

Vino e Salute Mentale. Un Contraddittorio Possibile

A. Costacurta – L. Pavan

La cultura del vino è quasi antica come l'agricoltura. Fonte di vita e sostentamento per molte generazioni, l'attività agricola ha anche rappresentato per molto tempo e molti uomini una "madre" dalle oscure e affascinanti radici. Secondo la nostra cultura, comune ad altri Paesi del bacino del Mediterraneo, le bevande alcoliche (prevalentemente il vino) fanno parte delle abitudini alimentari quotidiane, dei momenti di festa, di socialità ed hanno (o meglio si potrebbe dire, avevano) un significato per lo più nutrizionale. Infatti, in un Paese come l'Italia a chiara tradizione vitivinicola, il bere vino è una consuetudine ormai radicata.

La giornata odierna ci offre l'opportunità di affrontare le tematiche relative al consumo di alcol (ed il vino in particolare) dall'osservatorio clinico e teorico proprio del medico specialista in Psichiatria; La prospettiva scelta dallo psichiatra coinvolge direttamente e specificamente la persona nella sua totalità, con le proprie spigolature caratteriali, le vulnerabilità e la complessità affettivo-comportamentale che inevitabilmente ne determinano la specificità.

Ciò che riteniamo utile sottolineare in questo intervento riguarda fondamentalmente la necessità di considerare il tema alcol-correlato tanto dal punto di vista prettamente nosografico e psichiatrico, individuando cioè i disturbi che più di frequente si associano in comorbilità con l'uso/abuso di sostanze alcoliche, nell'intento di individuare quei gruppi di persone che con una certa sicurezza potremmo definire a rischio; dall'altro evidenziare come alcune caratteristiche proprie della personalità (individuabili come poi vedremo attraverso opportuni strumenti diagnostici) mal si concilino con l'utilizzo di bevande alcoliche, anche senza poter avere la certezza che si svilupperà in questi soggetti una condizione di patologia evidente. Infine riconoscere con una certa naturalità ed ovvietà la presenza di una cultura conviviale e funzionale legata in particolare al consumo di vino nella popolazione, che riteniamo essere un tratto aggiuntivo ai valori personali e sociali ritenuti sostanzialmente positivi, e come tale accettabile.

Le riflessioni istituzionali, i piani d'intervento, le campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e la letteratura scientifica che si occupano della relazione esistente tra il concetto di Salute e il consumo di bevande alcoliche, si sono negli ultimi tempi arricchite di spunti interessanti riguardanti anche una distinzione qualitativa a tal proposito.

Un recente studio prospettico condotto dai ricercatori del National Institute of Public Health di Copenhagen sulla popolazione (1) aveva l'obiettivo di valutare l'impatto dello status socio-economico in relazione alla tipologia di alcol assunto ed a tutte le cause di mortalità; i risultati evidenziarono come i consumatori di vino avessero un migliore livello socio-culturale così come dello stato di salute in generale, rispetto ai consumatori di birra e superalcolici. Le evidenze mostravano altresì come l'associazione tra il tipo di bevanda e la mortalità variavano in accordo con il livello socio-economico, in particolare ove l'apparente effetto protettivo dato dal consumo di vino tendeva ad essere molto rilevante tra i gruppi a basso reddito e livello culturale.

Per quanto attiene invece alle riflessioni sulle possibili ricadute che il consumo di bevande alcoliche potrebbe avere sulla Salute Mentale, presenteremo di seguito alcuni dati tratti dalla letteratura, che ci possono aiutare a comprendere quanto sopra esposto.

Gli studi sull'alcolismo sono numerosi; la diversità e la ricchezza degli approcci con cui è stato affrontato l'argomento riflettono la difficoltà di inquadrare il fenomeno.

La letteratura presenta sull'argomento notevoli elementi di sviluppo e discussione, prevalentemente focalizzati sull'analisi di elementi clinici, fattori di rischio e abitudini comportamentali, ritenuti in stretta correlazione con patologie psichiatriche da tempo codificate, anche attraverso l'applicazione di specifiche linee guida internazionali. Secondo la terminologia medica corrente si definisce "alcolismo" una condizione individuale caratterizzata dalla presenza di un rapporto di dipendenza dalla sostanza, che nel tempo provoca disagi a livello fisico, psichico e nelle relazioni familiari, sociali e lavorative.

Il Manuale Statistico Diagnostico per le Malattie Mentali (DSM IV-TR) definisce la dipendenza come "una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi"; tra i suoi indicatori, i più rilevanti risultano essere la tolleranza e l'astinenza.

Codifica, inoltre, diversi livelli di gravità, a seconda del grado di compromissione dello stato fisico e psichico e delle attività e relazioni.

Ecco allora che il consumo alcolico spesso diventa un trigger, un fattore cioè in grado di slatentizzare o aggravare una pregressa e preesistente condizione di disagio psichico, sviluppandosi a vari livelli, tanto dal punto di vista affettivo, cognitivo, comportamentale e interpersonale.

Non mancano inoltre analisi approfondite elaborate allo scopo di individuare possibili fattori di rischio, anche di tipo ambientale, in un'ottica di prevenzione terziaria del disturbo mentale e di sviluppo di adeguate strategie riabilitative.

Nello specifico la letteratura internazionale, anche in ragione della raccolta e successiva analisi di

campioni di soggetti particolarmente numerosi e spesso (proprio per questo) rappresentativi delle varie realtà oggetto di studio, riesce a delineare e sviluppare con sufficiente chiarezza e approfondimento i temi e le situazioni cliniche che a vario titolo e livello coinvolgono la gestione, l'accoglimento e il trattamento della persona con disagio mentale.

