



Psicologa Psicoterapeuta  
Dr.ssa Roberta MORICONI



## DIPENDENZA ALCOLICA: DAL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO AGLI ASPETTI PSICHIATRICI

### TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



È fondamentale non solo per lo specialista che lavora nei Centri di Alcologia o nei Servizi per Tossicodipendenze, ma anche per il medico pratico, la conoscenza dei farmaci utilizzabili nel trattamento sia delle emergenze alcol-relate, che della disassuefazione da bevande alcoliche, che viene effettuata solo quando è stata posta la diagnosi di dipendenza da alcol, secondo i criteri delle classificazioni internazionali (DSMIV e ICD 10).

Essenzialmente due sono i tipi di emergenza a cui il medico si può trovare di fronte:

1. intossicazione acuta
2. sindrome di astinenza

La prima sindrome è caratterizzata da sintomi sia psichici che organici e comportamentali e che insorge in seguito all' ingestione acuta di dosi elevata di alcol a tal punto da risultare tossica. Dopo un primo momento di euforia segue una fase di ottundimento che può progredire fino al coma, in relazione all'alcolemia. Nella seconda sindrome quella di astinenza il trattamento con soluzioni alcoliche, usato in passato, non è più consigliato sia perché tende ad aggravare le condizioni metaboliche, già molto precarie, sia perché sono disponibili farmaci con azione sedativa ed antiastinenziale. Se la sindrome di astinenza sfocia nel "delirium tremens" è consigliabile trasferire il paziente in unità di crisi intensiva. Attualmente la terapia farmacologica della dipendenza da alcol si avvale, oltre che di numerosi farmaci aspecifici, come le vitamine (soprattutto del gruppo B, PP e acido folico) i sali minerali e i farmaci agenti sul S.N.C. (ansiolitici, antidepressivi e tranquillanti maggiori), anche di farmaci specifici. A loro volta possono essere divisi in farmaci ad azione di avversione e farmaci ad azione anticraving. La prima tipologia di farmaci blocca le reazioni metaboliche del catabolismo dell'alcol. Nel caso di farmaci anticraving, ricordiamo che per craving, o appetizione patologica, si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza e che se non soddisfatto provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, aumento dell'aggressività, depressione. Nell'ultimo decennio sono stati sperimentati numerosi farmaci ad azione anticraving, sia in animali da esperimento che nell'uomo, in grado di intervenire sui neurotrasmettitori implicati nel meccanismo del craving. Attualmente tali farmaci possono essere divisi in alcol mimetici, che attenuano il craving imitando gli effetti dell'alcol e gli anti-reward o modulatori della ricompensa che attenuano il craving, in quanto diminuiscono le sensazioni piacevoli dell'etanolo. Pertanto la terapia farmacologica, sia nel caso delle emergenze che nel migliorare l'adesione al programma terapeutico, appare uno strumento valido nel trattamento dell'alcol dipendenza. Tuttavia è necessario considerare l'approccio farmacologico non come ionoterapia, ma come strumento integrato di un approccio multimodale che preveda una terapia di supporto di tipo psicologico e sociale .

## TIPOLOGIE DI ALCOLISMO

La più nota ed articolata tipologia di alcolismo è quella di Cloninger e coll. (1988) che distingue due sottogruppi di pazienti: il tipo I, alcolismo limitato all'ambiente, riguarda sia gli uomini che le donne, insorge dopo i 25 anni ed è caratterizzato da personalità tipicamente ansiosa e da un rapido sviluppo di tolleranza e dipendenza dagli effetti anti-ansia della sostanza. L'alcolismo di tipo II, meno comune, si manifesta negli uomini ed insorge prima dei 25 anni ed è ereditabile. L'alcolista di tipo II ha tratti di personalità antisociale, ha una tendenza ad esplorare sensazioni nuove, basso grado di evitamento del pericolo e scarsa dipendenza dalla gratificazione che lo conducono ad un maggior numero di conseguenze psicosociali. L'ipotesi emergente da quanto riportato è che i tratti associati al tipo II siano predittivi di un craving di natura più impulsiva, laddove nei pazienti di tipo I si ritrovi un craving di natura più compulsiva.

