

Paziente con disturbo duale: disturbo da uso di alcool, cocaina, cannabinoidi e disturbo depressivo. Strategie d'intervento e gestione farmacologica

Sabrina Palazzi*, Roberto Poli*

Anamnesi

Il paziente, di anni 30, su indicazione dello psichiatra con cui è in cura per disturbo dell'umore e disturbo d'ansia, è in carico al nostro Servizio per disturbo da uso di alcool, cocaina e cannabis da aprile 2024.

Capoturno in una industria, lavora con turni anche notturni da lui accolti favorevolmente, molto soddisfatto del lavoro e del ruolo ricoperto.

Vive in famiglia, presente ed accudente.

Conoscenza di alcool e sostanze dai 13 anni di età: cocaina per lo più interrotta due mesi prima della accoglienza, consumata in genere con alcool e cannabis; hashish più volte alla settimana, uso continuativo a tutt'oggi.

L'uso di alcool, inizialmente in modalità binge drinking in socialità, dai 17 anni è diventato la modalità "per alleggerire la vita attraverso liquori dolci, ma anche birre e aperitivi"; nel periodo della presa in carico assumeva giornalmente 1 litro di birra e occasionalmente 2 litri di Campari.

In anamnesi famigliare il padre, ora 57enne, ha avuto a 30 anni problemi di potus.

In anamnesi patologica remota pericardite a 17 e 21 anni, uveite e sclerite a 23 e 24 anni, Zoster ricorrenti.

Valutazione iniziale

Alla prima valutazione medica il paziente, accompagnato dalla mamma, ha tremori moderati ed ansia, è in terapia con venlafaxina 75 mg 1 volta al giorno, oxcabazepina 300 mg lcp la mattina 2 la sera, e clonazepam 30 gocce la sera.

Il paziente, consapevole del problema d'alcool, è da subito collaborativo, si mostra favorevole alla terapia proposta con sodio oxibato, cui (si anticipa) seguirà percorso psicoterapeutico.

Non si considera al momento l'uso di cocaina, riferito diminuito ed occasionale e che sembra essere indotto dal consumo di alcool; si esorta altresì ad un minor consumo di hashish, con poco accoglimento da parte del paziente che in esso sembra trovare la pace che non riesce ad avere in altro modo.

* Servizio Dipendenze, ASST Cremona.

Fasi dell'intervento

I Periodo di trattamento (9-30 aprile 2024): Sodio oxibato somministrato in dosaggio in base al BMI, 20 mL in 4 somministrazioni giornaliere, per 21 giorni, con diminuzione di clonazepam a 20 gocce die; si raggiunge l'astensione dal consumo di alcool, con negativizzazione ai tossicologici urinari sia per l'ETG che per la cocaina.

Prima del termine della terapia, si inizia terapia con acamprosato 333 mg compresse, dosaggio 2 + 1 + 2 cp.

Il paziente mantiene così l'astensione con anche l'introduzione del supporto psicoterapico individuale.

II Periodo di trattamento (maggio 2024), al fine di consolidare l'astensione, considerata la fragilità psicologica, resasi ancor più evidente durante i colloqui con lo psicologo, il paziente accetta di buon grado il ricovero di un mese presso una Clinica; pochi giorni prima dell'ammissione ha una ricaduta nel consumo di alcool motivata con l'ansia avvertita per il ricovero e al pensiero di dover definitivamente abbandonare il consumo alcolico.

Riprende per pochi giorni la terapia con sodio oxibato, a basso dosaggio 15 mL die in 3 somministrazioni per tre giorni, terapia che prosegue poi nella degenza, a dosaggio pieno.

In Clinica si mantiene per tutta la durata della degenza collaborante e motivato nel percorso; nei primi giorni si ha incremento della tensione psicomotoria, instabilità emotiva con labilità emotiva alternati ad altri giorni di disforizzazione, difficoltà nel riposo notturno.

Segue miglioramento del quadro, progressivamente, con rimaneggiamento della psicofarmacoterapia e della parallela partecipazione alle attività riabilitative.

Durante la degenza viene sospesa la terapia con benzodiazepine ed impostata terapia con olanzapina, con buona gestione dell'ansia somatopsichica ed un valido riposo notturno.

Il paziente ha partecipato con costanza alle attività riabilitative, che hanno incluso attività di gruppo e colloqui individuali.

Alla dimissione negava craving, motivato al rientro a domicilio e al mantenimento di uno stato di astinenza; si era evidenziato un rialzo degli enzimi epatici, vero-

similmente di origine iatrogena, l'olanzapina la più probabile causa.

Monitorati i valori degli enzimi epatici e dimezzato il dosaggio della olanzapina si ha il rientro dei valori nel giro di tre mesi.

