

Paolo Eduardo Dimauro – Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL 8 Arezzo
(e-mail: pedimauro@gmail.com)

Alcol e cocaina: un problema emergente

Nella pratica quotidiana degli operatori dei servizi per le Dipendenze accade con frequenza costantemente in aumento il riscontro di problemi alcol correlati o, alternativamente, legati all'uso di cocaina, complicati dalla coesistenza "reciproca" dell'altro problema, al punto da configurare un vero e proprio doppio problema alcol – cocaina (6). Si tratta di una popolazione di utenti prevalentemente al di sotto dei 40 anni di età, nella quale l'uso di alcol, in particolare, si configura come un vero e proprio comportamento tossicomano, in contrasto con modelli tradizionali di uso di bevande alcoliche nelle nostre comunità.

Del resto la nozione di una seconda popolazione con problemi alcol correlati, più giovane, con un uso prevalente nel week end e con modalità di assunzione "da sballo", ha costituito motivo di attenzione costante negli ultimi anni da parte degli specialisti del settore (19); si tratta di una modalità di assunzione sostanzialmente importata dal mondo anglosassone, la cui pericolosità non è da sottovalutare, per i danni sociali e sanitari possibili ed anche per una funzione "gateway" per altri comportamenti tossicomani. La prevalenza di uso contemporaneo e di una dipendenza doppia da cocaina ed etanolo risulta una combinazione particolarmente elevata (11). In un campione di persone dipendenti dalla cocaina, più della metà soddisfa i criteri (DSM IV) per l'alcoldipendenza (16). Inoltre, l'uso di cocaina è comune nei soggetti seriamente coinvolti nell'uso di alcol. In un campione nazionale di 6.059 alcolisti, il 19% riportava un uso anamnestico di cocaina (14).

L'effetto tossico legato alla combinazione cocaina-alcol costituisce un'evenienza di riscontro frequente in contesti sanitari; è stato ad esempio osservato in unità di emergenza e, rispettivamente di ricovero ospedaliero (15). Questa segnalazione riguarda contesti istituzionali e sociali diversi, ed è stata segnalata anche in realtà geografiche diverse (9). In uno studio relativo a traumatizzati adulti che chiedevano un ricovero ospedaliero, l'uso contemporaneo di alcol e cocaina aumentava la probabilità di una ammissione ad unità di terapia intensiva, a conferma di una situazione più impegnativa e delicata sul piano clinico (21).

Vari motivi spiegano questa associazione, che va oltre i termini della casualità. In primo luogo, la combinazione alcol cocaina produce importanti effetti complementari volti a ridurre gli effetti negativi di ciascuna delle due; ad esempio la cocaina, in quanto "eccitante", viene associata ad una sostanza "depressogena" ad azione frenante: alcol, ma anche benzodiazepine, o eroina; l'azione risultante della sostanza down è di protezione, copertura, prolungamento tonico dell'esperienza: effetto "tunnel" (18). Grazie a questo effetto, il soggetto supera l'agguato della paranoia, blindando la propria vulnerabilità, anche se tutto questo ha un effetto temporalmente definito, che si conclude con una fase depressiva prolungata, la cui durata è in larga parte dipendente dalle caratteristiche personali. L'alcol, inoltre, aumenta la velocità con cui gli effetti della cocaina si manifestano, ma rende più difficoltoso il controllo della propria aggressività, ed anche delle proprie ansie, paure, paranoie. Gli effetti combinati sono comunque in larga parte imprevedibili. Una quota consistente di questa imprevedibilità è legata alla produzione, conseguente all'assunzione simultanea delle due droghe, di cocaetilene; si tratta di una sostanza prodotta per trans esterificazione della cocaina in presenza di etanolo. La cocaina è esterificata in cocaetilene attraverso la stessa cocaina esterasi non specifica epatica che idrolizza la cocaina in benzoilecgonina, un metabolita testato nelle urine durante il follow up dei soggetti cocainomani; tale metabolita risulta privo di attività stimolante evidente (3,4,7).