## COSA SI INTENDE PER DIPENDENZA ALCOLICA

L'alcolismo viene assunto come modello di dipendenza avendo radici storiche, nel 1981 l'O.M.S. estende il concetto di sindrome di Dipendenza alcolica di Edwards e Gross (1976) a tutte le sostanze psicoattive. Nella loro descrizione la S.D.A. è concepita come una sindrome bio-psico-sociale i cui elementi fondamentali sono:

- comportamento alcol orientato relativamente stereotipato;
- la preminenza del comportamento di ricerca dell'alcol sopra ogni comportamento;
- sviluppo ed aumento della sintomatologia della tolleranza e dell'astinenza;
- la consapevolezza soggettiva di una compulsione al bere;
- il progressivo accorciamento del tempo necessario a raggiungere il precedente livello di intossicazione dopo una ricaduta.

Per i sistemi diagnostici successivi DSM III-R, DSM IV e ICD- 10 il costrutto della Sindrome di Dipendenza Alcolica diviene il modello teorico- clinico comune. Secondo Miller e Gold (1989), tra i criteri del DSM-III-R (1987) per la diagnosi di Dipendenza è possibile individuare le diverse componenti concettuali di tale categoria in addiction e neuro adattamento. All'addiction appartengono 6 criteri su 9, raggruppabili in tre aree che denotano comportamenti appetitivo, coattivo- ripetitivo (perdita del controllo che conduce a recidiva) e compulsivo. Nell'attuale sistema internazionale di classificazione (ICD-10, 1992), i criteri di classificazione per la Dipendenza da Sostanze sono simili a quelli del DSM-IV, rispetto ai quali il sistema include un item relativo al craving definito come un forte desiderio e un senso di compulsione ad assumere la sostanza. A differenza del DSM-IV in cui si parla di abuso, nell'ICD-10 troviamo il cosiddetto "uso dannoso", il fatto che l'uso della sostanza sia responsabile di un danno fisico o psichico, comprensivo della compromissione del giudizio. Gli elementi da includersi nel concetto di compulsività, costitutivi della S.D. sono:

- 1) il craving,
- 2) la ricomparsa più rapida di tutti gli aspetti della S.D. in coloro che ricadono nell'uso della sostanza dopo un periodo di astensione rispetto ai soggetti non dipendenti.

Il DSM-IV rispetto alla precedente edizione del manuale apporta delle innovazioni, le più significative sono:

1. nella categoria dell'Abuso vengono aggiunti due criteri, uno riguarda la presenza di ricorrenti problemi legali correlati alla sostanza, l'altro derivato dai criteri del DSM-III-R per la diagnosi di Dipendenza circa l'inadeguatezza a mantenere il proprio ruolo sociale ( lavorativo, scolastico, familiare) per l'uso ricorrente della sostanza;
2. i criteri per la diagnosi di Dipendenza si abbassano da 9 a 7, con l'eliminazione di uno secondario all'astinenza e di un altro trasferito alla diagnosi di Abuso;

3. per la formulazione della diagnosi di Dipendenza devono essere soddisfatti 3 criteri su 7 invece che su 9, mentre per l'Abuso si abbassa ( 1 su 4 rispetto al su2);
4. il periodo di riferimento per la registrazione della ricorrenza della manifestazione di Abuso e Dipendenza viene individuato in 12 mesi, laddove nel DSM-III-R si citava la durata di almeno un mese per alcuni dei sintomi;
5. il craving non rappresenta un criterio autonomo ne viene menzionato all'interno delle condizioni diagnostiche;
6. il concetto di compulsività viene a coincidere con quello di addiction e della dipendenza psichica, includendo tutti i criteri per la Dipendenza tranne tolleranza e astinenza, ma viene svincolato dall'Abuso, che a che fare esclusivamente con le conseguenze avverse di ordine socio- relazionale dell'uso ripetuto.