III Periodo di trattamento (giugno-dicembre 2024): dalla dimissione dalla Clinica prosegue il percorso al SerD con colloqui individuali con lo psicologo, e assume acamprosato, si mantiene in astensione dall'alcool, ha occasionale assunzione di cocaina, di cannabinoidi a scopo autoterapico; craving lieve, superato impegnandosi in lavori.

Allorquando in analisi gli argomenti sembrano avere un calo viene proposta psicoterapia di gruppo, accettata favorevolmente e a cui partecipa con beneficio.

Ad agosto 2024, in concomitanza con la chiusura per ferie della Ditta in cui lavora, assume saltuariamente i farmaci e ha una isolata scivolata nel consumo di alcool, subito dichiarata e affrontata, senza proseguimento nel consumo.

IV Periodo di trattamento (gennaio-maggio 2025) ad inizio anno dichiarato uso di cocaina, è in cassa d'integrazione, il problema lavoro influisce sul suo stato psicofisico, mantiene comunque quasi totalmente l'astensione dal consumo di alcool; al controllo ematochimico, funzionalità epatica conservata, ammette un consumo sporadico senza eccedere.

V Periodo di trattamento (giugno 2025 - a tutt'oggi) la concomitanza di sospendere la frequentazione del gruppo, sospeso per esigenze interne al Servizio, la non disponibilità del farmaco acamprosato e il pensiero riguardante la precarietà del discorso lavoro, portano il paziente ad una instabilità emotiva, che, pur con il riprendere di una nuova attività gruppale, inizialmente con grande riscontro positivo sull'umore, portano alla ricaduta nel potus a settembre.

Si fa fronte alla ricaduta con la reintroduzione della terapia con sodio oxibato, 30 mL die, dosaggio aumentato per aumento del peso corporeo, intensificazione della partecipazione alla psicoterapia, negli ultimi tempi un po' trascurata, terapia psichiatrica venlafaxina 75 mg RP1 cp, oxcabazepina 600 mg x2, olanzapina 5 mg 1 cp; introdotto delorazepam 20 gtt x2, con decalage.

Il paziente ha subito reagito positivamente alla assunzione della terapia, mantenendo astensione dal potus e riferendo benessere psico-fisico, e sta frequentando il gruppo con rinnovato interesse.

Discussione del caso

Risulta evidente come nel caso in questione l'aspetto lavoro abbia un ruolo importante nel favorire le ri-

cadute, che comunque nella fattispecie sono prontamente affrontate dal paziente che risponde bene sia all'attività gruppale sia alla farmacoterapia, quella specifica per la SAA, con sodio oxibato, attuata con dosaggio frazionato in più somministrazioni, per una maggior copertura giornaliera considerato la breve emivita della molecola e combinando acamprosato precocemente, come studi suggeriscono essere una valida strategia per prevenire SAP.

Il primo periodo di astensione risulta essere durato 11 mesi, con una sola "ricaduta" nel consumo, non eccessivo e di un giorno.

Il disturbo da uso di cocaina sembra proprio risoltosi con l'astensione dal potus.

La riduzione di cannabis si evidenzia nei periodi nei quali il paziente ha maggiore tranquillità e ultimamente anche con la consapevolezza di voler mettere un punto a tutte le dipendenze. Fondamentale il supporto familiare

Conclusioni

L'approccio multidisciplinare risulta fondamentale nella gestione della dipendenza da alcool: l'aspetto farmacologico, sia specifico per la sostanza, sia per quanto riguarda la sfera psichica, deve integrarsi con l'attività psicoterapeutica individuale o di gruppo, ovviamente è di importanza fondamentale individuare le esigenze del paziente.

Riferimenti bibliografici

- Addolorato G., Cibin M., Caputo F. *et al.* (1998). Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility i non-responder alcoholic patients. *Drug Alcohol Depend.*, 53(1): 7-10.
- Agabio R., Camposeragna A., Saulle R., Krupchanka D., Leggio L., Minozzi S. (2023). Combined pharmacological and psychosocial interventions for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* (3). Doi: 10.1002/14651858.CD015673.
- McCrady B.S., Flanagan J.C. (2021). The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. *Alcohol Res.*, 41(1): 6. Doi: 10.35946/arcr.v41.1.06.
- McPheeters M., O'Connor E.A., Riley S. *et al.* (2023). *Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorder in Outpatient Settings: Systematic Review.* Doi: 10.23970/AHRQEPCCER262.
- Patterson A., Vu M., Haardörfer R., Windle M., Berg C.J. (2020). Motives for Alcohol and Marijuana Use as Predictors of Use and Problem Use Among Young Adult College Students. *J Drug Issues*, 50(4): 359-377. Doi: 10.1177/0022042620917101.
- Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.*, (9), CD004332. Doi: 10.1002/14651858.CD004332.pub2.