La pratica clinica dimostra fenomeni di comorbidità molto frequenti tra alcolismo e disturbi psichiatrici e ciò trova conferma nei dati epidemiologici che quantificano la frequenza della loro associazione .

Tali dati però non sempre presentano una perfetta omogeneità e talvolta sono rilevabili discrepanze notevoli tra le stime presentate dai diversi studi; ciò è riconducibile ai differenti metodi di ricerca, alle specifiche caratteristiche dei campioni esaminati (es. pazienti ricoverati / ambulatoriali) e all'affidabilità degli strumenti su cui si basa la diagnosi psichiatrica (2).

Esaminando alcuni studi sull'argomento pubblicati negli ultimi dieci anni in area DSM IV ma non solo, emerge chiaramente un'associazione significativa tra alcolismo e altri disturbi psichiatrici, unanimemente evidenziata da tutte le ricerche.

L'intero spettro psicopatologico può accompagnare condotte di abuso e dipendenza da alcol; in particolare si individuano quattro categorie nosografiche: Disturbi Affettivi, Disturbi d'Ansia, Disturbi Psicotici e, ovviamente, Disturbi da Uso di altre sostanze psicoattive.

Rilevanti sono anche le stime di comorbidità con i Disturbi di Asse II seppure inferiori a quelle che si riscontrano in altre popolazioni di abusatori di sostanze come cocainomani ed eroinomani (3).

Sia i Disturbi Psichiatrici che l'Alcolismo sono fenomeni clinici frequenti nella popolazione e pertanto destinati a sovrapporsi secondo diverse modalità; quindi, una volta accertati il tipo di patologie psichiatriche presenti in comorbidità con l'alcolismo e l'intensità della loro relazione con esso, resta da chiarire se tali disturbi siano antecedenti o conseguenti al bere problematico.

Un'attenta valutazione di questo aspetto è di capitale importanza anche per i suoi risvolti teorici e pratici: dirimere tale dubbio potrebbe portare alla definizione di una teoria etiopatogenetica di tali disturbi e alla individuazione di modelli di intervento terapeutico ad hoc.

Se prendiamo in considerazione una selezione di studi relativi a questo argomento, possiamo tuttavia soltanto concludere che non è possibile definire con certezza e in maniera univoca quale dei due disturbi sia primario.

Kessler et al. hanno rilevato, ad esempio, che nel loro campione la maggior parte dei soggetti che presentavano, oltre ad alcolismo, almeno un disturbo psichiatrico in comorbidità, riferivano che il bere problematico era insorto successivamente ad uno di questi (4). Tali dati sono in contrasto con ricerche prospettiche condotte in precedenza e relative soprattutto a Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore (5). La questione appare quindi di difficile soluzione seppure tutti gli studi mettano in

rilievo che molte patologie psichiatriche possono essere o all'origine o conseguenza del bere problematico e, indipendentemente da quale sia la patologia primaria, questa influenzerà significativamente l'insorgere, il decorso e il mantenimento nel tempo dell'altra. Nel caso in cui compaia per primo un disturbo psichiatrico, il soggetto sarà esposto ad un alto rischio di sviluppare condotte di abuso e dipendenza da alcol anche come tentativo di autoterapia, allo scopo di alleviare la propria sofferenza psichica sfruttando l'effetto dell'alcol come sostanza farmacologica; in questo caso l'alcolismo si presenta come una complicazione del quadro clinico della patologia primaria. In altri casi è invece il bere problematico a influenzare l'esordio di un disturbo psichiatrico; infatti, se l'alcolismo esordisce per primo, il soggetto avrà un'alta probabilità di manifestare disturbi mentali indotti dall'alcol oppure veri e propri disturbi psichiatrici per i quali presenti una suscettibilità slatentizzata dal ricorso alla sostanza. E' quindi evidente l'influenza reciproca che queste due categorie diagnostiche esercitano l'una sull'altra ed è inoltre interessante osservare l'assoluta assenza di un vero rapporto di causa-effetto: le dizioni di Alcolismo Primario e Secondario usate in passato appaiono pertanto delle semplificazioni eccessive che mantengono soltanto una certa utilità "discorsiva". La presenza di uno dei due disturbi non è mai vincolante per la comparsa dell'altro pur rappresentando un fattore di rischio che, solo in presenza di altri fattori di rischio concomitanti (specifiche caratteristiche di personalità, fattori genetici, disponibilità ambientale della sostanza, fattori sociali e familiari ecc.), innalzerà sempre di più la probabilità di ammalare.

ALCOLISMO E DISTURBI DELL'UMORE

I bevitori problematici vanno spesso incontro a stati depressivi che possono essere determinanti per la formulazione di una domanda di aiuto; tuttavia la reale natura della relazione tra i due disturbi non è ancora stata completamente chiarita trattandosi di un'associazione estremamente complessa sia da un punto di vista diagnostico che speculativo.

Alcune ricerche sembrano confermare che la depressione può precedere uno stato di dipendenza da alcol o un abuso di alcol soprattutto nelle donne; particolarmente a rischio sarebbero inoltre i soggetti con una familiarità positiva per il bere problematico e in cui la condotta di abuso si instauri molto precocemente (6).

