

Alcol e altre droghe

DONATELLA BONECHI

Psichiatra, Ser.T., Azienda USL 8 - Arezzo

Un aspetto particolare dell'abuso e della dipendenza da alcol è la correlazione con l'uso e la dipendenza da altre droghe, tanto che possono essere considerati come due facce speculari della stessa medaglia.

Soprattutto dagli anni settanta, l'abuso combinato di alcol e di altre sostanze stupefacenti è divenuto sempre più diffuso nei Paesi industrializzati in particolare nei contesti urbani, riguardando strati diversificati della popolazione per età, sesso, cultura, stato sociale ed economico.

In Italia dall'inizio degli anni '90 si sta assistendo ad un cambiamento di tendenza nell'uso di sostanze stupefacenti da parte degli adolescenti, caratterizzato da una poliassunzione di sostanze psicoattive legali e/o illegali ed accanto alle droghe tradizionali (eroina, cocaina, LSD, cannabinoidi, alcol) sta rapidamente dilagando l'uso delle cosiddette nuove droghe dai nomi accattivanti, *ecstasy*, *eve*, *love drug* (MDMA - 3,4metilenediossi-N- metilamfetamina e le sue varianti) (4,7,8,22). Anche le modalità di relazione con tali sostanze sono nuove, sono modalità "ricreative" relegate al tempo libero e con il loro uso viene ricercata una facilitazione alla comunicazione e alle relazioni interpersonali.

Le ricerche epidemiologiche sull'uso multiplo di sostanze psicoattive

Analizzando le ricerche epidemiologiche sull'uso multiplo di sostanze psicoattive riportate in letteratura ed eseguite soprattutto negli Stati Uniti, risulta che il 14% degli americani di età superiore ai 18 anni corrisponde ai criteri stabiliti per la dipendenza alcolica; di questi il 21% fa uso di altre droghe (S. Brown, 1995). Altri hanno trovato che il 7% degli americani sono tossicodipendenti e di questi il 46% ha una condizione di dipendenza alcolica (Helzer e Preyzebeck, 1988). Recenti studi riportano tassi di alcolismo in ricerche fatte su tossicodipendenti in trattamento che va dal 15.2% al 28.9% nelle diagnosi puntuali, e dal 29.5% al 68.3% in diagnosi longitudinali fatte nell'arco della vita (48).

La comorbilità di un disordine d'uso di alcol e d'altre sostanze psicoattive è comune soprattutto tra giovani adulti e tra gli adolescenti che soddisfano i criteri per l'abuso o la dipendenza da alcol (23).

L'abuso di alcol tra gli adolescenti infatti, oggi raramente esiste senza il concomitante uso di altre droghe anche se l'alcol rimane la droga prevalente di abuso tra loro (29, 30).

In uno studio (48) sui modelli e la correlazione dell'uso di polydrug in 72 adolescenti con diagnosi di abuso di alcol in trattamento residenziale, ha riportato che il 96% usa altre droghe oltre l'alcol con alti punteggi di uso di più tipi di droga (tra le 10 sostanze ricercate attraverso un'intervista clinica).

Un'altro studio (30) condotto su 176 adolescenti (di cui 61 con diagnosi di alcol dipendenza e 57 con quella di abuso di alcol) rivelava un uso combinato di alcol con droghe illecite in una grande percentuale di soggetti alcol dipendenti (69%) e del gruppo degli abusatori (72%), confrontati con bevitori senza diagnosi di alcolismo (45%). Le più comuni combinazioni erano l'alcol con la marijuana (58% del campione totale), seguito da alcol e allucinogeni (16%).

Una particolare ricerca (31) ha valutato l'uso simultaneo, nello stesso giorno, di alcol in combinazione con altre droghe in 212 alcolisti che hanno partecipato ad uno studio durante il trattamento; i soggetti erano sottoposti ad un'intervista che valutava l'uso di alcol con altri 9 tipi di droga per ciascun giorno dei 120 giorni, prima di entrare in trattamento.

La maggioranza dei soggetti (61%) riportavano un uso multiplo di droghe, simultaneamente, durante questo intervallo valutato. La più comune combinazione alcol/droga era: alcol con cocaina (60%), alcol con marijuana (51%) e alcol con sedativi (31%); le più comuni droghe usate simultaneamente erano alcol, cocaina, marijuana (23%).

Anche altri lavori (45, 50) riconoscono l'importanza che assume lo studio della politossicodipendenza alla luce dei risultati da loro rilevati, per gli alti tassi di dipendenza da alcol e d'oppiacei trovati in pazienti cocainomani. In questi studi gli autori hanno riportato tassi di alcolismo in abusatori di cocaina

dell'89%, mentre l'80% di pazienti dipendenti da oppiacei in terapia con metadone a mantenimento correntemente abusava di cocaina.

Un dato molto importante che va sottolineato, e su cui molti studi concordano (29, 50, 56, 58), è che la frequenza e l'estensione dell'uso di polydrug sono associate ad un inizio molto precoce d'uso di sostanze e che questo precoce inizio di disturbo da uso di droghe e alcol, è spesso associato con comorbidità psicopatologica, con peggiore prognosi e minori risultati di trattamento.

