

L.M.: Un caso difficile?

La polidipendenza in comorbidità con disturbo psichiatrico

Lilia Nuzzolo[^], Anna Loffreda*, Giovanni Di Martino[°]

Il sig. L.M. fa ingresso la prima volta al Ser.D. di Capua il 30/09/2016; vi si reca accompagnato dalla moglie e la richiesta di aiuto avanzata si riferisce a problematiche correlate all'uso di alcol e cocaina.

Anamnesi

Il paziente ha 43 anni, è il primogenito di tre figli e i genitori sono entrambi viventi (madre in ABS e padre tracheotomizzato per CA corde vocali).

Proviene da famiglia benestante che ha provveduto al suo sostentamento; in particolare, è la sorella minore di età che continua a interessarsi al fratello e a sostenerlo.

L.M. è in possesso del diploma di Maturità Classica, è coniugato (la moglie svolge la professione di Avvocato) ed è padre di due figli.

Disoccupato; in passato ha svolto occasionalmente il lavoro di magazziniere.

Valutazione iniziale

Storia del sintomo

Riferisce uso ricorrente di alcol e cocaina con conseguente incapacità di adempiere a compiti pertinenti al ruolo familiare e sociale (causa di frequenti discussioni coniugali) e uso ripetuto anche in situazioni fisicamente rischiose (guida in stato di intossicazione alcolica).

All'anamnesi tossicologica riporta di avere iniziato ad assumere alcolici all'età di 16 anni con modalità binge.

Ha iniziato a fumare sigarette e hashish all'età di 18 anni e dopo un po' anche crack e cocaina, dapprima saltuariamente e poi quotidianamente dall'età di 25 anni.

Viene programmato un assessment comprendente approfondimento medico clinico svolto con esami urinari ed ematochimici e valutazione psicologica attraverso colloquio clinico e questionari ad hoc (tra cui il CAGE, l'AUDIT, il SOGS, MAC2-A e MAC2-C).

Viene formulata ipotesi diagnostica iniziale di DUS/DUA, ma emerge anche la presenza di un disturbo da gioco d'azzardo, non segnalato al momento del primo contatto con il servizio,

accentuato dall'uso di alcol e cocaina, con un'ingente somma di denaro speso al riguardo, con importi giornalieri che sovente raggiungono i 500 euro.

Nel corso del colloquio con la psicologa L.M. evidenzia che il gioco d'azzardo è praticato, con alta frequenza e consistenti somme di denaro investite, anche dal padre, dal nonno paterno e dallo zio, quasi a voler sottolineare che può essere considerato "vizio di famiglia".

Durante l'approfondimento diagnostico, il paziente riferisce anche di essere seguito, privatamente, da uno psichiatra di fiducia, che ha posto diagnosi di "Depressione reattiva con episodi di discontrollo", ma precisa di non aderire alla terapia prescritta, riportata nella certificazione esibita dallo stesso paziente (Entact, Prazene, Neuleptil, Depakin, Legalon).

Agli esami ematochimici risultano alterati i parametri indicativi di abuso alcolico e a quelli tossicologici viene riscontrata positività alla cocaina.

Viene altresì riportata epistassi dopo assunzione di cocaina.

Primo step di discussione-riflessione: quali le priorità in un caso clinico con polidipendenza?

Nel corso del primo step di riflessione vengono focalizzati i punti degni di approfondimento diagnostico e di ulteriore analisi, preliminari alla definizione del percorso terapeutico. Nello specifico emerge la necessità di esaminare in maniera più puntuale il comportamento di gioco patologico, raccogliendo tutti i dati riferiti alla storia di gioco, il legame tra abuso di alcol-cocaina e gioco patologico (ad es., assunzione di alcol-cocaina per contrastare il DGA o per dimenticare tale comportamento), oltre a tentare di dare senso alla domanda che il paziente rivolge al servizio, che non significa interpretare, ossia dare corpo e senso, da parte degli operatori entrati in contatto con il caso clinico, alla domanda di aiuto avanzata dall'utente, ma raccogliere direttamente dal paziente tutti i dati clinici utili per cogliere il significato o i significati che egli attribuisce al suo complesso sintomatologico evitando, in tal modo, il rischio di definire obiettivi di lavoro terapeutico non pertinenti, non adeguati, in quanto non corrispondenti ai reali bisogni di aiuto e salute del paziente. Inoltre, dalla discussione emerge che molto probabilmente la focalizzazione, da parte degli operatori Ser.D. sull'abuso alcolico, "scotomizzando" in prima battuta le problematiche legate al DGA, è stata il frutto di una scelta strategica degli stessi operatori, che hanno inteso spostare l'attenzione sull'alcol, avendo valutato la condizione clinica correlata all'assunzione di tale sostanza come maggiormente destabilizzante oppure avendo intuito che i familiari del paziente

