M.H., *Situational confidence questionnaire (SCQ - 39), Set of 25 questionnaires,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1987.
Annis M.H., Graham M.J., *Situational confidence questionnaire (SCQ - 39), User's Guide,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Apel G., Zur Frage des Alkoholabbaus im Schlafe, *Dtsch. Z. gerichtl. Med.,* 49: 388-390, 1960.
Arif A., Westermeyer J., *Manual of Drug and Alcohol Abuse,* Plenum Press, New York and London, 1988.
Aubrion J., Kerblay de Y., Louis A.X., Mialon A., Simon A., Considérations sur la rechute en alcoologie, *Revue de l'alcoolisme,* 33: 262-268, 1988.
Bahr H.M., *Skid Row: An Introduction to Disaffiliation,* Oxford University Press, New York, 1973.
Balcerzak S.P., Westerman M.P., Heinle E.W., Mechanism of anemia in Zieve's syndrome, *Am. J. Med. Sci.,* 255:277, 1968.
Barillas M., A study of the validity and reliability of the Alcaad test on a psychometric instrument for the identification of male alcoholics, Tesi non pubblicata, Fordham University Graduate School, 1952.
Barnes H., Onell S., Aronson M., Delbanco T., Early detection and out patient management of alcholism: A curriculum for medical residents, *Journal of Medical Education,* 59, *(N. 11):* 904-906, 1974.
Barry H., The correlation between personality and the risk of alcoholism, *Proceedings of the First International Magnus Huss Symposium,* Excepta Medica, Amsterdam, 1977.
Bates R.C., Clues to the diagnosis of alcoholism, *J. Mich. Med. Soc.,* 62: 977-979, 1963.
Bateson G., *Verso un'ecologia della mente,* Adelphi, Milano, 1987.
Beard D., Fluid and electrolyte balance during acute withdrawal in chronic alcoholic patients, *J.A.M.A.,* 204: 135-139, 1968.
Beeg C.B., Walker A.M., Wessen B., Zelen M., Alcohol Consumption and Breast

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Cancer, *Lancet,* 1: 293-294, 1983.
Beers C.W., *Eine Seele die sich wiederfand,* H. Huber, Basel-Stuttgart, 1941.
Beers C.W., *A mind that Found itself,* Doubleday, New York, 1939.
Beitman D.B., Goldfried R.M., Norcross C.J., The movement toward integrating the psychotherapies: An overview, *Am. J. Psychiatry,* 146: 138-147, 1989.
Belfer M., Shader R.I., Carroll M., Harmatz J.S., Alcoholism in Women, *Archives of General Psychiatry,* 25: 540-544, 1971.
Berkowitz J.M., The efficacy of bismuth subsalicylate in relieving gastro-intestinal discomfort following excessive alcohol and food intake, *The Journal of Internal Medicine Research,* 18: 351-357, 1990.
Bell A.H., Measure for adjustment of the physically disabled, *Psychological Reports,* 21: 773-778, 1967.
Bell A.H., Weingold H.P., Lachin J.M., Measuring adjustment in patients disabled with alcoholism, *Quarterly J. Stud. on Alcohol,* 30: 634-639, 1969.
Bellak L., *A Concise Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health,* Grune and Stratton, New York, 1974.
Benedetti G., *Die Alkoholhalluzinosen,* Stuttgart, 1952.
Bennett A.E., Doi L.T., Mowery G.L., The value of electroencephalography in alcoholism, *J. Nerv. Ment. Dis.,* 124: 27-32, 1956.
Bennett A.E., McKeever L.G., Turk R.E., Psychotic reactions during tetraethyl-thiuram-disulfide (Antabuse) therapy, *J.A.M.A.,* 145: 483,1951.
Bennett A.E., Movery G.L., Fort J.T., Brain damage from chronic alcoholism: The diagnosis of intermediate stage of alcoholic brain disease, *Am. J. Psychiat.,* 116: 705, 1960.
Berent S., Lateralization of brain function, in S. Filskov and T. Boll (eds.), *Handbook of Clinical Neuropsychology,* Willey, New York, 1981.
Beresford T., Low D., Hall R.C.W., Adduci R., Goggans F., Computerized biomedical profile for detection of alcoholism, *Psychosomatics,* 23: 713-720, 1982.
Beresford T.P., Alcoholism consultation and general hospital psychiatry, *General Hospital,* 1: 293-300, 1979.
Bernadt M., Taylor C., Mumford J., Smith B., Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism, *Lancet,* February 6: 325-328, 1982.
Bierer J., *Therapeutic Clubs,* Lewis and Co., London, 1948.
Bierer J., *The Day Hospital,* Lewis and Co., London, 1951.
Blake B.G., The application of behaviour, Therapy to the treatment of alcoholism, *Behaviour Research and Therapy,* 3: 75-85, 1965.
Bode J.Ch., Schäden im Bereich des Gastrointestinaltraktes durch akuten und chronischen Alkoholmissbrauch, *Ther. Umschau,* 38: 420-426, 1981.
Bogen E., Drunkenness. A quantitative study of acute alcoholic intoxication, *J. Amer. Med. Ass.,* 89: 1508-1510, 1927.
Bolsano N.A., Fluid restriction and the manegement of acute alcohol withdrawal, *Surgery,* 68: 283-286, 1970.
Bonte W., Volck J., Untersuchungen zum Problem der Alkoholnachwirkung, *Blutalkohol,*

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

15: 35-46, 1978.
Botteri S., Mrass M., Grubic V., Skoro S., Klub lijecenih alkoholicara u udruzenom radu, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, Zagreb, 1988.
Bowen R.O., Opening remarks, in U.S. Department of Health and Human Services: Surgeon General's Workshop on Drunk Driving, *Proceedings,* Washington, Dec. 14-16, 1988, Rockville, 1989.
Breeze E., *Women and Drinking,* HMSO, London, 1985.
Brenner W., Alkohol am Arbeitsplatz, Bayerische Akad. Arbeits, Soz. *Med., Schriftenreihe* Bd. 8., 1985.
Brinton L.A., Hoover R., Fraumeni J.F.jr., Epidemiology of Minimal Breast Cancer, *J.A.M.A.,* 249: 438-487, 1983.
Brunn K., Edwards G., Lumio M., Mäkelä K., Pan L., Popham R.E., Room R., Schmidt W., Skog O.J., Sulkunen P., Österberg E., Alcohol control policies in public health perspective, Vol. 25, *Finnish Foundation for Alcohol Studies,* Helsinki, 1975.
Brunner-Orne M., Orne M.T., Directive group-therapy in the treatment of alcoholics: technique and rationale, *Int. J. Group Psychother.,* 4: 293-302, 1954.
Bush B., Shaw P., Cleary T., Delbanco M., Aronson M., Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire, *American Journal of Medicine,* 82: 231-235, 1987.
Byers J., Funch D.P., Alcohol and Breast Cancer, *Lancet,* 1: 799-801, 1982.
Cabaniss N., *Is alcoholism an inherited disorder? An evaluation of twin, half-sibling and adoption studies of drinking behaviour,* Tesi di laurea non pubblicata, Princeton University, 1979.
Cahalan D., Cisin I.H., Crossley H.M., *American Drinking Practices,* Rutgers Center for Alcohol Studies, New Brunswick, 1969.
Capriglione M., Montero M., Masur J., Aplicacao de questionario CAGE para detecacao da sindrome de dependencia do alcool em 700 adultos na cidade Sao Paolo, *Rev. Ass. Bras. Psiq.,* 7 (N. 25): 50-53, 1985.
Caravita R. (ed), *Alcolismo e regioni,* U.S.L 35 Ravenna - Cervia - Russi e Caritas Diocesana, Ravenna, 1989, 1990.
Carleton J.L., Alternative psychotherapies: A social psychiatric perspective, *Mediter. J. Soc. Psychiat.,* 7: 71-77, 1986.
Catanzaro J.R., *Alcoholism, the Total Treatment Approach,* Charles C. Thomas, Springfield, 1968.
Cautela J.R., Treatment of compulsive behaviour by covert sensitization, *Psychological Record,* 16: 33-41, 1966.
Chaudron C.D., Wilkinson D.A., *Theories on Alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Chick J., Kreitman N., Plant M., Mean cell volume and gamma-glutamyl-transpeptidase as markers of drinking in working men, *Lancet,* 1: 1249-1251, 1981.
Chwelos N., Bleiwett D.B., Smith C.M., Hoffer A., Use of d-lysergic acid diethylamide in the treatment of alcoholism, *Quart. J. Stud. Alcohol,* 20: 577-590, 1959.
Clarren S.K., Alvord E.C. jr., Sumi S.M., Streissguth A.P., Smith D.W., Brain malformations related to prenatal exposure to ethanol, *J. Pediatr.,* 92: 64-67,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

1978.
Coccioli C., *Uomini in fuga, la grande avventura degli alcolisti anonimi,* Rizzoli Editore, Milano, 1973.
Cole A.J., Ryback S.R., Pharmacological therapy, in Tarter E.R., Sugerman A.A. (eds), *Alcoholism,* Addison-Wesley Publishing Company, 1976.
Colusso L., Hudolin Vl., *Il lavoro dei clubs degli alcolisti in trattamento a Treviso e nel Veneto,* Zoppelli, Treviso, 1988.
Cowan D.H., Hines J.D., Thrombocytopenia of severe alcoholism, *Ann. Intern. Med.,* 74:37, 1971.
Criteria Committee, National Council on Alcoholism: Criteria for the diagnosis of alcoholism, *Ann. Intern. Med.,* 77: 249-258, 1972, *Am. J. Psychiatry,* 129: 127-135, 1972.
Capeta R., Hudolin Vl., Bamburac J., Stanetti F., Lang B., Ribaric M., *V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske,* Zbornik, Zagreb, 1988.
Cerlek S., Hudolin Vl., Knezevic M., Forenbacher S., Lang B., Cerlek N., Alkohol und Leberparenchymveränderungen, *Epatologia,* 13:1105, 1967.
Davidson C., Bourrit F., Nielsen P., Alcool et sexualité, *Revue de l'alcoolisme,* 34: 217-237, 1989.
Davies D.L., Normal drinking in recovered alcohol addicts, *Quart. J. Stud. Alc.,* 23: 94-104, 1962.
Davies D.L., Normal drinking in recovered alcohol addicts, *Quart. J. Stud. Alc.,* 24: 109-121, 321-332, 1963.
Davies D.L., Is alcoholism really a disease?, *Contemporary Drug Problems,* 3: 197-212, 1974.
De Lint J., Anti-drink propaganda and alcohol control measures: A report on the Dutch experiences, in Single E., Morgan P., de Lint J. (eds.), *Alcohol, Society and the State, II: The Social History of Control Policy in Seven Countries,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.
DeLint J., Schmidt W., Consumption averages and alcoholism prevalence, B*ritish Journal of Addiction,* 66: 97-107, 1971.
De Lint J., Schmidt W., The distribution of alcohol consumption in Ontario, *Quart. J. Stud. Alc.,* 29: 968-973, 1968.
Diethelm O., *Etiology of Chronic Alcoholism,* Charles C. Thomas, Springfield, 1955.
Dietz K., Mallach H.J., Über die Verteilung hoher, mit dem Leben noch vereinbarer Blutalkoholwerte, *Blutalkohol,* 16: 264-275, 1979.
Don Calahan, Cisin H.I., Crossley M.H., *American drinking precrises,* Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, 1969.
Don Calahan, Foreword, in Chaudron C.D., Wilkinson D.A. (eds.), *Theories on Alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Dossetti G. jr., *L'esperienza spirituale nel programma "progetto uomo",* Scuola di Formazione "Casa del Sole", Castel Gandolfo (Roma), 8, 1988.
Dreyfus P.M., Disease of the nervous system in alcoholics, in Kissin B., Begleiter H., (eds.), *The biology of Alcoholism,* Vol. 3, Plenum Press, New York, 1974.
Duffy J.C., Alcohol consumption, alcoholism and excessive drinking – Errors in estimates

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

from consumption figures, *International Journal of Epidemiology,* 6: 375-379, 1977.