Per quanto riguarda i nuovi consumi di sostanze psicoattive in Italia, non esistono ancora molti dati anche se le ricerche si stanno estendendo (una, effettuata in tre discoteche, da questo Dipartimento delle Dipendenze, è ancora in fase di analisi e deve essere pubblicata) La stima dei consumatori di ecstasy in Italia è tra i 3/500.000 (secondo il SILB-sindacato italiano locali da ballo); in Inghilterra si parla di 3 / 5milioni di consumatori. In una ricerca eseguita da F. Schifano e Al. (7,8,47) in 5 discoteche del Veneto nel '96 è stato riscontrato che il 47% dei soggetti intervistati dichiarava di aver assunto ecstasy e l'86% di questi indicava di assumerci insieme altre sostanze tra cui soprattutto alcol (59.9%), THC (59.3%), cocaina (31.5%). L'età dei consumatori è tra i 13 e i 25 anni (la moda statistica è di 17 anni); si tratta di giovani per lo più integrati nella società (studenti, soprattutto degli istituti tecnici, lavoratori, appartenenti a famiglie strutturate ed integrate). Il rapporto con la sostanza è cambiato: l'ecstasy e le altre sostanze entactogene ("che toccano dentro"- o anche dette "empatogene" cioè in grado di creare empatia, ricerca di contatto con altri) vengono per lo più consumate in luoghi specifici (discoteca, rave parties, after hours, ecc.) dove si (s)balla e si suona un tipo particolare di musica -house music, la techno-, caratterizzata da ritmi velocissimi e ripetitivi. "Se non c'è lo scenario adatto non c'è assunzione" (L. Grosso) (22). Tali sostanze sono consumate in gruppo, non c'è un rapporto privatistico come per l'eroina, ma le si prendono per sentirsi ancora di più "parte della tribù, per sfondare la notte" (F. Bagozzi) (4) per dimenticare il grigio e la noia della settimana per poter comunicare e non sentire la stanchezza.

Linee di tendenza della ricerca rispetto all'uso multiplo di sostanze psicoattive

Il comportamento dell'uso di droghe illegali tra gli adolescenti che abusano di alcol da una parte e la presenza di diagnosi d'uso multiplo di sostanze psicoattive in adulti abusatori di droga dall'altra, impone una serie di riflessioni e un interesse da parte dei ricercatori e dei clinici alla diagnosi di politossicodipendenza come distinta dalle diagnosi fatte per l'uso di una sola droga (la droga di scelta).

Tra i quesiti che l'uso crescente di polydrug ed alcol pongono (e che iniziano ad essere affrontati dai ricercatori) vi sono:

- * La sequenza nell'uso di alcol e altre droghe;
- * La correlazione esistente tra droga preferita, polydrug, e patologia psichiatrica;
- * Le diverse caratterizzazioni diagnostiche e prognostiche degli utilizzatori di alcol e altre droghe secondo una divisione in due sottogruppi (gruppo A - gruppo B).

Sequenza dell'uso alcol/droga

Progressione - Dagli anni '60 le ricerche sono state interessate a capire se esistesse e quale fosse la sequenza dell'uso alcol/droga. Le ipotesi che furono fatte sulla progressione nell'uso di droghe erano che se una persona acquisiva un'iniziale abitudine all'uso di una droga il cambiamento nell'uso di una seconda droga era molto incrementato; tra tutte le droghe, alcol, tabacco, marijuana, cocaina, eroina ect. una droga può funzionare come una sorta di "sostanza di passaggio" all'uso sequenziale di altre droghe. Mentre la teoria della "porta di passaggio-gateway" era usata come predizione, per i consumatori di marijuana, di un'evoluzione all'uso di droghe più pesanti (es. eroina), alcuni studi hanno dimostrato che una larga percentuale di consumatori di cannabinoidi non diventano tossicodipendenti da eroina. Ulteriori studi però hanno riportato che l'alcol potrebbe servire come trampolino di lancio all'uso di marijuana e che alternativamente queste due sostanze incrementano la possibilità dell'uso di altre droghe illegali (55, 56, 57, 58); l'alcol rappresenterebbe quindi la vera *gateway drug*.

Nella tossicodipendenza numerosi studi suggeriscono che l'uso di alcol/droga non solo mostra un modello sequenziale ma anche un modello cumulativo (23, 58), vale a dire l'abitudine ad un uso progressivo di droghe, con il passaggio da una singola droga a droghe multiple. Williford, e Al. (57) hanno trovato una sequenza d'inizio nell'uso di droghe in cui alcol è il primo e la principale sostanza nella

progressione dell'uso di droghe precedendo l'inizio, nell'ordine, di sigarette, marijuana, e cocaina. Inoltre l'iniziazione precoce incrementa l'uso attuale di droghe; un pesante uso di droghe legali poi, tende ad incrementare l'uso di droghe illecite. Il ruolo svolto invece dall'uso di tabacco nel determinare un uso progressivo di altre droghe è confuso. Mentre alcuni ricercatori notano una connessione diretta dall'alcol alle sigarette, altri non riconoscono un così stretto legame.

Iniziazione- Kandel e Logan (23) riportano modelli d'iniziazione all'uso di alcol e droga in cui il rischio per l'iniziazione di alcol, sigarette e altre droghe illegali ha un picco massimo all'età di 18 anni per poi declinare, mentre invece la percentuale d'iniziazione per l'uso di cocaina tende ad incrementare dopo l'età di 19 anni, cosa che riflette l'andamento storico dell'uso di droga e del suo mercato negli Stati Uniti.

Yamagudi e Kandel (55,56) notano che un'inizio precoce dell'uso di alcol nell'adolescenza tende ad incrementare la possibilità di un'inizio precoce anche di marijuana rispetto a quando l'inizio è più tardivo.

Yu e Williford (57) nel 1986 hanno analizzato i dati sui modelli d'uso di alcol, sigarette e marijuana nei giovani tra i 16 e i 24 anni dello Stato di New York e hanno riportato che i giovani che iniziano a bere tra i 13 e i 16 anni più frequentemente acquisiscono l'abitudine all'uso di multiplo di droghe di chi inizia a bere dopo tale periodo.

