

## 3.2

## IN ALCOLOGIA È POSSIBILE PENSARE IN TERMINI DI GENERE?

**Calviani L.<sup>[1]</sup>, Pananti B.<sup>[2]</sup>, Maggiorelli L.<sup>[2]</sup>,  
Iozzi A.<sup>[3]</sup>**

<sup>[1]</sup> *SerD UFS Firenze 1 AUSL CC - Firenze - Italy,*

<sup>[2]</sup> *Associazione Progetto Arcobaleno Firenze - Italy,*

<sup>[3]</sup> *Direttore UFC SerD Firenze 1 AUSL TC - Firenze - Italy*

L'esperienza del progetto intensivo e breve della UFS SERD Firenze 1 in collaborazione con Ente Ausiliario Associazione Progetto Arcobaleno-Firenze ci ha confermato che non solo è possibile valutare e definire programmi tenendo conto delle differenze di genere, ma anzi, è necessario per la diagnosi e la definizione dei programmi riabilitativi

Tradizionalmente si è sempre parlato di differenza di genere in ambito alcologico, in particolar modo facendo riferimento all'epidemiologia, ai danni alcol correlati, alle modalità di accesso ai servizi. Seppur tali differenze siano a tutt'oggi confermate, ci siamo chiesti se non fosse possibile ampliare l'osservazione e tracciare delle vere e proprie specificità così come, sempre più frequentemente, la medicina di genere invita a fare in ogni ambito specialistico. Peraltro l'esperienza del modello di progetto intensivo e breve del Centro Alcologico "La Fortezza" a Firenze in collaborazione con ente ausiliario Progetto Arcobaleno, rivolto a pazienti affetti da Disturbo Da uso di Alcol (DUA) per motivi logistici e organizzativi ha previsto, sin dall'inizio una distinzione della fase residenziale secondo il genere. Il progetto, che ha preso avvio nel 2015, prevede una fase semiresidenziale di Centro Diurno della durata di 1 mese a cui segue una fase residenziale della durata di 4 mesi. Il programma residenziale suddiviso per genere ci ha permesso di osservare l'andamento dei programmi e gli esiti e ci ha suggerito che sì, esiste una specificità di genere anche in ambito alcologico per quanto riguarda l'assessment, il decorso e le strategie terapeutiche e che anzi, ignorarla, significa correre il rischio di non utilizzare strumenti e risorse opportune ai fini dell'appropriatezza di cura. Senza la pretesa di una vera e propria trattazione proveremo ad indicare in maniera grossolana le impressioni che sono derivate dall'esperienza sul campo, partendo da quelle che sono le aree interessate nell'assessment e suggerendo alcune specificità di indirizzo terapeutico. Ovviamente la suddivisione sia delle

valutazioni che delle attività terapeutiche non è mai così netta. A seconda della tipologia delle/dei pazienti valutiamo di volta in volta come e quali utilizzare, ma nel corso di questi anni di esperienza abbiamo notato come delle costanti che si ripetono e che ci hanno invitato a riflettere sul fatto che spesso ad alcune attività rispondono meglio le donne e ad altre gli uomini.

Comorbidità internistica e neurologica: noto da tempo il cosiddetto effetto telescopico. Cioè il fenomeno per cui la donna, pur iniziando a bere più tardi, manifesta complicanze organiche molto più velocemente dell'uomo. Purtroppo sappiamo anche che pur essendo decisamente migliorato l'accesso ai servizi (ad oggi le donne affette da Disturbo da Uso di Alcol accedono in misura maggiore e più precocemente ai servizi specialistici rispetto a qualche anno fa), ancora l'effetto dello stigma sociale gioca un ruolo importante nel ritardare una presa in cura che richieda un impegno in termini di tempo, di allontanamento da casa, dai doveri sociali e familiari. A questo si accompagna la vergogna di una diagnosi di una patologia organica alcol correlata che è quella di chi "se l'è cercata", e pertanto evitabile. È importante sottolineare che, mentre per gli uomini alcolodipendenti la mortalità è 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale, per le donne alcolodipendenti è 5 volte superiore.