[^] Psicologo-Psicoterapeuta – Direttore U.O.C. Ser.D. Capua.

* Dirigente Medico – Responsabile U.O.S.D. "Alcologia" S. Maria C.V.

[°] Psicologo-Psicoterapeuta – Dirigente Psicologo di I livello U.O.C. Ser.D. Capua.

– coloro cioè che avevano spinto quest'ultimo a rivolgersi al Ser.D. – avrebbero interrotto qualsiasi contatto con esso, in quanto confrontati con la “malattia della famiglia” – ossia la condotta di gioco d'azzardo patologico o problematico presente in altri membri del contesto familiare (nonno, padre, zio) e configurandosi come un vero e proprio “disturbo a trasmissione trigerazionale” – sarebbero stati costretti in qualche modo a mettere in discussione l'intero contesto familiare e a riconoscere l'esistenza di patologie additive anche in altri componenti la famiglia di origine allargata, piuttosto che riconoscere il nostro paziente L.M. come unica persona del nucleo familiare affetta da disturbo da addiction.

Naturalmente, ciò avrebbe richiesto un surplus di lavoro clinico per ricostruire la storia della famiglia e il senso del sintomo-gioco d'azzardo nelle dinamiche relazionali del nucleo familiare nella sua estensione trigerazionale.

Tutto ciò, da un lato, ha portato a ritenere che gli operatori Ser.D. abbiano colluso con la richiesta di intervento avanzata dai familiari del paziente, ossia avviare un trattamento terapeutico focalizzato sull'abuso di alcol concepito come “dipendenza cattiva”, da eliminare in quanto socialmente riprovevole, ponendo nell'ombra, per così dire, il DGA, socialmente più accettato e pertanto considerato “dipendenza buona”, dall'altro ha consentito di formulare un'altra spiegazione sulla motivazione alla base della scelta più o meno consapevole operata dagli operatori Ser.D. di concentrarsi esclusivamente sul sintomo alcol: concepire questo sintomo come unica porta di accesso per giungere al nocciolo della patologia, all'essenza costitutiva della problematica del paziente, come modalità strategica di aggancio del paziente, come carta o jolly da “giocarsi” per costruire una alleanza di lavoro con il paziente, facendo finta che sia realmente quello il vero problema, in quanto consapevoli che si sta cercando altro, che il sintomo nasconde cose ben più preziose che forse svelerà, ma nel momento in cui il paziente si fiderà degli operatori del servizio che lo hanno accolto, ma prima deve essere agganciato.

La negazione iniziale del DGA da parte del paziente e dei suoi familiari ha incontrato in qualche modo la collusione iniziale dell'equipe – “negazione strategica” per così dire – nella prospettiva dello svolgimento di un lavoro più puntuale teso a svelare altre problematiche sottostanti.

L'importante, viene sottolineato, è evitare di colludere con l'agire sintomatico del paziente, evitare “agiti tossicomani” da parte del singolo professionista e da parte dell'equipe.

In questa ottica, la strategia terapeutica scelta dal Ser.D. di Capua è stata quella di inserire il paziente in trattamento farmacologico con Sodio Oxibato, al fine non solo di agganciarlo attraverso l'intervento sul sintomo maggiormente più destabilizzante sul piano clinico, ma altresì per pervenire alla disassuefazione dall'alcol riducendo il forte craving verso la sostanza alcolica e i sintomi astinenziali prodotti da tale sostanza.

Un'altra criticità è stata ravvisata nel mancato subitaneo approfondimento dell'assetto psicopatologico del paziente, che, nella fase di accoglienza, aveva in qualche modo fatto intendere di presentare un disturbo psichiatrico in comorbidità con quello additivo.