Correlazione esistente tra droga preferita, polydrug e patologia psichiatrica

Differenze cliniche sono state trovate tra i sottogruppi di abusatori di droghe quando raggruppati secondo la "droga di scelta" (17). Tali sottogruppi sono oggi principalmente cinque (dipendenti da eroina, da cocaina, da cannabinoidi, da sostanze entactogene-ecstasy ecc.- e da alcol) con cinque quadri distinti e forti differenze tra loro, ma anche con alcune omologazioni e con il particolare aspetto costituito dai politossicodipendenti.

Le differenze significative tra questi sottogruppi riguardano soprattutto:

- la differenza d'età nel picco d'incidenza nell'uso delle varie sostanze: per l'alcol è tra i 50 e i 60 anni, condizionata dal manifestarsi della patologia alcol correlata (16), anche se assistiamo oggi ad un uso molto diffuso di alcol tra i giovani; per gli eroinomani l'età media di arrivo ai Ser.T. e/o alle C.T. è sui 28-29anni; per i cocainomani l'età media è 34.9 anni e la classe di età più rappresentata è tra 30 e 40 anni (37); per le sostanze entactogene interessata è l'adolescenza con età media 17 anni (47); l'uso dei cannabinoidi attraversa un po' tutte le età ma il picco maggiore d'incidenza è nell'adolescenza.
- la diversità d'integrazione sociale; pensiamo da una parte all'alta integrazione sociale per i consumatori di cocaina, di THC e delle "designer drug", rispetto alla maggiore deriva sociale che l'uso di eroina comporta (anche se stanno modificandosi le caratteristiche d'uso anche per questa sostanza, con un aumento oggi della modalità per via inalatoria); e dall'altra, alla diversità dei problemi legati al piano giudiziario con l'uso di sostanze legali rispetto a quelle illegali, oltre alla diversità di relazione esistente tra uso di alcune droghe e criminalità (più alta in relazione all'uso di cocaina e alcol) (51, 58).
- la diversa epidemiologia infine tra questi sottogruppi; anche se è praticamente impossibile una valutazione effettiva sull'incidenza del consumo di droghe quali la cocaina e i derivati dell'amfetamine (ecstasy) in quanto i loro consumatori arrivano solo in minima parte ai Servizi (le stime vengono soprattutto dai dati delle quantità sequestrate), ed è inoltre spesso difficile anche la comparazione dei dati, a livello mondiale i cocainomani sarebbero 5.000.000 a fronte di 1.700.000 dipendenti da oppiacei e 750.000 da eroina (37); per l'alcolismo pur con la consapevolezza di una arbitrarietà nella distinzione tra bere moderato, problematico e alcolismo propriamente detto, si parla di bere a rischio per circa il 20% degli italiani adulti, a fronte di 138.218 utenti censiti dai servizi per le tossicodipendenze (9).
- rispetto alle differenze cliniche tra questi sottogruppi è stata indagata soprattutto l'esistenza di una diversità di correlazione con le diverse patologie psichiatriche (20, 34, 35, 43).

Numerose domande a questo proposito sono state sollevate riguardanti la diagnosi delle persone che scelgono di divenire cocainomani comparate con quelle che scelgono di divenire eroinomani (20). Le due droghe hanno differenti effetti sui consumatori: la cocaina ha un'intensa azione stimolante mentre l'eroina ha degli effetti profondamente sedativi. I clinici hanno suggerito che i tossicodipendenti da oppiacei e da cocaina si automedicano in base al controllo e alla regolazione del comportamento e agli

effetti che tali sostanze inducono. È stato infatti proposto che la droga di scelta degli abusatori è il risultato dell'azione farmacologica della droga e dei suoi effetti sui problemi psicologici degli abusatori (24, 43). Kirby e Berry (26) invece hanno trovato correlazioni soprattutto tra caratteristiche demografiche e droga d'abuso. Toomy (49) trovò che l'uso di una particolare droga era più in funzione dell'età che della personalità. Gran parte della letteratura riportano però studi fatti sulla correlazione tra personalità e droga di scelta. Milkman e Frosh (38) ipotizzano una relazione tra droga di scelta e stile d'adattamento, suggerendo un'esplicita relazione tra stile di personalità e preferenza per una particolare droga. Mc Lellan e Druley (34, 35, 36) indicano la possibilità di associazione tra abuso di alcol e particolari droghe e sintomatologia psichiatrica ed in particolare hanno trovato che pazienti che usano amfetamine o allucinogeni hanno alte percentuali di schizofrenia paranoide e bassa incidenza di depressione mentre pazienti che usano barbiturici hanno un'alta percentuale di depressione. La dipendenza da alcol e eroina invece mostra in questo studio un'alta proporzione di diagnosi di depressione non scostandosi però molto dalle frequenze rilevate nella popolazione non tossicomane. Questi autori hanno trovato, oltre a questa significativa correlazione tra droghe specifiche e diagnosi psichiatrica ricevuta, che coloro che affiancano altre droghe a quella "principale", sceglievano quelle droghe che producevano effetti psicologici simili alla prima. Gli studi di Woody e al. (53, 54) indagano la relazione tra abuso di oppiacei e depressione, rilevando livelli più elevati nei pazienti eroinomani rispetto alla popolazione di controllo ma evidenziando una depressione reattiva che diminuisce notevolmente con il trattamento metadonico. Un follow-up durato sei anni (13), su un campione di 51 tossicodipendenti maschi ammessi in un centro residenziale, ha fornito l'opportunità di esaminare longitudinalmente la relazione esistente tra abuso di droghe specifiche e sviluppo di disordini psichiatrici. Tale campione è stato suddiviso in tre sottogruppi:

1. Pazienti con assunzione di droghe stimolanti come amfetamine e allucinogeni.
2. Pazienti con assunzione di droghe deprimenti come barbiturici, benzodiazepine e sedativi ipnotici.
3. Pazienti con assunzione di oppiacei.