Tab. 2 PREVALENZA DI DISTURBI DELL'UMORE IN PAZIENTI ALCOLISTI

(*) *Prevalenze life-time*

Autori	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al.(2)	1990	13.4%*	DSM III
Herz et al.(3)	1990	Depressione 21% Distimia 11%	DIS (DSM III)
Numberg et al. (16)	1993	34% (Dep. Mag. 26%, D. Bipolare 8%)	SCID (DSM-III-R)
Tomasson et al. (6)	1996	24% (14% Distimia 3% Dep. Magg. Ricor.)	DIS (DSM III)
Kessler et al. (9)	1997	35%* Depressione 31%* Distimia 14%*	DSM III-R
Driessen et al. (7)	1998	19.2% (Distimia 11,6% Dep. Magg. Ric. 10%)	CIDI (DSM III-R)

A completamento della tabella sopra-esposta, altre ricerche hanno rilevato, di converso, la prevalenza di condotte di abuso e di dipendenza da alcol in pazienti affetti da Disturbi Affettivi: Regier et al. hanno registrato, ad esempio, in tali pazienti, una prevalenza pari al 14,9% (7).

ALCOLISMO E DISTURBI D'ANSIA

Sono molti gli studi che dimostrano l'esistenza di una associazione fra disturbi ansiosi e problemi legati all'alcol e si stima che nell'ambito della popolazione clinica circa un terzo di bevitori problematici soffrano di ansia (8).

Tab. 3 PREVALENZA DI DISTURBI D'ANSIA IN PAZIENTI ALCOLISTI
 (*) *Prevalenze life-time*

Auto i	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al. (2)	1990	Disturbi d'Ansia 19 %*	DSM III
Herz et al. (3)	1990	Fobie Specifiche 14%, Fobia Sociale 13%, Agorafobia 12%, Attacco di Panico 6.8%	DIS
Nurnberg et al. (16)	1993	DAP 16%, DAG 4%, Fobia Sociale 18%, Fobie Specifiche 14%	SCID I
Tomasson et al. (6)	1996	Disturbi d'Ansia 37% , DAG 26%, Fobie Specifiche 13%, Fobia Sociale 17%, DAP 5%	DIS
Kessler et al. (9)	1997	Disturbi d'Ansia 43%* , DAG 10%*, DAP 6%*, Fobia Sociale 22%*, Fobie Specifiche 19%*	DSM-III-R
Driessen et al. (7)	1998	Disturbi d'Ansia 34% , DAP 2%, DAG 3%, Fobia Sociale 12,8%, Fobie Specifiche 16,4%	CIDI

La spiegazione più semplice per le condotte di dipendenza nel contesto dei Disturbi d'Ansia è riconducibile ancora una volta al concetto di automedicazione. I sintomi di tali disturbi (quali ad esempio la Fobia Sociale o l'Agorafobia) possono determinare un grave disagio soggettivo e una drastica compromissione delle capacità di funzionamento in ambito sociale. Di conseguenza l'utilizzo incongruo di sostanze con effetto ansiolitico e disinibente (soprattutto se di facile reperibilità, come appunto nel caso dell'alcol) rappresenta un evento tutt'altro che raro e frequentemente sfocia in quadri di abuso e dipendenza; talvolta più sostanze possono essere utilizzate contemporaneamente a scopo di automedicazione alimentando meccanismi di rinforzo crociati (come ad esempio alcol e BDZ).

ALCOLISMO E DISTURBI PSICOTICI

Negli ultimi vent'anni si è registrato un aumento sensibile dei casi di pazienti con diagnosi doppia di grave disturbo mentale e Disturbo da Uso di Sostanze. Questa relazione è confermata sia dalle prevalenze di disturbi schizofreniformi rilevate in campioni di alcolisti (Tab.4) sia, all'inverso, dalla frequenza con cui il bere problematico si registra in campioni di pazienti psicotici. Nell'ambito dell'Epidemiologic Catchment Area Study, Regier e coll. hanno rilevato che il 47% dei soggetti che presentavano una diagnosi life-time di Schizofrenia o Disturbi Schizofreniformi (cioè soggetti che rientravano nei criteri diagnostici della Schizofrenia nell'arco della vita e non soltanto nell'hic et nunc dell'assessment diagnostico) soddisfacevano anche i criteri per un Disturbo da Uso di Sostanze; in particolare il 33.7% presentava un Disturbo da Uso di Alcol (24% Dipendenza, 9.7% Abuso) (7).

I pazienti schizofrenici riferiscono che l'utilizzo di sostanze permette loro di alleviare la disforia, la noia, l'ansia, l'isolamento e il senso di vuoto; inoltre, sembra che molti pazienti inizino ad abusare di droghe e alcol prima dell'esordio della malattia mentale e in molti casi continuino a farne uso nonostante tale comportamento possa aver contribuito all'insorgenza dei loro disturbi psicotici (9). Particolarmente difficile risulta quindi il processo di valutazione diagnostica in tali pazienti poiché molte intossicazioni acute o sindromi di astinenza possono essere fenomenologicamente simili ad un disturbo psicotico.