Duffy J.C., The distribution of alcohol consumption – 30 years on, *British Journal of Addiction,* 81: 735-742, 1986.

Dunn B. R., *Aspetti spirituali del recupero dall'alcolismo e dall'abuso di stupefacenti,* Scuola di Formazione "Casa del Sole", Castel Gandolfo (Roma), 3, 1988.

Durakovic Z., Gasparovic V., Bosnic D., Plavsic F., Otrovanje etanolom lijeceno hemodijalizom, *Arh. hig. rada Toksikol.,* 39: 47-50, 1988.

Eckhardt M.J., Harford T.C., Kälber C.T., Health hazards associated with alcohol consumption, *J. Amer. Med. Ass.,* 246: 648-666, 1981.

Edwards G.E., No "alcoholism" please, we're British, *British Journal of Addiction,* 82: 1059-1960, 1987.

Edwards G.E., Arif A., Hodgson R., Memorandum on nomenclature and classification of drug and alcohol related problems, *Bull. WHO,* 59 (2): 225-242, 1981.

Edwards G.E., Gross M.M., Keller M., Moser J., Room R. (eds.), *Alcohol related disabilities,* World Health Organization, Offset Publication, no. 32, 1977.

Elbel H., Grund*lagen der Beurteilung von Alkoholbefunden,* Thieme, Leipzig, 1937.

Elbel H., Schleyer F., *Blutalkohol,* Thieme, Stuttgart, 1956.

Emrick C.D., A review of psycologically oriented treatment of alcoholism. I: The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behaviour following treatment, *Quart. J. Stud. Alc.,* 35: 523-549, 1974.

Estes W.K., Cognitive processes in conditioning, in Dickinson A., Boakes R.A. (eds.), *Mechanisms of Learning and Motivation,* Erlbaum, Hillsdale, 1979.

Estes J.N., Heinemann E.M. (eds.), *Alcoholism Development, Consequences, and Interventions,* Mosby Company, St. Louis, II ed., 1982.

Evenson R.C., Altmann H., Cho D.W., Montgomery J., Development of an alcoholism severity scale via an iterative computer programme for item analysis, *Quart. J. of Stud. on Alcohol.,* 34: 1336-1341, 1973.

Evenson R.C., Altmann H., Sletten I.W., Kowles R.R., Factors in the description and grouping of alcoholics, *American J. of Psychiatry,* 130: 49-54, 1973.

Ewing A.J., Different approaches to the treatment of alcoholism, in Carl Magnus Ideström: Recent advances in the study of alcoholism, *Proceedings of the First international Magnus Huss Symposium,* Stockholm 2-3 Sept. 1976, Excerpta Medica, 1977.

Ewing J.A., Detecting Alcoholism: the CAGE questionnaire, *Journal of the American Medical Association,* 252: 1905-1907, 1984.

Fehr H.D., Psychotherapy: Integration of individual and group methods, in Tarter E.R., Sugerman A.A. (eds), *Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem,* Addison-Wesley Publishing Company, Reading, 1976.

Feighner J.P., et al., Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Arch. Gen. Psychiatry,* 26: 57-63, 1972.

Feldmann H., *Le traitement par l'apomorphine,* L'expansion scientifique française, Paris, 1950.

Ferber E., Maver H., Avitaminoze i hipovitaminoze, *Medicinska Enciklopedija,* Leksi-

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

kografski Zavod FNRJ, Zagreb, 657-683, 1957.
Fernandez Alonso F., *Bases psicosociales del alcoholismo,* p. 36, Trabajo de Inscripción en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1979.
Feuerlein W., Haf C.M., Aus-und Weiterbildung von Medizinern auf dem Gebiet der Suchtkrankheiten in der Bundesrepublik Detuschland, *Spektrum,* 80-86, 1985.
Feuerlein W., Küfner H., Flohrschütz TH., Kaufmann F., Diehl R., Die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen-Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung, *Deutsche Rentenversicherung,* 219-236, 1986.
Fillmore M.K., *Alcohol Use across the Life Course, A Critical Review of 70 Years of International Longitudinal Research,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Filskov S., Goldstein S., Diagnostic validity of the Halstead-Reitan neuropsychological battery, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 42: 382-388, 1974.
Finlay D., Constructive coercion and the problem-drinking employee: Prospects and problems, Alcoholism Foundation of B.C., Vancouver, April, 1974.
Fisk D., "Psychotic reaction" to tetraethylthiuramdisulfide (Antabuse) therapy, *J.A.M.A.,* 150: 1110, 1952.
Flury F., Zanger H., *Lehrbuch der Toxikologie,* Springer, Berlin, 1928.
Fluttert P.H.H., Hartkamp J.L., Houven G., Avoiding past mistakes in the new alcohol policy of the Royal Netherlands Navy, *Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence,* Oslo 1988, Vol. II, National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Forenbacher D., O pellagri, *Lijecnicki Vjesnik,* 14: 148-154, 1892.
Forrest G., *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism,* Charles C. Thomas, Springfield, 1975.
Foster B.H.J., *Blutalkohol und Straftat,* Thieme, Stuttgart, 1975.
Fralick C.P., Evaluation of public awareness, Campaigns for Canadian forces in Europe, *Proceedings of the 35th International Congress on Alcohol and Drug Dependence,* Oslo, 1988, Vo. II, Nat. Direct. for the Prevent. of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Franceschi M., Truci G., Coni G., Lozza L., Marchettini P., Galardi G., Smirne S., Cognitive deficits and their relationship to other neurological complications in chronic alcoholic patients, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.,* 47: 1134-1137, 1984.
Frank S., On the horrible vice of drunkeness, A document of the reformation period on inebriety, Classics of the alcohol literature, *Quarterly Journal of Studies Alcohol,* 2: 391-395, 1941.
Freed E.X., Drug abuse in alcoholics: A review, *Int. J. Addict.,* 8: 451-473, 1973.
Freed E.X., Alcoholism and Schizophrenia: The search for perspectives, *Q.J. Stud. Alcohol.,* 36: 853-881, 1975.
Gacic B., *Porodicna terapija alkoholizma,* Rad, Beograd, 1978.
Gacic B., An integrative, systemic family treatment of alcoholism, *Proceedings of the 35th Inter. Congr. on Alcoholism and Drug Depend.,* National Directorate of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Galanter M., Karasy T.B., Wilder, J.F., Alcohol and drug abuse consultation in the general hospital, A Systems approach, A*mer. J. Psy.,* 133:934.

Galanter M., Alcoholism consultation in the general hospital, *Advances in Alcoholism,* 2: June/July 1982.

Gassull A.M. (ed.), *La enfermedad alcoholica,* Fargraf de España, Quimicos Unidos, Barcelona, 1978.

Ghodse H., Khan I., *Psychoactive Drugs: Improving Prescribing Practices,* World Health Organization, Geneva, 1988.

Ghodse H., Khan I., *Prescrivere gli psicofarmaci,* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1989.

Gillis L.S., Keet M., Prognostic factors and treatment results in hospitalized alcoholics, *Q.J. Stud. Alcohol.,* 30: 426-437, 1969.

Glaser F.B., Greenberg S.W., Relationship between treatment facilities and prevalence of alcoholism and drug abuse, *Journal of Studies on Alcohol,* 36: 348-358, 1975.

Glaser F.B., Greenberg S.W., Barrett M., *A Systems Approach to Alcohol Treatment,* Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Toronto 1978.

Godfrey E.K., LSD therapy, in Catanzaro J.R. (ed.), *Alcoholism, The Total Treatment Approach,* Charles C. Thomas, Springfield, 1968.

Goebel K.M., Alkoholbedingte hämatologische Störungen, *Internist,* 19: 110-115, 1978.

Goldberg L., Alcohol and road traffic, *Proceedings of the First International Conference on Alcohol and Traffic,* Kugelbergs Boktryckeri, Stockholm, 1951.

Gonzales T.M., Supervision docente en trabajo social, *Temas de trabajo social,* 8: 32-57, 1986.

Gonzales T.A., Vance M., Helpern M., Umberger C.J., *Legal Medicine, Pathology and Toxicology,* II ed., Appleton Century Crofts, New York, 1954.

González R., La diagnóstica en la atención del alcohólico, *Rev. Hosp. Psiq.,* Habana, 27(N. 4): 513-527, 1986.

González R., Alcoholismo, *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 3(2): 33-64, 1987.

González R., Donaire Calabuch I., Velazquez U., Ihebra L., El cuestionario de indicadores diagnostico (CID). Capacidad para diferenciar bebedores sociales y dependientes alcoholicos, *Rev. Hosp. Psiquiat.,* Habana, 31: 29-36, 1990.

Goodwin D.W., Hill S., Powell B., Viamontes J., Effect of alcohol on short-term memory in alcoholics, B*ritish J. of Psychiatry,* 122: 93-94, 1973.

Gottheil E., Waxman M.H., Alcoholism and schizophrenia, in Pattison M.E., Kaufman E. (eds.), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism,* Gardner Press, New York, 1982.

Goutier F., La médecine du travail e la maladie alcooliqu, A*rch. malad. profess.,* 39: 384-399, 1978.

Granone F., *Tossicodipendenza e alcolismo,* Minerva Medica, Torino, 1988.