Al controllo, avvenuto 6 anni dopo venivano evidenziate le seguenti differenze psicopatologiche:

- Nel primo gruppo degli "stimulant abusers" si verifica un cambiamento delle droghe assunte con maggior uso di amfetamine rispetto agli allucinogeni con il 28% che fa uso anche di sostanze con effetti dissimili dalle precedenti (barbiturici, benzodiazepine) e un incremento della patologia psichiatrica con maggiore incidenza delle forme psicotiche ed in particolare quella paranoidea.
- Nel secondo gruppo dei "depressant abusers" i pazienti rimangono essenzialmente legati allo stesso tipo di droga anche se viene riportata nel 34% un uso associato di alcol, benzodiazepine o barbiturici; vengono riportati alti punteggi nella scala della depressione e di tentati suicidi.
- Nel terzo gruppo, quello dei "opiate abusers" i pazienti rimangono primariamente oppiacei-dipendenti ma è presente in questo gruppo un costante aumento dell'uso di alcol nel tempo, con moderati tassi di depressione e bassa sintomatologia psicotica.

Khantzian (24, 25) propose fin dall'inizio che la dipendenza da droghe potrebbe essere concettualizzata come un processo di auto-selezione nell'uso di differenti droghe e che l'uso di droga era il risultato di un'inadeguatezza caratteriologica e di incapacità a trattare con lo stress: ha notato che la cocaina sembra attenuare lo stress legato alla depressione, all'iperattività e all'ipomania, mentre i narcotici sembrano ridurre i sentimenti di rabbia nei dipendenti da oppiacei.

Altri Autori (20) hanno esaminato la correlazione tra droga di scelta e psicopatologia confrontando un gruppo di cocainomani con un gruppo di eroinomani. La diversità trovata era che il gruppo dei cocainomani differiva dall'altro per essere caratterizzato da una maggiore inibizione sociale e maggiore adattamento alle frustrazioni/fallimenti (con tratti di personalità di evitamento e uno stile auto-frustrante) ma soprattutto per differenza d'età, durata dell'uso di sostanze illecite e stato maritale: quelli che usavano cocaina erano più giovani, celibi ed avevano fatto uso di sostanze illecite per un periodo più breve (quest'ultime variabili erano più influenti rispetto a quelle di personalità). C'è quindi una tendenza ad un autoselezione delle sostanze a secondo del "sollievo" sintomatico che producono rispetto al disagio e alla sofferenza "interiore" percepita. Accanto però alle differenze tra i vari sottogruppi di abusatori di droghe, se raggruppati secondo la droga di scelta, vi sono anche importanti similitudini, come testimonia la tendenza attuale all'uso multiplo di droghe.

Oltre la politossicodipendenza primaria vera e propria, diagnosticata secondo i criteri del DSM IV (1) che vede la *copresenza* di almeno tre gruppi di sostanze, per 12 mesi, ma senza che nessuna assuma un ruolo primario, esistono poliabusatori secondari che usano le altre droghe, rispetto a quella di scelta, con una modalità di *affiancamento* o di *sostituzione* (M. Cibin) (21). Si parla di affiancamento quando accanto alla droga d'elezione si assume una o più sostanze di contorno per ricercare effetti farmacologici diversi, vale a dire per essere più rapidi o più lucidi nelle situazioni che lo richiedono, o per "tirarsi su" (ad es. eroinomani che assumono cocaina o amfetamine). Si parla di sostituzione quando l'utilizzo di una o più sostanze avviene per sostituire quella primaria (come accade spesso quando, dopo o durante un programma terapeutico-riabilitativo, effettuato in Comunità Terapeutica o ambulatorialmente presso i Ser.T., una dipendenza da oppiacei viene sostituita da una dipendenza da alcol o da psicofarmaci o altro).

Rispetto alla prevalenza di disordini psichiatrici tra chi abusa di più droghe Weiss e Al.(50) hanno confrontato due sottogruppi di pazienti con dipendenza da cocaina: uno con associato un disturbo da uso di oppiacei e l'altro senza; hanno rilevato che i pazienti cocainomani con associato una diagnosi di dipendenza da oppiacei hanno più sintomatologia depressiva in atto, disturbo antisociale di personalità, disturbi da uso multiplo di sostanze con una storia più lunga di uso di cocaina. Nonostante questo, i risultati tra i due gruppi dopo tre mesi di trattamento erano simili, in quanto il gruppo con associato uso di eroina aveva ricevuto un trattamento più intensivo durante il periodo di follow-up.

Quando però assistiamo ad un uso non selettivo delle droghe come nella polydrug primaria quello che prevale è spesso il bisogno di stordirsi e di colmare un "vuoto", usando tutto quello che viene trovato, come se una sola sostanza non bastasse (eroina, cocaina, amfetamine, barbiturici, benzodiazepine spesso con aggiunta di alcol, ma anche inalanti, profumi ecc.), nel tentativo ripetuto di far fronte a questo vuoto e a livelli di sofferenza percepiti come intollerabili. Nella nostra esperienza clinica vediamo che queste modalità di combinazione d'uso di più sostanze è più spesso correlato a disturbi di personalità del cluster B del DMS IV (soprattutto il disturbo border-line e sociopatico) anche definiti da Zanarini (59) disturbi dello spettro degli impulsi. Queste situazioni si caratterizzano sostanzialmente per la tendenza ad esprimere il conflitto psichico attraverso l'acting out (Laplanche Pontalis 1967).

Nei disturbi dello spettro impulsivo vi è un modo di affrontare la sofferenza emozionale in modo "motorio"; i pazienti border-line usano l'impulsività come mezzo utile per esprimere la loro disperazione, la loro rabbia e la loro intensa frustrazione. I pazienti border-line vivono la loro condizione come un'esperienza di enorme sofferenza, sofferenza spesso associata a un'infanzia con abuso cronico e/o trascuratezza (Gunderson, Zanarini, 1989) (59). Molti individui controllano questo dolore e lo segnalano agli altri tramite atteggiamenti impulsivi.