Tab. 4 PREVALENZA DI DISTURBI PSICOTICI IN PAZIENTI ALCOLISTI
 (*) *Prevalenza life-time*

Autori	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al. (2)	1990	Schizofrenia 3.8%*	DSM III
Herz et al. (3)	1990	Schizofrenia 2.7%	DIS
Nurnberg et al. (16)	1993	Schizofrenia 2%; Disturbo Schizoaffettivo 4%	SCID I
Tomasson et al. (6)	1996	Schizofrenia 2%	DIS
Driessen et al. (7)	1998	Disturbi Schizofreniformi 0.8%	CIDI

ALCOLISMO E DISTURBI DI PERSONALITÀ

I primi tentativi di inquadramento diagnostico dell'alcolismo hanno portato ad una sua stretta associazione con la patologia della personalità: è questa la strada percorsa dalla prima edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders che, accorpando l'abuso di sostanze al Disturbo Sociopatico, contribuisce alla definizione di una vera e propria "Addictive Personality" (10).

Nell'edizione successiva del medesimo manuale Alcolismo e Tossicomania non sono più classificati alla stregua di Disturbi di Personalità ma, insieme alle Devianze Sessuali e ai Disturbi di Personalità propriamente detti, vengono inseriti nella sezione "Disturbi di Personalità e altri Disturbi Mentali non Psicotici" (11). Soltanto a partire dalla terza edizione del DSM, con l'introduzione di una prospettiva multi-assiale per la classificazione dei disturbi mentali, il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e i Disturbi di Personalità (DP) vengono nettamente separati e distinti, al punto di essere collocati su due assi differenti, rispettivamente il primo e il secondo (12).

Il secondo Asse viene strutturato intorno a tre Cluster che raccolgono i dieci Disturbi di Personalità previsti (DSM IV) sulla base di somiglianze sintomatologiche: il Cluster A (Disturbi Paranoide, Schizoide e Schizotipico di Personalità) si caratterizza per "ritiro sociale e stranezza comportamentale", il Cluster B (Disturbi Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità) è contraddistinto da "instabilità, drammaticità ed esagerata manifestazione delle

emozioni” e infine il Cluster C (Disturbi Dipendente, Evitante e Ossessivo-Compulsivo di Personalità) si presenta con “ansia, sottomissione ed evitamento” (13).

Questa soluzione ha avuto il merito di conferire risalto ai DP e alla necessità di considerare, in sede diagnostica, il loro possibile impatto sulle sindromi cliniche di Asse I; tuttavia, seppure venga riconosciuto il principio della totale indipendenza delle diagnosi e quindi la possibilità che possano coesistere in qualsiasi combinazione, l’adozione di una prospettiva ateoretica lascia aperti molti interrogativi relativi alla reale natura della relazione fra le due categorie nosografiche in questione. Inoltre, la definizione clinica di un Disturbo da Dipendenza da Alcol non deve indurre nell’errore di considerare l’alcolismo un’entità monolitica e unitaria e molti autori hanno messo in guardia contro tale rischio. Come ha recentemente sostenuto Gabbard, l’alcolismo è da considerarsi “come punto di arrivo di una complessa interazione di carenze strutturali, predisposizione genetica, influenze familiari, contributi culturali e altre diverse variabili ambientali” (14). L’abuso e la dipendenza da alcol non dovrebbero pertanto essere considerati di per sé, ma piuttosto come fenomeni variegati, complessi e multideterminati che si declinano in una specifica persona; come ha suggerito Donovan, sarebbe pertanto più appropriato parlare di Alcolismi (15).

Queste osservazioni danno ragione della necessità di indagare in maniera approfondita i rapporti tra caratteristiche di personalità e abuso di sostanze.

La complessità della relazione tra Alcolismo e DP sembra essere confermata dalla eterogeneità delle diagnosi di Asse II associate alla Dipendenza da Alcol; non sorprende tuttavia che le maggiori stime si ottengano per i Disturbi di Personalità del Cluster B, tradizionalmente associati all’impulsività, all’instabilità affettiva e a un’identità fragile. Proprio in virtù di tali caratteristiche, questi pazienti sono portati a ricorrere all’alcol e ad altre sostanze psicoattive per compensare deficit nella loro struttura di personalità, per colmare la sensazione cronica di noia e vuoto (come nei pazienti Borderline) o per compensare bisogni di onnipotenza frustrati (nel paziente Narcisista).

In particolare, risulta rilevante la presenza del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità; la loro relazione con il ricorso a sostanze di abuso è confermata, all’inverso, anche da studi condotti su pazienti Borderline e Antisociali nei quali vengono registrate prevalenze di DUS fino al 75% per i primi (mono-abuso di alcol 36,5%) e fino al 95% per i secondi (mono-abuso di alcol 34%) (16).

Inoltre, in un contributo recente, Verheul e coll. hanno evidenziato come la diagnosi di alcuni disturbi di Asse I (in particolare Disturbi d’Ansia e Disturbi dell’Umore) ma non dei Disturbi di Personalità in pazienti abusatori di sostanze possa effettivamente riflettere un artefatto indotto dalla sostanza stessa e dai suoi effetti sull’individuo (17).

E' stata sovente osservata in pazienti alcolisti una maggiore comorbidità di DP rispetto a campioni di controllo; i pazienti alcolisti soddisferebbero cioè più spesso che soggetti non abusatori i criteri di appartenenza a più di una categoria diagnostica nell'ambito della patologia della personalità (18, 19). Gli studi esaminati riportano la presenza media di 2/3 DP in tali pazienti con una elevata comorbidità entro il Cluster B (20, 21, 22, 18).

Ma che cosa sappiamo di quei soggetti che non giungono all'attenzione del clinico? Quali sono gli elementi che rendono possibile la definizione di una popolazione psichiatrica oggetto di studio? Esistono fattori psicologici e/o ambientali che "impediscono" alla persona di ricevere la giusta attenzione da parte dello psichiatra?