Gréhant M.N., Dosage de l'alcool dans le sang recueillie d'heure en heure, après l'injection intraveneuse d'une certaine dose d'alcool éthylique, *Soc. Biol.* (Paris), 48:839, 1896.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Gréhant M.N., Recherches sur l'alcoolisme aigu; dosage de l'alcool dans le sang et dans les tissus, *Compt. Rend. Acad. Sci.,* 129: 746-748, 1899.
Griffin G., Griffin T., Effects of statewide legislation regarding tobacco, alcohol and other drug use, Problem prevention and referral programs in schools, *Proceedings of the 35th Int. Congress on Alcohol. and Drug Dependence,* 1988, Oslo, Vol. II, Nat. Direct. for the Prevent. of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Grüner O., Die Verteilung des Alkohols im Blut, *Dtsch. Z. Ges. gerichtl. Med.,* 46: 10-17, 1957.
Grüner O., *Die Gerichtsmedizinische Alkoholnachweis,* 2. Aufl., Heymanns, Köln, 1967.
Grüner O., Zur Problematik der Atemalkoholbestimmung, *Blutalkohol,* 17: 351-366, 1980.
Grüner O., *Die Atemalkoholprobe, Grundlagen und Beweiswert,* Heymanns, Köln, 1985.
Hald J., Jacobson E., A drug sensitizing the organism to ethyl alcohol, *Lancet,* 2: 1001, 1948.
Hald J., Jacobson E., Larsen V., The sensitizing effect of tetraethylthiuramsulphide (Antabuse) to ethyl alcohol, *Acta Pharmacol. et Toxicol.,* 4: 285, 1948.
Haley J., Sguardo retrospettivo sulla terapia della famiglia, in Haley J., *Fondamenti di terapia della famiglia,* Feltrinelli, Milano, 1980.
Hallam R., Rachman S., Falkowski W., Subjective, attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy, *Behaviour Research and Therapy,* 10: 1-13, 1972.
Hanson J.W., Jones K.L., Smith D.W., Fetal alcohol syndrome: experience with 41 patients, *J.A.M.A.,* 235: 1458-1460, 1976.
Harger R.N., Forney R.B., Barnes H.B., Estimation of the level of blood alcohol from the analysis of breath, *J. Lab. Clin. Med.,* 36: 306-318, 1950.
Harger R.N., Goss A.L., The so-called normal alcohol of the body, *Am. J. Physiol.,* 112: 374, 1935.
Harger R.N., Lamb E.B., Halpieu H.R., A rapid chemical test for intoxication employing breath, *J.A.M.A.,* 110: 779, 1938.
Hartocollis P., Some phenomenological aspects of the alcoholic condition, *Psychiatry,* 27: 345-348, 1964.
Harvey J.G., Drug related mortality in an inner city area, *Drug Alc. Depend.,* 7: 239-247, 1981.
Hawley R.J., Kurtzke J.F. Armbrustmacher V.W., The course of alcoholic-nutritional peripheral neuropathy, *Acta Neurol. Scand.,* 66: 582-589, 1982.
Health Departments of Great Britain and Northern Ireland, *Drinking Sensibly,* Her Majesty's Stationary Office, 1981.
Hillel I., Swiller, Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy, *Int. J. Group Psychotherapy,* 38 (11): 47-61, 1988.
Hillemand B., Considerations sur les proprietés de l'alcool, les facteurs d'installation de l'alcoolo-dependance et sa prevention primaire, *Amitié,* N. 99, 2-8, 1990.
Hoffmann H., Loper R.G., Kammeir M.L., Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales, *Q. J. Stud. Alcohol,* 35: 490-498, 1974.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Holt S., Stewart I.C., Dixon J.M., Elson R.A., Taylor T.V., Little K., Alcohol and emergency service patient, *Br. Med. J.,* 281: 638-640, 1980.

Horn J.L., Wenberg K.W., Symptom patterns related to excessive use of alcohol, *Quarterly J. of Stud. on Alcohol.,* 30: 35-58, 1969.

Hudolin Vi., Electroencephalographic characteristics in chronic alcoholism, *Alcoholism,* Suppl., l. Vol. 3–68, 1967.

Hudolin, Vi., N*euroloski aspekti alkoholom izazvanih poremecaja, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske,* Zbornik, Zagreb, 1988.

Hudolin Vi., Andrakovic M., Herman V., Dabic-Jeftic M., Demarin V., Solter-Lajko V., Kalousek M., Elektroencefalografske promjene u toku lijecenja apstinencijskog sindroma alkoholicara Heminevrinom, Zbornik radova o heminevrinu, Zenica 1971, Tvornica lijekova i hemijskih proizvoda "Bosnalijek", Sarajevo, pp. 44-56.

Hudolin Vl., Pneumoencefalografska slika ostecenja mozga kod kronicnog alkoholizma, *Anali bolnice "Dr. M. Stojanovic",* Zagreb, Vol. 1, Supl. 1, 1962.

Hudolin Vl., Tuberculosis and Alcoholism, in Eggelston W.K., Ann S. (eds), Med. *Consequences of Alcoholism,* N.Y. Academy of Sciences, New York, 1975.

Hudolin Vl., *Familie und Alkoholismus,* 2. Ausg., Neuland, Hamburg, 1975.

Hudolin Vl., Obitelj i alkoholizam (uvodno predavanje na Kongresu klubova lijecenih alkoholicara), Porec, 1975.

Hudolin Vl., Bolesti ovisnosti, Klinika za neurologiju, psihijatriju, alkohologiju i druge ovisnosti Klinicke bolnice "Dr. Mladen Stojanovic", Zagreb, 1977.

Hudolin Vl., Impairments of the nervous system in alcoholics, in Richter D. (ed.), *Addiction and Brain Damage,* University Park Press, London, 1980.

Hudolin Vl., *Klubovi lijecenih alkoholicara,* Jumena, Zagreb, 1982.

Hudolin Vl., *Ovisnost o alkoholu,* Jumena, Zagreb, 1982.

Hudolin Vl., *Psihijatrija,* Stvarnost, Zagreb, 1984.

Hudolin Vl., Program alkoholizma u Klinici za neurologiju, psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti, *Anali Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic",* 23: 5-61, 1984.

Hudolin Vl., Uvodni referat Prvog Kongresa klubova lijecenih alkoholicara Italije i Jugoslavije, Opatija, 1985.

Hudolin Vl., (ed.), Klinicka bolnica "Dr. M. Stojanovic" Zagreb 1845-1985, *Anali Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic",* Vol. 24, posebno izdanje, br. 2, 1985.

Hudolin Vl., *Klinicka bolnica "Dr. M. Stojanovic", 1845-1985,* Klinicka bolnica "Dr. M. Stojanovic", Zagreb, 1985.

Hudolin Vl., *Alcolismo,* ARCAT-FVG, Associazione regionale club alcolisti in trattamento, Udine, 1985.

Hudolin Vl., L'alcool in età pediatrica, Atti IV° Congresso Nazionale Società Italiana Pediatria Prevenzione Sociale - Nipiologia, Lignano 29-31 maggio, 1986.

Hudolin Vl., *Obiteljsko lijecenje,* Skolska knjiga, Zagreb, 1986.

Hudolin Vl., *Socijalna psihijatrija i psihopatologija, prirucnik za socijalne radnike,* Skolska knjiga, Zagreb, 1987.

Hudolin Vl., *Psihijatrija i neurologija, prirucnik za studente Vise skole za medicinske sestre i zdravstvene tehnicare,* Skolska knjiga, Zagreb, 1987.

Hudolin Vl., *Rijecnik ovisnosti,* Skolska knjiga, Zagreb, 1987.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Hudolin Vl., *Alcolismo,* Episteme, Bologna, 1988.
Hudolin Vl., Prevencija alkoholom izazvanih poremecaja, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, Zagreb, 1988.
Hudolin Vl., Suvremeno gledanje na alkoholom izazvane poremecaje, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, Zagreb, 1988.
Hudolin Vl., *Pijenje alkoholnih pica i mladi, V. Dopunjeno izdanje,* Skolska knjiga, Zagreb, 1989.
Hudolin Vl., *Alkoholizam – Stil zivota alkoholicara,* Skolska knjiga, Zagreb, 1990.
Hudolin Vl., *Prirucnik za rad u klubovima lijecenih alkoholicara,* Skolska knjiga, Zagreb, 1990.
Hudolin Vl. e coll. *Jugoslavenska bibliografija alkoholizma,* I. Vol., Pliva, Zagreb, posebni prilog casopisu Zdravstvo, 1964.
Hudolin Vl., Spicer F., Alkoholizam i radna sposobnost, *Anali Bolnice "Dr. M. Stojanovic",* 4: 362, 1965.
Hudolin Vl., Spicer F., Fundamental criteria for the assesment of the working ability of alcoholics, *Alcoholism,* 2: 117, 1966.
Hudolin Vl., et al., *Jugoslavenska bibliografija alkoholizma,* II. Vol., Pliva, Zagreb, 1967.
Hudolin Vl., Trinajstic M., Lazic N., Herman V., Promjene krvnih proteina kod kronicnog alkoholizma, elektroforetska i imunoloska istrazivanja, *Anali bolnice "Dr. M. Stojanovic",* 8: 270, Zagreb, 1969.
Hudolin Vl., Spicer F., Alkoholizam i radna sposobnost, *"Lek",* Ljubljana, 455-482, 1969.
Hudolin Vl., Kalousek M., Thaller V., Heminevrin u lijecenju alkoholizma, Zbornik radova o heminevrinu, Zenica 1971, Tvornica lijekova i hemijskih proizvoda "Bosnalijek", Sarajevo, s. 277-284.
Hudolin Vl., Kulcar Z., Republicki registar alkoholicara u Hrvatskoj, Zbornik radova 1. Bosansko-hercegovackog simpozija o alkoholizmu i narkomanijama, str. 409, 1972.
Hudolin Vl., Spicer F., Alkohologija, ocjena invalidnosti i preostale radne sposobnosti, Zajednica mirovinskog i invalidskog osiguranja u SRH, Zagreb, 1972.
Hudolin Vl., e coll., Ocjena invalidnosti i preostale radne sposobnosti, *Anali Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic",* Vol. 13, Suppl. 35, 1974.
Hudolin Vl., Devoto A., Rosolen N., Le Divelec G., *Una scuola per la formazione degli operatori e la trasformazione del territorio. Sette anni di attività nella diffusione del modello medico-psico-sociale di Hudolin per il trattamento dell'alcolismo,* Scuola superiore di servizio sociale, Trieste, 1985.
Hudolin Vl., in collaborazione con Calabria R., Deganuto M., Devoto A., Hudolin Vi., Jauk S., Lang B., Lazic N., Piani F., Troncoso M., *Famiglia, territorio, salute mentale. Una guida per l'operatore di base,* ACAT-USL N. 6 Sandanielese, San Daniele del Friuli, 1985.
Hudolin, Vl., De Stefani R., Folgheraiter F., Pancheri R., *I club degli alcolisti in trattamento,* Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1987.
Huisman, R.A., Government policy on alcohol prevention in the Netherlands, in

