

# Case Report. Strategie di intervento e gestione farmacologica di un paziente con disturbo da uso di alcol in comorbidità con aspetti depressivi ed insonnia

Elena Tamussi\*

## Anamnesi

Il paziente, di 47 anni, si presenta al servizio dipendenze nel maggio 2023 per problematiche legate all'abuso di alcol, sviluppate in un contesto di stress lavorativo e personale.

Riferisce che l'abuso di alcol è iniziato a febbraio 2023, successivamente a una crisi di burnout legata al lavoro che svolge da 25 anni.

L'uso di alcol, inizialmente sociale, si è trasformato in un meccanismo per gestire l'ansia e il senso di inadeguatezza. Nei momenti di maggior consumo, arrivava a bere circa un litro e mezzo al giorno tra aperitivi e vino bianco.

Riferisce anche tremori mattutini e sintomi di astinenza. L'anamnesi familiare rileva ipertensione arteriosa e neoplasie, ma non familiarità per disturbi psichiatrici.

Vive con la madre anziana, in un contesto di supporto da parte della famiglia, anche se segnala pressioni e aspettative vissute come opprimenti durante l'infanzia.

Divorziato da diversi anni, ha attraversato difficoltà relazionali significative che hanno contribuito al suo malessere.

L'anamnesi patologica remota è positiva per un episodio di artrite settica della clavicola.

Gli esami ematici iniziali evidenziavano alterazioni delle transaminasi (AST 123 U/L, ALT 125 U/L) e gamma-GT (494 U/L), nonché un livello di CDT (1,8%) superiore al cut-off diagnostico per l'abuso alcolico.

## Valutazione iniziale

Alla prima valutazione medica, il paziente mostra umore ipotimico, forte ansia e tremori in stato di astinenza.

Segnala anche pirosi gastrica e digestione dispeptica.

Rifiuta inizialmente il trattamento con sodio oxibato, sostenendo di non ritenersi in una condizione grave, ma accetta una terapia con lansoprazolo, vortioxetina, diazepam e tiamina.

Al momento dell'inizio del percorso, mostra una superficiale consapevolezza dei fattori scatenanti del suo abuso

\* *Medico specialista in psichiatria. Direttore sanitario Consorzio SMI Gli Acrobati Concesio (Brescia).*

di alcol, riconducibili a un sovraccarico lavorativo e alle difficoltà nel gestire le pressioni esterne e interne.

La collaborazione è inizialmente limitata, ma migliora con il progredire del rapporto terapeutico.

## Fasi dell'intervento

**1. Primo periodo di trattamento (maggio-dicembre 2023):** il paziente si impegna inizialmente nella riduzione del consumo alcolico, riferendo una diminuzione progressiva fino a due bicchieri di vino bianco solo nel fine settimana.

Durante i colloqui regolari con il servizio, si conferma una iniziale consapevolezza delle cause scatenanti, tra cui il burnout lavorativo e le difficoltà relazionali.

Tuttavia, il paziente fatica ad approfondire tale aspetti e rimane sempre su un piano superficiale.

Viene mantenuta la terapia con vortioxetina e lansoprazolo, il diazepam rimane solo al bisogno.

A dicembre 2023, il paziente riferisce periodi di astensione alternati a binge drinking nei momenti di maggiore stress.

Gli esami ematici mostrano un lieve miglioramento degli indici epatici, con CDT al di sotto del cut-off diagnostico ma gamma-GT ancora elevata (139 U/L).

**2. Ricadute e intensificazione della terapia (gennaio-settembre 2024):** a gennaio 2024, un evento stressante familiare provoca un'intensificazione degli episodi di binge drinking.

Il paziente riferisce di sentirsi incapace di gestire il craving, ma continua a rifiutare il sodio oxibato, optando per il reinserimento delle benzodiazepine (diazepam).

Gli esami ematici di marzo 2024 mostrano una gamma-GT di 114 U/L e CDT 0,5%.

Durante i colloqui, il paziente esprime difficoltà nel riconoscere la gravità della situazione, minimizzando l'impatto dei binge.

Tra aprile e maggio, si verificano nuovi episodi di binge drinking, in parte sottovalutati dal paziente stesso.

Gli esami di maggio 2024 confermano un peggioramento degli indici epatici (gamma-GT 193 U/L) ma CDT sempre sotto il cut off (0.6%).

Nei mesi estivi il paziente diventa meno regolare negli appuntamenti.