Riportava, infatti, di essere seguito privatamente da uno psichiatra di fiducia, che aveva diagnosticato “Depressione reattiva con episodi di discontrollo”, pur non assumendo la terapia psicofarmacologica prescritta.

In altre parole, all'assessment di primo livello svolto nella fase di accoglienza e comprendente: esame tossicologico e visita medica d'accesso, esame tossicologico, prelievo ematico, colloquio di valutazione psicologico-clinica e somministrazione test MMPI-2, non ha fatto seguito, di fronte al forte sospetto di co-presenza di disturbo psichiatrico, l'assessment di secondo livello, condiviso con l'UOSM di riferimento, attraverso anche l'applicazione di specifici strumenti di valutazione diagnostica (come ABQ, PDA), al fine di formulare il profilo di addiction e di funzionamento psicopatologico dell'utente preliminare alla definizione del PTI volto alla sua presa in carico integrata (trattamento con farmaci sostitutivi e/o psicofarmaci, terapia motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia e interventi socio-educativi).

Tale inquadramento svolto nel corso dei primi mesi avrebbe probabilmente consentito di accorciare i tempi di una presa in carico comprensiva della comorbidità psichiatrica e forse avrebbe evitato alcuni trattamenti posti in essere, incluse le esperienze comunitarie, rivelatisi non produttive rispetto al conseguimento dell'obiettivo del superamento della dipendenza dall'alcol prima e dallo svezamento dal sodio oxibato dopo, per lavorare al più presto sui tratti di personalità – individuati durante il percorso di valutazione e sostegno psicologico – alla base del mantenimento del disturbo additivo esprimendosi attraverso diversi “oggetti di dipendenza” (alcol, cocaina, gioco).

In altri termini, di fronte a un paziente con polidipendenza associata anche a disturbo psichiatrico, se non viene effettuata, nella fase di assessment, una valutazione orientata anche ad individuare il profilo di funzionamento personale e relazionale sottostante, si rischia di favorire la cronicizzazione della patologia additiva che può cambiare più volte nel corso del tempo il proprio “oggetto di dipendenza” o manifestarsi contemporaneamente con più “oggetti di dipendenza”, in quanto si interviene solo sul sintomo senza incidere al tempo stesso sulla struttura psicologica di base.

Una volta concluso l'assessment medico, psicologico e sociale, gli operatori, riconoscendo il caso clinico come caratterizzato dalla compresenza di DUA/DUS e disturbo depressivo con discontrollo dell'impulso, si orientano per la predisposizione di un progetto terapeutico individualizzato così articolato nel breve termine:

- disassuefazione dall'alcol con prescrizione di sodio oxibato (Alcover), essendo l'alcol la sostanza maggiormente destabilizzante (il valore della CDT agli esami ematici alla prima valutazione è risultato pari a 4, indicativo di abuso cronico di alcol) (allegare referto).

Al riguardo, preme sottolineare che, pur tenendo presente che di norma nei quadri di poliabuso comprendenti la cocaina, la stabilizzazione dell'uso di cocaina è da ritenersi propedeutica all'impiego del Sodio Oxibato, nel nostro specifico caso la prescrizione dell'Alcover si è resa possibi-

le in quanto la condizione di astensione dal consumo di cocaina è stata raggiunta rapidamente senza interventi farmacologici (*Riferimento bibliografico “L’impiego del Sodio Oxibato nei quadri di poliabusso” di Matteo Pacini e Icro Maremmani*);

- monitoraggio clinico-tossicologico bisettimanale;
- consulenza psichiatrica richiesta all’UOSM competente per territorio, con formulazione della diagnosi di “Disturbo da uso di sostanze e impulsività reattiva” e prescrizione di Entact, Depakin e Prazene, con controlli a cadenza trisettimanale;
- percorso di valutazione e sostegno psicologico.

La valutazione psicologica svolta ha evidenziato quanto segue:

- collocamento del paziente nello stadio a cavallo tra *pre-contemplazione-contemplazione* per quanto attiene alla motivazione al cambiamento, secondo quanto emerso al questionario per la valutazione della motivazione al cambiamento (MAC2-A riferito all’alcolismo e MAC2-C riferito alla cocaina);
- notevole compromissione sul piano del funzionamento interpersonale, per la presenza di deficitarietà nell’empatia e nell’intimità;
- rilevante carenza dell’aspetto affettivo ed emotivo e forte propensione a reprimere le emozioni.