Concomitante DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: i numeri da sempre ci dicono che negli uomini è più frequente il consumo misto di alcol e di altre sostanze mentre nelle donne questo aspetto sarebbe meno presente. Questo non è del tutto vero se si prende in considerazione l'uso di psicofarmaci e in particolare le benzodiazepine. A questo infatti si collega un fenomeno che si osserva prevalentemente nelle donne: prima di accedere ai servizi specialistici, frequentemente hanno già "peregrinato" per anni tra Medici di Medicina Generale e specialisti privati collezionando una serie di prescrizioni, perlopiù benzodiazepine, delle quali viene fatto molto spesso un utilizzo incongruo e che negli anni diventa abuso/dipendenza nel tentativo di sedare i sintomi ansiosi amplificati dal consumo incongruo di alcol.

Questo aspetto viene confermato dalle osservazioni della medicina di genere in ambito di salute mentale; l'Organizzazione mondiale della sanità corrobora l'ipotesi suggerendo che "l'appartenenza al genere femminile è il predittore principale nella prescrizione di psicofarmaci". Altri studi fanno presente che il numero di pazienti donne che escono da una visita medica con la prescrizione di uno psicofarmaco è nettamente superiore rispetto agli uomini.

Profilo motivazionale: rifacendoci al modello delle fasi di Prochaska e Di Clemente, abbiamo osservato delle differenze: le donne subiscono positivamente l'influen-

za di altre donne che hanno vissuto prima di loro l'esperienza del recupero, anche attraverso la comunità. In loro infatti prevale il senso della cooperazione, della collaborazione (a Firenze da pochi anni si è formato un gruppo Alcoliste Anonime di sole donne, in Italia uno dei pochissimi). In genere agiscono con meno fretta ma più precisione nel raggiungere l'obiettivo. Gli uomini avvertono in minor misura questo bisogno di condivisione, decidono ed agiscono più in solitaria e soprattutto in fretta. Quando sono nella fase di determinazione è necessario proporre velocemente un progetto.

Condizione socioeconomica: Anche se negli ultimi decenni le differenze sono in tal senso diminuite, ancora oggi si osserva che le donne alcoliste, soprattutto quando ci sono figli minori, spesso dipendono da qualcun altro per il proprio sostentamento e di quello dei figli (marito, padre ecc). Quando succede questa è una situazione che espone ad una subalternità che influisce sul recupero della donna, anche perché questo si accompagna ad una difficoltà ad esprimersi magari in altro, come passioni o desideri, che siano al di fuori della famiglia. Per gli uomini, invece, lo stereotipo attuale li vuole come coloro che si occupano del benessere e dei bisogni economici della famiglia, con maggior spinta all'autodeterminazione e all'indipendenza. Se ciò viene a mancare per qualsiasi motivo o fragilità, questo espone alla frustrazione e alla scarsa autostima. Così come le donne, quando accedono alla richiesta di aiuto, esprimono il disagio e malessere soprattutto per quanto riguarda l'aspetto relazionale, gli uomini lo esprimono riguardo alla propria identità lavorativa, che anche se presente, spesso non è abbastanza soddisfacente o comunque, a causa dell'alcol, ha perso il riconoscimento di un tempo.

Tipologia di craving: a tutte/i le/i pazienti viene somministrato all'ingresso il CBQ (craving behavioral questionnaire) e la differenza è piuttosto netta: nelle donne il punteggio più elevato lo si osserva per la tipologia "Relief", mentre per gli uomini in quella "Reward" e "Obsessive". Questo è legato quindi anche ad una diversa etiologia e ad una diversa modalità di consumo. Comorbilità psichiatrica e profilo psicologico: nell'uomo il DUA è più spesso associato anche a Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e al Disturbo di Personalità Antisociale. Nella donna si ha maggiore probabilità di avere una Depressione primaria. Sono più frequenti anche Disturbi d'Ansia e del comportamento alimentare. Ci è sembrato di osservare che spesso negli uomini la depressione non venga adeguatamente riconosciuta in quanto i sintomi stessi sono espressi con difficoltà. È meno socialmente accettabile per gli uomini provare ed