Pertanto riassumendo la diagnosi di dipendenza fisica si poggia sulla presenza di eventi, quali tolleranza e astinenza, apparentemente di matrice biologica. Ma oramai è acquisito che tali eventi sono soggetti a condizionamento e che lo scatenarsi di una sindrome astinenziale o lo sviluppo di tolleranza si verificano anche a seguito dell' attivazione di opportuni segnali ambientali o psicologici. Se clinicamente non incontra difficoltà la distinzione tra malattia fisica e disturbo psichico come complicanze delle tossicodipendenze, diventa più problematico inquadrare nella reale dimensione l'antefatto immediato dello sviluppo della S.D. Nella dipendenza fisica si intravedono componenti psicologiche, così come nella dipendenza psichica emergono fattori di puro ordine biologico.

## ASPETTI PSICHIATRICI DELL'ALCOLISMO



L'inquadramento diagnostico di un soggetto alcolista attraverso la griglia del DSM-IV-TR da origine ai seguenti raggruppamenti categoriali:

Disturbi da uso di alcol, che descrivono la modalità patologica di uso della sostanza distinguendo due livelli sindromici (Abuso e Dipendenza), in Asse I;

Disturbi indotti dall'alcol, che sono espressione di alterazioni fisiopatologiche provocate direttamente dalla sostanza tossica sia

reversibili (Intossicazione e Astinenza, Delirium da intossicazione o da astinenza, Disturbo psicotico indotto, Disturbo dell'umore indotto, Disturbo d'ansia indotto, Disturbo del sonno indotto) sia persistenti (Demenza, Disturbo amnestico), sempre in Asse I;

Comorbilità psichiatrica di Asse I, che include tutte le manifestazioni psicopatologiche indipendenti dagli effetti diretti dell'alcol;

Comorbilità psichiatrica di Asse II, che evidenzia le alterazioni di personalità presenti nei soggetti che fanno uso patologico di alcol;

Comorbilità somatica in Asse III, dove vengono registrate le condizioni di interesse medico( epatopatie, gastropatie, neuropatie, ecc).

## DISTURBI DA USO DI ALCOL

In base ai criteri del DSM-IV- TR sono considerati Disturbi da uso di alcol l'Abuso e la Dipendenza. Per abuso si intende una modalità patologica di uso dell'alcol che porta a menomazione o disagio clinicamente significativi come manifestato da una o più delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

1) uso ricorrente che conduce ad incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a casa, o a scuola,

- 2) uso ricorrente in situazioni in cui è fisicamente rischioso,
- 3) problemi legali ricorrenti correlati all'alcol,
- 4) uso continuativo nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dagli effetti dell'alcol.

La dipendenza è invece una modalità patologica di uso dell'alcol che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, come manifestato da 3 o più delle condizioni seguenti che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

- 1) tolleranza,
- 2) astinenza,
- 3) assunzione in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto,
- 4) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di controllarne l'uso,
- 5) impiego di una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi l'alcol o a riprendersi dai suoi effetti,
- 6) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative a causa dell'uso di alcol,
- 7) uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, causato dall'alcol.