Quando si ripresenta nel mese di settembre riferisce discreto benessere e nega episodi di abuso alcolico.

Gli esami ematici del 16/09/2024 mostrano una CDT sempre inferiore al cut off ma al tempo stesso rilevano una CDT elevata (263 U/L).

**3. Peggioramento del funzionamento lavorativo (ottobre 2024):** a metà ottobre il paziente torna dopo un ulteriore periodo di assenza dalla frequentazione dello SMI.

Riferisce un momento di forte difficoltà legato a una recente delusione e a un senso di fallimento in ambito lavorativo.

Ammette di aver incrementato significativamente il consumo di alcol e di essersi presentato al lavoro in stato di ebbrezza.

Descrive l'episodio lavorativo scatenante, riportando di essere stato rimproverato dal suo responsabile con la frase "Non sai fare il tuo lavoro".

Riflette su questa affermazione, riconoscendo di sentirsi incapace di fermarsi prima di arrivare a situazioni autodistruttive, come lasciare che il problema del bere comprometta anche il lavoro.

Nel corso del colloquio, si lavora sul fatto che "Non puoi fare il tuo lavoro se non curi prima te stesso".

Questo sembra spingere il paziente a riflettere più profondamente sulla necessità di occuparsi della propria salute.

Viene invitato a riconsiderare l'opportunità di un percorso specialistico di sostegno per il consumo di alcol con terapia specifica.

Il paziente rifiuta nuovamente tale intervento asserendo di essere certo di poter gestire l'alcol in maniera diversa con il supporto benzodiazepinico ed antidepressivo.

**4. Evento critico e ricovero (novembre 2024):** il 6 novembre 2024, il paziente viene ricoverato presso neurologia vascolare per un sospetto ictus.

Le indagini strumentali (TC e RM) escludono eventi ischemici.

Durante la degenza, sono stati osservati episodi di assenze e una crisi epilettica vera e propria, che hanno portato alla decisione di coinvolgere il Centro per l'Epilessia per una valutazione più approfondita e un eventuale inquadramento diagnostico e terapeutico.

Vengo contattata dai Colleghi neurologi per una riflessione sul caso.

Segnalo che il paziente presenta una storia significativa di abuso e sollecito l'impostazione di una terapia con sodio oxibato per la gestione della fase astinenziale.

I Colleghi sono scettici e preferirebbero una benzodiazepina, ritenendo tali molecole più maneggevoli e sicure. Sottolineo invece come il sodio oxibato sia preferibile alle benzodiazepine in questo caso per diversi motivi:

- **Effetto diretto sui sintomi di astinenza:** il sodio oxibato agisce direttamente sui sistemi GABAergici e glutammatergici alterati dall'astinenza da alcol, riducendo i sintomi con maggiore specificità rispetto alle benzodiazepine.
- **Ridotto rischio di sedazione eccessiva:** a differenza delle benzodiazepine, che possono causare eccessiva sedazione e dipendenza crociata, il sodio oxibato consente una migliore gestione senza interferire con lo stato di vigilanza del paziente.
- **Profilo terapeutico specifico:** il sodio oxibato è indicato non solo per la gestione dell'astinenza, ma anche come supporto nel trattamento della dipendenza da alcol, contribuendo alla stabilizzazione nel medio termine.

Concordiamo quindi introduzione di sodio oxibato ma i Colleghi optano per un dosaggio minimo (10 ml x 3).

Il paziente verrà seguito dal Centro per l'Epilessia per approfondimenti diagnostici relativi alle crisi epilettiche e alle assenze.

Sul fronte della gestione dell'abuso di alcol, concordo che il paziente si presenterà allo S.M.I. lo stesso giorno della dimissione per la prosecuzione e l'aggiustamento della terapia.

**5. Periodo di follow-up (novembre-dicembre 2024):** a seguito del ricovero, il paziente racconta di essersi reso conto di aver sottovalutato la propria situazione.

Durante il colloquio dell'11/11/2024 appare trascurato nell'aspetto, riferisce stanchezza e difficoltà a dormire.

Lamenta sintomi persistenti compatibili con astinenza da alcol, tra cui irritabilità, sudorazione e tremori.

Non segnala episodi convulsivi recenti.

L'esame obiettivo psichico evidenzia uno stato di vigilanza conservato, ma appare ansioso e lievemente agitato.

Il pensiero è lineare, senza ideazioni patologiche.

Si è chiarita la necessità di proseguire la terapia con sodio oxibato tramite prescrizione del nostro servizio.