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Waahlberg B.R., *Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence Oslo,* 1988, Vol. II, National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Hürlimann M., The problems of the brewer, *Swissair Gazete,* 1: 17-25, 1989.
Huss M., *Alcoholismus chronicus,* J. Beckmann, Stockholm, 1849.
Huss M., Chronische Alkoholskrankheit oder Alkoholismus chronicus, Ein Beitrag zur Kenntnis der Vergiftungs-Krankheiten. Prevedeno sa svedskoga 1852 (original: Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholssjukdom. Ett bidrag till dyskrasiernas kännedom; enlight egen och andras erparenhet, Stockholm, 1849).
Huss M., Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus chronicus (Van dem Bush, Trans.), Stockholm, CE. Fritze, 1852.
Ideström Carl-Magnus, Recent advances in the study of alcoholism, *Proceedings of the First International Magnus Huss Symposium, Stockholm,* 2-3 September 1976, 1977.
Ivanets N.N., The USSR alcohol policy and the activities of the all-union research center on medico-biological problems of narcology, in Waahlberg B.R. (ed.), *Prevention and control, realities and aspirations,* Vol. II., *Proceeding of the 36th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence,* National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Jackson D.D., The adjustment of the family to the crisis of alcoholism, *Quart. J. Stud. Alcohol.,* 15: 562-586, 1954.
Jackson D.D., The question of family homeostasis, *Psychiatr. Quart. Suppl.,* 31: 79-90, 1959.
Jackson D.D., Weakland J., Conjoint family therapy: Some considerations on theory, techniques and results, *Psychiatry,* 24: 30-45, 1961.
Jackson J.K., Considerations in setting up treatment programs for alcoholics in tuberculosis hospitals, Paper at the National Association of Alcoholism Programs, West Harwich, Massachusetts, 1959.
Jacobsen E., The pharmacology of antabuse (tetraethylthiuramdisulphide), *Brit. J. Addiction,* 47: 26, 1950.
Jacobsen E., Neues über die theoretische Grundlage der Disulfiramwirkung (Antabus), *Med. Welt.,* 18: 2169-2173, 1967.
Jacobsen E., Larsen V., Site of the formation of acetaldehyde after ingestion of antabuse (tetraethylthiuramdisulphide) and alcohol, *Acta Pharmacol. et Toxicol.,* 5: 285, 1949.
Jacobson R.G., *The Alcoholisms: Detection, Diagnosis, Assessment,* Human Sciences Press, New York, 1976.
Jansen E., *The Therapeutic Comunity,* Croom Helm, London, 1980.
Jellinek E.M., Heredity of the alcoholic, in Alcohol, science and society (pp. 105-114), *Quarterly Journal of studies on Alcohol,* New Haven, 1945.
Jellinek E.M., Phases of alcohol addiction, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 13: 673-684, 1952.
Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism,* Hillhouse Press, New Haven, 1960.
Jetter W.W., Studies on alcohol, I. The diagnosis of acute alcoholic intoxication by a

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

correlation of clinical and chemical findings, *Am. J. M. Sc.,* 196: 475, 1938.
Jetter W.W., Moore M., Forrester G.C., Studies in alcohol: IV. A new method for determination of breath alcohol, *Amer. J. Clin. Path.,* 11: 75-89, 1941.
Johnson R.B., The alcohol withdrawal syndromes, *Quart. J. Stud. Alc.,* Suppl. no. 1, 66-76, 1961.
Jolliffe N., Bowmann K.M., Rosenbloom L.A., Fein H.D., Nicotinic acid deficiency encephalopathy, *J.A.M.A.,* 114: 307-312, 1940.
Jolliffe N., Wortis H., Fein H.D., The Wernicke syndrome, *Arch. Neurol. Psychiat.,* 46: 569, 1941.
Jones K.L., Smith D.W., Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy, *Lancet*, 2: 999-1001, 1973.
Jones K.L., Smith D.W., Streissguth A.P., Myrianthopoulos N.C., Outcome in offspring of chronic alcoholic women, *Lancet,* 1: 1076-1078, 1974.
Jones K.L., Vishi T.R., Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization: A review of the research literature, *Med. Care,* 17 (2): 1-26, 1979.
Jones M., Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 32: 2-12, 1968.
Jones M., *Social Psychiatry, A study of Therapeutic Communities,* Publications Ltd., London, 1952.
Jones M., *Social Psychiatry in Practice, The Idea of Therapeutic Community,* Penguin Books, London, 1968.
Jones M.C., Personality antecedents and correlates of drinking patterns in women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 36: 61-69, 1971.
Kaij L., *Alcholism in Twins: Studies on the Etiology and Sequels of Abuse of Alcohol,* Almqvist and Wiksell, Stockholm, 1960.
Kalinowsky L.B., Convulsions in nonepileptic patients on withdrawal of barbiturates, alcohol and other drugs, *Arch. Neurol. Psychiat.,* 48: 946-956, 1942.
Kaminski R., Rumeau-Rouqette C., Schwartz D., Consommation d'alcool chez les femmes enceintes et issue de la grossesse, *Rev. Epidem. Santépublique,* 24: 27-40, 1976.
Kant F., *The Treatment of the Alcoholic,* Charles C. Thomas, Springfield, 1954.
Kantorovic N.V., Pokusaj asocijativno-refleksne terapije alkoholizma, *Novoje refleksologiji i nervoj fiziologiji sistemi,* 3: 436-447, 1929.
Kapetanovic-Bunar E., *Alkoholizam-zivot na dva kolosjeka,* Globus, Zagreb, 1985
Kaplan L.K., *Directive Group Theory,* Slack, Thorofare, 1988.
Karacan I., Hanusa L.T., The effects of alcohol relative to sexual dysfunction, in: Pattison M.F., Kaufman, E. (eds.), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism,* Gardner Press, New York, 1982.
Karpman B., *The Hangover,* Charles C. Thomas, Springfield, 1957.
Kaufman E., Alcoholism and the use of other drugs, in Pattison M.E., Kaufman E. (eds), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism,* Gardner Press, New York, 1982.
Keeney B.P., What is an epistemiology of family therapy?, *Family Process,* 21: 153-168, 1982.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Kerlan M.W., Mortimer R.G., Mudge B., Filkins L.D., *Court procedures for identifying problem drinkers: Volume I - Manual,* U.S. Department of Transportation, Report No. HSRI 71-119, HuF-10a, University of Michigan Highway Safety Research Institute, Ann Arbor, 1971.

Kerr-Correa e coll., Importancia do estudo de prevalencia de ingestao alcolica excessiva para diagnostico de alcoholismo en enfermerias gerais e especializada, *Rev. Ass. Bras. Psiq.,* 7(N. 27): 159-162, 1985.

Kielhorn F.W., Zur Geschichte des Alkoholismus: Pearson, Sutton und das Delirium tremens, *Suchtgefahren*, 34: 111-114, 1988.

King M., At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire, *Psychological Medicine,* 16: 213-217, 1986.

Koller W., O'Hara R., Dorus W., Bauer J., Tremor in chronic alcoholism, *Neurology,* 35: 1660-1662, 1985.

Kolstad H., *IOGT Handbook,* IOGT International, 1990.

Korczak D., Pfefferkorn G., Psychosocial factors influencing alcohol problems in West Germany survey samples, *Drug. Alc. Depend.,* 7: 295-303, 1981.

Korsakoff S.S., Disturbance of psychic function in alcohol. Paralysis and its relation to the disturbance of the psychic sphere in multiple neuritis of nonalcoholic origin, Vestn. *Psichiatrii*, 4, issue 2, 1887.

Koves V., Laflèche M., How do teams practice community psychiatry, *Canada's Mental Health,* 36: 9-16, 1988.

Kranitz L., Alcoholics, heroin addict and non addicts, Comparisons on the MacAndrew alcoholism scale of the MMPI, *J. Stud. Alcohol,* 33: 807-809, 1972.

Kreeger (ed.), *Il gruppo allargato,* Armando Editore, Roma, 1975.

Kufner H., Feuerlein W., Huber M., Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstelung und Behandlung, *Suchtgefahren,* 34: 157-271, 1988.

Kufner H., Feuerlein W., Huber M., Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, Mögliche Konsequenzen für indikationsstelung und Behandlung, *Suchtgefahren,* 34: 157-271, 1988.

Kulpe W., Mallach H.J., Blutalkoholkurven bei Leberkranken, *Med. Sachverständ,* 56: 270-274, 1960.

Kulpe W., Mallach H.J., Das Verhalten des Blutzuckers bei Alkoholzufuhr, *Z. Klin. Med.,* 156: 252-261, 1960.

Kulpe W., Mallach H.J., Zur Tauglichkeit der Alkoholbelastung als Leberfunktions-Prüfung, *Z. Klin. Med.,* 156: 432-444, 1961.

Külner H., Feuerlein W., Huber M. e coll., Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung, *Suchtgefahren,* 34: 157-271, 1988.

Laming - Emperaire A., *La signification de l'art rupestre paléolitique,* Picard, Paris, 1962.

Lang B., *Psihoterapija i terapijska zajednica alkoholicara,* Jumena, Zagreb, 1982.

Lang B., Lijecenje alkoholicara u Centru za proucavanje i suzbijanje alkoholizma i drugih ovisnosti Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic" u Zagrebu, *Anali Klinicke bolnice*

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

"Dr. M. Stojanovic", 23: 62-71, 1984.

Lang B., Obiteljska terapija u kompleksnom postupku s alkoholicarima i prikaz nekih karakteristika obitelji alkoholicara, in Hudolin Vl., *Obiteljsko lijecenje,* Skolska knjiga, Zagreb, 1986.

Laurell H., Törnos J.: Investigation of alcoholic hang-over effects on driving performance, *Blutalkohol,* 20: 489-499, 1983.

Lazic N. Skid-row alcoholicari (doktorska dizertacija), Stomatoloski fakultet Sveucilista u Zagrebu, 1980.

Ledermann S. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation,* Vol. I., *Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social.* Institute National d'Etudes Demographiques, Travaux et Document, Cah. N. 29, Presses Universitaires de France, Paris, 1956.

Ledermann S., *Alcool, alcoolisme, alcoolisation,* Vol. II, Institute National d'Etudes Démographique, Travaux et Document, Cah. N. 41, Presses Universitaires de France, Paris, 1964.