## **DISTURBI INDOTTI DALL'ALCOL**

### **A) Disturbi reversibili indotti dall'alcol**

L'intossicazione alcolica è caratterizzata da una serie di modificazioni psicologiche o comportamentali clinicamente significative che si sviluppano durante o poco dopo l'ingestione di alcol. Un sintomo rilevante nell'intossicazione alcolica è costituito dai vuoti di memoria o blackout alcolici, che consistono in singoli episodi di amnesia anterograda che si verificano in associazione con un'intossicazione alcolica. La gestione clinica del paziente intossicato da alcol prevede il contenimento comportamentale, il supporto metabolico e l'eventuale controllo dell'aggressività con basse dosi di antipsicotici convenzionali. L'astinenza alcolica è una sindrome che si sviluppa dopo sospensione o riduzione di un precedente consumo di alcol pesante o prolungato. I sintomi si sviluppano da qualche ora a qualche giorno dopo la sospensione o riduzione e comprendono almeno due dei seguenti sintomi: iperattività autonoma, aumento del tremore alle mani, insonnia, nausea, vomito, allucinazioni visive, tattili o uditive transitorie, agitazione psicomotoria, ansia. La sindrome di astinenza alcolica può essere grave e condurre a complicazioni potenzialmente fatali, ciò dipende da fattori come intensità del consumo di alcol, precedenti crisi astinzionali e l'età avanzata. Il Delirium alcolico è caratterizzato da un disturbo dello stato di coscienza e da una modificazione delle funzioni cognitive o sviluppo di un'alterazione percettiva. I sintomi sono rappresentati da alterazione della coscienza, deficit di memoria, disorientamento, alterazioni del linguaggio, disturbi percettivi. Il delirium da astinenza alcolica, detto anche delirium tremens, ha inizio dal terzo al quinto giorno di astinenza e comprende una serie di sintomi quali confusione, allucinazioni visive o tattili, ecc. Il livello di attività psicomotoria fluttua nel corso della giornata andando dall'ipereccitabilità alla letargia. Il Disturbo psicotico indotto dall'alcol (allucinosi alcolica) è caratterizzato dalla presenza di deliri o allucinazioni che si sviluppano durante o entro un mese dall'intossicazione o astinenza. Le allucinazioni sono in prevalenza uditive e possono essere correlate a deliri a contenuto persecutorio. Durante l'intossicazione o astinenza dall'alcol possono manifestarsi quadri psichiatrici che configurano un Disturbo dell'umore indotto, un Disturbo d'ansia indotto, un Disturbo del sonno indotto, una Disfunzione sessuale indotta. Per differenziare un disturbo indotto da uno comorbile all'uso di alcol si fa riferimento ad un criterio temporale, per cui si considera indotto un disturbo i cui sintomi sono insorti durante o entro un mese dall'intossicazione o astinenza da alcol. Inoltre la

diagnosi di disturbo indotto dovrebbe essere posta solo quando i sintomi sono in eccesso rispetto a quelli di solito associati con la sindrome di astinenza o intossicazione o quando sono sufficientemente gravi da richiedere attenzione clinica.

#### B) Disturbi persistenti indotti dall'alcol

Il disturbo amnestico persistente è caratterizzato da un deficit della memoria causato dall'uso prolungato di alcolici. Classicamente è conosciuto come Encefalopatia di Wernicke per la forma acuta e Sindrome di Korsakoff per la condizione cronica. La prima è un disturbo acuto caratterizzato da confusione, disfunzione vestibolare, alterazioni della motilità oculare. La sindrome di Korsakoff è una sindrome amnesica cronica che può seguire alla encefalopatia di Wernicke. Essa è caratterizzata da compromissione soprattutto della memoria recente e da amnesia anterograda in un paziente ancora cosciente. Può essere associato il sintomo della confabulazione, che consiste nella falsificazione del ricordo in stato di coscienza lucida associato con l'amnesia di origine organica. Secondo il DSM-IV-R per Demenza persistente indotta da alcol si intende la presenza di deficit cognitivi multipli, che producono una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo del paziente. I deficit cognitivi comprendono deficit della memoria ed una o più delle seguenti alterazioni cognitive: afasia, aprassia, agnosia, disturbo delle funzioni esecutive. Sia l'età avanzata che la presenza di malattie fisiche intercorrenti quali ipertensione, danno epatico e miocardiopatie favoriscono la comparsa di demenza alcol-relata. Gli altri disturbi persistenti indotti dall'alcol comprendono forme complesse a carattere neurologico e psichiatrico non menzionate nel DSM, come ad esempio: l'encefalopatia alcolica pellagroide, causata dalla carenza di acido nicotinico, la malattia di Marchiafava-Bignami, associato a lesioni anatomico-patologiche degenerative a carico del corpo calloso, e la degenerazione cerebellare alcolica, caratterizzato da alterazione dell'equilibrio e della coordinazione motoria del tronco e degli arti inferiori.