E ancora, come poter tracciare linee di discussione ed analisi che coinvolgano non più (o non solo) il malato mentale, ma anche la totalità delle persone, che costituiscono il tessuto sociale all'interno del quale si sviluppano e prendono corpo pensieri, atteggiamenti e stili di vita della Società Contemporanea?

Ad oggi, molti esperti si sono interrogati nel tentativo di giungere ad una definizione il più possibile esaustiva delle caratteristiche socio-ambientali che rendono possibile e a volte inevitabile la produzione e diffusione di comportamenti e ideologie connesse con il consumo, l'abuso o l'astinenza dall'alcol; in un nostro precedente lavoro (23) abbiamo presentato una serie di riflessioni che fondavano il proprio diritto all'esistenza nel profondo radicamento alla storia dell'umanità, spesso influenzata e condizionata dagli eventi che a vario titolo e con diverse peculiarità hanno caratterizzato la vita dell'umanità.

Pur ritenendo tali argomentazioni estremamente interessanti e foriere di spunti di riflessione, riteniamo tuttavia doveroso e (diremmo) imprescindibile sviluppare una riflessione specifica sulla "persona" che consuma, o potrebbe farlo, alcol, a vario titolo e con diverse modalità.

Introduciamo pertanto la nozione di vulnerabilità o fragilità personologica, intese come concetti in grado di inquadrare in modo esaustivo le diversità di comportamenti di fronte a medesimi fattori stressanti o accadimenti; queste formulazioni speculative presuppongono la caratteristica della permanenza, che rappresenta un rischio e che condiziona la gravità, la durata e la prognosi delle manifestazioni psicopatologiche.

Il soggetto vulnerabile può ammalarsi quando intervengono fattori esterni importanti o sufficienti, cosicché di possono tenere presenti sia gli elementi innati sia le vicende di adattamento sociale, le

ricerche genetiche e neurochimiche, gli accadimenti della vita e il ruolo dell'ambiente sociale. Questo campo di interessi si sta rivolgendo, oltre che alla ricerca di marker biologici specifici, anche ad una pesatura degli eventi, nella loro rilevanza sia predisponente che precipitante (24).

Il paziente può anche considerare l'assunzione dell'alcol uno scopo prioritario sulla base del quale riorganizzare la propria esistenza. E' così possibile effettuare una chiara distinzione fra consumo ed alcol-dipendenza ma è certo molto difficoltoso definire un unico ed inequivocabile percorso che conduca dal consumo alla dipendenza alcolica, in termini di frequenza del bere, di quantità assunte, di durata dell'uso o di tratti personologici (25).

E ancora, in base alla teoria della Competenza Relazionale (26) possiamo definire l'alcolista un individuo che non possiede un'adeguata competenza relazionale; ciò non gli permette di stabilire relazioni adeguatamente intime che gli consentano di condividere con le persone significative il dolore e le forti emozioni, passate e presenti, accumulate e non propriamente elaborate. Ricorre quindi all'alcol come automedicazione per lenire il proprio dolore. Anche i soggetti che utilizzano l'alcol per raggiungere uno stato di disibinizione ed euforia utilizzerebbero la bevanda per negare il proprio dolore (27). Appare chiaro, pertanto, come l'epilogo logico di questa disamina clinica debba riguardare anche un aspetto pratico, operativo: qualora cioè si configurino gli estremi per la caratterizzazione di un disturbo mentale alcol-correlato, dovremmo poter ricorrere all'utilizzo di strumenti che possano aiutare il medico a pervenire ad una diagnosi, o quantomeno all'individuazione di fattori di rischio inerenti al problema suindicato.

Tali strumenti sono:

- indicatori clinico sociali (fisici, ematochimici, psicologici e sociali),
- anamnesi traumatologica,
- questionario CAGE,
- indagine sul consumo d'alcol.

Inoltre, gli interventi psicologici, rivolti all'ascolto, al rafforzamento della motivazione, alla valutazione della personalità attraverso l'utilizzo di strumenti specifici (colloquio clinico, Test di Rorschach, MMPI, T.A.T), possono permettere di ottenere un quadro globale delle caratteristiche della personalità dell'individuo, degli aspetti funzionali e delle eventuali vulnerabilità.

TAB. 14.I - PRINCIPALI SCALE DI VALUTAZIONE PER L'ALCOLISMO E LE TOSSICODIPENDENZE

Rating Scale	Autori	n° item	Area esplor.	Tipo valutaz.
MacAndrewAlcoholism Scale - MAC	MacAndrew, 1965	49	Alcolismo	auto
CAGE	Ewing e Rouse,1970	4	Alcolismo	auto/etero
Michigan Alcoholism Screening Test - MAST	Selzer, 1971	25	Alcolismo	auto
Alcohol Use Inventory - AUI	Horn et al.,1974	147	Alcolismo	auto
Munich Alcoholism Test - MALT	Feuerlein et al., 1977	7+24	Alcolismo	auto+etero
Severity of Alcohol Dependence Questionnaire - SADQ	Stockwell et al.1979	20	Alcolismo	auto
Addiction Severity Index - ASI	McLellan et al., 1980	142	Dipendenze	etero
Valutazione dell'Abuso alcolici e Rischio di Alcolismo VARA	Conti et al., 1982	40	Alcolismo	auto
Drug Abuse Screening Test - DAST	Skinner, 1982	28	Alcolismo	auto
Alcohol Dependence Data - ADD	Raistrick et al., 1983	39	Alcolismo	auto
Short-form ADD -	Raistrick et al., 1983	15	Alcolismo	auto