La terapia viene impostata e, considerata la persistenza dei sintomi di astinenza, si decide di aumentare gradualmente il dosaggio fino a 15 ml x 4 volte al giorno, monitorando eventuali effetti collaterali e miglioramenti clinici.

Durante il colloquio del 25 novembre 2024, riferisce di mantenere l'astinenza dall'alcol e di sentirsi "coperto" dal sodio oxibato.

Gli esami ematici di dicembre mostrano un miglioramento degli indici epatici, con gamma-GT scesa nuovamente sotto alle 100 U/L e CDT stabilizzata sotto il cut-off.

Il paziente partecipa attivamente ai colloqui, in cui si affrontano temi come la gestione dello stress e la resilienza.

Durante il colloquio del 18 dicembre 2024, viene introdotto il tema della dualità personale attraverso la figura simbolica del supereroe Batman, che stimola una riflessione profonda sul percorso di cambiamento.

## Scale di valutazione

	T0	T1	T2	T3	T4
CGI gravità	4	4	3	6	4
CGI miglioramento	NA	4	3	6	2
CGI indice efficacia	NA	0.5	1.0	0.5	1.5
Criteri DSM-5	5/11	5/11	2/11	6/11	2/11
VGF	71	71	71	48	61
HONOS	10/48	9/48	7/48	24/48	9/48
AUDIT	29		20		
CTQ tot	53	37	37	60	25
CTQ reward	10	9	9	12	7
CTQ relief	21	16	16	21	9
CTQ obsessive	22	12	12	27	9
CIWA-Ar	13	2	2	5	1
ISI sonno	18	5	5	21	2

T0: maggio 2023, T1: novembre 2023, T2: maggio 2024, T3: ottobre 2024 – peggioramento del funzionamento, T4: dicembre 2024 (in terapia con sodio oxibato).

## Discussione del caso

Questo caso mette in evidenza le complessità nella gestione della dipendenza da alcol in un contesto di vulnerabilità psicologica e burnout lavorativo.

L'iniziale rifiuto del sodio oxibato sottolinea la necessità di un approccio terapeutico flessibile, centrato sulla costruzione di un'alleanza terapeutica e sul rispetto dei tempi del paziente.

Il ricovero e l'evento critico hanno rappresentato un punto di svolta, favorendo una maggiore consapevolezza e l'accettazione di terapie più strutturate.

Il sodio oxibato si è dimostrato efficace nel controllo del craving e nella stabilizzazione del paziente, confermando il suo ruolo chiave nel trattamento della dipendenza da alcol.

L'integrazione con supporto psicologico ha permesso di affrontare non solo gli aspetti sintomatici, ma anche le dinamiche personali sottostanti, favorendo un percorso di crescita e resilienza.

## Conclusioni

La gestione della dipendenza da alcol richiede un approccio multidisciplinare, che integri terapie farmacologiche mirate, supporto psicoeducativo e monitoraggio clinico.

Il caso evidenzia l'importanza di strategie terapeutiche personalizzate, capaci di adattarsi alle esigenze e resistenze iniziali del paziente, nonché di strumenti efficaci come il sodio oxibato per il controllo dei sintomi di astinenza e il mantenimento dell'astinenza.

## Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
2. World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.
3. Addolorato G. et al. (2009). Role of GABAergic system in alcoholism and stress: focus on acamprosate and baclofen. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2): 146-155.
4. Koob G.F., Volkow N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773.
5. Möller H.J., Witkowski T. (2010). Sodium oxybate (gamma-hydroxybutyrate) in the treatment of alcohol dependence: a review of the clinical evidence. *CNS Drugs*, 24(11): 981-992.
6. Gessa G.L. et al. (2000). Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and alcoholism: overview of the pharmacological properties and therapeutic possibilities. *Alcohol*, 20(3): 257-265.
7. Gallimberti L. et al. (1992). Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome. *The Lancet*, 339(8794): 146-149.
8. Guy W. (1976). Clinical Global Impressions. In: Guy W. (ed.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, pp. 218-22.
9. Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S., Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *Br J Psychiatry*, 172(1): 11-18.
10. American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 4ª edizione, Text Revision. Milano: Masson.
11. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6): 791-804.
12. Bernstein D.P., Fink L., Handelsman L., Foote J., Lovejoy M., Wenzel K., Sapareto E., Ruggiero J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8): 1132-1136.
13. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.*, 84(11): 1353-1357.
14. Bastien C.H., Vallières A., Morin C.M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.*, 2(4): 297-307.