esprimere tristezza. Così i sintomi nel genere maschile sono più "esplosivi" (S. Neonato): lavora ossessivamente, cambia spesso partner sessuali, consuma più sostanze, beve alcol per disinibirsi. La sensazione di inadeguatezza si trasforma in irritazione e spesso aggressività e violenza. Le donne sebbene abbiano maggiore capacità di esprimere i propri stati emotivi, e dispongano di un linguaggio più ricco per rappresentare i propri stati interni, diversamente dagli uomini tendono ad annichilirsi, ad implodere, e appunto ad usare benzodiazepine ed alcol per spengersi. Dunque anche la depressione femminile può passare inosservata o sottovalutata proprio perché non fa rumore. Nei gruppi terapeutici gli uomini fanno molta difficoltà a parlare dei propri stati emotivi e devono essere "accompagnati" nell'espressione di essi. Le donne, al contrario non hanno difficoltà a parlare del proprio mondo emotivo. Ma il passaggio che abbiamo imparato a fare e a proporre alle donne è quello di mettere in relazione il vissuto interiore con aspetti psicosociali. Diceva il Prof Eugenio Torre che la maggior parte delle depressioni femminili è di tipo medio-lieve e questa precisazione ha particolare importanza ai fini di eventuali trattamenti farmacologici. Le donne sono più a rischio di depressione se hanno bassa istruzione, ma la combinazione di moglie, madre e bassa istruzione è la più deleteria per la loro salute mentale (Romito P). Almeno 2 studi nel 1983 e nel 1994 hanno messo in evidenza come le donne sperimentino un numero maggiore di eventi indesiderati e minacciosi rispetto agli uomini o diano un maggior significato distruttivo all'evento dopo averlo sperimentato e questo potrebbe spiegare la loro maggiore vulnerabilità ad uno stato depressivo. Paykel nel 1994 mette in evidenza come il contesto familiare e culturale, con la specifica struttura dei ruoli sociali e le aspettative correlate, può influenzare il numero di life events ed il rischio di malessere psichico associato (E. Reale) Mentre per gli uomini l'alcol è riportato come causa di separazione e divorzio nell'80% dei casi, lo è solo nel 27% delle donne (R. Travaglini). Quindi le donne che abusano di alcol hanno una minore propensione alla separazione (e così evidentemente anche i loro partner) pur soffrendo di maggiori problematiche relazionali nella vita coniugale. La depressione da "nido vuoto" della casalinga in climaterio è uno stereotipo ormai antiquato.

Nelle fasi semiresidenziale e residenziali del progetto quindi notiamo come per gli uomini sia fondamentale imparare ad alfabetizzare il mondo emotivo, far diventare la comunità un luogo dove fare palestra per imparare a riconoscere, capire e gestire le proprie emozioni. Vengono sostenuti nel fronteggiare la frattura dell'immagine sociale che gioca un ruolo centrale. Per le donne è importante fornire strumenti di analisi e controllo

sulla propria vita per fronteggiare la sensazione di essere prive di potere e di controllo. Nei gruppi terapeutici femminili emerge spesso quanto sia gravoso e pesante il “dover fare” e il “dover essere” rispetto alle aspettative/ricieste da parte degli altri. Inevitabili dunque le ansie, lo stress per il senso di impotenza e di inadeguatezza. A maggior ragione se appesantito dallo stigma dell’essere alcolista.

**L’ESPERIENZA DEL TRAUMA E DELLA VIOLENZA** Questo è un aspetto che differenzia molto gli uomini dalle donne. Sappiamo che le esperienze traumatiche sono più frequenti nelle donne e per questo è necessario adottare degli accorgimenti terapeutici che tengano conto di questo anche quando l’evento traumatico non è mai stato espresso. L’esperienza del trauma colpisce soprattutto la zona sottocorticale mentre le zone corticali, in particolare la corteccia frontale e prefrontale sono inibite, ipometaboliche. L’esperienza traumatica si lega al corpo, alle percezioni somatiche. Tutte le immagini dell’esperienza vengono registrate nell’emisfero destro mentre quello di sinistra viene silenziato. Gli studi ci dicono che c’è addirittura una inibizione dell’area di Broca. La strada del trauma (e anche del DUA o DUS) è la cosiddetta via “bottom up” perché il materiale traumatico è disgregato e confuso. Gli interventi terapeutici privilegiati in questo caso sono anch’essi “bottom-up”: quindi prevalentemente non verbali, corporei, che utilizzano immagini, suggestioni, simboli, insomma canali di intervento non corticali (S. Vanini).