I poliabusatori ottengono infatti punteggi più alti nei test che valutano l'impulsività, l'introversione e l'ansia, e nelle scale che misurano l'aggressività e l'ostilità, quest'ultime soprattutto tra chi consuma, tra le varie sostanze, la cocaina (32, 33, 43). Risultano inoltre più suscettibili alla noia (27); hanno difficoltà di rapporto con gli altri utilizzando meccanismi di fuga e di distanza, e minore tolleranza alle separazioni e al rifiuto. Riportano punteggi più alti rispetto ai soggetti dipendenti da una sola sostanza, nelle scale che valutano la personalità borderline e antisociale (42)

È molto importante, per il trattamento e per evitare i drop outs, la valutazione della coesistenza di un disordine psichiatrico in quanto un approccio terapeutico dei disordini di comorbilità ha rilevato risultati migliori nel trattamento sia delle tossicodipendenze che dell'alcolismo (40). Soprattutto nei politossicodipendenti, dove prevale un disturbo borderline di personalità, la vulnerabilità narcisistica nell'aver un contatto empatico con gli operatori, desiderato e rifiutato nello stesso tempo, la loro difficoltà ad ammettere un bisogno d'aiuto, la loro tendenza a dividere l'équipe terapeutica, le difficoltà di controtransfert che possono evocare, la loro propensione a sfogare l'ansia, la rabbia, l'aggressività, potrebbe portare alla violazione del contratto terapeutico e a ricadere nel comportamento additivo. È importante quindi riconoscere questi aspetti caratteristici di tali utenti che, se negati, potrebbero compromettere il trattamento.

Complessivamente il panorama, estremamente complesso e vario, degli studi sulla correlazione tra caratteristiche di abuso e/o dipendenza, tipologia delle sostanze assunte e le manifestazioni psicopatologiche (primarie e secondarie rispetto alla tossicodipendenza) conduce a ricercare una definizione di profili diagnostici nella condizione di dipendenza per poter delineare sottogruppi più o meno omogenei di utenti, in modo da determinare una predittività che tali profili possono manifestare dal punto di vista prognostico e di trattamento.

Le diverse caratterizzazioni diagnostiche e prognostiche degli utilizzatori di alcol e altre droghe (secondo diverse tipologie e secondo una divisione in due sottogruppi: A e B).

Essendo i disturbi da sostanze delle sindromi biopsicosociali e quindi fenomeni complessi con uno sviluppo multideterminato e con una origine spesso multifattoriale, gli individui che presentano questi disturbi del comportamento risultano eterogenei per diversi aspetti clinici e teorici tanto che da molti anni i ricercatori hanno tentato una classificazione in sottotipi distinti. Tali sottotipi per poter essere significativi dovrebbero poter distinguere diverse categorie eziologiche e prognostiche.

Gli sforzi per suddividere e tipizzare prima gli alcolisti (sforzo effettuato da almeno cento anni) e poi i tossicomani hanno avuto una lunga e svariata storia.

Oggi la tendenza all'uso combinato di più sostanze, insieme alla crescente disponibilità di sostanze legali ed illegali ha portato a riconsiderare le tipologie delle dipendenze sulla base di comorbidità per abuso di sostanze.

Carlin e Stauss (1978) hanno proposto due gruppi di soggetti politossicodipendenti in base al tipo di motivazione: i recreational users (tossicodipendenti per uso ricreativo) e i self-medicators (tossicodipendenti con finalità autocurative).

In Italia uno dei primi tentativi di classificazione delle tossicodipendenze è stato quello di L. Cancrini (1979) (11, 12), che distingue, in un'ottica relazionale sistemica, quattro tipi di tossicodipendenza riferibili ad entità ben conosciute della psichiatria: forme traumatiche/reattive, nevrotiche, di transizione (borderline o psicotiche), sociopatiche.

Recentemente i ricercatori (6) hanno abbandonato le tipologie dell'alcolismo e delle tossicodipendenze uni-dimensionali definite mediante singole variabili dicotomiche e si sono indirizzati verso schemi più complessi, multidimensionali, cercando di render conto degli effetti indipendenti ed interattivi prodotti in popolazioni di alcolisti e/o tossicodipendenti dalla predisposizione genetica, dalle caratteristiche della personalità, dalla presenza di una psicopatologia concomitante e dalle modalità di consumo dell'alcol/droghe (3, 6, 14, 18).

Alcuni di questi studi, basati sull'analisi di cluster, ha dimostrato che gli alcolisti possono essere divisi in due categorie: tipo A e tipo B, secondo Babor e coll. (1992) (3), (modello analogo al tipo 1 e tipo 2 di Cloninger) (14). Gli alcolisti di tipo A sono meno danneggiati di quelli di tipo B. Gli alcolisti di tipo B generalmente evidenziano un'inizio dell'abuso in età precoce, hanno più probabilità di usare droghe diverse, hanno una più grave dipendenza hanno altri problemi psichiatrici (soprattutto personalità antisociale ed altri disturbi di personalità) e sono più impulsivi degli alcolisti di tipo A. Inoltre Cloninger, che per primo ha fatto la distinzione tra alcolismo ad insorgenza precoce o tardiva, suggerisce, sulla base di studi familiari, che ci sono eziologie diverse per i due tipi di alcolismo, con uno più determinato geneticamente e osservato soprattutto nei maschi (tipo B o tipo 2) e l'altro più legato a cause ambientali e osservato sia in maschi che in femmine (tipo A o tipo 1).