### COMORBILITÀ PSICHIATRICA DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL



Si definisce comorbilità la presenza di più di un disturbo specifico in uno stesso soggetto durante un periodo di tempo definito. La relazione temporale fra i disturbi determina la definizione di “primario” e “secondario”, in relazione all'ordine di insorgenza. La valutazione della comorbilità risente di numerosi fattori metodologici, due dei quali meritano particolare attenzione: i tassi di comorbilità e l'interpretazione dei sintomi. Il primo problema a carattere generale è costituito dalla possibilità di determinare i tassi veri di comorbilità esclusivamente sulla popolazione generale correttamente campionata, in quanto i dati relativi a soggetti reclutati presso centri di trattamento sono sempre deformati in eccesso, sia per ragioni di calcolo sia per effetto della maggiore probabilità che soggetti con doppia diagnosi richiedano un trattamento. La principale fonte informativa sulla comorbilità fra Disturbi da uso di alcol ed altri disturbi mentali nella popolazione generale è costituita dai risultati di due studi di epidemiologia psichiatrica realizzati negli Stati Uniti D'America su vasta scala durante gli ultimi due decenni del XX secolo. Per lo studio ECA (Epidemiological Catchment Area) sono stati reclutati negli anni 1980-84 circa 20.000 soggetti a domicilio e presso centri di trattamento di età inferiore a 18 anni. Lo studio NCS (National Comorbidity Survey) è stato effettuato negli anni 1990-92 su circa 8.000 soggetti reclutati a domicilio o presso istituzioni scolastiche, di età tra i 15 e i 54 anni. Lo studio ECA fece rilevare tassi di comorbilità psichiatrica in soggetti con Disturbo da alcol dell'ordine del 50% nei soggetti reclutati presso centri di trattamento e di circa il 25% nella popolazione generale. Lo studio NCS, eseguito solo con soggetti non trattati, ha evidenziato che i Disturbi dell'umore sono più spesso primari negli uomini e secondari nelle donne, mentre i Disturbi d'ansia sono più spesso secondari in entrambi i sessi. Un terzo studio, numericamente più esteso e denominato NLAES (National Longitudinal



