

## **IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA NELL'ALCOLDIPENDENZA**

Ezio Manzato

*Servizio Alcolologia - SERT 1 Az. U.L.S.S. n.21 - Ospedale di Zevio (Verona)*

### **INTRODUZIONE**

Lo sviluppo ed il mantenimento dell'alcoldipendenza sono determinati in modo complesso e in misura diversa da fattori neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, effetto gratificante e cognitivo incentivo della sostanza psicoattiva, astinenza e craving), psicologici (carezza delle funzioni dell'Io, situazioni emotive e relazionali a rischio, distress somatico e disturbi psicopatologici in asse I e II del DSM IV), socioambientali (gruppo sociale di riferimento incentivante, condizioni conflittuali familiari e pressione sociale) e sanitari (malattie croniche e correlate).

La base neurobiologica della Dipendenza è costituita dal Sistema Mesolimbico (sistema della gratificazione, sistema dopaminergico a ricompensa), che è la via finale comune della gratificazione fisiologica e di quella indotta dalle sostanze psicoattive (alcol, eroina, cocaina, amfetamine, nicotina) e che influenza anche le strutture neurobiologiche legate alla motivazione, all'emozione, all'apprendimento, alla memoria ed all'attivazione. In questo meccanismo neurobiologico oltre al sistema dopaminergico sono però implicati altri sistemi neurotrasmettitoriali (serotoninergico, oppioide, gabaergico,...) che interagiscono a cascata determinando la sensazione di benessere (gratificazione) (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Nell'abuso cronico, il correlato clinico della disregolazione del sistema della gratificazione è il craving, cioè il desiderio dell'effetto conosciuto di una sostanza psicoattiva che mitiga la sensazione di malessere psicofisico. Questo desiderio può diventare irresistibile in presenza di "stimoli" interni ed esterni (situazioni a rischio: stati emotivi negativi e positivi, disturbi psicopatologici, condizioni conflittuali familiari, coniugali, lavorative e di studio e pressione del gruppo sociale di riferimento incentivante) e con la disponibilità della sostanza; il craving è caratterizzato da un'ideazione polarizzata e da un comportamento finalizzato all'ottenimento della sostanza che rimuove il malessere psicofisico che si manifesta come ideazione polarizzata, ansia, irritazione, aggressività, depressione, insonnia, astenia, anoressia (6, 7, 8, 9, 10).

Il controllo del craving, ritenuto uno dei segni più sicuri di rischio di ricaduta, è pertanto fondamentale nella prevenzione della ricaduta e costituisce il nodo centrale del trattamento riabilitativo dell'alcoldipendenza. Per prevenire le ricadute e controllare il craving, è anche fondamentale il trattamento della comorbilità psicopatologica associata, costituita nella maggior parte dei casi da disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità che funzionano da "stimoli" interni negativi.

Nella quotidiana esperienza lavorativa di un Servizio di Alcolologia si evidenzia sempre più un legame diversificato tra l'abuso di alcol e la comorbilità psicopatologica associata sia come disturbi psichiatrici in asse I del DSM IV che come disturbi di personalità in asse II (11, 12, 13). Molti Autori nazionali e internazionali rilevano come l'abuso di alcol si accompagna o segue la comparsa di disturbi psicopatologici di rilievo,

producendo quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili; tra questi disturbi non devono essere considerati, come comorbilità vera i quadri di psicosi alcolica (disturbo mentale organico indotto da alcol: allucinosi, delirium, demenza), i disturbi dell'umore, d'ansia e del sonno e le disfunzioni sessuali, in cui il disturbo psichico è direttamente derivabile dall'uso protratto ed intenso dell'alcol (14,15,16,17,18).

Il problema di questi quadri clinici complessi investe oltre all'abuso di alcol tutto il consumo delle sostanze psicoattive usate largamente nelle fasce di età tra i 15 e 45 anni. Questi "Disturbi Doppi" sono pertanto una condizione clinica che richiede una maggior attenzione da parte degli operatori del Sistema delle Dipendenze in ragione della facile reperibilità delle sostanze psicoattive, del loro poliabuso ("nuove droghe": alcol trasgressivo da solo od associato a cannabys, LSD, ecstasy...) e del consumo diffuso nelle fasce giovanili (17, 18, 19, 20, 21).

La maggioranza degli studi sulla comorbilità psicopatologica associata all'alcoldipendenza sottolinea l'eterogeneità delle diagnosi psichiatriche effettuate nei pazienti in trattamento e la prevalenza variabile tra il 2% e il 67% per i disturbi di Asse I del DSM e tra l' 11% e il 81% per i disturbi di Asse II. I disturbi di Asse I più frequenti sono i disturbi dell'umore (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo depressivo non altrimenti specificato, disturbo bipolare) e d'ansia (disturbo da attacchi di panico, fobia sociale, disturbo post traumatico da stress, disturbo d'ansia generalizzato), ma sono presenti anche i disturbi psicotici (schizofrenia), i disturbi da uso di sostanze psicoattive (eroina, cannabys, ecstasy, cocaina, ...), i disturbi dell'alimentazione (bulimia nervosa,...) e i disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico, ...) (17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33). I disturbi più frequenti di Asse II sono quelli di gruppo B e C (disturbo antisociale, borderline, narcisistico, evitante e dipendente), ma sono presenti anche quelli di gruppo A (disturbo paranoide e schizotipico) ed il ritardo mentale (17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38).

Nel trattamento dell'alcoldipendenza, pertanto, risulta importante agire contemporaneamente sui diversi fattori di mantenimento della dipendenza mediante l'utilizzo di farmaci specifici per i fattori neurobiologici e per la comorbilità psicopatologica, di supporto per i fattori psicologici e di assistenza per i fattori sociali; questi interventi coordinati costituiscono le strategie del Trattamento Riabilitativo Integrato (T.R.I.), organizzato dal Servizio di Alcologia – SERT 1 c/o Ospedale di Zevio (Verona) in sinergia con i Medici di Medicina Generale, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali ed Ospedalieri, le Strutture Riabilitative Residenziali e Semiresidenziali, i Gruppi di Auto-Aiuto e le Associazioni di Volontariato Sociale presenti nel territorio (11, 12, 13).

## **PROGRAMMA ALCOLOGICO**

Il Trattamento Riabilitativo Integrato gestito dal Servizio di Alcologia è basato sulla concezione che l'alcoldipendenza è una "malattia sociale", che crea disturbi fisici, psicologici e psichiatrici e problemi relazionali nell'individuo, nel nucleo familiare e nel sistema sociale. Pertanto, l'intervento di necessità viene rivolto alla cura delle patologie correlate, alla riabilitazione psicosociale dell'alcoldipendente e del suo nucleo familiare ed al coinvolgimento della comunità sociale come individui, gruppi e collettività.

Il Servizio di Alcologia usufruisce di una struttura all'interno dell'Ospedale di Zevio, costituita da un ambulatorio alcolologico e un centro diurno (day-hospital). Vi sono inoltre due strutture esterne collegate direttamente al Servizio: la Comunità Terapeutica Diurna "Ca' Sorio" a S. Giovanni Lupatoto e il Centro Territoriale "La Rinascita" a Zevio. Inoltre è in fase di organizzazione una sezione di degenza ordinaria per il ricovero alcolologico presso la divisione di Medicina dell'Ospedale di Bovolone e la divisione di Lungodegenza dell'Ospedale di Zevio. Il centro diurno è collegato funzionalmente con il Pronto Soccorso e le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitarie Territoriali, i Medici di Famiglia, i Gruppi di Auto-Aiuto (A.A. e Club) e le Associazioni di Volontariato Sociale (Tab. 1) (11, 12, 13).

**Tab. 1 CENTRI TERRITORIALI E STRUTTURE RIABILITATIVE**

<p style="text-align: center;"><b>Gruppi A.A. AL ANON</b>  <i>A.A. AL ANON "La Sorgente" Bovolone</i>  <i>A.A. AL ANON "Rinascita" Legnago</i>  <i>A.A. AL ANON "Il Giardino" Nogara</i>  <i>A.A. AL ANON "Serenità" S.Giovanni Lupatoto</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>CAT (ACAT Basso Veronese)</b>  <i>C.A.T. Cerea</i>  <i>C.A.T Porto di Legnago</i>  <i>C.A.T. Vigo di Legnago</i>  <i>C.A.T. Nogara</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Associazioni di Volontariato Sociale</b>  <i>Associazione "La Sfida" Bovolone</i>  <i>Associazione "Il Corallo" S. Giovanni Lupatoto</i>  <i>Associazione Famiglie "La Rinascita" Zevio</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Case di Accoglienza</b>  <i>Casa di Accoglienza "Papa Giovanni XXIII" Legnago</i>  <i>Casa di Accoglienza "Betania" Zevio</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Comunità Terapeutiche Convenzionate (Albo Regione Veneto)</b></p>

Il Trattamento Riabilitativo Integrato è gestito dall'équipe pluriprofessionale del Servizio che si avvale della collaborazione degli altri Servizi Socio-Sanitari, dei Medici di Famiglia, dell'Associazione Famiglie "La Rinascita" collegata al Servizio, dei Gruppi di Alcolisti Anonimi e Al Anon e dei Club presenti nel territorio della ULSS e di associazioni del Privato Sociale che gestiscono cooperative e comunità residenziali e diurne.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato è costituito da due fasi di intervento: I° fase: programma intensivo: accoglienza-diagnosi e cura (centro diurno); II° fase: riabilitazione e reinserimento sociale ( strutture riabilitative e centri territoriali). Gli obiettivi specifici del Trattamento Riabilitativo Integrato sono la riabilitazione psicosociale dell'alcolodipendente, il trattamento psicosociale del nucleo familiare o del nucleo "sostitutivo" (singolo, famiglia, gruppo, ...) e il coinvolgimento della comunità sociale come sistemi di aiuto informali, quasi formali e formali (11, 12, 13, 39, 40, 41).