Le Go P.M., A propos de la lutte contre l'alcolisme dans une grande collectivité de travail, *Bull. Acad. Nat. Med.,* 151: 197-205, 1967.

Le Go P.M., Comment dépister précocement une intoxication éthylique chronique, *Arch. malad. profess.,* 33: 395-397, 1972.

Lé M.G., Hill C., Kramar A., Flamant R., Alcohol Beverage Consumption and Breast Cancer in a French Case-Control Study, *American Journal of Epidemiology,* 120: 350-357, 1984.

Lemere F., Smith J.W., Alcohol-induced sexual impotence, *Am. J. Psychiatry,* 130: 212-213, 1973.

Lemere F., Voegtlin W.L., Broz W.R., O'Hollaren P., Tupper W.E., Conditioned reflex treatment of chronic alcoholism, VII: Technique, *Dis. Nerv. Syst.,* 3-4: 243-247, 1942.

Lemere F., Voegtlin W.L., Broz W.R., O'Hollaren P., Tupper W.E., The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism, VIII: A review of six years' experience with this treatment of 1526 patients, *J.A.M.A.,* 120: 269-270, 1942.

Lemere F., Voegtlin W.L., An evaluation of the aversion treatment of alcoholism, *Quart. J. Stud. Alc.,* 4: 199-204, 1950.

Lemoine P., Harousseau H., Borteryn J.P., Menuet J.P., Les enfants des parents alcooliques: Anomalies observées a propos de 127 cas, *Quest. Med.,* 25:476-482, 1968.

Lennox W.G., Alcohol and epilepsy, *Quart. J. Stud. Alc.,* 2:1, 1941.

Lester D., Genetic theory, An assessment of the heritability of alcoholism, in Chaudron C.D., Wilkinson D.A. (eds.), *Theories on Alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.

Lettieri D.J., Sayers M., Pearson H.W., *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives,* National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 1980.

Levy E.J., Kunitz J.S., *Indian Drinking, Navajo Practices and Anglo-American Theories,* John Wiley and Sons, New York, 1974.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Lewis K., Patou A., ABC of alcohol: Tools of detection, *Br. Med. J.,* 283 (5): 1531-1532, 1981.

Lewis D.C., Gordon A.J., Alcoholism and the general hospital: The Roger Williams Intervention Program, *Bull. N.Y. Acad. of Med.,* 39 (2): 181-187, 1983.

Lezak M., *Neuropsychological assessment,* II ed., Oxford University Press, New York, 1983.

Lidz T., Edelson M., *Training Tomorrow's Psychiatrist: The Crisis in Curriculum,* Yale University Press, London, 1970.

Liebermann F.L., The effect of liver disease in the rate of ethanol metabolism in man, *Gastroenterology*, 44: 261-266, 1963.

Liljestrand G., Goldberg, Alcohol and road traffic, *Proceedings of the First International Conference on Road Traffic,* Kugelbergs Boktryckeri, Stockholm, 1951, pp. 88.

Lindenbaum J., Hargrove R.L., Thrombocytopenia in alcoholics, *Ann. Intern. Med.,* 68:526, 1968.

Lindenbaum J., Lieber C.S., Effects of chronic ethanol administration on intestinal absorption in man in the absence of nutritional deficiency, *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* 252: 228, 1975.

Lolli G., Marchiafava's disease, *Quart. J. Stud. Alc.,* 2:486-495, 1941.

Luria A., *Higher Cortical Functions in Man,* Basic Books, New York, 1966.

MacAndrew C., The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 26: 238-246, 1965.

Mackintosh N.J., *The Psychology of Animal Learning,* Academic Press, London, 1974.

Mackintosh N.J., *Conditioning and associative learning,* Oxford University Press, New York, 1983.

Macklin E.A., Simon A., Crook G.H., Psychotic reactions in problem drinkers treated with disulfiram (Antabuse), *Arch. Neurol. and Psychiat.,* 69:415-426, 1953.

Macrea R., Alcoholism and suicide risk, *Proceedings of the 35th Inter. Congr. on Alcoh. and Drug Depend.,* Vol. III, National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.

Maguire L., *Understanding Social Networks,* Sage Publications, Beverly Hills, 1983. Trad. it., *Il lavoro sociale di rete,* Centro Studi Erickson, Trento, 1989.

Mäkelä K., Consumption level and cultural drinking patterns as determinants of alcohol problems, *Journal of Drug Issues,* 5:344-357, 1975.

Mäkelä K., Room R., Single E., Sulkunen P., Walsh B., Bunce R., Cahannes M., Cameron T., Giesbrecht N., de Lint J., Makinen H., Morgan P., Mosher J., Moskalewicz J., Müller R., Österberg E., Wald I., Walsh D., Alc*ohol, Society and the State, I: A Comparative Study of Alcohol Control,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.

Malignac G., *L'alcoolisme Que sais-je?* Presses Universitaires de France, VI ed., 1979.

Mallach H.J., Hartmann H., Schmidt V., Alc*olismo e alcologia,* Uses Edizioni Scientifiche, Firenze, 1988.

Mallory G.K., Weiss S., Hemorrhages from laceration of cardiac orifice of stomach due

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

to vomiting, *Amer J. Med.* Sci., 178: 506, 1929.
Mallach J. Hartmann H., Schmidt V., Alkoholwirkung *beim Menschen,* Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 1987.
Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM III., p. 180, Toray Masson, Barcelona, 1983.
Manson M.P., Psychometric determination of alcoholic addiction, *American J. of Psychiatry,* 106: 199-205, 1949.
Manson M.P., A psychometric differentiation of alcoholics from nonalcoholics, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 9: 175-206, 1948-1949.
Marchiafava E., Bignami A., Sopra un'alterazione del corpo calloso osservata in soggetti alcolisti, *Riv. Pat. Nerv. ment.,* 8: 544, 1903.
Marconi J. e coll., A surwey of the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago, *Quart. J. Stud. Alc.,* 16: 438, 1955.
Marconi J., El concepto de enfermedad en el alcoholismo: Un nuevo enfoque del tratamiento del alcoholismo grave recidivante, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina,* 11(4): 67-73, 1975.
Mardones J., Segovia N., Hederra A., Herencia del alcoholismo en ratas. I. Comportamiento de la primera generacion de ratas bebedoras, colocados en dieta cerenciada en factor Nl, *Rev. Med. Aliment.,* Chile, 9: 61-62, 1950.
Marek Z., Pach J., Bogusz M., Ethyl alcohol intoxication, Treated patients and fatal cases. Clinical and postmortem investigation, *Acta Med. Leg. Soc.,* 30: 167-171, 1980.
Martensen-Larsen, O., Treatment of alcoholism with a sensitizing drug, *Lancet,* 2: 1004, 1948.
Martensen-Larsen O., Psychotic phenomena provoked by the tetraethylthiuramdisulphide, *Quart. J. Stud. Alc.,* 12: 206, 1951.
Marti-Tusquets J., *Psiquiatria Social,* Herder, Barcelona, 1976.
Masserman J.H., Alcohol and neurotic behavior, in Lucia S.P. (ed.), *Alcohol and civilization,* McGraw Hill, New York, 1963.
Masserman J.H., *The Biodynamic Roots of Human Behavior,* Charles C. Thomas, Springfield, 1968.
Masserman J.H., Jacques M.G., Nicholson M.R., Alcohol as a preventive of experimental neurosis, *Quart. J. Stud. Alc.,* 6: 281-299, 1945.
Masserman J.H., Yum K.S., An analysis of the influence of alcohol on experimental neurosis in cats, *Psychosomatic Medicine,* 8: 36-52, 1946.
Masserman J.H., Yum K.S., Nicholson M.R., Neurosis and alcohol, *Amer. J. Psychiatr.,* 101: 389-395, 1944.
Maula J., Research in the production and consumption of alcohol in Tanzania, *Proceedings of the 35th Int. Congr. on Alcoh. and Drug Depend.,* Vol. III, National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Mawdsley C., Mayer R., Nerve conduction in alcoholic polyneuropathy, *Brain,* 356: 88-335, 1965.
Mayer M.L., *Drinking Problems Family Problems,* Momenta, 1982.
Mayer R.F., Garcia-Mullin R., Peripheral nerve and muscle disorders associated with

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

alcoholism, in Kissin B., Begleiter H., (eds), *The biology of alcoholism,* vol. 2, Plenum Press, New York, 1972.

Mayer J., Filstead N., The adolescent alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescent use and misuse of alcohol, in Galanter M. (ed.), *Currents in alcoholism, Recent Advances in Research and Treatment,* Grune and Stratton, Vol. VII, pp. 169-181, New York, 1980.

Mayer R., Peripheral nerve conduction in alcoholics: Studies of the effect of acute and chronic intoxication, *Psychosom. Med.,* 28: 475-483, 1966.

MaClearn G.E., Genetics as a tool in alcohol research, *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* 197: 26-31, 1976.

McClearn G.E., Anderson S.M., Genetics and ethanol tolerance, *Drug and alcohol dependence,* 4: 61-76, 1979.

McClearn G.E., Genes, generality and behavioral research, in Hirsch J. (ed.), *Behavioral-genetic Analysis,* pp. 307-322, McGraw-Hill, New York, 1967.

McClearn G., Rogers D., Differences in alcohol preference among inbred strains of mice, *Quart. J. Stud. Alc.,* 20: 691-695, 1959.

McCord W., McCord J., *Origins of Alcoholism,* Stanford University Press, Stanford, 1960.

McCord J., Etiological factors in alcoholism, Family and personal characteristics, *Q. J. Stud. Alcohol,* 33: 1020-1027, 1972.

McIntosh I.D., Alcohol-related disabilities in general hospital patients: A critical assessment of the evidence, *Int. J. Addict.,* 17: 609-639, 1982.

Miller E.C., Dvorack B.A., Turner D.W., A method of creating aversion to alcohol by reflex conditioning in a group setting, *Quart. J. Stud. Alc.,* 21: 424-431, 1930.

Miller P.M., Barlow D.H., Behavioral approaches to the treatment of alcoholism, *J. Nerv. Ment. Dis.,* 157: 10-20, 1973.

Miller P.M., Hersen M., Eisler R.M., Elkin T.E., A retrospective analysis of alcohol consumption-laboratory tasks as related to therapeutic outcome, *Behaviour Research and Therapy,* 12: 73-76, 1974.

Minister of Supply and Services Canada (ed.), Mental Health for Canadians, *Canada's Mental Health,* special insert., 36, 1-23, 1988.

Mitchell W.D., Thompson T.L., Craig S.R., Under consultation and lack of follow-up for alcohol abusers in a university hospital, *Psychomatics,* 27 (6), June 1986.

Moreno J.L., *Psychodrama,* Beacon Howe, New York, 1945.

