

MANUALE DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE DELLA "SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DELL'ABUSO DI SOSTANZE" (AbSo) di Maremmani e Castrogiovanni

L'AbSo è una intervista strutturata in eterovalutazione articolata in diversi settori.

La **patologia somatica** indagata include le patologie epatiche maggiormente riscontrabili nella tossicodipendenza, la patologia vascolare, quella gastroenterica, i problemi sessuali, la situazione di interesse odontoiatrico; viene inoltre riportata la situazione immunitaria sia a livello di interessamento del sistema linfoghiandolare, sia per i problemi HIV correlati fino allo stato di AIDS conclamato.

La rilevazione della **patologia psichiatrica** può essere affrontata anche da un medico non specialista in quanto non occorre operare una fine diagnosi differenziale; vengono infatti indagati grandi settori della psicopatologia facilmente differenziabili fra loro. Il problema dell'*insight* si riferisce alla coscienza o meno del soggetto di avere una malattia di ordine cronico, provocata dall'uso stesso della sostanza, al di là delle problematiche che hanno o meno favorito l'incontro con la sostanza stessa. Mancanza di insight viene rilevata quando il soggetto ritiene di avere un problema solo "di testa" e che potrà essere risolto solo con il suo sforzo di volontà. Per disturbi della *coscienza* basterà rilevare episodi ricorrenti o uno stato di obnubilamento del sensorio non dovuto ad uno stato di intossicazione o di astinenza. La *memoria* è indagata nel suo insieme, senza distinzione fra difetto di fissazione o di rievocazione; l'*ansia* comprende uno o più episodi di panico o uno stato di ansia generalizzata, più naturalmente quadri fobici (fobia semplice o fobia sociale) e i quadri ossessivo-compulsivi. Nell'*umore* basta la rilevazione di tentativi di suicidi (non vengono considerate le overdose, se non espressamente definite come tentativo di suicidio da parte del paziente), episodi multipli di depressione, la presenza di una fase maniacale, o gli stati di depressione e maniacalità non eclatanti, ma tendenti alla cronicizzazione. Anche il concetto di bipolarità attenuata (crisi depressive con successivo lieve innalzamento del tono dell'umore senza arrivare all'episodio maniacale) deve essere considerato. I disturbi del *sonno* sono rilevati in maniera aspecifica; per l'*alimentazione* vengono considerati periodi di rifiuto del cibo non legati alla pratica tossicomane o periodi di abbuffate non sotto l'azione di sostanze d'abuso. L'*aggressività* comprende la presenza di violenza, la ripetuta distruzione di oggetti, la forte irritabilità, il negativismo, la sospettosità, l'aggressività verbale; un item a parte evidenzia l'aggressività autodiretta sotto forma di tentativi di suicidio, ma anche come autolesionismo fisico; infine viene indagata la presenza di *deliri* ed *allucinazioni*, presenti o passati.

La parte riguardante la situazione **socioambientale** è distinta per studenti e lavoratori, per soggetti non coniugati e coniugati e riguarda i problemi connessi con lo studio o con il lavoro ed i rapporti con i familiari, con l'ambiente sociale, con gli eventuali partners. Si indaga poi la vita sessuale e la capacità di gestire la propria socializzazione nei riguardi del tempo libero. Il giudizio è espresso dal paziente in maniera dicotomica "soddisfacente vs non soddisfacente". Infine un'ultima sottosezione riporta se il soggetto ha subito arresti, se ha riportato condanne, se ha procedimenti legali in corso.

La quarta sezione indaga l'**abuso di sostanze** anamnestico e comprende le voci **Alcolici**, **Opioidi** (morfina, eroina, metadone illegale), **Depressori del SNC** (Anestetici, Sedativi, Tranquillanti, Ipnocici), **Stimolanti del SNC** (Anfetamine, Cocaina, Dopaminergici del tipo amineptina), **Allucinogeni** (Allucinogeni classici: mescalina, psilocibina, peyotal, LSD; Allucinogeni di nuova generazione come l'estasy-MDMA e la fenciclidina-PCP-pane degli angeli), **Cannabinoidi**, **Gas e collanti**. Il poliabuso di sostanze è da intendersi come **Poliabuso primitivo** e deve comprendere 3 o più sostanze durante la fase precedente all'ingresso in terapia. Infine viene indagato il **Poliabuso secondario**, ossia quello che spesso si verifica nei programmi metadonici quando il soggetto è sottomedicato con i farmaci agonisti.