Babor e al. hanno dimostrato, con un follow-up ad un anno e a tre anni, che il significato prognostico nella distinzione tra tipo A e B era molto diverso: gli alcolisti di tipo A avevano intervalli di tempo più lunghi prima di una ricaduta nel bere e soprattutto assumevano sostanze illegali più raramente rispetto agli alcolisti di tipo B. Una questione importante che i ricercatori hanno posto concerne poi la possibilità di generalizzare le conclusioni di queste ricerche sull'alcolismo ad altre sostanze psicoattive. L'esistenza di due sottotipi di utilizzatori di eroina e cocaina diversi nel grado di gravità, di comorbidità psicopatologica e di età d'inizio, è infatti divenuta una delle indagini di maggiore interesse. Ball e al. (18) hanno trovato che la distinzione tra tipo A e tipo B è valida anche per gli abusatori di cocaina. Esaminando 399 cocainomani hanno trovato che un terzo di questi erano di tipo B e si differenziavano dal tipo A per una grande evidenza di fattori di rischio di premorbidità (storia familiare, personalità correlata a disturbi del comportamento nell'infanzia, età d'inizio minore), più grave abuso di alcol e droghe, danni psicosociali relativi alla tossicodipendenza, comportamenti antisociali e comorbidità psichiatrica. Feingold, Rousaville e Al. (18, 19) hanno trovato che questa suddivisione degli abusatori di alcol e di cocaina in un sottogruppo meno grave (Tipo A) e più grave (Tipo B) può essere esteso ad un largo range di sostanze psicoattive (studiando un campione di 521 soggetti abusatori di alcol, cocaina, marijuana e oppiacei). Per tutti i gruppi di droga, circa il 61% di individui con diagnosi di abuso o dipendenza per quella droga era classificato come meno grave di Tipo A e circa il 39% come più severo di Tipo B (il tipo B veniva rilevato inoltre nella metà dei pazienti in trattamento).

Conclusioni

L'uso multiplo di sostanze psicoattive da parte di strati diversificati di popolazione, ci riporta all'importanza del concetto di variabilità multifattoriale nell'uso di tali sostanze sia che siano legali o illegali (44). Infatti per ogni sostanza di cui si abusa esiste un rischio che dipende dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza, dalla frequenza e dalle modalità di assunzione, dalla quantità di consumo, dall'ambiente dove il consumo avviene, dagli "eventi" di vita, dalle caratteristiche relazionali familiari e da quelle personali (del proprio mondo interno e della propria capacità a rispondere allo stress). Del resto anche da un punto di vista strettamente neurochimico al di là di differenze d'azione rispetto ai neurotrasmettitori coinvolti, i più importanti farmaci dell'abuso (oppiacei, stimolanti, amfetamine, cocaina, etanolo, nicotina ecc.) hanno in comune un'azione a livello dello stesso circuito, quello della gratificazione mesolimbica (sistema dopaminergico) determinando una sensazione di piacere.

Con il poliabuso si attuerebbe un tentativo di compensazione quando, per il fenomeno della tolleranza crociata, una sostanza psicoattiva non sarebbe più sufficiente; con esso si ricerca un potenziamento farmacologico (2) che si determina con l'interazione delle varie sostanze, con effetti tra l'altro non sempre prevedibili.

Non è tanto importante quindi la diversità tra le varie sostanze, spesso esiste un modello ideologico di attribuzione loro di maggiore o minore pericolosità, ma i correlati psicosociali a cui il loro uso sottendono e i possibili cofattori di vulnerabilità.

Nella nostra società l'uso di sostanze psicoattive si correla strettamente con il problema più ampio del disagio, dei cambiamenti sociali, culturali, comunicativi cui assistiamo; quello che viene ricercato con l'uso di sostanze psicoattive è un'anestesia rispetto ad un tasso d'angoscia, ad un disagio, percepito come insopportabile. Questo disagio è per i giovani soprattutto un disagio comunicativo (10), il disagio di vivere ed esprimere i propri sentimenti; la comunicazione con gli adulti avviene spesso solo rispetto al "mondo concreto" e non accede al mondo emotivo, alla comunicazione della propria soggettività. Il comportamento tossicomano, come tentativo di risposta a tale disagio, è quindi dilagato, assumendo connotazioni nuove e con un andamento ormai endemico-epidemico.

Il tentativo di tipizzazione e di inquadramento diagnostico è necessario ed indispensabile se vogliamo individuare fattori predittivi e modalità d'intervento più efficaci e differenziate.

L'ipotesi che si possa distinguere almeno tra due grosse tipologie di tossicodipendenti/alcolisti, tra un primo gruppo rappresentativo di ampie fasce di soggetti che affluiscono poco ai Servizi, capaci di relazioni interpersonali discretamente valide, con minore quota di disturbi apparenti e con migliore integrazione al gruppo sociale di appartenenza; e un secondo gruppo nel quale predominano le problematiche di ordine psicologico e/o di personalità o veri e propri disturbi mentali, con frequenti recidive e che rappresentano la maggior parte degli utenti dei Servizi (è infatti ormai acquisito che il 60- 90% degli utenti che giungono ai Servizi ha un disturbo psicopatologico in Asse I o II del DSM-III-R, come riportato da Clerici, 1993) (13), è importante per poter attuare strategie d'intervento differenziate. L'intervento per un campo che nasconde problematiche complesse qual'è quello delle dipendenze, deve essere necessariamente multimodale ed integrato, ma nello stesso tempo, anche altamente selettivo per poter rispondere alle necessità dei singoli utenti.

Oggi, inoltre, l'uso multiplo di sostanze e la grande frequenza di polidiagnosi (si parla come abbiamo visto, sempre più di comorbilità nella tossicodipendenza) ci dicono che spesso le diagnosi che usiamo sono solo descrittive ma che poco fanno conoscere della storia di questa persona, della sua rete di relazioni e dei suoi vissuti emotivi.