In termini di tratti/sfaccettature della personalità abituale del paziente, si è riscontrato:

- pronunciato antagonismo, (manipolatorietà, tendenza all’inganno, insensibilità);
- accentuata disinibizione/compulsività, caratterizzata dalla presenza di irresponsabilità, impulsività tendenza a correre rischi.

Il percorso di sostegno psicologico inizia dopo una settimana dalla data del primo accesso al servizio (il giorno 07/10/2016), puntando al raggiungimento della consapevolezza della dipendenza da sostanze e al rafforzamento della motivazione al cambiamento.

Il percorso dura circa 3 mesi per interruzione da parte del paziente alla fine del 2016.

Si lavora, quindi, sulla consapevolezza del suo essere dedito alla pluridipendenza (passaggio dalla negazione all’accettazione della dipendenza) e sulle cause implicite ed esplicite del suo ruolo di genitore carente.

Durante le sedute psicologiche, la problematicità legata al Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) assume progressivamente centralità e dominanza nel quadro clinico del paziente: il sig. L.M. chiede sempre più insistentemente di essere aiutato per tale disturbo, sentendosi sotto pressione e non riuscendo a gestire l’ansia legata ai debiti di gioco non ancora saldati.

È riuscito a estinguere solo parzialmente tali debiti attingendo dalle risorse economiche familiari. Viene anche alla luce il conflitto sul legame padre-figlio (il padre, con una storia di gioco d’azzardo compulsivo, lo ha sempre aiutato a pagare i debiti da gioco) e l’atteggiamento intrusivo e controllante da parte della famiglia di origine del paziente.

Questo atteggiamento genera tensione, con scarsa definizione dei ruoli familiari, e conseguente infantilizzazione del paziente.

Nelle sedute successive la moglie riferisce che il marito si

mostra più collaborativo in casa, espletando con convinzione e determinazione il ruolo di padre, e che il clima familiare appare più sereno.

Anche i confini e i ruoli rispetto alla famiglia d’origine sarebbero maggiormente definiti.

Si continua a lavorare sulla motivazione al cambiamento del paziente, anche considerando le precedenti esperienze terapeutiche fallite (la terapia con lo psichiatra privato).

Inoltre, si rinforzano i cambiamenti raggiunti nell’ambito del sistema-famiglia e si lavora anche sul maggior controllo dell’impulso al gioco.

La coppia, sostanzialmente asimmetrica, inizia a lavorare su una nuova strutturazione.

Intanto, la moglie del paziente inizia a concentrarsi nuovamente sulla sua professione di avvocato, notevolmente ridotta per diversi mesi al fine di affiancare il marito nel percorso di cura; in tal modo lascia a quest’ultimo più libertà e fiducia.

A questo punto, a circa 2 mesi dall’inizio del percorso di sostegno psicologico, il fragile equilibrio di coppia faticosamente raggiunto si sfalda: il paziente si mostra sempre più ansioso e richiede incessantemente la presenza della moglie, non gradendo che la stessa si stia coinvolgendo più intensamente nel proprio lavoro, con conseguente inevitabile riduzione del tempo e delle energie personali da poter dedicare al ruolo di “supporto” al percorso di cura del marito o, per meglio dire, di “maternage” nei riguardi dello stesso.

Il paziente comincia a disertare le sedute adducendo futili motivi e interrompe il percorso di sostegno psicologico, ma è evidente la ricaduta nell’abuso di alcol.

Dopo circa 2 mesi (siamo agli inizi del mese di marzo 2017), l’utente si ripresenta al Ser.D. di Capua, anche questa volta, come al momento dell’intake, accompagnato dalla moglie e comunica la sua decisione di voler essere collocato in una Comunità terapeutica per soggetti con addiction da sostanze. In proposito, aggiunge che la sorella ha già contattato una delle C.T. convenzionate con l’ASL Caserta e che l’ingresso può essere concretizzato di lì a poco.

Secondo step di discussione-riflessione: perché l’equipe di lavoro accoglie la richiesta dei familiari di inserimento del paziente in comunità terapeutica?

In merito, vengono formulate sostanzialmente due ipotesi esplicative.