## **PROGRAMMA PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA**

Il Trattamento Riabilitativo Integrato della Comorbilità Psichiatrica nell'Alcoldipendenza (Programma Intensivo e Riabilitativo di Prevenzione delle Ricadute), come programma specializzato del secondo ambito di intervento della Rete Alcolologica Regionale è stato organizzato per dare una risposta efficiente ed efficace ai bisogni degli alcolodipendenti con comorbilità psichiatrica, in sintonia con l'area prioritaria "popolazioni speciali" specificatamente definita dal D.G.R. n. 3869 del 3.11.1999 "Approvazione modello regionale di intervento in campo alcolologico. Criteri per il finanziamento di programmi specializzati in campo alcolologico".

Il territorio di intervento del progetto è l'Az. ULSS 21 di Legnago (VR).

Gli obiettivi generali del progetto sono:

1. Organizzare una Struttura per il trattamento degli alcolodipendenti affetti da disturbi psichiatrici e per la prevenzione della ricaduta mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato a medio-lungo termine (socioriabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico);
2. Attuare un protocollo clinico per la valutazione del trattamento riabilitativo integrato per la comorbilità psicopatologica (psichiatrica e di personalità) e di prevenzione della ricaduta;
3. Accreditare una Struttura Specializzata per il trattamento intensivo (ricovero-centro diurno) e per il trattamento riabilitativo a medio-lungo termine.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. Aiutare a superare in modo sicuro e umano la sospensione dell'uso dell'alcol, la sindrome di astinenza, il craving correlato e le complicazioni psicopatologiche;
2. Agevolare e incentivare l'inserimento in un programma terapeutico-riabilitativo integrato per la comorbilità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta;
3. Ridurre l'aggravamento e la cronicizzazione dei disturbi psicopatologici (psichiatrici e di personalità) e favorire il cambiamento del comportamento di dipendenza ("riabilitazione");
4. Organizzare il coordinamento (Comitato Coordinamento Dipendenze) e la collaborazione con i Servizi Alcolologia, i SERT, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale, i Gruppi di Auto-Aiuto per la gestione integrata e continuativa dell'alcolodipendente e del nucleo familiare. Organizzare la rilevazione epidemiologica;
5. Valutare l'applicabilità, l'efficacia e i costi del trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica e di prevenzione della ricaduta.

Per la valutazione degli obiettivi specifici sono previsti indicatori di output e outcome.

Gli indicatori di output sono: n. dei casi presi in carico, n. delle giornate di assistenza, n. e tipologia delle prestazioni, n. degli operatori attivati/formati (equipe), n. dei Servizi Socio-Sanitari coinvolti, n. delle Strutture Riabilitative coinvolte, n. degli operatori coinvolti, n. e tipologia delle verifiche, n. e tipologia delle attività di ricerca. Gli indicatori di outcome sono: il grado di compensazione dei casi in trattamento (indicatori medici e psicosociali: grado di astinenza e craving correlato e craving residuo, disturbi psicopatologici, parametri fisici, effetti indesiderati, performance globale, qualità della vita, ricadute, adesione al programma); l'incidenza della ricaduta/tasso di ritenzione dei

casi in trattamento (indicatori medici e psicosociali: grado di astinenza e craving correlato e craving residuo, disturbi psicopatologici, parametri fisici, effetti indesiderati, performance globale, qualità della vita, ricadute, adesione al programma); il livello di efficienza, efficacia interna ed esterna; il livello di collaborazione, coinvolgimento attivo e soddisfazione; il livello di verifica, ricerca e pubblicazione.

I pazienti che vengono inseriti nel trattamento sono gli alcolodipendenti con disturbi psichiatrici e di personalità, con integrazione sociale di base ed adeguati per un programma terapeutico-riabilitativo di alta soglia a medio-lungo termine (trattamento ambulatoriale e/o semiresidenziale e/o residenziale integrato socio-riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico) per la prevenzione della ricaduta. I nuclei familiari partecipano al programma riabilitativo. I destinatari indiretti sono i Servizi Socio-Sanitari, le Strutture Riabilitative e la Comunità Sociale nel suo complesso. Il numero dei destinatari coinvolti nel progetto può essere così stimato: minimo n. 15 e massimo n. 30.

Il progetto prevede tempi di realizzazione e fasi, per ogni fase sono previsti gli obiettivi specifici.

La fase 1 “Attivazione/Organizzazione della Struttura” prevede un tempo di realizzazione di 2 mesi.

Gli obiettivi specifici dell’Attivazione/Organizzazione della Struttura sono: l’organizzazione del coordinamento (Comitato Coordinamento Dipendenze) e della collaborazione con i Servizi Alcolologia, i SERT, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale, le Strutture Riabilitative e i Gruppi di Auto-Aiuto per la gestione integrata e continuativa dell’alcolodipendente e del nucleo familiare; inoltre è prevista la realizzazione della rilevazione epidemiologica per quantificare la dimensione e le caratteristiche dell’alcolodipendenza e della comorbilità psichiatrica associata mediante un osservatorio con dati ottenuti dall’archivio dei casi (Servizio Alcolologia, SERT, Divisioni Ospedaliere, Servizi Socio-Sanitari Territoriali, Medici di Medicina Generale, Privato Sociale e Gruppi di Auto-Aiuto).

Le metodologie previste in questa fase sono:

- Selezione e Formazione del personale (training intensivo e manuale di intervento);
- Organizzazione delle strutture (Servizio Alcolologia: ambulatorio, centro diurno, sezione di degenza, gruppi territoriali di auto-aiuto);
- Organizzazione operativa interna (aspetti etici e amministrativi, procedure operative di accoglienza, trattamento, follow-up e valutazione);
- Coordinamento con i Servizi Alcolologia, i SERT, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale, le Strutture Riabilitative e i Gruppi di Auto-Aiuto per la gestione integrata e continuativa dell’alcolodipendente e del nucleo familiare;
- Pubblicizzazione della Struttura e del Progetto;
- Programmazione degli interventi;
- Rilevazione epidemiologica (sistema informativo interno ed esterno mediante archivio dei casi - schede e questionari);
- Verifica in itinere (controllo di gestione e valutazione di qualità degli interventi).

La fase 2 “Gestione Operativa (reclutamento, trattamento, follow-up)” prevede un tempo di realizzazione di 9 mesi.

Gli obiettivi specifici del Trattamento Riabilitativo Integrato, Intensivo e di Prevenzione delle Ricadute sono: aiutare a superare in modo sicuro e umano la sospensione dell’uso dell’alcol, la sindrome di astinenza, il craving correlato e residuo e le complicazioni psicopatologiche; agevolare e incentivare l’inserimento in un programma terapeutico-riabilitativo integrato per la comorbidità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta; ridurre l’aggravamento e la cronicizzazione dei disturbi psicopatologici (psichiatrici e di personalità) e favorire il cambiamento del comportamento di dipendenza (riabilitazione).

Il Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbidità psichiatrica nell’alcoldipendenza gestito dal Servizio di Alcologia in collaborazione con gli altri Servizi e le altre Strutture Riabilitative prevede:

**I FASE: *Accoglienza-Diagnosi*** sviluppata mediante un protocollo diagnostico specifico:

- Valutazione clinica dinamica-multidimensionale (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica, socio-ambientale secondo il DSM IV);
- Questionari e Scale di Valutazione (ASI, Cage, Malt, MAC/A, SADQ, CIWA AR, VAS Craving, HDRS, STAI, MMPI 2, SCID P e II, VGF, CGI, ...);
- Valutazione con tecniche strumentali (esami ematochimici e chimicotossicologici, ECG, EEG, Rx Torace, ECO, ...).

Le procedure operative della fase di accoglienza-diagnosi con le successive di trattamento e follow-up sono effettuate dall’equipe pluriprofessionale dell’Unità Operativa del Progetto nei tempi prestabiliti dal Flow-Chart dello studio (Tab. 2).