Mora R., Malitz F., Underdiagnosis of alcoholism by residents in an ambulatory medical practice, *Journal of Medical Education,* 61(1): 46-52, 1986.

Moreno J.L., *Who Shall Survive? Foundation of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama,* Beacon Howe, New York, 1953.

Morse R.M., Heest R.D., Screening for alcholism, *J.A.M.A.,* 242: 2687-2690, 1979.

Mortimer R.G., Filkins L.D., Lower J.S., *Court procedures for identifying problem drinkers: Phase II.* U.S. Department of Transportation, Report No. HSRI 71-120, HuF-11 University of Michigan Highway Safety Research Institute, Ann Arbor, 1971.

Mortimer R.G., Filkins L.D., Lower J.S., Kerlan M.W., Post D.V., Mudge B., Rosenblatt

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

C., *Court procedures for identifying problem drinkers: Report on Phase I.* U.S. Department of Transportation, Report No. HSRI 71-119, HuF-9 Higway Safety Research Institute, Ann Arbor, 1971.

Mottin J.L., Drug induced attenuation of alcohol consumption, *Quart. J. Stud. Alc.,* 34: 444-472, 1973.

Mulford H.A., Wilson R.W., Identifying problem drinkers in a household health survey, a description of field procedures and analytical techniques developed to measure the prevalence of alcoholism. U.S. Public Health Service (Pub.No. 1000, Series, 2, No. 16), Washington, D.C., 1966.

Mumelas V., Kriteriji i stavovi u ocjeni privremene radne nesposobnosti pacijenata alkoholicara, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, Zagreb, pp. 232-235, 1988.

Murray R.M., Clifford C.A., Gurling H.M.D., Twin and adoption studies: How good is the evidence for a genetic role?, in Galanter M. (ed.), *Recent Developments in Alcoholism,* Vol. 1, Plenum, New York, 1983.

Murphy D., The validity and reliability of the Manson evaluation and the Alcadd test in the identification of female alcoholics, Tesi non pubblicata, Fordham University Graduate School, 1955.

Nagy L., Zsadanyi O., Csoban Gy., Vergleichende Untersuchung der Wirkung alkoholischer Getränke verschiedener Qualität, *Z. Rechtsmed.,* 81: 31-43, 1978.

Neudörfer B., Claus D., Alkoholbedingte Polyneuropathie, in Lehman H.J., *Polyneuropathie,* Enke, Stuttgart, 1985.

Newell Ken, The way ahead for district health system, *World Health Forum,* 10, 1984.

Nicloux M., Dosage de l'alcool éthylique dans les solutions où cet alcool est dilué dans des proportions comprises entre 1/500 et 1/3000, *Compt. Rend. Soc. Biol.,* 48: 841, 1896.

Norris L.J., Alcoholics anonymous and other self-help groups, in Tarter E.R., Sugerman A.A. (ed.), *Alcoholism,* Addison - Wesley Publishing Company, Reading,1976.

Novotny V., Kolibas E., Heretik A., Moznosti detekcie alkoholizmu IV. Klinické markery, 2 cast, *Protialkoholicky obzor,* 23: 257-265, 1988.

Padelin S., *Doktorska disertacija,* 1988.

Pardes H., Haufmann A.C., Pincus A.H., West A., Genetics and psychiatry: Past discoveries, current dilemmas, and future directions, *Am. J. Psychiatry,* 146: 435-443, 1989.

Parish L.C., Fine, E., Alcohol and skin disease, *Int. J. Derm.,* 24: 300-301, 1985.

Partanen J., Montonen M., *Alcohol and the mass media, Reports and Studies,* 108, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1988.

Pattison M.F., Kaufman E. (eds), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism,* Gardner Press, New York, 1982.

Paul J., State eugenic sterilization history: A brief overview, in Robitscher J. (ed.), Eugenic *Sterilization,* Charles C. Thomas, Springfield, 1973.

Pavicevic L., Ocjenjivanje radne sposobnosti alkoholicara s epilepsijom, V. Savjetovanje lijecnickih invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, pp. 254-258, 1988.

Pavlov I.P., *Conditioned Reflexes,* Oxford University Press, Oxford, 1927.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Pearlman, S., Systems theory and alcoholism, in Chaudron C.D., Wilkinson D.A., (eds), *Theories on Alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Pearson S.B., Observations on Brain-Fever, *Edinb. Med. Surg.* J., 9: 326-332, 1813.
Peele S., The new prohibitionist, *Sciences,* 24: 14-19, 1984.
Péquignot G., Chabert C., Eydoux H., Courcoul M. A., Augmentation du risque de cirrhose en fonction de la ration d'alcool, *Revue de l'alcoolisme,* 20: 191, 1974.
Peter A., Sick days attributed to alcohol abuse in a rural district, in Waahlberg B.R. (ed.), *Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence,* Vol. III, National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Norway, 1989.
Peterson J.S., Hartsock N., Lawsan G., Sexual dissatisfaction of female alcoholics, *Psychological Reports,* 55: 744-746, 1984.
Pioch W., Alkoholoxydattion bei Leberschädigung, *Ärtzl. Prax.,* 18: 511, 1966.
Pittman J.D., *Alcoholism, An Interdisciplinary Approach,* Charles C. Thomas, Springfield, 1959.
Pittman J.D. (ed), *Alcoholism,* Harper and Row, New York, 1967.
Plant L. Moira, *Women and alcohol: A review of international literature on the use of alcohol by females,* EUR/ICP/ADA o 20, 7663r, WHO, Regional Office for Europe, 1990.
Poikolainen K., Kivirania P., Suomnen J., Alcoholics and workdisability pensions in Finland, *Psychiatria Fennica,* 291-297, 1973.
Pokorny A. e coll., The brief MAST: A short version of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), *American Journal of Psychiatry,* 29(3): 118-121, 1972.
Ponsold A., *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin,* 3. Auflage, Thieme, Stuttgart, 1967.
Popham R.E., Working paper on the tavern III.: Notes on the Contemporary Tavern, Substudy No. 219, Addiction Research Foundation, Toronto, 1982.
Poser C.M., Demyelinization in the central nervous system in chronic alcoholism. Central pontine myelinolysis in Marchiafava - Bignami's disease, *Ann. N. Y. Acad. Sci.,* 215: 373-381, 1973.
Prag J.J., Alcoholic intoxication: Criteria, *J. Forensic Med.,* 1: 360, 1954.
Prokop L., Kaffee und Blutalkohol, *Med. Ernähr.,* 9: 37-38, 1968.
Prokop O., Göhler W., *Forensische Medizin,* 3 Aufl., Fischer, Stuttgart, 1976.
Querejeta I. et al., "Epidemiologia del alcoholismo y consumo de alcohol en la Comunidad Autònom Vasca", *Psiquis.* 5.4. 13-18, 1983.
Quiros P.G., Alvarez Antaña V., Gutiérrez Sánchez A., "Contribución a la problemática del alcoholismo en el medio laboral", *Actes Luso-Esp. de Neruol. Psiquiat. y Ciencia Afines,* 5, 3, 161-172, 1978.
Reading A., The role of the general hospital in community programs, *Proceedings of the Third Annual Alcoholism Conference,* Rockville, 254-266, 1974.
Reding P.R., Tays O., De Keyser Th., Biochemical markers in alcoholism detection, *Acta Gastro-Enterol. Belg.,* 43, 5-3, 131-138, 1980.
Regan T.J., Haider B., Ethanol abuse and heart disease, *Circulation,* 64: 14-19, 1981.
Rodríguez-Martos A., Suárez Vázquez, R., "MALT (Münchner Alkoholismus Test): Validación de la version espanola de este test para el diagnóstico del alcoholismo",

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Rev. de Psiquiat. y Psicol. Med. de Eur. y Am. Lat., 16, 6: 421-432, 1984.
Roebuck J., Kessler R., *The Etiology of Alcoholism,* Charles C. Thomas, Springfield, 1972.
Rogers C., *Client-centered Therapy,* Houghton Mifflin Co., Boston, 1951.
Rogers D.A., Factors underlying defferences in alcohol preference of inbred strains of mice, in Kissin B., Begleiter H. (eds.), *The Biology of Alcoholism,* Vol. 2, pp. 107-130 Plenum Press, New York, 1972.
Roghmann R., Entwicklung einer Alkoholkrankheit bei früheren Heroinabhängigen, *Suchtgefahren,* 34: 297-302, 1988.
Room R., Alcohol control and public health, *Annual Review of Public Health,* 5, 1984.
Rosalki S.B., Rau D., Serum gamma-glutamyl-transpeptidase activity in alcoholism, *Clinica Chim. Acta,* 39: 41-47, 1972.
Rosenberger C.M., Young alcoholics, *Br. J. Psychiatry,* 115: 181-188, 1969.
Rotolo V., *Alcolismo: un problema multidisciplinare,* 25-26-27 giugno 1987, Cividale del Friuli, Reg. autonoma FVG, Unità Sanitaria Locale N. 5 del Cividalese, 1987.
Rudie R.R., McGaughran L.S., Differences in developmental experience, defensiveness, and personality organization between two classes of probem drinkers, *J. of Abnormal and Social Psychology,* 62: 659-665, 1961.
Rush B., *An Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors on the Human Body,* Thomas Andrews, Boston, 1970.
Rydberg U., Experimentally induced alcoholic hangover, in Ideström Carl-Magnus, *Recent Advances in the Study of Alcoholism, Proceedings of the First International Magnuss Huss Symposium,* Stockholm, 2-3 nov. 1976, Excerpta Medica, 1977.
Saar H., Paulus W., Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung von Alkohol im Schlafe, *Dtsch. Z. Gerichtl. Med.,* 35: 28-36, 1942.
Salum I. (ed.), Tracts on Delirium tremens and certain other acute sequels of alcohol abuse, *Acta Psychiat. Scand.,* Suppl. 235, 1972.
Sandor S., The influence of aethyl-alcohol on the developing embryo, *Rev. Roum. Embryol. Cytol. Ser. Embryol.,* 5: 167-171, 1968.
Sattler L., Confabulation in Korsakoff's psychosis, *J. Stud. Alcohol,* 37: 1010-1011, 1976.
Scheller R., Co-Alcoholismus und berufliche Entseheidungsunfähigkeit, *Suchtgefahvren,* 36: 357-369, 1990.
Schlumberger H.G., Action thérapeutique de la médecine du travail face aux maladies alcooliques, *Arch. malad. profess.,* 39: 394-397, 1978.
Schmidt W., Popham R.E., Heavy alcohol consumption and physical health problems: A review of the epidemiological evidence, *Drug and Alcohol Dependence,* 1: 27-50, 1975-76.
Schuckit M.A., Alcoholism: Two types of alcoholism in women, *Arch. Gen Psychiatry,* 20: 301-306, 1969.
Schuckit M.A., Sexual Disturbance in the Women Alcoholic, *Medical Aspects of Human Sexuality,* 6: 44-62, 1972.
Schuckit M.A., Alcoholism and sociopathy: Diagnostic confusion, *Q.J. Stud. Alcohol.,*