La prima pone in risalto che, di fronte alla ricaduta nell’abuso di alcol, gli operatori del Ser.D., anziché riprendere il trattamento ambulatoriale, ancora una volta colludono con l’agito dei familiari del paziente, i quali, sentendosi quasi “offesi nel loro onore e dignità”, attuano una sorta di “punizione” verso il loro congiunto, espellendolo dal proprio nucleo familiare, quasi a voler comunicare e a fargli intendere di averlo messo a tacere perché stava svelando la “malattia trigenitoriale” della famiglia: il DGA.

Non viene, pertanto, effettuato un esame approfondito della richiesta di collocamento in C.T. con tutta la famiglia del paziente, al fine di focalizzare tutti i possibili significati sottostanti, alcuni dei quali potrebbero essere quelli appena enucleati, ma potrebbero venirne alla luce altri.

La seconda ipotesi aggancia la richiesta di inserimento in C.T. da parte del paziente e dei suoi familiari (moglie e sorella più piccola) alla “sintonizzazione collusiva” dell’equipe di lavoro del Ser.D. con lo stato di stanchezza e sfinimento della famiglia dello stesso paziente, quasi a voler prendere una boccata di ossigeno rispetto alle continue e pressanti richieste di aiuto non congruenti con il progetto terapeutico che era stato predisposto e proposto dagli operatori Ser.D. e accettato dal paziente medesimo e anche dalla moglie e dalla sorella.

L’equipe di lavoro, ancora una volta collude con l’urgenza rappresentata dall’utente, dalla sorella – nuovamente entrata in gioco – e dalla moglie e, in tempi brevissimi, senza quindi valutare la reale motivazione del paziente a rivedere il proprio stile di vita e a modificare gli aspetti comportamentali e di personalità che favoriscono la permanenza nella condotta addittiva e, altresì, senza prendere in considerazione in maniera più puntuale la comorbidità con il DGA e con eventuale disturbo psichiatrico.

Pertanto, predispone prontamente gli atti per il collocamento in C.T., che si realizza nel corso dello stesso mese e che dura circa 6 mesi: da marzo ad agosto 2017. (All’epoca del percorso comunitario, il paziente aveva sospeso la terapia con Alcover; era in terapia con antidepressivi, con stabilizzanti del tono dell’umore e con ansiolitici).

A circa 10 giorni dall’interruzione del percorso terapeutico-riabilitativo residenziale, il paziente viene ricoverato in regime di TSO presso l’SPDC di Sessa Aurunca per “Agitazione psicomotoria in soggetto affetto da abuso di sostanze e dipendenza da gioco”.

Viene nuovamente richiesto un approfondimento psichiatrico presso l’UOSM territorialmente competente per un eventuale inserimento in C.T. per “Doppia Diagnosi”, che viene escluso attraverso una breve relazione.

Si procede, quindi, in tempi brevi a collocare nuovamente il paziente in una Comunità Terapeutica per soggetti affetti da Addiction da Sostanze Psicotrope, ma dopo circa un mese (siamo verso la fine di settembre 2017) abbandona il programma terapeutico e si ripresenta al SERD di riferimento, riferendo un forte craving alcolico.

Immediatamente viene inserito in trattamento con Sodio Oxibato in mantenimento, con immediato effetto positivo sul craving alcolico.

Vengono definiti e concordati con il paziente i seguenti obiettivi:

- a) stretto monitoraggio nell’assunzione del farmaco, concordato solo con il paziente;
 - b) porre a latere i familiari nel processo di cura del paziente.
- A distanza di qualche mese L.M. inizia a richiedere dosi crescenti di Sodio Oxibato, che vengono via via accordate ma che comportano affidi sempre più limitati del farmaco.

Dopo un anno viene raggiunto un dosaggio non più terapeutico (circa 60 ml/die di Sodio Oxibato), che genera nel paziente un intenso sentimento di colpa per la “nuova dipendenza” instauratasi nei confronti del farmaco assunto, pur mantenendosi astinente da alcol e cocaina.

A questo punto, gli operatori del Ser.D. decidono per un ulteriore coinvolgimento dell’UOSM territorialmente competente.

A seguito della nuova consulenza psichiatrica, vengono prescritte al paziente benzodiazepine (Alprazolam) nel tentativo di limitare l’uso di Sodio Oxibato.