**II FASE: *Programma Intensivo – Disintossicazione*** sviluppato mediante diversi interventi coordinati: disintossicazione, trattamento delle patologie correlate, trattamento della comorbidità psichiatrica e induzione del trattamento di prevenzione della ricaduta, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale o familiare, supporto psicologico e psichiatrico, mediante un ricovero c/o Centro Diurno (day hospital) del Servizio di Alcologia (Tab. 3).

**III FASE: *Trattamento per la comorbidità psicopatologica e per la prevenzione della ricaduta*** sviluppato mediante un programma terapeutico-riabilitativo integrato a medio-lungo termine (socio riabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico) ambulatoriale, territoriale, semiresidenziale, residenziale in coordinamento e collaborazione con i Servizi Alcologia, i SERT, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi socio-sanitari territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale e i Gruppi di Auto-Aiuto.

**Tab. 2 FLOW CHART DELLO STUDIO**

	PRE TRATTAMENTO (giorni)				ACCOGLIENZA DIAGNOSI DISINTOSSICAZIONE (settimane)				RIABILITAZIONE FOLLOW UP (mesi)			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	3°	6°	12°
	Verifica criteri di selezione	■										
Spiegazione dello studio al paziente	■											
Firma modulo privacy	■	■										
Firma modulo consenso informato	■	■										
Anamnesi --> MEDICA		■										
--> TOSSICOLOGICA		■										
--> PSICOSOCIALE		■										
Esame obiettivo					■				■	■	■	■
Visita psichiatrica			■		■			■	■	■	■	■
Richiesta esami laboratorio		■							■	■	■	■
Richiesta ECG		■							■	■	■	■
Richiesta RX Torace e altre indagini		■							■	■	■	■
Indagini di laboratorio e strumentali		■							■	■	■	■
Scala Astinenza (CIWA-AR)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Scala Craving (VAS CRAVING)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
CAGE, MALT, Diario Alcolico		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Scala Effetti Collaterali (se presenti)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Segnalazione Reazioni Avverse (se presenti)		■			■	■	■	■	■	■	■	■
Metaboliti urinari			■		■	■	■	■	■	■	■	■
Programma terapeutico/riabilitativo								■				
Follow-up Programma terapeutico/riabilitativo									■	■	■	■
<b>QUESTIONARI E TEST PSICOLOGICI</b>												
Questionario di soddisfazione								■	■	■	■	■
MAC/A			■					■	■	■	■	■
ASI, SADQ			■					■	■	■	■	■
VGF (DSM IV)			■					■	■	■	■	■
HDRS								■	■	■	■	■
STAI								■	■	■	■	■
FES								■	■	■	■	■
MMPI 2									■	■	■	■
SCID P									■	■	■	■
SCID II									■	■	■	■
C.G.I.									■	■	■	■

**LEGENDA:**

- MEDICO
- PSICOLOGO
- PSICHIATRA
- MEDICO + INFERMIERE
- MEDICO + PSICOLOGO



**Tab. 3 PROGRAMMA INTENSIVO**

<b>ACCETTAZIONE (prima giornata)</b>	- spiegazione programma - programmazione interventi
<b>ACCOGLIMENTO (1° settimana)</b>	- valutazione medica, tossicologica e psichiatrica - indagini di laboratorio e strumentali - valutazione psicosociale (questionari) - intervento educativo e motivazionale - supporto psicologico individuale e familiare - terapia di disintossicazione - terapia delle patologie correlate - terapia della comorbidità psichiatrica
<b>ACCUDIMENTO (2° settimana)</b>	- valutazione psicologica (indagini psicodiagnostiche) - educazione alla salute - intervento educativo e motivazionale - supporto psicologico individuale e familiare - terapia di disintossicazione - terapia delle patologie correlate - induzione della terapia di prevenzione della ricaduta - terapia della comorbidità psichiatrica
<b>CHIUSURA (3°- 4° settimana)</b>	- valutazione del caso in equipe - definizione del programma riabilitativo personalizzato - restituzione al nucleo familiare - invio all'agenzia di riabilitazione e reinserimento sociale - programmazione del follow-up - terapia di prevenzione della ricaduta - terapia delle patologie correlate - terapia della comorbidità psichiatrica

Gli interventi coordinati previsti sono: trattamento di prevenzione della ricaduta, trattamento della comorbidità psichiatrica, trattamento delle patologie correlate, intervento educativo e motivazionale, counselling individuale e familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto-aiuto e inserimento lavorativo.

Le metodologie previste in questa fase 2 sono:

- Programmazione degli interventi;
- Rilevazione epidemiologica (sistema informativo interno ed esterno);
- Valutazione diagnostica (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica, socio-ambientale) multidimensionale clinica, con questionari, scale di valutazione, test psicologici e tecniche strumentali;
- Realizzazione dei trattamenti di disintossicazione, delle patologie correlate, della comorbidità psicopatologica e di prevenzione della ricaduta mediante strategie ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- Follow-up dell'efficacia dei trattamenti (ai tempi 1, 3, 6, 12, 18, 24 mesi);

- Coordinamento dell'organizzazione operativa interna (aspetti etici e amministrativi, procedure operative di accoglienza, trattamento, follow-up e valutazione) e supervisione;
- Coordinamento con i Servizi Alcologia, i SERT, le Divisioni Ospedaliere, i Servizi Socio-Sanitari Territoriali (SIL, Consultorio Familiare, Dipartimento di Psichiatria,...), i Medici di Medicina Generale, il Privato Sociale e i Gruppi di Auto-Aiuto;
- Formazione e aggiornamento del personale;
- Verifica in itinere (controllo di gestione e valutazione di qualità degli interventi);
- Attività di ricerca (analisi statistica con tecniche multivariate);
- Pubblicazione e pubblicizzazione dei risultati.

La fase 3 “Valutazione del Progetto” prevede un tempo di realizzazione di 1 mese.

Gli obiettivi specifici della valutazione del progetto sono: la valutazione dell'applicabilità, dell'efficacia e dei costi del trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psicopatologica e di prevenzione della ricaduta.

Le metodologie previste in questa fase 3 sono:

- Valutazione finale dell'intero progetto (controllo di gestione e valutazione di qualità degli interventi);
- Attività di ricerca (analisi statistica con tecniche multivariate);
- Pubblicazione e pubblicizzazione dei risultati.

Il personale, equipe pluriprofessionale, dell'Unità Operativa del Progetto è costituito dalla seguente dotazione organica:

1. PERSONALE INTERNO rappresentato da:

- Personale in convenzione
  - n. 1 + 1 PSICOLOGO a n. 17 + n. 20 ore settimanali
  - n. 1 AMMINISTRATIVO a n. 2 ore settimanali
- Personale del Servizio Alcologia/SERT 1:
  - n. 1 PSICHIATRA (RESPONSABILE) part-time
  - n. 2 INFERMIERI part-time

2. PERSONALE IN COLLABORAZIONE rappresentato da:

- Personale delle Divisioni Ospedaliere, dei SERT, delle Comunità Terapeutiche Diurne e Residenziali, dei Servizi Socio-Sanitari Territoriali, dei Centri Territoriali di Auto-Aiuto e i Medici di Medicina Generale (MEDICI, PSICOLOGI, ASSISTENTI SOCIALI, EDUCATORI, OPERATORI DI COMUNITA', VOLONTARI)

Il Servizio di Alcologia è costituito dalle seguenti strutture:

- **Ambulatorio Alcologico - Segreteria** in cui sono attuate le seguenti attività: consulenza, osservazione, diagnosi (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica, socio ambientale-secondo DSM IV), sorveglianza clinica, laboratoristica e strumentale, trattamento di disintossicazione, trattamento delle patologie correlate, trattamento della comorbilità psichiatrica, trattamento di prevenzione della ricaduta, counselling psicologico, psicoterapia, supporto psichiatrico, intervento educativo e motivazionale, coordinamento/collegamento, follow-up, controllo di gestione, valutazione di qualità, verifica in itinere e finale.

Il Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbidità psichiatrica associata all'alcoldipendenza (II ambito di intervento della rete alcologica regionale), come attività ambulatoriale è presente presso il Servizio Alcologia – SERT 1 c/o Ospedale di Zevio, che gestisce in proprio le attività del I ambito di intervento.

- **Centro diurno** (n. 2 letti day-hospital c/o il Servizio Alcologia), in cui sono attuate le seguenti attività: consulenza, osservazione, diagnosi (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica, socio-ambientale secondo DSM IV), sorveglianza clinica, laboratoristica e strumentale, trattamento di disintossicazione, trattamento delle patologie correlate, trattamento della comorbidità psichiatrica, trattamento di prevenzione della ricaduta, counselling psicologico, psicoterapia, supporto psichiatrico, intervento educativo e motivazionale, coordinamento/collegamento e follow-up.

- **Strutture Riabilitative e Centri Territoriali di Auto-Aiuto, Cooperative Sociali, Comunità Terapeutiche Residenziali e Diurne**, in cui sono effettuate le seguenti attività: counselling e supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia, intervento psicosociale.