È necessario rileggere e dare senso al comportamento tossicomano, al di là delle sostanze usate, riconnettendolo alla storia di quella persona, al suo funzionamento mentale, alla struttura della sua personalità e alla rete delle sue relazioni.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (APA): *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*. Fourth Edition, Washington DC 1995. Tr. it., Masson, Milano 1996.

2. ASPEN JM., WINGER G.: *Ethanol effects on self-administration of alfentanil, cocaine, and nomifensine in rhesus monkeys. Psychopharmacology*, 1997 Apr. 130 (3), pp.222-7.
3. BABOR TF., HOFFMAN M., DELBOCA FK, et al: *Types of alcoholics: I: evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch. Gen. Psychiatry* 49, pp.599-608, 1992.
4. BAGOZZI F.: *Generazione in Ecstasy. Droghe miti e musica della generazione techno*. Ed. Gruppo Abele, Torino 1996.
5. BENSCHOP A., HENDRIKS VM., BLANKEN P.: *Anticipated effects of experimental heroin prescription on the method of administration and the use of other drugs. Ned Tijdschr Geneeskd.* 1997 Feb. 8, 141(6), pp.292-5.
6. BOHN M.J., MEYER R.E.: *Tipologie della dipendenza*. Cap.2 in: *Textbook of substance abuse treatment*. (Galanter M., Kleber H.D), American Psychiatric Press. Trad.it. Masson, 1998.
7. BRICOLO R., BERTO D., SCHIFANO F.: *doroghe, nuovi utenti? Una rilevazione delle sostanze d'abuso utilizzate dai primi ingressi in un Ser.T.(1992-1995)*. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo 1995; XVIII(2):89-91.
8. BRICOLO R., CUCCIA G., DE CHECCHI L., MINUCCI N., SCHIFANO F.: *Indagine conoscitiva sull'abuso di ecstasy in un campione di discoteche venete*. Atti del Convegno della Società Italiana delle Tossicodipendenze, Padova 26-28/9/1996.
9. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo. Anno XXII, 1999
10. CAMARLINGHI R., GALIMBERTI U. GARELLI F., MELUCCI A.: *Nuove droghe 2: I crocevia inesistenti nei percorsi dei giovani*. Animazione Sociale, Apr. 1997 pp.28-39.
11. CANCRINI L.: *Quei temerari sulle macchine volanti*. NIS Roma, 1979.
12. CANCRINI L., LA ROSA C.: *Il vaso di pandora*. NIS, Roma 1991.
13. CLERICI M.: *Tossicodipendenza e psicopatologia*. FrancoAngeli Milano, 1993.
14. CLONINGER CR., PRZYBECK TR., SVRAKIC DM.: *The tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. Psychol. Rep.*, 6»9 pp.1047-1057, 1991.
15. DARKE S., HALL W.: *Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine user. Drug Alcohol Depend.* 1995 Oct. 39(3), pp.231-5.
16. DIMAURO P.E.: *Relazione per il convegno: alcol e droghe illegali: due facce della stessa medaglia? "Le ragioni per una integrazione"*. In: *Atti convegno Alcol e droghe illegali due facce della stessa medaglia*. (Villani G., Dimauro P.E.) Prato, 1997.
17. DOLAN M., BLACK J., MALOW R.: *Clinical differences among cocaine, opioid, and speedball users in treatment. Psychol. Addict. Behav.*, 5(2) pp.78-84, 1991.
18. FEINGOLD A., BALL S.A., KRANZLER H.R., ROUSANSAVILLEB.J.: *Generalizability of the Type A/Type B Distinction Across Different Psychoactive Substances. Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 22(3), pp.449-462, 1996.
19. FEINGOLD A., ROUSANSAVILLEB.J.: *Construct validity of the dependence syndrome as measured by the DSM-IV for different psychoactive substances. Addiction* 90:1661-1669, 1995.
20. FLYNN P.M., LUCKEY J.W., BROWN B.S., HOFFMAN J.A., DUNTEMAN G. H. E AL.: *Relationship between Drug Preference and Indicators of Psychiatric Impairment Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 21(2), pp.153- 166, 1995.
21. GENTILE N., CIBIN M.: *Linee guida per la diagnosi e il trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive*. Minerva Medica, Torino, 1993.
22. GROSSO L.: *La discoteca e l'astronave*. Animazione sociale 1997, 1:51-55.
23. KANDEL D.B., LOGAN J. A.: *Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. Am. J. Public Health* 74:660-666, 1984.
24. KHANTZIAN E.J.: *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am. J. Psychiatry* 1985, 142/11 pp.1259-64.
25. KHANTZIAN E.J., TREECE C.: *DSM-III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Arch. Gen. Psychiatry* 42 pp. 1067-1071, 1985.
26. KIRBY M., BERRY G.: *Selected descriptive characteristics of polydrug abuser. J. Psychedelic Drugs*, 7 pp.161-167, 1975.
27. MADDI S.R., WADHWA P., HAIR R.J.: *Relationship of Hardiness to Alcohol and Drug Use in Adolescents. Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 22 (2), pp.247-257, 1996.
28. MAJEWSKA MD.: *Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment. NIDA Res Monogr.* 1996, 163 pp.1-26.
29. MARTIN C.S., ARRIA A.M., MEZZICH A.C., BUKSTEIN O. G.: *Patterns of Polydrug Use in Adolescent Alcohol Abusers. Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 19(4), pp.511-521, 1993.
30. MARTIN C.S., KACZYNSKI N.A., MAISTO S.A., TARTER R E.: *Polydrug use in adolescents drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence. Alcohol Clin Exp Res.* 1996 Sep. 20(6) pp. 1099-1108.
31. MARTIN C.S., CLIFFORD PR., MAISTO S.A., EARLEYWINE M., KIRISCI L., LONGABAUGH R.: *Polydrug use in an inpatient treatment sample of problem drinkers. Alcohol Clin Exp Res.* 1996 May. 20(3) pp. 413-7.
32. MCCORMICK R., SMITH M.: *Aggression and hostility in substance abuser: The relationship "to abuse patterns, coping style, and relapse triggers. Addictive Behaviors* 1995, 20(5), pp.555-562.
33. MCMCOWN W.G.: *The effect of impulsivity and empathy on abstinence of poly-substance abusers: A prospective study. British Journal of Addiction* 1990, 85(5), pp.635-637.
34. MCLELLAN A.T., DRULEY K.A.: *Non-random relation between drugs of abuse and psychiatric diagnosis. J. Psychiatr. Res.*, 13 pp.179-184. 1977.
35. MCLELLAN A.T., MC GAHAN J. A., DRULEY K.A.: *Psychopathology and substance abuse*, in: *Substance abuse and psychiatric illness*. (Gotteneil E., McLellan A.T., Druley K.A.) New York Academy of Sciences, 1976, 282 pp.37-55.
36. MCLELLAN A.T., LUBORSKY L., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., DRULEY K.A.: *Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. Arch. Gen. Psychiatry* 1983, 40 pp.620-25.
37. MERZAGORA B.I.: *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*. FrancoAngeli, 1997.
38. MILKMAN H., FROSSCH W.: *The drug of choice. J. Psychedelic drugs* 9 pp.11-24, 1977.
39. MILLER N.S., GOLD M.S., BELKIN B. M., KLAHR A.L.: *The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families. Br. J. Addict.* 84 pp.1491-1498, 1989.
40. MOVALLI M.G., MADEDDU F., FOSSATI A., MAFFEI C.: *Personality Disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment. Alcologia* 8 (1), 47-52, 1996.
41. MOWBRAY CT., RIBISL KM., SOLOM M. LUKE DA. KEWSON TP: *Characteristics of dual diagnosis patients admitted to an urban, public psychiatric hospital: an examination of individual, social, and community domains. Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 23(2), pp.309-326, 1997.
42. O'BOYLE M.: *Personality disorder and multiple substance dependence. J. of Personality Disorders* 1993, 7(4) pp.342-347.
43. O'CONNOR L.E., BERRY J.W.: *The drug of choice phenomenon: Psychological differences among drug user who preferred different drugs. International J. of the Addictions*. § 1995, 30(5), pp.342-347.
44. PATUSSI V., CECCHI M.: *Uso multiplo di sostanze psicoattive, abuso e dipendenza. Scenari in cambiamento. In: Alcol e medico di famiglia* (O. Brignoli, M. Cibin, N. Gentile, I. Valentini); Ed. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998