Il risultato è che il paziente inizia ad assumere stabilmente Benzodiazepine senza ridurre l’uso di Sodio Oxibato.

Il Ser.D. e il Servizio “Alcologia” decidono di porre in essere una presa in carico congiunta.

Accertata la dipendenza da Sodio Oxibato, si perseguono altre strategie terapeutiche con la finalità di pervenire alla disassuefazione dall’Alcover.

Si conviene in prima battuta per la prescrizione di terapia con Naltrexone, ma tale tentativo si rivela fallimentare.

Si procede, allora, con l’inserimento del paziente in terapia con Acamprosato, trattamento che ugualmente non sortisce effetto positivo.

Viene, pertanto, programmato un ricovero per sospendere l’abuso di Sodio oxibato in reparto qualificato per la disintossicazione da alcol.

Ma dopo 2 giorni L.M. lascia il ricovero in preda a un forte craving da Sodio oxibato, si ripresenta al Ser.D. competente e chiede di rientrare in terapia con Alcover.

Terzo step di discussione-riflessione: che fare a questo punto?

Tutte le riflessioni convergono sulla necessità di effettuare una valutazione condivisa più approfondita e accurata da parte del Ser.D. e della UOSM competente per territorio, per accertare in maniera più puntuale la comorbidità tra il disturbo addittivo e altro disturbo psichiatrico, con eventuale conseguente rimodulazione del percorso di cura integrato.

Al riguardo, viene sottolineata l’utilità di applicare l’ottica del case management, al fine di definire in maniera più puntuale gli obiettivi di lavoro, le modalità operative di conseguimento degli stessi e, soprattutto, il percorso di costante monitoraggio del caso, con individuazione anche del case manager con funzione di raccordo tra tutti gli attori coinvolti, al fine di apportare prontamente le modifiche necessarie al percorso di cura, di fronte alle criticità sopravvenienti.

Tutto ciò al fine di pervenire alla definizione di un percorso più personalizzato, ottimizzando tempi e risorse, con una procedura meglio organizzata.

Inoltre, viene evidenziata l’importanza di attribuire centralità al paziente in termini di assunzione di responsabilità rispetto al suo programma terapeutico, per dare spazio al processo di empowerment.

Gli operatori di riferimento del Ser.D., a questo punto, prendendo atto e riesaminando tutto quanto accaduto fino a quel momento, decidono per una **rivalutazione del caso**, effettuata verso la fine di marzo 2021, con il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi interessati (Ser.D.-Alcologia-UOSM), della moglie del paziente e del Gruppo Giocatori Anonimi, che il paziente aveva iniziato a frequentare da alcuni mesi.

All’esito di tale rivalutazione, vengono fissati due punti su cui lavorare:

- a) dipendenza dal Gioco d’azzardo;
- b) misuso/abuso di Alcover.

Nello specifico, viene concordato con il paziente - che accetta con sottoscrizione - il trattamento di seguito riportato, con impegno a rispettare gli orari di accesso ai servizi coinvolti:

Presso l'UOSM territorialmente competente:

Prescrizione di terapia farmacologica, con controlli a cadenza tri-settimanale:

- stabilizzanti dell'umore (Depakin 500 mg (1 cp x 3/die);
- antidepressivi (Zoloft 100 1 cp e 1/2/die) antipsicotici (Talofen gtt 15 x 3/die);
- rispetto, da parte del paziente, delle prescrizioni farmacologiche nelle dosi e nei tempi consigliati.

Presso l'U.O. "Alcologia":

- sospensione del Sodio oxibato;
- monitoraggio sintomatologia astinenziale;
- ETG su urine almeno 1 volta a settimana e senza preavviso.

Frequenza al Gruppo Giocatori Anonimi

Il monitoraggio svolto nei primi giorni di attuazione del programma terapeutico sopra riportato evidenziava lievi sintomi astinenziali e un craving significativo ma sopportabile; nei mesi successivi, L.M. era astinente dall'alcol e non assumeva più Sodio oxibato.

Allo stato attuale, non si registrano ricadute nell'uso di alcol e cocaina né è stata avanzata richiesta di reinserimento in trattamento con Sodio Oxibato.

Il paziente, attualmente ben compensato, continua la terapia psicofarmacologica presso la UOSM competente e, parallelamente, effettua monitoraggio periodico presso l'UO di Alcologia, oltre a frequentare assiduamente il Gruppo per Giocatori Anonimi.