E' in fase di organizzazione una Sezione di Degenza ordinaria per il ricovero alcologico:

- **Sezione di degenza ordinaria** (n. 2 letti dedicati presso la Divisione di Medicina dell'Ospedale di Bovolone e n. 2 letti dedicati presso la Divisione di Lungodegenza dell'Ospedale di Zevio), in cui sono previste le seguenti attività: osservazione, diagnosi (medica, tossicologica, psicologica, psichiatrica, socio ambientale - secondo DSM IV), sorveglianza clinica, laboratoristica e strumentale, trattamento di disintossicazione, trattamento delle patologie correlate, trattamento della comorbidità psichiatrica, induzione del trattamento di prevenzione della ricaduta, counselling psicologico, psicoterapia d'urgenza, supporto psichiatrico, intervento educativo motivazionale, coordinamento/collegamento.

E' previsto un protocollo di coordinamento (concordato relativo ai criteri di selezione/inserimento) per l'invio degli alcoldipendenti eleggibili al trattamento e per il follow-up a medio-lungo termine e concordato con i Servizi e le Strutture Riabilitative già sopra descritte, che partecipano alla gestione del programma terapeutico riabilitativo integrato.

Il coordinamento scientifico e statistico è svolto dal Servizio di Alcologia.

La presentazione dei risultati del progetto verrà effettuata mediante:

- Elaborazione, pubblicazione e pubblicizzazione del report finale di verifica;
- Pubblicizzazione mediante i mass-media (conferenza stampa);
- Incontri di informazione e seminari di formazione con gli operatori dei Servizi Alcologia e dei SERT, dei Servizio Socio-Sanitari Territoriali, del Presidio Ospedaliero, delle Associazioni di Volontariato, delle Cooperative Sociali, dei Gruppi di Auto-Aiuto, delle Comunità Terapeutiche e dei Medici di Medicina Generale;
- Modalità informative per la popolazione (informative a mezzo stampa e volantini/pieghevoli informativi);
- Convegno finale.

Nel Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbidità psichiatrica nell'alcoldipendenza, la valutazione diagnostica permette mediante la diagnosi medico-

psicologica e l'indagine socio-ambientale, di approfondire la storia di abuso (alcol, psicofarmaci e altre sostanze psicoattive legali ed illecite) e il contesto familiare e sociale, di evidenziare le caratteristiche psicologiche e i disturbi psicopatologici di Asse I e II al DSM IV associati come comorbidità e di costruire il progetto terapeutico centrato sulla persona, che si concretizza nella cura e nella riabilitazione. La comorbidità psicopatologica, va indagata in tutti gli alcolodipendenti, va stabilita la sua primarietà o secondarietà rispetto al comportamento di abuso, va stabilita la sua presenza nelle fasi di astinenza e va stabilito il suo impatto nella storia d'abuso e nella risposta al trattamento; depongono a favore della presenza della comorbidità psicopatologica, l'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici e di personalità precedenti all'abuso, l'anamnesi positiva durante le fasi di astensione e la familiarità positiva (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48).

La terapia di disintossicazione per aiutare l'alcolodipendente a superare la sindrome di astinenza ed il craving acuto correlato è attuato mediante farmaci antiastinenziali che svolgono una azione di regolazione sui sistemi neurotrasmettitoriali cerebrali (serotoninergico, oppioide, gabaergico, dopaminergico) alterati dall'uso cronico dell'alcol. Il protocollo terapeutico prevede l'utilizzo dell'Acido gamma-idrossibutirrico (GHB) alla dose di 20-100 ml/die o, in caso di controindicazione, della Tiapride 300-600 mg/die o del Trazodone 150-600 mg/die, al farmaco antiastenziale sono aggiunti il Glutathione ridotto, la Tiamina, l'Acido Folico, le vitamine del complesso B e i farmaci sintomatici su indicazione (ansiolitici, ipnotici,...) (49, 50, 51, 52,).

Al termine della fase di disintossicazione in day-hospital, per prevenire la ricaduta, che nei primi sei mesi è tipica come in tutte le altre dipendenze da sostanze psicoattive e quindi per aiutare l'alcolodipendente a rimanere astinente ed in uno stato di compenso psicobiologico, è utile applicare un protocollo terapeutico per la prevenzione della ricaduta, protratto per un tempo medio-lungo, basato sull'utilizzo all'interno di un Trattamento Riabilitativo Integrato dell'alcolmimetico GHB o del modulatore della ricompensa Naltrexone associati a farmaci psichiatrici (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici e neurolettici) in correlazione alla specifica comorbidità psichiatrica o di personalità (51, 52, 53, 54).

In recenti studi controllati il GHB, farmaco attivo sul Sistema Mesolimbico, mediante la modulazione dell'attività dopaminergica, oppioide e gabaergica, si è dimostrato in grado di prevenire e controllare la sindrome di astinenza (astinenza minore, allucinosi, delirium), favorendo il raggiungimento di uno stato di compenso psicobiologico (55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62).

Inoltre, utilizzato all'interno di un Trattamento Riabilitativo Integrato, ha permesso di controllare il craving e di ridurre il consumo di alcol, favorendo il raggiungimento di un benessere psicofisico e relazionale tale da indurre modificazioni importanti negli atteggiamenti e nei comportamenti di abuso e diminuendo significativamente il rischio di abbandono precoce dei programmi psicosociali e della ricaduta. La buona compliance e la maneggevolezza del GHB risultano inoltre validi presupposti per l'adesione ai più completi interventi socio-riabilitativi che costituiscono il percorso per un radicale cambiamento dello stile di vita. Il protocollo a medio-lungo termine con il GHB, consigliato in molti studi, è articolato in diverse fasi, è elastico e personalizzato nella dose (20-140 ml/die), nel tempo di trattamento (da 6 a 24 mesi) e nella modalità di

assunzione (da 3 a 6 somministrazioni/die). La I fase di induzione è finalizzata alla ricerca della dose più opportuna e dura mediamente 1 mese, ad essa fa seguito la II fase di mantenimento che dura per un periodo non inferiore a 6 mesi, infine dopo un periodo di astinenza di 6-12 mesi, segue la III fase di dimissione che dura mediamente 1-2 mesi. In alcuni protocolli il tempo di trattamento arriva anche a 24 mesi. È stato anche osservato che la dose efficace è molto variabile da soggetto a soggetto e nel tempo e che a parità di dosaggio l'efficacia è maggiore frazionando la dose in cinque/sei somministrazioni. Le proprietà di rinforzo e gratificazione del GHB lo rendono da un lato farmaco assai efficace anche con pazienti resistenti e poco motivati, ma dall'altro può esistere la possibilità di abuso, in quanto alcuni soggetti sviluppano appetizione per il farmaco con comportamenti di abuso e di dipendenza. Il monitoraggio regolare e la collaborazione di un tutore costituiscono procedure di sicurezza indispensabili, per il suo uso corretto al fine di evitare la diminuzione della sua credibilità e della sua possibilità terapeutica (63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70).

Il Naltrexone è un antagonista recettoriale degli oppiacei, privo di attività agonista morfino-simile e che blocca gli effetti soggettivi degli oppiacei. Il suo razionale impiego nell'alcoldipendenza è basata sul coinvolgimento del sistema oppioide nell'appetizione all'alcol. In recenti studi controllati il Naltrexone alla dose di 50 mg/die si è dimostrato in grado di ridurre la ricaduta, in alcoldipendenti disintossicati, mediante la riduzione dell'effetto di violazione dell'astinenza e per la sua azione sul "distress somatico"; inoltre la ricaduta era ancora inferiore associando al farmaco uno specifico trattamento psicosociale (71, 72, 73, 74, 75, 76, 77).

Il Disulfiram, sostanza che svolge la sua azione avversativa mediante la reazione disulfiram-alcol con la produzione di acetaldeide, la cui tossicità provoca una serie di sintomi spiacevoli (rosch facciali, sudorazione, cefalea, nausea, vomito, dispnea, dolore toracico,...), non viene utilizzata di routine ma è raccomandata solo per i pazienti con una buona motivazione e compliance e senza gravi patologie fisiche (malattie cardiocircolatorie, cirrosi epatica, nefrite, diabete ed epilessia). In studi controllati la dose di mantenimento consigliata è 200-400 mg, che fa seguito ad una dose di induzione di 400-800 mg per una settimana (78, 79, 80).

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica e di personalità associata all'alcoldipendenza, in numerosi studi italiani e internazionali è stato dimostrato che abbisogna di un trattamento specifico, mediante un approccio sequenziale o parallelo (trattamento simultaneo in una struttura diversa) o integrato (trattamento in un'unica struttura). Le strategie di intervento specifiche per la dipendenza, quali il superamento della negazione e della vergogna, la richiesta di aiuto, il trattamento attivo e l'apprendimento delle tecniche di fronteggiamento sono utili anche nel disturbo psichico concomitante (42, 43, 44, 46, 48, 52).