45. ROUNSAVILLE B. J., ANTON S. F., CARROLL K., BUDDE D., PRUSSOFF B.A., GAWIN F.: *Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers*. Arc.Gen. Psychiatry 48 pp.43-51, 1991.
46. ROSSELLI M., ARDILA A.: *Cognitive effects of cocaine and polydrug abuse*. J. Clin. Exp. Neuropsychol.1996 Feb. 18(1) pp.122-35.
47. SCHIFANO F.: *Glossario psichedelico*. Animazione Sociale 1997, 1:41-50.
48. SVIKIS D.S., MCCAUL M., HAUG N.A., BONEY T.Y.: *Detecting Alcohol Problems in Drug-Dependent Women of Childbearing Age*. Am.J Drug Alcohol Abuse, 22(4), pp.563-575, 1996.
49. TOOMEY T.: *Personality and demographic characteristics of two subtypes of drug abusers*. Br. J. Addict, 69 pp.155-162, 1974.
50. VALDEZ A., YIN Z., KAPLAN C.D.: *A comparison of alcohol, drugs, and aggressive crime among Mexican-American, black, and white male arrestees in Texas*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 23(2), pp.249-265, 1997.
51. WEISS R.D., MARTINEZ-RAGA J., HUFFORD C.: *The Significance of Coexisting Opioid Use Disorder in Cocaine Dependence: An Empirical Study*. Am.J Drug Alcohol Abuse, 22(2), pp.173-184, 1996.
52. WISEMAN E.J., MCMILLAN D.E.: *Combined Use of Cocaine with Alcohol or Cigarettes*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 22(4), pp.577-587, 1996.
53. WOODY G. E., O'BRIEN C. P., RICKELS K.: *Depression and anxiety in heroin addicts*. Am. J. Psychiatry 1975, 32 pp.411-414.
54. WOODY G. E., O'BRIEN C. P., MCLELLAN A.T.: *Depression in narcotic addicts: possibly causes and treatment; in: Psychiatric factors in drug abuse*. (Pickens R.W., Heston L.), Grune and Stratton, New York 1979, pp.130-135.
55. YAMAGUCHI K., KANDEL D.B.: *Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression*. Am. J. Public Health 74:668-672, 1984.
56. YAMAGUCHI K., KANDEL D.B.: *Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression*. Am. J. Public Health 74:673-681, 1984.
57. YU J., WILLIFORD W.R.: *The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: An analysis of drug use progression of young adults in New York State*. Int. J. Addict. 27, pp.1313-1323, 1992.
58. YU J., WILLIFORD W.R.: *Alcohol, Other Drug, and Criminality: A structural analysis*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 20 (3), pp.373-393, 1994.
59. ZANARINI M.C.: *Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi*; in: Borderline Personality disorder, Etiology and Treatment. (A cura di Paris J.). Am.Psychiatric Press trad. it. Raffaello Cortina Editore.