Inoltre, il rapporto di coppia non fa registrare particolari conflittualità e il ruolo di padre viene svolto con maggiore convinzione e determinazione.

Infine, sono più definiti e netti i confini tra la famiglia costruita e quella di origine.

Quarto e ultimo step di discussione-riflessione: punti deboli e punti di forza della presa in carico di L.M.

Un primo punto debole può essere sicuramente colto nel mancato subitaneo approfondimento dell'assetto psicopatologico del paziente, che, in fase di accoglienza, aveva in qualche modo fatto intendere di presentare un disturbo psichiatrico in comorbidità con quello additivo.

Riportava, infatti, di essere seguito privatamente da uno psichiatra di fiducia, che aveva diagnosticato "Depressione reattiva con episodi di discontrollo", anche se non assumeva la terapia psicofarmacologica prescritta.

In altre parole, all'assessment di primo livello svolto nella fase di accoglienza e comprendente: esame tossicologico e visita medica d'accesso, esame tossicologico, prelievo ematico, colloquio di valutazione psicologico-clinica e somministrazione test MMPI-2, non ha fatto seguito, di fronte al forte sospetto di co-presenza di disturbo psichiatrico, l'assessment di secondo livello, condiviso con l'UOSM di riferimento, attraverso anche l'applicazione di specifici strumenti di valutazione diagnostica (come ABQ, PDA), al fine di formulare il profilo di addiction e di funzionamento psicopatologico dell'utente preliminarmente alla definizione del PTI volto alla sua presa in carico integrata (trattamento con farmaci sostituti-

vi e/o psicofarmaci, terapia motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia e interventi socio-educativi).

Tale inquadramento svolto nel corso dei primi mesi avrebbe probabilmente consentito di accorciare i tempi di una presa in carico comprensiva della comorbidità psichiatrica e forse avrebbe evitato alcuni trattamenti posti in essere, incluse le esperienze comunitarie, rivelatisi non produttive rispetto al conseguimento dell'obiettivo del superamento della dipendenza dall'alcol prima e dal Sodio oxibato dopo, per lavorare al più presto sui tratti di personalità - individuati durante il percorso di valutazione e sostegno psicologico - alla base del mantenimento del disturbo additivo esprimendosi attraverso diversi "oggetti di dipendenza" (alcol, cocaina, gioco).

In altri termini, di fronte a un paziente con polidipendenza associata anche a disturbo psichiatrico, se non viene effettuata, nella fase di assessment, una valutazione orientata anche ad individuare il profilo di funzionamento personale e relazionale sottostante, si rischia di favorire la cronicizzazione della patologia additiva che può cambiare più volte nel corso del tempo il proprio "oggetto di dipendenza" o manifestarsi contemporaneamente con più "oggetti di dipendenza", in quanto si interviene solo sul sintomo senza incidere al tempo stesso sulla struttura psicologica di base.

Un altro punto debole ravvisabile nel lavoro svolto con questo paziente dall'equipe degli operatori del Ser.D. è rappresentato dalla mancata applicazione, fin dall'inizio della presa in carico, del case management, con definizione di un progetto terapeutico individualizzato basato su un adeguato inquadramento diagnostico del caso, con parallelo percorso di costante monitoraggio e valutazione. In tal modo, si sarebbero potuti contrastare i diversi agiti collusivi che hanno caratterizzato il lavoro degli operatori Ser.D., "agiti" che hanno impedito di coinvolgere adeguatamente il gruppo familiare del paziente nonché di cogliere i possibili significati sottostanti la sintomatologia manifesta.

Stessa riflessione per l'accoglimento "impulsivo" da parte degli operatori Ser.D. dell'istanza avanzata dai familiari in ordine al collocamento in C.T.

Un primo punto di forza nella gestione di questo caso clinico è ravvisabile nella creazione di un solido rapporto di fiducia tra il gruppo di lavoro del Ser.D. e il paziente preso in carico: quest'ultimo, di fronte a ogni ricaduta o peggioramento della condizione clinica esprimendosi con forte craving verso l'alcol o verso il Sodio Oxibato è sempre tornato a chiedere aiuto agli operatori di riferimento del predetto Ser.D., i quali ogni volta hanno accolto tale richiesta, riesaminato il caso e offerto comunque percorsi di cura anche se rivolti in una prima fase al solo piano sintomatico, senza focalizzarsi anche sul senso e sui significati personali alla base del sintomo, sì da puntare a modificare il profilo di funzionamento personale e relazionale e i tratti di personalità soggiacenti alla sua condotta additiva.