Il trattamento psicofarmacologico per la comorbidità psichiatrica consigliato è simile a quello dei disturbi psichici semplici, con alcune indicazioni specifiche, come la limitazione dell'uso delle benzodiazepine che presentano un potenziale d'abuso e di dipendenza, preferendo il Buspirone o il Zolpidem o i neurolettici Clorpromazina 100-600 mg/die o Perfenazina 4-32 mg o Tioridazina 100-600 mg/die o Aloperidolo 3-20 mg/die o Clotiapina 20-80 mg/die o Ripseridone 2-8 mg/die o Olanzapina 2,5-20 mg/die o l'utilizzo degli antidepressivi Mirtazapina 15-45 mg/die, o Venlafakina 75-300

mg/die o Ruboxetina 4-12 mg/die o Trazodone 75-300 mg/die o i serotoninergici Fluoxetina 20-60 mg/die o Paroxetina 20-60 mg/die o Sertralina 50-200 mg/die per l'implicazione del sistema serotoninergico nel meccanismo neurobiologico della dipendenza e di altri disturbi psicopatologici (umore, ansia, alimentazione, patologie algiche e personalità), per le scarse interazioni farmacologiche e farmacodinamiche con l'alcol e i minori effetti collaterali e per la funzione anticraving nell'alcoldipendenza con disturbi depressivi, d'ansia, da attacchi di panico, ossessivo-compulsivi e fobia sociale. Sono indicati anche gli stabilizzatori dell'umore Acido Valproico 600-1500 mg/die o Carbamazepina 400-1200 mg/die o Litio Carbonato 600-1200 mg/die. Il trattamento psicofarmacologico della comorbidità di personalità deve essere attuato mediante il trattamento dei disturbi di Asse I o, in loro assenza, mediante un approccio dimensionale, secondo il quale il discontrollo affettivo è trattato con antidepressivi SSRI (Fluoxetina 20-60 mg/die o Paroxetina 20-60 mg/die o Sertralina 50-200 mg/die) o stabilizzatori dell'umore (Carbamazepina 400-1200 mg/die o Acido Valproico 600-1500 mg/die), il discontrollo ansioso è trattato con benzodiazepine (Clordemetildiazepam 3-6 mg/die o Alprazolam 2-4 mg/die) o con antidepressivi SSRI, il discontrollo impulsivo-aggressivo è trattato con neurolettici a basse dosi o antidepressivi SSRI o stabilizzatori dell'umore, il discontrollo cognitivo è trattato con neurolettici a basse dosi (Clorpromazina 50-200 mg/die o Perfenazina 4-8 mg/die o Tioridazina 50-200 mg/die o Clotiapina 20-80 mg/die o Aloperidolo 2-6 mg/die o Risperidone 2-4 mg/die o Olanzapina 2,5-10 mg/die) (44, 46, 48, 52, 54, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91). Proprio per queste evidenze cliniche, al termine della terapia antiastinenziale, per la prevenzione della ricaduta, che costituisce il nodo centrale del trattamento riabilitativo dell'alcoldipendenza, è attivato il trattamento farmacologico per la dipendenza accoppiato a quello per la comorbidità psichiatrica (Tab. 4 e 5). Questo trattamento trova il suo uso razionale nel controllo dei fattori neurobiologici (vulnerabilità psicobiologica, craving) e psicologici (comorbidità psicopatologica), nel rafforzare la motivazione e nel favorire la permanenza "attiva" negli interventi riabilitativi psicosociali rivolti allo sviluppo delle potenzialità psicologiche e relazionali, al cambiamento dello stile di vita adeguato a gestire i comuni eventi stressanti e le situazioni a rischio.

Il programma riabilitativo psicosociale, associato al trattamento farmacologico anticraving e con psicofarmaci, viene attuato mediante interventi diversificati come counselling individuale e familiare, supporto psicologico e psichiatrico, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppo di auto-aiuto, inserimento in cooperative di lavoro, inserimento in comunità terapeutiche residenziali e diurne; queste strategie combinate sono utilizzate in programmi di riabilitazione psicosociale per la prevenzione delle ricadute italiani e internazionali (92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101).

L'intervento di psicoterapia individuale si sviluppa in due fasi. Nella prima fase, che dura mediamente un anno, il lavoro psicoterapeutico è rivolto a favorire l'astinenza e il rafforzamento dell'Io. L'astinenza è ricercata mediante la comprensione della malattia dipendenza, con approfondimento dei suoi aspetti emblematici (effetti neurochimici delle sostanze psicoattive, manifestazioni di negazione, comportamenti alterati e conflittuali indotti, senso di colpa e di vergogna, comportamenti regressivi di impulsività e passività e perdita del controllo); viene inoltre favorita la gestione del dolore, con

**Tab. 4 FARMACOTERAPIA DELLA PREVENZIONE DELLA RICADUTA**

<p style="text-align: center;"><b>ALCOLMIMETICI</b></p> <p><i>GHB</i>: fase di induzione (1 mese) 20 – 100 ml/die fase di mantenimento (6 – 12 mesi) 20 – 100 ml/die</p>
<p style="text-align: center;"><b>MODULATORI DELLA RICOMPENSA</b></p> <p><i>NALTREXONE</i>: fase di induzione (1 settimana) 25 – 50 mg/die fase di mantenimento (6 – 12 mesi) 50 mg/die</p>
<p style="text-align: center;"><b>REVULSIVANTI</b></p> <p><i>DISULFIRAM</i>: fase di induzione (1 settimana) 400 – 800 mg/die fase di mantenimento (6 – 12 mesi) 200 - 400 mg/die</p>
<p style="text-align: center;"><b>FARMACI PSICHIATRICI</b></p> <p><i>ANTIDEPRESSIVI</i>: Fluoxetina 20 – 60 mg/die Paroxetina 20 – 60 mg/die Sertralina 50 – 200 mg/die Venlafaxina 75 – 300 mg/die Mirtazapina 15 – 45 mg/die Reboxetina 4 – 12 mg/die Trazodone 75 – 300 mg/die</p> <p><i>STABILIZZATORI DELL'UMORE</i>: Acido Valproico 600 – 1500 mg/die Carbamazepina 400 – 1200 mg/die</p> <p><i>ANSIOLITICI</i>: Clordemetildiazepan 3 –6 mg/die Alprazolam 2 –4 mg/die</p> <p><i>IPNOTICI</i>: Zolpidem 10 –20 mg/die</p> <p><i>NEUROLETTICI</i>: Clorpromazina 100 – 600 mg/die Perfenazina 4 – 32 mg/die Tioridazina 100 – 600 mg/die Aloperidolo 3 – 20 mg/die Clotiapina 20 – 80 mg/die Risperidone 2 – 8 mg/die Olanzapina 2,5 – 20 mg/die</p> <p><i>NEUROLETTICI DEPOT</i>: Flufenazina decanoato 25 – 125 mg/2-4 sett. Aloperidolo decanoato 50 – 150 mg/2–4sett.</p>

**Tab. 5 INDICAZIONI GENERALI PER LA FARMACOTERAPIA DELLA PREVENZIONE DELLA RICADUTA**

**Fasi della terapia farmacologica anticraving**

La terapia farmacologica della dipendenza e del craving prevede un trattamento in tre fasi:

- I° fase, terapia acuta per la remissione sintomatologia (1 mese);
- II° fase, terapia di mantenimento per la prevenzione della ricaduta (6-12 mesi);
- III° fase, dimissione dalla terapia (1-2 mesi).

\* In situazioni cliniche specifiche può essere prevista una IV° fase, terapia di continuazione per la prevenzione della recidiva (1-2 anni).

L'induzione e la sospensione sono gradualità e vengono effettuate in 1-2 mesi.

**Modalità di somministrazione della terapia farmacologica anticraving**

La terapia farmacologica anticraving è attuata con una strategia personalizzata e flessibile, mediante induzione graduale con basse dosi, mantenimento con dose minima efficace, monitoraggio regolare e prolungato, durata individualizzata e sospensione graduale. Inoltre è previsto un lavoro sulla non compliance (insofferenza per gli effetti indesiderati, insoddisfazione per il mancato beneficio correlato od aspettative irrealistiche disattese, insoddisfazione per situazioni transferali/controltransferali della relazione medico-paziente) e sulle possibili resistenze al farmaco (farmaco come oggetto di critica, come rimedio onnipotente, come prova di malattia organica, come veleno, come sfida alla capacità del medico...).

astinenza da tutte le sostanze psicoattive e il confronto con i comportamenti di ricaduta rappresentati da mancanza di onestà, impegno insufficiente per il recupero, incapacità a conferire priorità al trattamento. Il rafforzamento dell'io è ricercato mediante l'abilità della cura di sé (comprensione delle connessioni causa-effetto, capacità di impegnarsi in comportamenti che interrompono la ricaduta, accresciuta capacità di giudizio, aumentata capacità di esame della realtà), il dominio di sé come capacità di accettare e rispondere alle istanze dell'ambiente sociale, e la gestione degli effetti (capacità di identificare i sentimenti, capacità di modulare le risposte secondo gli affetti, capacità di tollerare i sentimenti senza agire in modo "inconsulto"). Nella seconda fase che dura qualche anno il lavoro psicoterapeutico è rivolto alla comprensione e allo sviluppo personale. La comprensione permette la diminuzione delle difese narcisistiche (grandiosità, autosufficienza, indipendenza, perfezionismo) con lo sviluppo della fiducia negli altri, l'elaborazione e l'integrazione delle perdite causate dall'uso delle sostanze psicoattive (salute, immagine di sé, relazioni interpersonali, famiglia, lavoro,...) con la rinascita della speranza, l'esplorazione e la comprensione dei significati della dipendenza chimica nella propria vita (cause di sviluppo e fattori psicodinamici). Lo sviluppo personale è ricercato facendo emergere e rinforzare valori e atteggiamenti che riflettono la crescita psicologica e spirituale (capacità, tolleranza, rinuncia, serenità, umiltà, creatività,...).