Alcohol Epidemiologic Survey), è stato condotto nel biennio 1991-1992, coinvolgendo oltre 42.000 soggetti estratti dalla popolazione generale, di età inferiore ai 18 anni., allo scopo di raccogliere informazioni mirate in campo alcolico. Il secondo problema riguarda la confusione semeiologica fra elementi psicopatologici “spontanei” e “indotti”. Un tentativo di chiarificazione può essere affrontato a due livelli: non considerando indotti solo i sintomi che si sono presentati al di fuori dei periodi di assunzione dell'alcol, oppure effettuando una inferenza di tipo qualitativo, affidata al paziente o al clinico, che sono chiamati a decidere se quel sintomo fosse o meno un correlato dell'uso di alcol. Secondo i dati dello studio ECA i Disturbi dell'umore sono presenti nel 13.4% dei soggetti con diagnosi di Abuso e/o Dipendenza da alcol ed il 21.8% degli individui con un Disturbo dell'umore nella vita presenta anche un Disturbo da uso di alcol. La comorbilità è più marcata per i Disturbi bipolari. Lo studio NCS rileva che il 10.2% degli uomini ed il 34.5% delle donne con diagnosi di Abuso presentano anche un Disturbo dell'umore, mentre tra i soggetti con Dipendenza la prevalenza dei Disturbi dell'umore è del 28,1% negli uomini e del 53.5% nelle donne. Nello studio NLAES il 21.4 % dei soggetti con episodio di Depressione maggiore nell'anno precedente avevano una diagnosi di Abuso e/o Dipendenza da alcol , contro il 6.9% dei soggetti con nessuna evidenza di Depressione maggiore nello stesso periodo di tempo. La percentuale sale al 40.35% di soggetti con Abuso e/o Dipendenza in coloro che avevano presentato almeno un episodio di Depressione nella vita, contro il 15.8% di coloro mai diagnosticati come depressi. Una precedente dipendenza dall'alcol aumenta il rischio di una depressione maggiore corrente di più di quattro volte. Per spiegare la comorbilità tra alcolismo e disturbi dell'umore troviamo anche ipotesi di influenze genetiche come lo studio di Maier e Merikangas, dove in uno studio su 345 famiglie di probandi con Disturbi bipolari non psicotici, Depressione maggiore non psicotica e/o alcolismo concludono per un'ipotesi di segregazione indipendente di depressione unipolare ed alcolismo nelle famiglie, mentre l'associazione tra Disturbi bipolari ed alcolismo sarebbe probabilmente dovuta ad una componente familiare. Tambs et al. In uno studio su 2.500 coppie di gemelli tratti dalla popolazione generale ipotizzano che tra i maschi la correlazione osservata tra alcolismo e depressione potrebbe essere spiegata in base a fattori genetici condivisi, mentre tra le femmine questa correlazione sarebbe il risultato sia di fattori genetici che di influenze ambientali. Oltre alle spiegazioni genetiche, vi sono altre possibili spiegazioni per la comorbilità tra alcolismo e disturbi dell'umore. Per esempio l'ipotesi dell' automedicazione propone che il consumo dell' alcol costituisca un tentativo di alleviare i sintomi spiacevoli di un altro disturbo psichiatrico sottostante. Ma la critica mossa a questa ipotesi è che il consumo di alcol in dosi elevate e per lungo tempo provoca un peggioramento dell'umore depresso come anche dell'ansia. E' stato anche proposto che la dipendenza alcolica ed i problemi sociali ed interpersonali da essa causati espongono l'individuo ad un aumentato rischio di sviluppare depressione. Inoltre è necessario distinguere un episodio depressivo maggiore che insorge prima della dipendenza da alcol ed un disturbo dell' umore indotto dalla dipendenza alcolica, che regredisce una volta trattata tale condizione. Secondo i dati dello studio ECA il 19.4% dei soggetti con una diagnosi di Abuso o Dipendenza da alcol nella vita soddisfano anche i criteri per una diagnosi di disturbo d'ansia, mentre il 17.9% degli individui con un Disturbo d'ansia presentano anche un Disturbo da uso di alcol comorbile. Lo studio NCS rileva una prevalenza del 22.7% di Disturbi d'ansia negli uomini e del 48.8% nelle donne con una diagnosi nella vita di Abuso alcolico; nei soggetti con diagnosi di Dipendenza da alcol invece, i Disturbi d'ansia sono presenti nel 35.8% degli uomini e nel 60.7% delle donne. Kushner et al. hanno condotto uno studio prospettico su un campione di 454 studenti universitari. I dati raccolti mostrano che avere un Disturbo d'ansia o un Disturbo da uso di alcol aumenta in modo significativo la probabilità di avere anche l'altra diagnosi in concomitanza; inoltre questa associazione non è dipendente dal sesso o dalla storia familiare. Pickens et al. in uno studio su 63 coppie di gemelli monozigoti e su 67 coppie di dizigoti, in trattamento per uso di alcol ed altre sostanze, rilevano una prevalenza delle influenze genetiche per la comorbilità nei maschi, ed una maggiore importanza delle influenze ambientali per le femmine. L'ipotesi che i disturbi d'ansia promuovano l'insorgenza dei Disturbi da uso di alcol è supportata dagli studi che dimostrano come