Un altro punto di forza va individuato nella buona tenuta del lavoro di rete tra i servizi sanitari coinvolti, con un crescente ruolo di "case manager" svolto dal Ser.D. che fin dai primi

mesi di presa in carico del paziente ha più volte chiamato in causa l'UOSM competente per territorio, per attuare un trattamento integrato, che potesse incidere sul disturbo psichiatrico co-presente.

Ed è grazie a tale trattamento che il paziente ha raggiunto una condizione di astensione dall'uso di alcol e di Alcover, ha iniziato a lavorare sulla propria dipendenza dal gioco d'azzardo, anche attraverso la partecipazione al Gruppo Giocatori Anonimi, potendo così realmente dare avvio al processo di cambiamento del proprio stile di vita additivo e alla costruzione di un soddisfacente rapporto di coppia, unitamente all'adeguato assolvimento del proprio ruolo genitoriale.

Considerazione conclusiva

Il vero punto di svolta nel percorso di cura si verifica nel momento in cui il Ser.D., preso atto della scarsa efficacia dei trattamenti proposti nella direzione del superamento della dipendenza da alcol e Sodio Oxibato, ponendosi in una prospettiva di case management e anche riscontrando una progressione nella disponibilità al cambiamento da parte del paziente ("stadio di azione" seguendo il modello di Prochaska e Di Clemente), effettua una rivalutazione del caso coinvolgendo gli altri due servizi sanitari coinvolti e attribuendo allo stesso paziente la centralità nel proprio percorso di cura, in un'ottica di empowerment..

Questa è la fase di definizione di un programma terapeutico multiprofessione e multidisciplinare integrato, con precisi compiti e funzioni svolti dai tre servizi sanitari coinvolti, accomunati da obiettivi di lavoro concordati e condivisi con il paziente.

Breve bibliografia di riferimento

- Bergeret J. (1983). *Chi è il tossicomane: Tossicomania e personalità*. Bari: Dedalo.
- Biondi M. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Brown S. (1997). *Alcolismo: terapia multidimensionale e recupero*. Trento: Erickson.
- Caretti V., La Barbera D., a cura di (2005). *Le Dipendenze Patologiche. Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Caretti V., La Barbera D., a cura di (2010). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Clerici M. (1993). *Tossicodipendenze e psicopatologia. Implicazioni diagnostiche e valutazione degli interventi terapeutici*. Milano: FrancoAngeli.
- De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C. (2005). *Alcolismo: analisi del craving*. Milano: FrancoAngeli.
- Fiorin A., Capitanucci D. (2022). *Manuale Operativo di presa in carico clinica nel disturbo da gioco d'azzardo*. Cuneo: Publiedit.
- Hudolin V. (1991). *Manuale di Alcolologia*, seconda edizione. Trento: Erickson.
- Janiri L., Clerici M. (2011). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Alcol-Cocaina-Gioco d'azzardo patologico*. Roma: Alpes.
- Kernberg O.F. (1980). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maremmi I., Pacini M. (2006). *L'uso del Gamma-idrossibutirato di sodio (GHB) negli eroinomani alcolisti, Aggiornamenti in Psichiatria – Supplemento A – Eroid Addiction and Related Clinical Problems, Vol. VIII*.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Terza edizione*. Trento: Erickson.
- Pacini M., Maremmi I. (2001). L'impiego del GHB nei quadri di poliabuso. *Journal of Psychopathology*, VII(2).
- Rigliano P. (2004). *Doppia diagnosi: Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., a cura di (2004). *Alcol e alcolismi: Cosa cambia?*. Milano: FrancoAngeli.
- Stella L. et al. (2008). An open randomized study of the treatment of escitalopram alone and combined with gamma-Hydroxybutyric acid and naltrexone in alcoholic patients. *Pharmacology Res.*, 57(4): 312-7.
- William R., Rollnick M., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Zimberg S. (1984). *La cura clinica dell'alcolismo*. Milano: Ferro.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