L'intervento di psicoterapia individuale, inoltre, è basato su alcuni elementi generali: stabilità del setting, accettazione empatica, frequenza dei contatti, maggiore attività del terapeuta, tolleranza dell'ostilità del paziente (transfert negativo), attenzione ai sentimenti controtransferali, connessione tra azioni e sentimenti attuali del paziente, impedimento dell'acting-out, elaborazione e interpretazione del qui e ora (13, 38, 97, 98, 99, 100).

L'intervento di psicoterapia di gruppo si fonda sui seguenti elementi generali: selezione (criteri di inclusione ed esclusione), preparazione (spiegazione del programma, discussione del contratto terapeutico e motivazione), strutturazione (attività del terapeuta e concentrazione sul particolare e l'interpersonale), sicurezza del setting (sicurezza fisica e psicologica e supporto coordinato con gli altri interventi), sostegno e confronto (empatia, comprensione, supporto, ...), coesione e identificazione (consapevolezza di sé e degli altri e condivisione) e attività del terapeuta (mantenimento della sicurezza e della struttura). Il gruppo terapeutico, che è parzialmente aperto, opera direttamente nell'ambiente di vita, ricoprendo la funzione di "comunità sociale" ristretta nel tempo in continuum con la vita di tutti i gironi e svolge le funzioni di solidarietà, contenimento, sostenimento e cambiamento; è occasione di integrazione con le altre persone che si concretizza nella comunicazione di idee, pensieri, emozioni ed affetti ed è occasione di vivere consapevolmente la propria emozionalità, la disponibilità ad aprirsi, la condivisione, la responsabilità e la nuova organizzazione di sé (ristrutturazione del vero sé). Il gruppo terapeutico risulta luogo protetto che permette la comprensione, la riflessione e l'elaborazione, inoltre è luogo di esperienza che facilita la scomparsa delle modalità relazionali difensive e la comparsa di modalità nuove e valide che vengono trasferite all'esterno nella vita di tutti i giorni (13, 97, 98, 101).

Il Trattamento Riabilitativo Integrato farmacologico e psicosociale di necessità prevede il trattamento contemporaneo dell'alcoldipendenza e dei disturbi psichiatrici e di personalità associati come comorbilità, in quanto la comorbilità psicopatologica è un indicatore prognostico fondamentale dell'andamento e dell'esito del trattamento, più importante delle modalità comportamentali di abuso e dei problemi alcolcorrelati. La comorbilità psicopatologica, infatti, assieme alle altre caratteristiche individuali (organizzazione/disorganizzazione dello stile di vita precedente, caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa, motivazione e stile di interazione con il contesto ambientale), interferisce nel processo di cambiamento degli alcoldipendenti, determinando la resistenza al cambiamento stesso e la tendenza alle ricadute. La comorbilità psicopatologica "vera" (coesistenza di due disturbi psichiatrici indipendenti) e "spuria" (disturbo psichiatrico indotto dall'uso della sostanza psicoattiva) devono essere trattate con un intervento farmacologico specifico mediante farmaci psicoattivi senza potenziale d'abuso e supporto psicosociale e psicoterapeutico organizzati come programma acuto di stabilizzazione e programma a medio-lungo termine di mantenimento, per rispondere in modo adeguato ai diversi bisogni terapeutici delle persone al fine di evitare i rifiuti, i drop-out e le ricadute precoci, i comportamenti a rischio (impulsività, aggressività, abuso di altre sostanze psicoattive,...), i fallimenti dei programmi di riabilitazione e il rischio di cronicizzazione spontanea e/o iatrogena. Inoltre, per migliorare la gestione degli alcoldipendenti con comorbilità psicopatologica (doppia diagnosi), sono necessarie una costante attenzione e verifica dell'ambiente

terapeutico (equipe pluriprofessionale, contratto terapeutico, programmi diversificati,...), dei processi di intervento e dei risultati e una formazione adeguata del personale, che percepisce le persone con doppia diagnosi come “troppo fragili” per la riabilitazione psicosociale e le indirizza più spesso ad altre strutture (42, 43, 44, 46, 48, 49, 52, 53, 86, 92).

## **CONCLUSIONI**

Il trattamento farmacologico, rimuovendo o attenuando il craving, i disturbi affettivi, d'ansia, psicotici e di personalità, mitiga il disagio interno e relazionale e il maladattamento sociale, riduce l'impulsività, l'ostilità e l'aggressività diretta verso di sé, l'ambiente e i “terapeuti”, facilita il ricorso a meccanismi difensivi meno maladattativi, migliora le capacità cognitive e di comunicazione e rende le persone più disponibili all'alleanza terapeutica e al coinvolgimento nei programmi riabilitativi psicosociali, che permettono il cambiamento delle abitudini alcoliche e il miglioramento dell'identità psicologica, relazionale e sociale (nuovo stile di vita). Anche le crisi psicopatologiche e comportamentali, che si presentano durante il trattamento riabilitativo psicosociale e ne minacciano la continuazione, vengono prevenute e modulate dal trattamento farmacologico. Per contro il trattamento riabilitativo psicosociale migliora la compliance al trattamento farmacologico, consentendo di puntualizzare le resistenze e le distorsioni che le persone tendono a riferire riguardo agli effetti positivi e negativi dei farmaci (accudimento, controllo, perdita di controllo, convinzione di malattia, identificazione farmaco terapeuta, veleno,...) e gestendo le valenze transferrali e controtransferrali relative al farmaco (iperidealizzazione, svalutazione, manipolazione, perdita di potere, insufficienza psicoterapeutica, distanziamento,...). Inoltre permette di identificare i problemi fondamentali, affrontare le conflittualità interne e relazionali, elaborare le perdite, le frustrazioni, le delusioni e le colpe, favorisce l'autovalutazione dell'immagine di sé e delle proprie potenzialità positive, elimina il giudizio sociale percepito e sviluppa l'autostima, l'autocontrollo, la fiducia interpersonale, la capacità di comunicazione, l'abilità nei confronti dell'ambiente e la capacità di soffrire. Il lavoro terapeutico-riabilitativo su questi aspetti, sviluppato mediante una modalità circolare in cui il lavoro e le acquisizioni compiute in un'area si riconnettono con quelle di un'altra area, favorisce il miglioramento della personalità (guarigione del vero sé) (42, 43, 44, 46, 48, 50, 52, 86).

La terapia per la prevenzione della ricaduta in associazione con la terapia per la comorbilità psichiatrica e di personalità, adeguatamente preparata con l'alcol dipendente e il suo nucleo familiare, permette di controllare i fattori neurobiologici e psicopatologici scatenanti la ricaduta, favorisce la motivazione e la compliance e facilita la gestione del trattamento riabilitativo psicosociale che è rivolto a soddisfare i bisogni fisici, emotivi e relazionali. L'efficacia terapeutica si manifesta nel miglioramento globale (benessere) con il controllo del craving, del consumo di alcol e dei disturbi psicopatologici: depressione, disforia, ansia, inadeguatezza, instabilità relazionale, sensibilità alle frustrazioni, irritabilità, aggressività, impulsività, antisocialità,... Inoltre è presente una buona compliance con una gestione consapevole dei farmaci, con la permanenza attiva negli interventi socioriabilitativi e con un

migliore adattamento nelle aree di vita individuale, familiare, lavorativa e sociale (percorso di guarigione del vero sé) (42, 43, 44, 46, 48, 50, 52, 86).