SADD				
Test di valutazione del Rischio di Alcolismo – TriAI	Conti et al., 1986	38	Alcolismo	auto
Alcohol Use Disorders Identification Test — AUDIT	Babor et al., 1989	10	Alcolismo	auto
TWEAK-Test	Russel et al., 1991	5	Alcolismo	etero
Index of Alcohol Involvement – IAI	MacNeil, 1991	25	Alcolismo	auto
Severity Alcohol Dep Questionnaire-Community-SADQ-C	Stockwell et al.1994	20	Alcolismo	auto
Leeds Dependence Questionnaire - LDQ	Raistrick et al., 1994	10	dipendenze	auto
Obsessive Compulsive Drinking Scale — OCDS	Anton et al., 1995	14	Alcolismo	auto

Uno degli strumenti che, probabilmente, ha avuto maggior successo e che è stato (ed è ancora) ampiamente usato, è il *CAGE*. Presentato in un congresso internazionale da Ewing e Rouse nel 1970 e pubblicato solo negli atti del congresso, non ebbe una risonanza immediata; solo alcuni anni più tardi incominciò ad essere utilizzato ed a raccogliere una letteratura favorevole.

Il *CAGE* è un questionario di sole 4 domande e la sua denominazione rappresenta lo mnemonico relativo proprio alle 4 domande:

1. Have you ever felt you ought to **Cut down** on your drinking? (*Ha mai sentito il bisogno di ridurre il bere?*)
2. Have people **Annoyed** you by criticizing your drinking? (*Gli altri lo hanno mai infastidito criticando il suo bere?*)
3. Have you ever felt bad or **Guilty** about your drinking? (*Si è mai sentito cattivo o in colpa a causa del suo bere?*)
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (**Eye-opener**)? (*Ha mai avuto il bisogno di bere al mattino, immediatamente dopo il risveglio, per calmare i suoi nervi o per riprendersi dai postumi di una sbornia?*)

La semplicità, la rapidità di applicazione e di interpretazione hanno fatto la fortuna del questionario che è stato impiegato sia da solo, sia disperdendo, "mimetizzando", le 4 domande in questionari più

ampi e non specificamente e dichiaratamente rivolti all'esplorazione dei comportamenti di abuso alcolico, o anche facendo queste domande nel corso di un colloquio clinico o raccogliendo l'anamnesi. Gli Autori, nello sviluppare il questionario, pensavano che anche una sola risposta positiva potesse autorizzare a sospettare la presenza di alcolismo; studi successivi hanno documentato che la presenza di due o più risposte positive è indicativa della presenza di alcolismo. Il CAGE si è dimostrato un test sensibile, specifico ed affidabile anche se nei paesi dove prevale l'alcolismo "asciutto" (dryer), cioè da superalcolici, tende ad essere eccessivamente sensibile, mentre in quelli in cui la cultura alcolica è più legata al vino ed il bere è più svincolato da sensi di colpa può non individuare bevitori alcolodipendenti.

Di poco successivo (1971) è il *Michigan Alcoholism Screening Test - MAST* di Selzer (28), un'intervista diagnostica strutturata per individuare i soggetti alcolisti. Nella sua versione originale è composto da 25 items dicotomi (Sì/No) ai quali è assegnato un punteggio ponderato, per cui non sempre il "No" corrisponde a zero ed il "Sì" a uno, ma possono variare da 1 a 5. Il punteggio totale, che corrisponde alla somma delle risposte con punteggio diverso da zero, è indicativo di presenza di 4;=7 e di assenza di problemi alcol-correlati se è =alcolismo se è punteggi pari a 5 o 6 indicano una condizione di rischio di alcolismo (o di forme *borderline* di alcolismo). Un limite di questa scala è la tendenza a non cogliere i casi iniziali di alcolismo.

Uno strumento di origine europea, e precisamente tedesca, che ha avuto un buon successo è il *Munich Alcoholism Test - MALT* (29). Si tratta di una scala composta da due parti tra loro strettamente interdipendenti. La prima parte, di 7 items, è di eterovalutazione ed esplora prevalentemente l'eventuale presenza di malattie somatiche che possono essere più o meno direttamente correlate all'alcolismo, il consumo oggettivo di alcol e l'eventuale richiesta di aiuto da parte dei familiari per i problemi alcol-correlati; la risposta positiva in questi items "pesa" 4 punti, 4 volte di più, cioè, della risposta positiva nella sezione di autovalutazione. Questa è composta da 24 items che esplorano l'atteggiamento verso il bere e le compromissioni socio-emozionali e somatiche conseguenti al bere. Punteggi totali compresi fra 6 e 10 devono far sospettare l'esistenza di alcolodipendenza anche in assenza di evidenza clinica; soggetti con punteggi superiori a 10 devono essere diagnosticati come alcolisti.

La *Alcohol Use Inventory - AUI* (30) parte dalla constatazione che considerare l'alcolismo come una malattia progressiva è senz'altro una ipersemplicificazione di un problema che deve essere visto, invece, come complesso che può essere più correttamente e completamente inquadrato come una "sindrome multipla", per una diagnosi comprensiva della quale è necessario prendere in considerazione anche dimensioni comportamentali non strettamente specifiche dell'abuso alcolico.