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

34: 157-164, 1973.
Schuckit, M.A., Haglund M.J.R., Etiological theories on alcoholism, in Estes J.D., Heinemann E.M., (ed.), *Alcoholism,* Mosby, St. Louis, 1982.
Schütz H., *Alkohol im Blut: Nachweis und Bestimmung, Unwandlung, Berechmung,* Verlag Chemie, Weinheim, 1983.
Schwarz F., Einige Erfahrungen bei der Durfahrung der quantitativen Alkoholbestimmung, *Schweiz. med. Wchnschr.,* 67: 54, 1937.
Seemann J.A., Karls A.F., *Toxikologie oder die Lehre von den Giften und Gegengiften,* Ernst Siegfried Mittler, Berlin-Posen-Bromemberg, 1831.
Seifert P., Günther H., Alkoholintoxication und Atemalkohol, *Naunyn Schmiedebergs Arch. Exp. Path. Pharmakol.,* 213: 37-43, 1951.
Seitz H.K., Czygan P., Kommerell B., Alkohol und Karzinogenese, *Leber-Magen-Darm,* 12: 95-107, 1982.
Seixas A.F., Criteria for the diagnosis of alcoholism, in Estes I.D., Heinemann E.M. (eds.), *Alcoholism, development, consequences, and interventions,* Mosby, St. Louis, 1982.
Selzer M., The Michigan Alcoholism Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument, *Am. J. Psychiatry,* 127: 1653-1658, 1971.
Selzer M.L., Alcoholics and social drinkers: characteristics and differentiation, in Israelstam S., Lambert S. (eds), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1975.
Seva-Diaz A., *Metodologia en la investigation epidemiologica del alcoholismo,* Catedra de Psiquiatria, Universidad de Zaragozza, 1984.
Schuckit A.M., Haglund M.J.R., Etiological theories on alcoholism, in Estes J.D., Heinemann E.M., *Alcoholism,* II ed., Mosby, St. Louis, 1982.
Shelton J., Hollister L.E., Gocka E.F., The drinking behavior interview: an attempt to quantify alcoholic impairment, *Diseases of the Nervous System,* 30: 464-467, 1969.
Sifneos P.E., *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis,* Harvard University Press, Cambridge, 1972.
Single W.E., The availability theory of alcohol-related problems, in Chaudron D.C., Wilkinson A.D. (eds), *Theories on alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.
Skillicorn S.A., Presenile cerebellar ataxia in chronic alcoholics, *Neurology,* 5, 1955.
Skinner H.A., Holt A., *The alcohol clinical index: Strategies for identifying patients with alcohol problems,* Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1987.
Skinner H.A., Holt S., Sheu W.J., Israel Y., Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: The Alcohol Clinical Index, *British Medical Journal,* 292: 1703-1708, 1986.
Smith H.R., *A curriculum for alcohol education,* University Press of America, 1981.
Smith J.W., Diagnosing alcoholism, *Hospital and Community Psych.,* 34: 1017-1021, 1983.
Softic N., Hudolin Vl., Lang B., The effect of ethanol on the transformation of lymphocyte cultures stimulated by non-specific agents, and the activity of acid

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

phosphates in transformed cells, *Alcoholism,* 20: 97, 1984.
Softic N., Hudolin Vl., Lang B., Djelovanje alkohola na limfocite i utjecaj seruma alkoholicara na proces transformacije limfocita cirkulirajuce krvi zdravih osoba, *Acta Med. Iug.,* 39 : 13, 1985.
Softic N., Hudolin Vl., Maletic M., Lang B., Korsa M., Citochemical assays of Peroxidase alkaline and acid phosphatase, and non-specific esterase in leukocytes in the peripheral blood of alcoholics, *Journal on Alcoholism and Related Addictions,* 21: 97-111, 1985.
Sonnenstuhl J.W., *Inside an Emotional Health Program,* ILR Press, New York School of Industrial and Labor Relation, Cornell University, 1986.
Spaventi S., Hudolin Vl., Rudar M., Gabelic I., Metzger B., Damage to the liver in gamma-scintigraphic picture, *Proceedings of the 11th Summer Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism,* Oslo, 1965.
Spaventi S., Hudolin Vl., Rudar M., Gabelic I., Metzger B., Damage to the liver of alcoholics in gamma-scintigr. picture, *Brit. J. Add.,* 62: 61, 1967.
Spaventi S., Hudolin Vl., Rudar M., Metzger B., Gabelic I., Gamma-hepatogram alkoholicara, *Anali Klinicke bolnice "Dr. M. Stojanovic",* Zagreb, 4: 199, 1965.
Stanetti F., Evaluacija nekih faktora koji uvjetuju promjenu radne sposobnosti osiguranja ovisnika o alkoholu, Beograd, 10: 78-80, 1978.
Stanetti F., Profesionalna rehabilitacija ovisnih o alkoholu (indikacije i problemi), Istrazivanja na podrucju defektologije, Zagreb, pp. 259-263, 1978.
Stanetti F., Radna sposobnost alkoholicara, V. Savjetovanje lijecnickih i invalidskih komisija Hrvatske, Zbornik, Zagreb, pp. 227-231, 1988.
Stary O., Kvantifikace neurologickych priznaku tezkych etyliku, *Cs. Psychiat.,* 79: 46-54, 1983.
Steinglass P., Experimenting with family treatment approaches to alcoholism, 1950-1975: A review, *Family Process,* 15: 97-123, 1976.
Steinglass P., Weiner S., Mendelson J.H., A systems approach to alcoholism: a model and its clinical application, *Arch. Gen. Psychiatry,* 24: 401-408, 1971.
Stewart D.A., Empathy in the group therapy of alcoholics, *Quart. J. Stud. Alc.,* 15: 74-110, 1954.
Stampar A., *Narodna citanka o alkoholu,* Hrvatski Stamparski Zavod, Zagreb, 1919.
Stone A.R., Neustadt J.O., Imber S.D., Nash E.H., An interview method for assessing alcoholism, *American Journal of Orthopsychiatry,* 35: 564-572, 1965.
Strauss D.J., Hematologic aspects of alcoholism, *Semin. Hematol.,* 10: 183, 1973.
Sullivan H.S., *Das psycho-therapeutische Gespräch,* Fisher Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1976.
Sullivan H.S., *The Psychiatric Interview,* W.W. Norton and Company, New York, 1954.
Sullivan H.S., *La moderna concezione della psichiatria,* Feltrinelli, Milano, 1981.
Sutton T., *Tracts on Delirium Tremens, in Peritonitis and on some other Inflammatory Affections, and on the Gout,* London, 1813.
Swiller H.I., Alexithymia: Treatment utilising combined individual and group psychotherapy, *Int. J. Group Psychotherapy,* 38 (1): 47-61, 1988.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Szasz T.S., Alcoholism: A socio-ethical perspective, *Western medicine,* 7: 15-21, 1965.

Szasz T., Bad habits are not diseases, *Lancet,* 7766: 83-84, 1972.

Tabakoff, B., Hoffman L.P., A neurobiological theory of alcholism, in Chaudron Wilkinson (eds), *Theories on Alcoholism,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1988.

Tarter E.R., Schneider U.D., Models and theories of alcoholism, in Tarter E.R., Sugerman A.A. (eds.), *Alcoholism, Interdisciplinary Approaches to an Enduring problem,* Advanced Book Program, Addison Wesley Publishing Company, Reading, 1976.

Tarter E.R., Sugerman A.A. (eds.), *Alcoholism, Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem,* Addison Wesley Publishing Company, Reading, 1976.

Thimann J., Conditioned reflex treatment of alcoholism, II. The risks of its application, its indications, contraindications, and psychotherapeutic aspects, *New. Eng. J. Med.,* 241: 406-410, 1949.

Thom B., Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. The barriers to help-seeking, *British Journal of Addiction,* 81: 777-788, 1986.

Thom B., Sex Differences in help-seeking for alcohol problems: 2. Entry into treatment, *British Journal of Addiction,* 82: 989-997, 1987.

Thompson N.G. (ed), *Alcoholism,* Charles C. Thomas, Springfield, 1956.

Tongue A., Introduction, in Tarter E.R., Sugerman A.A. (eds), *Alcoholism,* Addison-Wesley Publishing Comp., 1976.

Trotter Th., *De ebrietate, ejusque effectibus in corpus humanum, 1785, An Essay, Medical, Philosophical and Chemical, on Drunkeness, and its Effects on the Human Body,* Bradford and Read, Boston, A. Finley, Philadelphia, 1813.

Trotter T.T., Trotter's essay, medical, philosophical, and chemical on drunkeness, Classics of the alcohol literature, *Quart. J. of Stud. Alc.,* 2: 584-591, 1941.

Turek S., Alkoholna miopatija, magistarski rad, Stomatoloski fakultet Sveucilista u Zagrebu, 1985.

Ulleland C.N., The offspring of alcoholic mothers, Ann. N.Y. Acad. Sci., 197: 167-169, 1972.

U.S. Department of Health and Human Services, Surgeon General's workshop on drunk driving, *Proceedings,* Washington, D.C., Dec. 14-16, 1988, Rockville, 1989.

Usdin G.L., Robinson K.E., Psychosis occurring during antabuse administration, *Arch. Neurol. and Psychiat.,* 66: 38, 1951.

Valsamis M.P., Mancoll, E., Toxic cerebellar degeneration, *Hum. Pathol.,* 4: 513-520, 1973.

Valverius M.R., Alcohol and mortality, in Boström H., *Medical aspects of Mortality Statistics,* A and W Verlag, Stockholm, 1981.

Viamontes J.A., Review of drug effectiveness in the treatment of alcoholism, *Am. J. of Psychiatry,* 128: 570-571, 1972.

Viamontes J.A., Schwerdtfeger, Hipertension and alcoholism, in Galanter M., *Currents in alcoholism,* Vol. VIII, Grune and Stratton, New York, 1981.

Victor M., Tobacco–alcohol amblyopia. A critique of current concepts of this disorder

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

with special reference to the role of nutritional deficiency and its causation, *Arch. Ophthalmol.,* 70: 313, 1963.

Victor M., Adams R.D., The effect of alcohol on the nervous system, *Research Publication of the Association of Research in Nervous and Mental Disease,* 82: 526-573, 1953.