l'alcol attenui le risposte allo stress, riduca l'ansia e sia usato dai soggetti comorbili per gestire nervosismo ed insonnia; il ricorso all'alcol sarebbe un meccanismo di automedicazione. D'altra parte la prospettiva opposta secondo la quale i disturbi da uso di alcol favoriscono l'insorgenza dei disturbi d'ansia viene supportata dagli studi dimostranti che l'alcol può aumentare le risposte allo stress ed esacerbare i sintomi d'ansia. Ciò supporta la critica all'ipotesi dell'automedicazione, già affrontata riguardo ai disturbi dell'umore. Si può sostenere in generale che esistono tra i due disturbi delle influenze causali, nel senso che gli effetti ansiolitici a breve termine dell'alcol si possano combinare con gli effetti ansiogeni a lungo termine, al fine di produrre un circolo vizioso in cui si ha un crescendo di uso di alcol e sintomi d'ansia; il rischio di sviluppare comorbidità è accresciuto da questo meccanismo interattivo, indipendentemente da quale condizione si sia sviluppata per prima. Lo studio ECA documentò una notevole associazione fra Schizofrenia e Disturbi da uso di alcol nel corso della vita, con circa il 33% dei soggetti schizofrenici che avevano sofferto anche di un Disturbo da uso di alcol e quasi il 4% degli alcolisti con diagnosi aggiuntiva di schizofrenia. Ancora più marcata risultò l'associazione fra psicosi dell'umore e disturbi da uso di alcol, con oltre il 30% dei soggetti affetti bipolare I che avevano mostrato una dipendenza da alcol. Ovviamente questi tassi sono ancora più elevati nei campioni clinici, dove dal 20 al 50% dei pazienti con schizofrenia può presentare quadri di abuso o dipendenza da alcol. Per spiegare la comorbidità tra Schizofrenia e Disturbi da uso di alcol si ipotizzano per entrambi i disturbi precursori comuni, come il danno cerebrale minimo ed il disturbo della condotta; vengono adottati anche fattori di tipo psico-sociale, che esporrebbero i soggetti psicotici ad un aumentato rischio di Disturbi da uso di alcol, facilitandone l'assorbimento entro gruppi devianti; anche in questo caso si ricorre all'ipotesi dell'automedicazione, rivolta sia all'attività allucinatoria ed agli stati disforici propri della schizofrenia sia ad effetti collaterali spiacevoli provocati dalla terapia neurolettica classica. Quali che siano i meccanismi, il processo di de-istituzionalizzazione ha determinato un deciso incremento dei problemi alcolici fra i pazienti psicotici. Verheul et al. hanno revisionato una serie di studi di prevalenza dei Disturbi di personalità in campioni clinici di pazienti con disturbi da uso di sostanze: i risultati differivano in base al tipo di sostanza, alle metodologie diagnostiche ed al setting. Nei pazienti con Disturbi da uso di alcol la prevalenza globale dei disturbi di personalità presentava un valore mediano del 44%; in particolare la prevalenza del Disturbo Antisociale risultava del 18% e del Disturbo Bordeline del 21%. Le caratteristiche di personalità antisociale sono risultate associate con esordio più precoce, più alti livelli di compromissione sociale e maggiore prevalenza di familiarità alcolica nonché con una peggiore prognosi a lungo termine dell'alcolismo. Uno studio sulla relazione cronologica tra il Disturbo Antisociale e la dipendenza dall'alcol rileva che le caratteristiche antisociali precedono la dipendenza. Alla base della rilevata comorbidità tra Disturbo Antisociale ed alcolismo potrebbe esserci una condivisione di fattori eziologici oppure fattori genetici che rendono ragione di una co-trasmissione dei due disturbi. Non sono infrequenti nella pratica clinica le associazioni fra i disturbi correlati all'alcol ed altri disturbi psico-comportamentali che rientrano nello spettro impulsivo ed in quello ossessivo-compulsivo. Rivestono particolare rilievo clinico ed epidemiologico i disturbi del comportamento alimentare, in particolare l'associazione tra bulimia ed alcolismo. Infine un'altra associazione sindromica è costituita dall'abuso alcolico in pazienti affetti da Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ove ciò può costituire un tentativo di automedicazione dei sintomi di intrusione o evitamento.

Psicologa Psicoterapeuta  
Dr.ssa Roberta MORICONI  
Studio: Via Sant'Anna 13 – 00024 Castel Madama (RM)  
Cell. 349.5559062  
e-mail: info@robertamoriconi.it  
Sito web: www.robertamoriconi.it