La cocaetilene, invece, contribuisce in maniera significativa ai meccanismi di rinforzo soggettivo, ed agli effetti legati all'uso combinato di cocaina ed etanolo; la sua azione è legata a meccanismi farmacologici analoghi a quelli della cocaina. Favorisce la permanenza di dopamina a livello della terminazione sinaptica; contemporaneamente esercita un effetto inibente l'attività serotoninergica, con il risultato di un ulteriore potenziamento dell'attività dopaminergica. Ne deriva un potenziamento dell'azione euforizzante della cocaina stessa. La maggiore durata degli effetti della cocaina quando viene assunta in combinazione con l'alcol

sembra inoltre dipendere dalla lenta eliminazione della cocaetilene dal tessuto cerebrale. La tossicità, cardiovascolare ed epatica è maggiore per la cocaetilene che non per la cocaina (12,13,18).

Sulla base di queste premesse, deve essere posta particolare attenzione in occasione di programmi di disintossicazione centrati esclusivamente su una delle sue sostanze; il persistere di un uso problematico di una delle due ha una funzione di "apripista" per l'altra. Pur riguardando in modo simmetrico sia l'alcol che la cocaina, è nostra esperienza la constatazione di una elevata probabilità di una ricaduta nell'uso di cocaina per coloro che non fanno scelte chiare relativamente all'uso di alcol. In realtà, senza proporre approfondite considerazioni sul piano sociologico, appare necessario sottolineare una considerazione contestuale; la nostra società si è evoluta negli ultimi anni secondo alcune caratteristiche interessanti alla luce del tema che stiamo trattando. Possiamo pensare, ad esempio, alla maggiore velocità con cui si acquisiscono le informazioni, si viaggia, si produce, si consuma; si propone, in altri termini, un ritmo di vita accelerato, cui è perfettamente funzionale l'uso di sostanze psicoattive come il mix alcol cocaina. Un altro elemento, per certi versi paradossale rispetto al punto precedente, è la facilità con cui possiamo metterci in comunicazione, avere e scambiare informazioni, con la conseguenza di una minore fatica, e un ruolo sostanzialmente passivo; la conseguenza può essere quella di una certa "assuefazione", passività, con la necessità conseguente di emozioni forti, in grado di farci sentire attivi, o semplicemente vivi e vitali.

Una terza considerazione riguarda, a nostro parere, la prevalenza di un mondo virtuale su quello reale: la rivoluzione planetaria di internet con le sue varie articolazioni, e con le conseguenti ambivalenze (5) rischia di rendere appetibile un mondo "perfetto", costruito a misura di ciascuno, rispetto alla fatica dell'esperienza reale; possiamo pensare per questo alle differenze tra un cyber incontro tra due persone ed un incontro reale; nel primo caso, si possono scegliere le cadenze degli incontri, l'ora del giorno o della notte in cui farli avvenire, le cose e le caratteristiche di noi che desideriamo condividere, addirittura il sesso che decidiamo di manifestare, ad esempio utilizzando un nickname che lascia spazio ad interpretazioni diverse dal reale. Senza nulla togliere alle potenzialità dell'esperienza virtuale, portatrice di grandi potenzialità e di grandi speranze, e senza entrare in conflittualità intergenerazionali possibili su

questo tema, la percezione di una vita parallela, artificiale, può avere necessità di essere sostenuta altrettanto artificialmente, fino ad essere scandita da una sorta di "bilancia chimica", con opportune alternanze di fasi up e down, assicurate artificialmente dalla combinazione cocaina alcol. Un aspetto importante, sul piano più direttamente clinico, è il rapporto tra uso di sostanze e personalità e, specificamente, tra uso di alcol, alcol e cocaina e disturbo di personalità; un recente studio spagnolo (8) ha rilevato che ci sono alcune differenze di rilievo, relativamente ai disturbi di personalità, tra alcolisti in cui era stata fatta, o, rispettivamente, non fatta diagnosi di uso problematico di cocaina. Questo studio conferma, in analogia con studi precedenti, che i tossicodipendenti rientrano nel cluster impulsivo, ostile, "sensation seeker" (2,8,10,20).