Victor M., Adams R.D., Mancoll E.L., The Wernicke-Korsakoff syndrome: a clinical and pathological study of 245 patients, 82 with post-mortem examinations, in Pum, F., Mc Dowell F.H., (eds.) *Contemporary Neurology Series,* F.A. Davis Co., Philadelphia, Vol. 7, 1971.

Victor M., Adams R.D., Mancoll E.L., A restricted form of cerebellar cortical degeneration occurring in alcoholic patients, *Arch. Neurol.,* 1: 579, 1959.

Victor M., Dreyfus P.M., Tobacco-alcohol amblyopia, *Arch. Ophthalmol.,* 74: 649, 1965.

Voegtlin W.L., The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex, *Am. J. Med. Sci.,* 199: 802-810, 1940.

Voegtlin W.L., Broz W.R., The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism: X. An analysis of 3125 admissions over a period of 10 1/2 years, *Ann. Intern. Med.,* 30: 580-597, 1949.

Voegtlin W.L., Lemere F., The treatment of alcohol addiction: A review of the literature, *Quart. J. Stud. Alcohol.,* 2: 717-803, 1942.

Voegtlin W.L., Lemere F., Broz W.D., Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction, III. An evaluation of present results in the light of previous experiences with this method, *Quart. J. Stud. Alcohol,* 1: 501-516, 1940.

Voegtlin W.L., Lemere F., Broz W.R., O'Hollaren, P., Conditioned therapy for chronic alcoholics, IV. A preliminary report on the value of reinforcement, *Quart. J. Stud. Alcohol.,* 2: 505-511, 1941.

Voegtlin W.L., Lemere F., Broz W.R., O' Hollaren P., Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction, VI. Follow-up report of 1042 cases, *Am. J. Med. Sci.,* 203: 525-528, 1942.

Von Bertalanffy L., An outline of general systems theory, *Brit. J. Phil. Sci.,* 1: 2, 1950.

Von Bertalanffy L., General sistems theory, *Gen. Syst.* Br. 1, 1956.

Von Bertalanffy L., *General Systems Theory,* Brasiller, New York, 1968.

Von Bertalanffy L., *Robots, Men and Minds,* Brasiller, New York, 1975.

Von Bertalanffy L., *Perspectives on General Systems Theory,* Brasiller, New York, 1975.

Von Bertalanffy L., *Teoria generale dei sistemi,* Mondadori, Milano, 1983 terza ed.

Wallerstein S.R., et al., *Hospital treatment of alcoholism,* Basic Books, New York, 1957.

Wanberg K.W., Horn J.L., Foster F.M., A differential model for the diagnosis of alcoholism: Scales of the alcohol use questionnaire, Selected papers. *Proceedings of the 24th Annual Meeting of the Alcohol and Drug Problems Association of North America,* Sept. 23-28, Bloomigton, Minnesota, Washington, ADPA, 1973.

Warner K.E., Publicity, price and puffing, A health economics contribution to disease prevention, *Journal of Health Economics,* 3: 101-116, 1984.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

Wechsler H., Lavine S., Idelson K.R., Rohman M., Taylor O.J., The psysician's role in health promotion, A survey of primary care practitioners, *The New England Journal of Medicine,* 308: 97-100, 1983.

Wernicke K., *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende,* vol. 2, Theodore Fischer, Kassel, 1881.

Widmark E.M.P., *Die theoretische Grundlagen und die praktische Verwendbarkeit der gerichtlich – medizinischen Alkoholbestimmung,* Urban und Schwarzenberg, Berlin 1932.

Widmark E.M.P., Die Maximalgrenzen der Alkoholkonsumption, *Biochem. Z.,* 259: 285-293, 1933.

Widmark E.M.P., Jungmichel G., *Alkoholbestimmung im Blut,* Carl Heymanns Verlag, Berlin, p. 109, 1933.

Wikler A., Pescor F.T., Fraser H.F., Isbell H., Electroencephalographic changes associated with chronic alcoholic intoxication and the alcohol abstinence syndrome, *Amer. J. Psychiat.,* 113: 106-114, 1956.

Wilkins R.H., *The use of a questionnaire to detect the alcoholic in general practice,* University of Manchester, Barbishire House Health Center, 1972.

Wilkins R.H., *The Hidden Alcoholic in General Practice, A Method of Detection using a Questionnaire*, Clerk, London, 1974.

William C., e coll., Overcoming barriers to identification and referral of alcoholics in a general hospital setting: one approach, *RI Med.* J., 68: 131-137, 1985.

Winokur G., Clayton P., Family history studies, IV. Comparison of male and female alcoholics, *Quarterly J. of Stud. on Alcohol,* 29: 885-891, 1968.

Wiseman P.J., Skid row alcoholics: Treatment, survival, and escape, in Pattison M.E., Kaufman E. (eds); *Encyclopedic Handbook of Alcoholism,* Gardner Press, New York, 1982.

Wolff P., Ethnic differences in alcohol sensivity, *Science,* 175: 449-450, 1972.

Woodruff R.A., Goodwin D.W.Jr., Guze S.B., *Psychiatric Diagnosis,* Oxford University Press, New York, 1974.

World Health Organization (WHO), Expert Committee on Mental Health, Report of the first session of the Alcoholism Subcommittee, Technical Report Series, 42, Geneva, 1951.

World Health Organization (WHO), WHO Official Records No. 226, 48, Resolution WHA 28.81, 1975.

World Health Organization (WHO), Alcohol-related problems: The need to develop further the WHO initiative. Report to the Executive Board, WHO Document EB 63/ 23, 1978.

World Health Organization (WHO), Thirty-second World Health Assembly, 7-25 May, 1979. Resolutions and Decisions, Geneva, 37, Resolution WHA 32-40, 1979. (a)

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe. Public Health Aspects of Alcohol and Drug Dependence, Report of a WHO Conference. Copenhagen: EURO Reports and Studies 8, 1979. (b)

World Health Organization (WHO), Prevention of alcohol-related problems: An international review of preventive measures, policies, and programmes, Mosher J.,

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

compiler, WHO Document MNH/79. 16, 1979. (c)
World Health Organization (WHO), Report of a WHO expert committee on problems related to alcohol consumption, 1980.
World Health Organization (WHO), Public health aspects of alcohol availability. Report on working meeting held in Geneva, 1982.
World Health Organization, Drug dependence and alcohol related problems: a manual for community health workers, with guidlines for trainers, Geneva, WHO, 1986.
World Health Organization (WHO). Potential contribution of state monopoly systems to the control of alcohol-related problems. Report on working meeting held in Skarpo, Sweden, WHO Document MNH/PAD/87.15, 1987.
World Health Organization, Regional Office for Europe, *Alcohol policies: Perspectives from the SSSR and some other countries,* EUR/SSR/ADA 001, 4713r, 1990.
World Health Organisation, Regional Office for Europe, *Drinking practices of specific categories of employees,* Report on a WHO consultation, Kopenhagen, 1990.
Zabel B., Prospects of somatic gene therapy, *Triangle,* 28 3/4, 79-90, 1989.
Zdravlje za sve do 2000 godine, Biblioteka "Delegatske teme", "Delegatsko jedinstvo", Sisak, 1989.
Zieve L., Jaundice, hyperlipemia and hemolytic anemia: A heretofore unrecognized syndrome associated with alcoholic fat liver and cirrhosis, *Ann. Intern. Med.,* 48: 471-496, 1958.
Zieve L., Hemolitic anemia in liver disease, *Medicine,* 45: 497, 1966.
Zimberg S., *La cura dell'alcolismo,* Ferro Edizioni, Milano, 1984.
Zink P., Schneider B., Schroeder G., Wolf M., Zur Genauigkeit der forensischen Blutalkoholbestimmung, *Blutalkohol,* 22: 21-48, 1985.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

GRAZIE PER AVER SCARICATO

Erickson
LIVE

Vivi. Scrivi. Pubblica. Condividi.

La nuova linea editoriale di Erickson che dà voce alle tue esperienze

È il progetto firmato Erickson che propone libri di narrativa, testi autobiografici, presentazioni di buone prassi, descrizioni di sperimentazioni, metodologie e strumenti di lavoro, dando voce ai professionisti del mondo della scuola, dell'educazione e del settore socio-sanitario, ma anche a genitori, studenti, pazienti, utenti, volontari e cittadini attivi.
Seleziona e pubblica le esperienze, le sperimentazioni e le idee che questi protagonisti hanno sviluppato e realizzato in ambito educativo, didattico, psicologico e socio-sanitario, per dare loro la possibilità di condividerle attraverso la stampa tradizionale, l'e-book e il web.

Sul sito **www.ericksonlive.it** è attiva una community dove autori e lettori possono incontrarsi per confrontarsi, dare e ricevere suggerimenti, scambiare le proprie esperienze, commentare le opere, trovare approfondimenti, scaricare materiali. Un'occasione unica per approfondire una serie di tematiche importanti per la propria crescita personale e professionale.

© 2013, V. Hudolin, *Manuale di alcologia,* Erickson, www.ericksonlive.it

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014

L'alcolismo è una patologia sociale tra le più diffuse e distruttive, con complesse implicazioni in ambito medico, psicologico, relazionale e sociale. Attualmente in Italia sono più di un milione gli alcolisti e molte di più le persone che soffrono in nuclei familiari con problemi di alcoldipendenza.

Di fronte al dramma di questa autentica epidemia sociale stanno nascendo iniziative diverse di trattamento e di riabilitazione. La più interessante e la più diffusa è quella legata ai Club degli alcolisti in trattamento, gruppi di mutuo aiuto che costituiscono il perno della metodologia psico-medico-sociale di Vladimir Hudolin.

Nel volume, l'ideatore di questo importante metodo di trattamento illustra e approfondisce, oltre al suo innovativo approccio ai problemi alcolcorrelati, tutte le molteplici tematiche interdisciplinari che costituiscono l'oggetto dell'alcologia: dalla storia delle bevande alcoliche e dai disturbi fisico-psichico-sociali legati al bere, all'eziologia e alla diagnostica dell'alcolismo, alle analisi epidemiologiche e alla prevenzione, alla comparazione ragionata delle diverse teorie e degli svariati metodi di trattamento susseguitisi nella storia da quando l'alcolismo è stato percepito come il problema sociale per eccellenza.

Questo volume costituisce lo strumento di studio più approfondito per quanti — alcolisti, operatori sociosanitari, familiari, cittadini interessati — desiderano comprendere l'alcol e i suoi effetti e, soprattutto, orientarsi verso metodi di trattamento integrati, in grado di tener conto e di rispondere efficacemente alla complessità del problema alcol.

www.ericksonlive.it
Erickson dà voce alle tue esperienze

Copia concessa in licenza a demetrio cottini; scaricato il 23/01/2014