Attraverso una serie di studi, gli Autori hanno individuato 147 items che individuano 16 scale e 6 dimensioni, che forniscono un quadro globale del pattern specifico di uso dell'alcol da parte del singolo alcolista. Questo tipo di approccio, fornendo un profilo individuale, può consentire un intervento terapeutico più mirato.

Proprio nell'ottica di individuare i bevitori con moderata dipendenza, Raistrick e collaboratori(31), nel 1983, hanno messo a punto un questionario denominato *Alcohol Dependence Data - ADD* sensibile all'intera gamma dell'alcoldipendenza e capace di misurarne i cambiamenti nel tempo. Dalla versione originale composta da 39 items, gli Autori, attraverso tecniche statistiche, hanno isolato 15 items che costituiscono la *Short-form Alcohol Dependence Data - SADD*, una scala di autovalutazione di semplice e facile compilazione.

Interessante è anche l'*Index of Alcohol Involvement - IAI* (32), una scala di autovalutazione composta da 25 items mirata a misurare l'entità del "problema alcol". Gli items esplorano tutti gli aspetti legati alle problematiche alcol-correlate e consentono di stabilirne la presenza e, in caso positivo, la gravità. La scala ha dimostrato un'ottima affidabilità e validità.

Sotto l'egida dell'OMS è stato sviluppato l'*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* (33), uno strumento di screening per l'identificazione dei bevitori a rischio. È composto da 10 items che esplorano, relativamente agli ultimi 12 mesi, il consumo di alcol, le modalità di uso dell'alcol ed i problemi alcol-correlati. Essendo stato sviluppato in un progetto collaborativo che ha coinvolto 6 paesi, può essere considerato "culture-free". L'AUDIT si è dimostrato un valido strumento di screening.

Questa sia pur rapida carrellata ha dimostrato come, dal punto di vista dello psichiatra, esistano numerosi elementi la cui valutazione ricopre un'importanza fondamentale, nell'ottica di una attendibile valutazione del rischio psicopatologico e delle strategie di intervento connesse con disagi mentali alcol-correlati.

Forse però non tutto è stato detto: accanto alle considerazioni ineludibili riguardanti gli effetti nocivi dell'alcol codificati in specifici quadri psicopatologici, il rischio di generalizzare ed uniformare le informazioni e le considerazioni raccolte, pare elevato. Si tratta quindi di vedere se, considerando il problema da un'altra prospettiva, si possano ricavare informazioni e indicazioni utili per poter in futuro sviluppare strategie mirate e protocolli di intervento, che non costituiscano d'altro canto il rischio per una presa di posizione tout court nei confronti delle bevande alcoliche, e del vino nella fattispecie.

Considerare con attenzione l'evoluzione storica e le caratteristiche attuali degli atteggiamenti

assunti da diverse culture, nei confronti dell'uso di alcol e dei corrispondenti valori trasmessi, appare molto importante. Questo può, infatti, aiutare a comprendere la singola persona e le sue scelte, ma fornisce anche la cornice entro cui collocare l'evoluzione storica del pensiero scientifico. Alcune culture hanno conosciuto, nei secoli, numerose e talvolta profonde trasformazioni di atteggiamenti che hanno oscillato tra liberalismo e proibizionismo. Altre, seguendo precisi dettami religiosi, hanno, al contrario, da sempre praticato la regola del divieto assoluto di uso di bevande alcoliche.

Tale flessibilità di opinioni è riscontrabile anche nel mondo scientifico.

Da quanto esposto finora, appare chiaro come l'alcol abbia a che fare con il piacere, e il piacere, come è noto, con l'Inferno (34). Oggi la Scienza non crede più che la dipendenza sia un problema morale, bensì una vera e propria malattia, caratterizzata soprattutto dalla perdita di controllo (la persona crede di poter controllare ciò che sta facendo ma invece non è più in grado di farlo). Il confine tra un comportamento funzionale e l'abuso viene in psichiatria tracciato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (13). I criteri diagnostici ivi suggeriti propongono e stimolano il medico capovolgendo l'impostazione tradizionale, a guardare più ai disturbi del comportamento alcol-correlati che non alla quantità di alcol assunta quotidianamente (34); l'alcol dipendenza non è quindi, secondo questa impostazione, espressione di debolezza di volontà, bensì una patologia, probabilmente su base neurobiologica, nell'ambito della quale la persona non è in grado di controllare il suo rapporto con l'alcol.

Ancora oggi, l'alcolismo viene considerato essenzialmente un problema sociale, da trattare in quanto tale mediante interventi preventivi, campagne di educazione sanitarie e così via.

Una parte minoritaria considera l'alcolismo come una vera e propria malattia, senza dubbio con forti implicazioni sociali, ma che coinvolge certamente la persona che ne è affetta (34).

Riprendendo quindi il titolo dell'intervento, potremmo concludere che non solo un contraddittorio si rende possibile, ma che forse proprio attraverso la riflessione e l'analisi di una realtà tanto variegata e multiforme, si possono (e forse, si devono) pensare altri percorsi, lontani questa volta, da prese di posizione assolutistiche, qualsiasi esse siano.