Questo studio documenta il profilo di chi manifesta o non manifesta problemi da uso di cocaina: rispetto alle varie tipologie di disturbo di personalità, i disordini antisociale, narcisistico e borderline erano associati a coloro che avevano un problema doppio di alcol e cocaina, rispetto alla popolazione di soggetti che avevano un problema esclusivo con l'alcol; in questi ultimi erano più frequenti disturbi di tipo ossessivo-compulsivo, paranoide e dipendente. Si tratta, in definitiva di una combinazione particolarmente insidiosa, e di un problema a elevata prevalenza nei nostri servizi. Potremmo definirlo un cocktail moderno, al passo con i tempi, appetibile dal mondo giovanile ma non solo. Si fa giustizia, tra l'altro, di stereotipi consolidati quando si parla di tossicodipendenza "tradizionale", ad esempio legata all'uso di oppiacei. In questo caso si tende ad associare alla tossicodipendenza una tipologia definita di persone, con difficoltà di socializzazione, con esperienze lavorative saltuarie, magari con problemi di igiene personale, di malattie infettive trasmesse per via iniettiva, con una condizione complessiva di marginalità sociale più o meno grave.

Fermo restando che sarebbe un errore strategico sottovalutare oggi la persistenza di situazioni di questo tipo, per i problemi legati all'uso di alcol/cocaina si aggiunge una seconda tipologia di soggetti, con un buon grado di integrazione nella comunità, con una vita familiare e sociale complessivamente conservata, con una scarsa propensione a rivolgersi ai servizi tradizionali per le dipendenze.

Da questa analisi deriva un duplice ordine di considerazioni:

- È necessario ripensare progettualità ambulatoriali,

semiresidenziali e residenziali in grado di rispondere in modo flessibile e professionalmente adeguato a domande di cura sostanzialmente diverse, probabilmente riequilibrando anche le varie componenti professionali; a fronte di strategie consolidate, ad esempio sul piano del trattamento farmacologico delle persone con problemi da uso di eroina (metadone, buprenorfina/naltrexone), se la sostanza implicata è la cocaina ad oggi i risultati delle varie terapie farmacologiche proposte appaiono controversi e non definitivi, a vantaggio di approcci più specificamente centrati sulla componente psicologica, a cominciare dalla psicoterapia a orientamento cognitivo comportamentale.

- Ma è altrettanto necessario rivalutare ruolo e operatività dei servizi tradizionali per le dipendenze. Troppo spesso ancora oggi i servizi sono tarati in modo prevalente per soggetti tossicodipendenti da eroina, con ritmi e automatismi incompatibili con una corretta presa in carico di un fenomeno in gran parte diverso.

Un'ulteriore conseguenza di questa impostazione riguarda la rappresentazione che i servizi hanno nella comunità in cui sono inseriti. Servizi percepiti come terapeutici esclusivamente per condizioni di marginalità saranno difficilmente utilizzabili come porte aperte per le nuove sfide, quali quelle oggetto del presente editoriale. È necessario riconsiderare i Ser.T. come servizi per le dipendenze, organizzati in maniera dipartimentale ed orientati in un'ottica "di comunità". Si tratta di creare percorsi integrati aperti ad ogni possibile collaborazione e sinergia: i medici di famiglia per i quali è necessario un secondo livello specialistico che i Ser.T. devono poter rappresentare; le realtà associative di settore, gli Enti ausiliari, a loro volta impegnati in percorsi di riqualificazione simili, gli enti locali, le forze dell'ordine e quanti hanno un ruolo nell'emersione e nella gestione di un problema di salute.