## BIBLIOGRAFIA

1. Gessa G.L., Rossetti Z.L. *Le basi neurobiologiche dell'alcolismo: dai neurotrasmettitori al craving. Atti X Congresso Nazionale SIA, Verona, 17-19.09.1992.*
2. Fadda F., Colombo G., Garau B., Melis B., Boi V., Gessa G.L. *Le basi neuropatologiche dell'alcoldipendenza. Atti X Congresso Nazionale SIA, Verona, 17-19.09.1992.*
3. Di Chiara G. *Neurobiologia delle tossicodipendenze. In Gori E., Muller E.E. Le basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze. Pythagora Press, Milano, 77-91,1992.*
4. Fadda F., Colombo G., Gessa G.L. *Neurobiologia dell'alcol. In Gori E., Muller E.E. Le basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze. Pythagora Press, Milano, 155-63,1992.*
5. Blum K., Payne J.E. *Verso la definizione di un modello biochimico della dipendenza da alcol. I meccanismi molecolari della gratificazione. In Alcol e predisposizione cerebrale alla dipendenza. Mediserve, Milano, 1994.*
6. Blum K., Noble E.P., Balducci G., Pasculli E., Ceccanti M. *Psychoneurogenetic and behavioral aspects of alcoholism. The cascade theory of reward and role of tetrahydro-isoquinoline (TIQS): the alcohol-opiate linkage. Alcologia, 1994, VI, 3: 89-98.*
7. Ceccanti M., Balducci G. *Cos'è la dipendenza da alcol? In La sindrome di astinenza da alcol. Basi fisiopatologiche, diagnosi e trattamento. Mediserve, Milano, 1996.*
8. Gallimberti L., Ferri M., Sabbion R., Brambilla C., Minazzato L., Ferrara S.D. *Terapia farmacologica della dipendenza da alcol, in Gori E., Muller E.E. Le basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze. Pythagora Press, Milano, 295-300,1992.*
9. Cibir M. *Craving: physiopathology and clinical aspects. Alcologia, 1994, V,3: 57-260.*
10. Maremmani I., Zolesi O. *Il Craving. In Craving. Pacini, Pisa, 1998.*
11. Manzato E. *Il Servizio di Alcologia del SERT ULSS n.27 Regione Veneto. Un modello organizzativo per la Riabilitazione. Atti Convegno Regionale, Milano, 11.03.1994.*
12. Manzato E., Faccini M., Cantiero D. *Il GHB nel trattamento della Dipendenza Alcolica in pazienti ambulatoriali (Day-Hospital). Atti XIII Congresso Nazionale SIA, Milano, 5-7.10.1995.*
13. Manzato E., Padovani M. *Comorbidità e Trattamento in un Servizio per le Tossicodipendenze. Psicoterapia e psicosomatica, 1999, 1/2: 86-98.*
14. Zimberg S. *Il ruolo della psichiatria nell'alcolismo. Cura delle complicazioni psichiatriche e neurologiche dell'alcolismo. In La cura clinica dell'alcolismo. Ferro, Milano, 1984.*
15. Sarteschi P., Maggini C. *Alcolismo. In Manuale di psichiatria. Monduzzi, Bologna, 1992.*

16. American Psychiatric Association (APA). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV)* Masson, Milano, 1996.
17. Gallant D. *Alcol*. In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei Disturbi da uso di sostanze*. Masson, Milano, 1998.
18. Cassano G.B. et al. *Disturbi da uso di alcol*. In *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano, 2000.
19. Bonetti A. *Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale*. In Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina: infezione da HIV e patologie correlate*. Leonard, Verona, 1995.
20. Testa P.G. *Aspetti psicologici e psichiatrici nel tossicodipendente*. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle Tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
21. Boccalon R., Vendramin A. *Abuso di sostanze e Dipendenza: strumenti e criteri diagnostici*. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. *Medicina delle Tossicodipendenze*. Leonard, Verona, 1996.
22. Cassano G.B., Garonna F. *L'alcolismo negli stati depressivi*. Ciba-Geigy, Milano, 1984.
23. Rudas N., Carpiello B. *Dipendenza da alcol e psicopatologia. Primi risultati di uno studio clinico con metadoxina*. In Sarteschi P., Maggini C. *La dipendenza alcolica. Personalità, clinica e nuove prospettive terapeutiche*. ETS, Pisa, 1990.
24. Aguglia E., De Vanna M., Manzan A. *La terapia integrata dell'alcolismo*. In Sarteschi P., Maggini C. *La dipendenza alcolica. Personalità, clinica e nuove prospettive terapeutiche*. ETS, Pisa, 1990.
25. Vittadini M. *Ansia e alcolismo*. In Smeraldi E., Bellodi L. *I disturbi dell'ansia, clinica e terapia*. Ermes, Milano, 1991.
26. Catanesi R., Bellomo A. *Malattia Mentale ed abuso di Alcol*. Atti XI Congresso Nazionale SIA, Bari, 14-16.10.1993.
27. Woody G. E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Luborsky L. *Affrontare la comorbilità psichiatrica*. *Basis*, 1994, 8: 43-55.
28. Whitfield C.L. *Co-dipendenza, dipendenze e disturbi correlati*. *Basis*, 1994, 8: 13-42.
29. Blume S.B. *Donne, alcol e droghe*. *Basis*, 1995, 11/12: 7-44.
30. Lastrico A., Berlincioni V., Bianchi A., Bressani R., Cappellini M., Mazzola G., Politi P., Risaro P., De Martis O. *Abuso - Dipendenza da alcol e comorbilità psichiatrica*. *Minerva Psichiatrica*, 1996, 37, 2: 59-67.
31. Berlincioni V., Bianchi A., Cappellini M., Hage I., Moretti R., Pozzi L., Stoccaro G., De Martis D. *Alcohol addiction and psychiatric comorbidity: assessment, treatment and outcome in a sample of patients at a psychiatric department*. *Alcologia*, 1996, 8, 3: 215-223.
32. Cibir M., Sartori P., Gentile M., Sanavio D. *Alcoldipendenza ed altri disturbi mentali: diagnosi differenziale ed approccio terapeutico*. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi*, 1996.
33. Conti L., Pezzica P. *Disturbi dell'umore e sindrome da dipendenza alcolica*. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi*, 1996.

34. Pigatto A., Poldrugo F. *Disturbi di personalità e trattamento dell'alcoldipendenza. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
35. Arsie D., Brazzale R., Roggia L. *Disturbo Borderline di personalità e alcolismo. Aspetti psicodinamici, relazionali, psicoterapeutici, nosografici. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
36. Janiri L., Troncon R., Monnelli P., Zeppetelli E., Cecchini S., Schettini M., Tempesta E. *Individuazione di sottogruppi all'interno di una popolazione di alcoldipendenti divezzati sulla base del mantenimento dello stato "alcohol free". In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
37. Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C. *Personality Disorders (DSM- III R, DSM-IV): prevalance in alcoholics and influence on drop out from treatment. Alcologia, 1996, 8,1: 47-52.*
38. Nace E.P. *Il paziente con doppia diagnosi. In Brawn S. Alcolismo terapia multidimensionale e recupero. Erickson, Trento, 1997.*
39. Zimberg S. *Diagnosi e diagnosi differenziale dell'Alcolismo. In La cura dell'Alcolismo. Ferro, Milano, 1984.*
40. Cibir M., Zavan V., Gallimberti L. *Inquadramento diagnostico dell'alcoldipendenza. In Il GHB nel trattamento della dipendenza alcolica. Arfi, Padova, 1992.*
41. Gentile N., Cibir M. *Linee guida per la diagnosi e il trattamento delle dipendenze da sostanze psicoattive. Minerva Medica, Torino, 1993*
42. Cibir M. *L'approccio multimodale alla dipendenza alcolica. In In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
43. Formigoni U. *Il trattamento di persone con alcolismo e malattie mentali: problemi e prospettive. In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
44. Maremmani I., Balestri C. *Alcolismo: clinica e terapia. In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O. Medicina delle Tossicodipendenze. Leonard, Verona, 1996.*
45. Gerra G. *Tossicodipendenze e alcolismo. Mediserve, Milano, 1998*
46. Maremmani I., Canoniero S., Daini L. *Abuso di sostanze e malattie mentali. In Maremmani I., Mazzesi S. Progetto Aliante. Pacini, Pisa, 1999.*
47. Segantin C., Muffato I., Zavan V., Cibir M. *Un programma diurno per alcoldipendenti con problematiche complesse. In Cibir M., Orlandini D., Rampazzo L. Alcologico, prevenzione, progettazione regionale. La Garangola, Padova, 2000.*
48. Salloum I.M., Daley D.C, Thase M. E. *Assesment and identification. In Male depression, alcoholism and violence. Martin Dunitz Ltd, London, 2000.*
49. Zimberg S. *Farmaci e Alcolismo. In La cura clinica dell'alcolismo. Ferro, Milano, 1984.*
50. Manzato E., Faccini M., Cantiero D. *Protocolli terapeutici di disintossicazione e di disassuefazione nel Day-Hospital del Servizio di Alcologia. Atti XII Congresso Nazionale SIA. Ancona, 22-24.09.1994.*