La **Clinica dell'Abuso di Eroina** è riferita al momento della rilevazione. L'**assunzione di eroina** è espressa in una scala categoriale utilizzabile però anche per analisi metriche a cinque valori (saltuaria, settimanale, plurisettimanale, giornaliera, plurigiornaliera). Le **modalità di assunzione** comprendono 4 tipi autoescludentisi: l'uso di oppiacei interferisce, infatti, in maniera diversa con la possibilità di raggiungere un certo grado di adattamento sociale. Il livello più basso di questa scala, e che corrisponde al massimo grado di disadattamento è rappresentato dai cosiddetti **consumatori da strada (junkies)**. In essi spesso si assiste al fenomeno del poliabuso di sostanze e alla incessante richiesta di prescrizioni mediche, a volte anche al limite della legalità, di qualunque sostanza possa alleviare il dolore delle crisi di astinenza o possa saziare il "craving" per l'eroina. Altissima è, inoltre, la percentuale di attività criminose volte al reperimento dei soldi per la o le "dosi giornaliere". Estremamente difficile è anche l'approccio terapeutico che essi rifiutano. All'opposto gli **stabili o conformisti (stables)** conducono una esistenza apparentemente ben uniformata alle convenzioni sociali. Spesso riescono a mantenere un'attività lavorativa anche di relativa importanza e non vanno incontro a problemi con la legge. Non amano la vita di gruppo con altri tossicodipendenti. I **distruttori o violenti (junkies)** sono immersi nella sub-cultura della droga e vivono in luoghi e situazioni spesso ai limiti della legge quando non in aperto contrasto con regole o convenzioni. Non hanno un lavoro onesto e spesso si dedicano ad attività criminali per sopravvivere. Sono dediti anche a manifestazioni di aggressività senza motivo e solo per il gusto di provocare sofferenza nella vittima. Coloro che **vivono in due mondi (two wondrous)** non disdegnano le attività criminose e la vita insieme ad altri tossicodipendenti, ma spesso hanno un lavoro regolare; rappresentano la quota di eroinomani più pericolosa socialmente per i gravi inconvenienti che essi possono provocare sul lavoro, sia nel momento dell'intossicazione acuta che in quello della sindrome da astinenza. I **solitari (loners)**, infine, non sono coinvolti nella cultura della droga, non hanno un lavoro fisso e spesso vivono più con sovvenzioni dello Stato che non con il provento di attività criminose. Molto spesso sono portatori di gravi problemi psicopatologici (Schizofrenia simplex), che il concomitante comportamento tossicomano rende molto difficili da diagnosticare e trattare adeguatamente. Un item è dedicato alla rilevazione dell'esistenza o meno in passato di periodi di **periodica astinenza** come **pattern d'uso**. La **fase clinica** rappresenta la storia naturale della tossicodipendenza. **Stadio dell'incontro o della "luna di miele"**. Nel soggetto normale non assuefatto, una somministrazione di oppioidi produce effetti particolarmente marcati verso il polo positivo della sensazione di benessere. L'individuo sperimenta un estremo senso di calma e rilassatezza non disgiunto da una certa dose di euforia che tuttavia è ben diversa da quella da selettiva attivazione del sistema dopaminergico, come si riscontra nell'uso di cocaina e anfetaminosimili.

Generalmente l'uso della sostanza è saltuario e il soggetto esterna la convinzione di poterlo interrompere volontariamente ed in ogni momento. Non si assiste all'estrinsecazione di un vero e proprio comportamento tossicomane, non vi è tendenza ad aumentare la dose e neppure il desiderio irresistibile di usarla. Non si rilevano chiari segni di sindrome di astinenza. Spesso la situazione è sottovalutata sia dal paziente che dall'ambiente sociale, incapace di cogliere i fini segni di una disforia che tende sempre più a prendere campo.

Fase intermedia o delle dosi crescenti. Mantenendo costante la dose, via via gli effetti euforici tendono a scomparire, mentre cominciano a farsi strada sintomi di segno opposto, legati alla sindrome di astinenza che si sviluppa parallelamente all'istaurarsi della tolleranza. Il soggetto da "normale" è diventato assuefatto al farmaco e per riprovare la sensazione di euforia dovrà aumentare la dose della sostanza, ma, per lo stesso meccanismo, sempre più grave sarà la sintomatologia contropolare. Il bisogno della sostanza si fa sempre più "imperativo" e continuando l'abuso di oppiacei, oltre alla necessità di incrementare la dose, si giungerà ad un punto in cui il polo euforico non sarà più raggiungibile ed il soggetto oscillerà fra una normalità sempre più difficile da ottenere ed un sempre più grave malessere psicofisico della sindrome di astinenza. E' questa la condizione di un tossicodipendente scompensato o "a rota". Nei casi più gravi si assiste alla fase della "depravazione", in cui il soggetto è totalmente orientato, con ogni mezzo, lecito o illecito, morale o immorale alla ricerca della sostanza.