La sfida, in sintesi, sta nella trasformazione dei servizi per le tossicodipendenze (da droghe illegali tradizionali), in dipartimenti delle Dipendenze, recuperando concetti quali centralità della persona, stile di vita, ottica di lavoro di rete, indispensabili per un lavoro efficace e professionalmente qualificato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC
- 2) Bevins R.A. (2001). *Novelty seeking and reward: implications for the study of high-risk behaviors*. Current Directions in Psychological Science, 10:183–193
- 3) Brzezinski M.R., Abraham T.L., Stone C.L., Dean R.A., & Bosron W.F. (1994). *Purification and characterization of a human liver cocaine carboxylesterase that catalyzes the production of benzoylcegonine and the formation of cocaethylene from alcohol and cocaine*. Biochemical Pharmacology, 48, 1747–1755.
- 4) Brzezinski M.R., Spink B.J., Dean R.A., et al. (1997). *Human liver carboxylesterase hCE-1: Binding specificity for cocaine, heroin, and their metabolites and analogs*. Drug Metabolism and Disposition, 25, 1089–1096.
- 5) Cantelmi T. (2009) *L'era digitale e la sua valenza antropologica: I nativi digitali*. Rel. III Convegno Soc. Ital. Psicotecnologie – Siptech, Palermo.
- 6) Cibin M., Gallo S., Spolaor G., et al. (2010) *Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale breve "Villa Soranzo"*; Mission, 29, 18-24.
- 7) Dean R.A., Christian C.D., Sample R.H.B., & Bosron W.F. (1991). *Human liver cocaine esterases: Ethanol-mediated formation of ethylcocaine*. Federation of the American Societies for Experimental Biology Journal, 5, 2735–2739.
- 8) Echeburúa E., Bravo De Medina R., Aizpiri J. (2009) *Personality Disorders Among Alcohol-Dependent Patients Manifesting or not Manifesting Cocaine Abuse: A Comparative Pilot Study*; Substance Use & Misuse, 44,981–989.
- 9) Farooq M.U., Bhatt A., & Patel M. (2009) *Neurotoxic and cardiotoxic effects of cocaine and ethanol*. Journal of Medical Toxicology, 5, 134–138.
- 10) Fernandez-Montalvo J., Echeburúa E. (2004) *Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE*. Journal of Personality Disorders, 18:500–505.
- 11) Grant B., Harford T. (1990) *Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: Results of a national survey*. Drug and Alcohol Dependence, 25, 97–104.
- 12) Harris D.S., Everhart E.T., Mendelson J., Jones R.T. (2003) *The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration*. Drug and Alcohol Dependence, 72, 169–182.
- 13) Hart C.L., Jatlow P., Sevarino K.A., McCance-Katz E.F. (2000) *Comparison of intravenous cocaethylene and cocaine in humans*. Psychopharmacology, 149, 153–162.
- 14) Hedden S., Martins S., Malcolm R., et al. (2010) *Patterns of illegal drug use among an adult alcohol dependent population: Results from the National Survey on Drug Use and Health*. Drug and Alcohol Dependence, 106, 119–125.
- 15) Herbst E.D., Harris D.S., Everhart E.T., et al. (2011) *Cocaethylene Formation Following Ethanol and Cocaine Administration by Different Routes*; Experimental and Clinical Psychopharmacology, Vol. 19, No. 2, 95–104.
- 16) Higgins S.T., Budney A.J., Bickel W.K., et al. (1994) *Alcohol dependence and simultaneous cocaine and alcohol use in cocaine-dependent patients*. Journal of Addictive Diseases, 13, 177–189.
- 17) McCance E. F., Price, L.H., McDougale, C.J., et al. (1993) *Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: Pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene*. Psychopharmacology, 111, 39–46.
- 18) McCance E.F., Price L.H., Kosten T.R., Jatlow P.I. (1995) *Cocaethylene: Pharmacology, physiology, and behavioral effects in humans*. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 274, 215–223.
- 19) Scafato E. (2010) *L'alcol in Italia: l'impatto sociale e sanitario delle culture emergenti e l'esigenza di rinnovati modelli di prevenzione*. Alcologia, 9:18-20.
- 20) van den Bosch L.M.C., Verheul R., van den Brink, W. (2001) *Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates*. Journal of Personality Disorders, 15:416–424.
- 21) Wiener S.E., Sutijono D., Moon C.H., et al. (2010) *Patients with detectable cocaethylene are more likely to require intensive care unit admission after trauma*. American Journal of Emergency Medicine, 28, 1051–1055.