Bibliografia

1. Nielsen, N. R., Schnohr, P., Jensen, G. & Grønbaek, M.. Is the relationship between type of alcohol and mortality influenced by socio-economic status?, *Journal of Internal Medicine* 2004; 255: 280–288.
2. Madeddu, F., Movalli, M. G., Prunas, A. - Società Italiana di Alcolologia - Riunione Monotematica 2000 - Sezione Regionale Triveneta SIA - La Comorbilità Psichiatrica nell'Alcol Dipendenza.
3. Verheul, R., Van Den Brink, W., Hartgers, C., 1995, Prevalence of Personality Disorders Among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview, *Eur. Add. Research*, 1: 166-177.
4. Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C., 1997, Lifetime Co-Occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*, 53, 313-322.
5. Schuckit, M.A., Hesselbrock, V., 1994, Alcohol Dependence and Anxiety Disorders: What is the Relationship?, *Am J Psychiatry*, 151: 1723-1734.
6. Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R., 1988, The Co-Occurrence of Alcoholism with Other Psychiatric Disorders in the General Population and its Impact on Treatment, *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
7. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., et al., 1990, Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area Study, *JAMA*, 264 (19): 2511-18.
8. Edwards, J., Marshall, E.J., Cook, C.C., 1997, *The Treatment of Drinking Problems*, Cambridge University Press, Tr. It., *Diagnosi e Trattamento dell'Alcolismo*, 2000, Raffaello Cortina Editore, Milano.
9. Vaccaro, J.V., Clark, G.H., Bassi, M., 1999, *Manuale di Psichiatria Territoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
10. American Psychiatric Association, 1952, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st Edition (DSM I), American Psychiatric Press, Washington D.C.
11. American Psychiatric Association, 1968, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition (DSM II), American Psychiatric Press, Washington D.C.
12. American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of*

- Mental Disorders, 3rd Edition (DSM III), American Psychiatric Press, Washington D.C.
13. American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV), American Psychiatric Press, Washington D.C.; Tr. It, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 1996, Masson.
 14. Gabbard, G.O., *Psichiatria Psicodinamica*, 1995, Raffaello Cortina Editore, Milano.
 15. Donovan, J.M., 1986, An Ethologic Model of Alcoholism, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1-11.
 16. Hatzitaskos, P., Soldatos, C.R., Kokkevi, A., Stefanis, C.N., 1999, Substance Abuse Patterns and Their Associations with Psychopathology and Type of Hostility in Male Patients with Borderline and Antisocial Personality Disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 40:4, 278-282.
 17. Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., Rousanville, B.J., 2000, Axis I and Axis II Disorders in Alcoholics and Drug Addicts: Fact or Artifact?, *J Stud Alcohol*, 61:1, 101-10.
 18. Marchiori, E. , Loschi, S., Marconi, P.L., Mioni, D., & Pavan, L., 1999, Dependence, Locus of Control, Parental Bonding and Personality Disorders: A Study in Alcoholics and Controls, *Alcohol and Alcoholism*, Vol.34, N.3, pp.396-401.
 19. Morgenstern, J., Lagenbucher, J., Labouvie, E., Miller, K. J., 1997, The Comorbidity of Alcoholism and Personality Disorders in a Clinical population: Prevalence Rates and Relation to Alcohol Typology Variables, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
 20. Nurnberg, H.G., Rifkin, A., & Doddi, S., 1993, A Systematic Assessment of the Comorbidity of DSM-III-R Personality Disorders in Alcoholic Outpatients, *Compr. Psychiatry*, 34:6, 447-454.
 21. De Jong, C.A.J., Van den Brink, W., Harteveld, F.M., Van der Wielen, E.G.M., 1993, Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts, *Compr. Psychiatry*, 34 (2), 87-94.
 22. Movalli, M.G., Madeddu, F., Fossati, A. & Maffei C., 1996, Personality Disorders (DSM III-R, DSM IV): Prevalence in Alcoholics and Influence on Drop Out from Treatment, *Alcolgia*, 8 (1), 47-52.
 23. Costacurta, A., Pavan, L.. *La terra di mezzo*, Accademia dei Georgofili, Ottobre 2004)
 24. Pavan, L., Banon, D.. *Trauma vulnerabilità e crisi – Il trattamento della crisi emozionale*. Bollati Boringhieri Ed., 1996.
 25. Travaglini, R., Giardinelli, L.. *Fenomeno alcolismo e differenze di genere — Giorn. Ital.*

Psicopat. 2005; 11: 437-444

26. L'Abate, L., De Giacomo, P. Intimate relationships and how to improve them: Integrating theoretical model in prevention and psychotherapy. Westport, CT: Praeger, 2003.

27. Colesso, W.. La competenza relazionale dei soggetti alcolisti., *Problemi in Psichiatria*, n° 39 – Aprile 2006

28. Selzer, M.L. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry* 1971 Jun;127(12):1653-8.

29. Feuerlein, W., Ringer, C., Küfner, H., Antons, K.. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism test (MALT) - *MMW Munch Med Wochenschr.* 1977 Oct 7;119(40):1275-82.

30. Wanberg, K.W., Horn, J.L., Foster, F.M. A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *J Stud. Alcohol.* 1977 Mar;38(3):512-43.

31. Raistrick, D., Dunbar, G., Davidson, R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Br J Addict.* 1983 Mar;78(1):89-95.

32. MacNeil, G.A.. Short-Form Scale to Measure Alcohol Abuse. *Research on Social Work Practice*, Vol. 1, No. 1, 68-75 (1991).

33. Bohn, M.J., Babor, T.F., Kranzler, H.R.. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud. Alcohol.* 1995 Jul;56(4):423-32.

34. Gallimberti, L.. *Il bere oscuro, viaggi nei misteri dell'alcolismo.* BUR Ed., 2005.