Fase delle ripetute disintossicazioni o della "porta girevole". Dopo un periodo più o meno lungo di dipendenza, l'impossibilità a reperire la sostanza nelle quantità necessarie o la presa di coscienza delle proprie condizioni psicofisiche sollecita l'eroinomane a intraprendere dapprima tentativi di disintossicazione autogestiti e poi a rivolgersi ai presidi socio-sanitari. A questo punto inizia il calvario del comportamento recidivante. Alla richiesta di assistenza che, "dopo aver toccato il fondo", il soggetto esterna, spesso con motivazioni sincere, si assiste, in genere, a prese di posizioni rigide da parte degli operatori del settore volte a "liberare velocemente" l'individuo dal tossico ed a instaurare programmi di rieducazione psicologica o sociale (interventi psicoterapici o comunitari). Spesso si assiste così alla "porta girevole", un drammatico alternarsi di stare in cura, uscire, ricadere, essere arrestati, ricoverati in ospedale, tornare in cura, e così via. Tutto questo non fa che perpetuare la sensazione di inguaribilità che si impadronisce dei tossicodipendenti e negli altri la convinzione quanto mai errata che essi siano inguaribili. Inoltre è in questo periodo che maggiore è il rischio di morte per "overdose"; infatti in un soggetto tossicodipendente in disintossicazione si assiste alla progressiva diminuzione della tolleranza agli oppiacei e alla contemporanea insorgenza di una appetizione verso la sostanza che conduce ad un uso saltuario di eroina. Il ricorso ad una dose uguale a quella assunta nel periodo di tolleranza potrà in questo caso provocare una "overdose". Dal punto di vista della **nosografia** i dipendenti da eroina possono essere suddivisi in **reattivi, autoterapici, metabolici. Tossicodipendenti "Reattivi"**. Spesso l'assunzione della droga rappresenta una risposta a problematiche di interazione sociale e familiare o di inserimento al gruppo. In questo caso l'abuso di sostanza è inquadrabile nella normale crisi adolescenziale a cui possono concomitare particolari aspetti della personalità dell'individuo e dell'ambiente che lo circonda senza tuttavia essere in presenza di gravi disturbi della personalità o del carattere. La mancanza di uno strutturato senso critico impedisce il rigetto di un'offerta inutile, dannosa, ma ben organizzata come quella dell'eroina. In genere l'eroina è dotata della proprietà di indurre barriere psicologiche verso un suo acquisto, ma ci sono momenti della vita di un adolescente in cui, per così dire, la guardia è bassa. Il quadro

clinico dominante in questi individui è quello della “luna di miele”, protratta nel tempo, ma l’uso continuativo può condurre ad un’evoluzione sfavorevole di “dipendenza”. Per questi soggetti sono indicati gli interventi psicoterapici e rieducazionali, supportati se necessario da un intervento psicofarmacologico con antagonisti per gli oppiacei. **Tossicodipendenti “autoterapici”**. E’ stato notato che non sempre si ricerca nella droga l’effetto euforizzante, ma inizialmente spesso il soggetto “ricerca attivamente una sostanza che lo liberi da sintomi disforici e trova che gli oppiacei realizzano ciò meglio di altre categorie di farmaci”. Si propone in altre parole, per una parte dei soggetti che si avvicinano alla droga, il concetto di ricerca della sostanza come inconscio tentativo di autoterapia per disturbi psicopatologici preesistenti che dalla droga stessa trarrebbero giovamento. Tale concetto ha trovato, anche se in modo parziale e non univoco, conferma nella ipotesi del ruolo delle endorfine nella psicopatologia. Si è cercato di evidenziare tale ruolo con strategie diverse utilizzando antagonisti oppiacei nel trattamento di disturbi psichici; valutando i risultati della somministrazione di endorfine; indagando i livelli basali di endorfine nei pazienti psichiatrici; stimolandone la liberazione endogena mediante la provocazione di dolore o stress o l’applicazione di elettrodi nel cervello. Nonostante i risultati di queste ricerche non abbiano permesso a tutt’oggi una visione chiara del problema, è molto probabile che un’autosomministrazione di oppiacei in ragione della loro azione antidepressiva, antipanica e antipsicotica possa verificarsi, in situazioni di scompenso psicopatologico, in soggetti che sono andati incontro ad esperienze depressive, psicotiche, di panico, di fobia sociale o di agorafobia spesso misconosciuti dai familiari e anche dal medico. Solo la diagnosi precoce e il trattamento della forma primitiva possono impedire lo svilupparsi di una forma di dipendenza metabolica. **Tossicodipendenti “metabolici”**. Comunque si sia verificato l’incontro tra adolescente ed eroina, dopo due anni circa di fase intermedia e soprattutto durante la fase della “porta girevole” siamo in presenza di un quadro di eroinismo cronico caratterizzato da sindrome da astinenza, appetizione per la sostanza, comportamento recidivante. Per questi soggetti è indicato un trattamento con farmaco sostitutivo a lungo termine, con supporto psicologico e sociale in vista di una disintossicazione tardiva.

La sezione successiva indaga i **trattamenti** sia **pregressi** che **attuali**. Vengono considerate come terapie la *Comunità Terapeutica (CT)*, i trattamenti *psicofarmacologici anticraving*, *le psicoterapie*, i programmi di *disintossicazione a breve termine con agonisti o antagonisti*, i trattamenti di *mantenimento con agonisti o antagonisti*. Nel caso di trattamenti con agonisti può essere registrato anche il **dosaggio di metadone**.

Sul piano trasversale possono, infine, essere registrate **l’età del primo contatto con la droga, l’età dell’uso continuativo, la durata della dipendenza, l’età del primo contatto terapeutico**.