51. Gentile N., Cibin M., Cima L. *Farmacoterapia dell'alcoldipendenza*. In Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I. *Alcol e medico di famiglia*. Centro Scientifico, Torino, 1998.
52. Cibin M., Zavan V. *Farmacoterapia dell'alcolismo*. Itaca, 1999, 7, 3:40-53.
53. Manzato E., Faccini M. *La prevenzione della ricaduta nella dipendenza da alcol*. In Beghè F., Ceccanti M., Stefanini G.F. *Il sale sodico dell'acido 4 idrossibutirrico (GHB) nel trattamento dell'alcoldipendenza*. Lo stato dell'arte. Litorama, Milano, 1997.
54. Garbutt J.C., West S.L., Carey J.S., Lohr K. N., Crews F.T. *Pharmacological treatment of alcoholdependence. A review of evidence*. *Jama*, 1999, 281, 14: 1318–1325.
55. Gallimberti L., Canton G., Gentile N., Ferri M., Cibin M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L. *Gamma-hydroxybutyric acid for the treatment of alcohol withdrawal syndrome*. *Lancet*, 1989, 2: 787-789.
56. Gallimberti L., Ferri R., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L. *Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence; a double blind study*. *Alcoholism*, 1992, 16: 673 – 676.
57. Gallimberti L., Ferrara S.D., Gessa G.L. *Sperimentazione clinica del GHB*. In *Il GHB nel trattamento della dipendenza alcolica* Arfi, Padova, 1992.
58. Di Bello M.G., Gambassi F., Mignai L., Masini E., Mannaioni P.F. *Gamma-hydroxy-butyric acid induced suppression and prevention of alcohol withdrawal syndrome and relief of craving in alcohol dependent patients*. *Alcologia*, 1995 VII, 2: 9-16.
59. Poldrugo F., Addolorato C. *The role of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: from animal to clinical studies*. *Alcohol e Alcoholism*, 1999, 34, 1: 15-24.
60. Addolorato G., Caputo F., Capristo E., et al. *A case of gamma-hydroxybutyric acid withdrawal syndrome during alcohol addiction treatment. Utility of diazepam administration*. *Clinical Neuropharmacology*, 1999, 22: 60 – 62.
61. Addolorato G., Balducci G., Capristo E. et al. *Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine*. *Alcoholism*, 1999, 23: 15960–1604.
62. Gallimberti G. *Risolvere la crisi di astinenza. Dosaggi e modalità*. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 1999, 24: 11 – 16.
63. Gallimberti L., Minazzato L., Brambilla C. *Craving e controllo nella dipendenza alcolica: ruolo del GHB*. In Gallimberti L., Ferrara S.D., Gessa G.L. *Il GHB nel trattamento della dipendenza alcolica*. Arfi, Padova, 49-54, 1992.
64. Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F. et al. *An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodiumsalt (GHB) in medium term treatment of 179 alcohol dependent patients*. *Alcohol and Alcoholism*, 1996, 31: 341 – 345.
65. Marenmani I., Balestri C., La Manna F., Tagliamone A. *Efficacy of splits doses of GHB used as anticraving in the treatment of alcohol dependance. Preliminary results*. *Alcoholism*, 1998, 34: 73–80.
66. Addolorato G., Cibin M., Caputo F. et al. *Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients*. *Drug ad Alcohol Dependence*, 1998, 53: 7–10.

67. Addolorato C., Cibin M., Capristo E., Beghe F., Gessa C.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G. *Maintaining abstinence from alcohol by gamma-hydroxybutyric acid.* *Lancet*, 1998, 351–359.
68. Addolorato G., Gasbarrini G. *Il GHB nel mantenimento della sobrietà.* *Medicina delle Tossicodipendenze*, 1999, 24: 17–20.
69. Beghè F., Carpanini M.T. *Profilo di safety del GHB.* *Medicina delle Tossicodipendenze*, 1999, 24: 21–22.
70. Gallimberti L., Spella R.M., Soncini C.A. *Una nuova prospettiva nello studio e nella terapia della dipendenza alcolica. L'acido gammidrossibutirrico.* In Cassona G.B. et al. *Disturbi da uso di alcol. Trattato Italiano di psichiatria.* Masson, Milano, 2000.
71. Volpicelli J.R. et al. *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence.* *Arch Psychiatry*, 1992, 49: 876–880.
72. O' Malley S.S., Jaffe A., Chang C., Schotterfeld R.S., Meyer R.E., Rounsaville B. *Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study.* *Arch Psychiatry*, 1992, 49: 881–887.
73. Volpicelli J.R. *Naltrexone in Alcohol Dependence.* *Lancet*, 1995, 19: 346–356.
74. Volpicelli J.R. et al. *Medical management of alcohol dependence: clinical use and limitations of naltrexone treatment.* *Alcohol*, 1995, 30, 6: 789–798.
75. O'Malley S.S. *Integration of opioid antagonist and psychosocial therapy in the treatment of narcotic and alcohol dependence.* *Clinical Psychiatry*, 1995, 56:30-38.
76. O'Brien C.P. et al. *Naltrexone in the treatment of alcoholism : a clinical review.* *Alcohol*, 1996, 13, 1: 35–39.
77. O'Malley S.S. *Opioid antagonists in the treatment of alcohol dependence: clinical efficacy and prevention of relapse.* *Alcohol*, 1996, 31, 1: 77–81.
78. Hughes J.C. et al. *The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies.* *Addiction*, 1997, 92, 4, 381.
79. Cibin M. *Disulfiram, nuove strategie per un vecchio farmaco.* *Medicina delle tossicodipendenze*, 1999, 7, 22-23: 57-60.
80. Kaplan A.I., Sadock B.J. *Farmaci in psichiatria.* Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1997.
81. Naranyio C.A., Sellers E.M. *Serotonin uptake inhibitors attenuate ethanol intake in problem drinkers,* in Galanter M. *Recent Developments in Alcoholism: Treatment Research.* Plenum, New York, 1989, 7: 255-266.
82. Litten Z.R., Allen J.P. *Pharmacotherapies for alcoholism: promising agents and clinical issues.* *Alcoholism*, 1991, 15,4: 620-633.
83. Gorelick D.A., Parades A. *Effect of Fluoxetine on alcohol consumption in male alcoholics.* *Alcoholism*, 1992, 16,2: 261-265.
84. Aguglia E., Allegranti I., Mazzaglia R. *Fluoxetina e psichiatria.* Memento Medico, Salerno, 1995.
85. Salloum I.M., Daley D.C, Thase M. E. *Pharmacotherapy.* In *Male depression, alcoholism and violence.* Martin Dunitz Ltd, London, 2000.
86. Ciraulo D.A., Shader R I., Ciraulo A.M., Greenblatt D.J., Moltke L.L. *Alcolismo e suo trattamento.* In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica.* Momento Medico, Salerno, 1996.

87. Gentile N., Zavan V., Cibir M. *Limitazioni alla prescrizione di farmaci psicoattivi in pazienti con dipendenza alcolica.* In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
88. Pies R.W., Shader R.I. *Approccio al trattamento della depressione.* In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica. Momento Medico, Salerno, 1996.*
89. Shader R.I., Greenblott D.J. *Trattamento dei disturbi d'ansia.* In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica. Momento Medico, Salerno, 1996.*
90. Ellison J.M., Shader R.I. *Trattamento farmacologico dei disturbi di personalità: un approccio dimensionale.* In Shader R.I. *Manuale di terapia psichiatrica. Momento Medico, Salerno, 1996.*
91. Pintus A., Maggini C. *Linee guida del trattamento farmacologico del disturbo borderline di personalità.* *Noos, 1995, 1,2: 111-119.*
92. Marlatt G.A., Larimer M.E., Boer J.S., Quigley L.A. *Riduzione del danno per problemi da alcol: oltre la controversia sul bere controllato.* *Basis, 1994, 7: 5-46, Padova.*
93. Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria.* Erickson. Trento. 1997.
94. Galanter M. *Terapia di rete nell'intervento ambulatoriale.* In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze.* Masson, Milano, 1998.
95. Noventa A. *I gruppi di mutuo-aiuto nel trattamento dell'alcolismo e del disagio mentale.* In Garonna F., Pigatto A., Formigoni U. *Alcol e disturbi mentali. Centro studi psichiatria e territorio, Forte dei Marmi, 1996.*
96. Emrick C.D. *Anonimi Alcolisti.* In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze.* Masson, Milano, 1998.
97. Marlatt G.S., Barrett K. *Prevenzione delle Ricadute.* In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze.* Masson, Milano, 1998.
98. Gabbard G. O. *Disturbi da uso di sostanze psicoattive.* In *Psichiatria Psicodinamica.* Raffaello Cortina, Milano, 1995.
99. Zimberg S. *Psicoterapia Individuale.* In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze.* Masson, Milano, 1998.
100. Aguglia E., Baiocchi P., De Vanna M. *Le terapie combinate.* *Psichiatria e Psicoterapia Analitica, 1994, 13, 3: 235-244.*
101. Golden S.J., Khantzian E.J., Mcauliffe W.E. *Terapia di gruppo.* In Galanter M., Kleber H. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze.* Masson, Milano, 1998.