Anche per la violenza che quasi sempre è presente nell’anamnesi di pazienti alcolisti/e esiste una notevole differenza di genere. Nel caso delle donne spesso è subita, nel caso degli uomini spesso è agita. E, mentre con le donne è opportuno istruirle ed esercitarle nel riconoscerla anche nelle forme più sottili (come quella economica per esempio) ed è importante sostenerle nella consapevolezza e nelle decisioni successive, per gli uomini è necessario un lavoro che abbia a che vedere con il riconoscimento della rabbia, con il senso del possesso, il terrore della paura. La rabbia e l’aggressività sono le emozioni principali che sentono di avere diritto di provare. Forse la rabbia è proprio il sentimento “coperto” dietro il quale è possibile nascondersi e non entrare in contatto con il mondo emotivo. Di fatto spesso gli uomini scambiano spesso tutta una serie di emozioni di diversa natura (frustrazione, senso di impotenza, paura, dolore, senso di ingiustizia) per rabbia. Come un imbutto, in cui entrano tanti sentimenti dalla parte grande e da cui esce solo rabbia (A. Pauncz).

Non è un caso che l’alessitimia abbia una maggiore incidenza tra gli uomini, vuoi per cause genetiche, strutturali, vuoi per l’influenza dell’ambiente e di comporta-

menti appresi. Gli uomini affetti da DUA con più elevata alessitimia manifestano craving urgente, pensieri ossessivi sull’alcol con conseguenti consumi ossessivi e compulsivi. Gli studi dicono che quando si attivano le parti linguistiche si inibiscono quelle più profonde ed impulsive (S. Canali). La scrittura/lettura produce un miglioramento dell’autocontrollo e dell’impulsività. Durante il percorso residenziale l’attività terapeutica che in tal senso ci è sembrata indicata è quella dell’autobiografia o narrazione retrospettiva di sé che è una modalità di narrazione e cura in cui scrittore e protagonista coincidono. Ascoltare la propria storia dentro di sé nel proprio dialogo interno è un passo necessario, come vedersi in uno specchio, per riconoscersi e dare corpo, come in un’armonia musicale, alle tante note presenti nel proprio Sé (D. Demetrio). I pazienti vengono dunque invitati alla scrittura e alla rilettura con il terapeuta. I fatti vengono descritti contestualizzati e “scaldati” dalle emozioni a cui viene dato un nome e risignificate. Le emozioni negative trovano uno spazio ed un contenimento.

**RELAZIONE CON IL CORPO:** Nei/nelle pazienti con DUA o DUS il rapporto con il corpo è completamente alterato. Il corpo e il contatto di esso con sostanze chimiche viene utilizzato, in genere per anni, per modulare le sensopercezioni, inizialmente in senso positivo e successivamente per sedare tutte quelle negative che con l’uso continuativo sono sempre più presenti. Mero strumento, dunque, inizialmente di piacere e poi di malessere e disagio che, diventando un corpo scollegato da percezioni esterne e interne è anche incapace di avvertire il limite. È per questo che nel progetto riabilitativo è stata inserita l’attività dello Yoga. Van Der Kolk sostiene che se non si è consapevoli dei bisogni del corpo, non si può prendersene cura. Se non si sente la fame, non ci si può nutrire, se si scambia l’ansia per fame si può mangiare troppo; e che se non ci si sente sazi, si continua a mangiare. I/le pazienti con DUA e in generale di dipendenza hanno bisogno di imparare che possono tollerare le loro sensazioni, di farsi amiche le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione. Nello yoga, dunque, si impara che le sensazioni aumentano, fino a raggiungere un picco, e poi decrescono: come succede per il craving. Si impara a percepire il limite e a rispettarlo. Il corpo istruirà la mente su questo e renderà l’esperienza rassicurante (B. Van Der Kolk). È noto come per le donne in particolare il rapporto con il corpo e le sensazioni somatiche rappresentino uno degli aspetti che determinano il benessere e come il corpo stesso rappresenti l’espressione e comunicazione di contenuti psichici. Gli stati emotivi stessi sono impressi nel profilo chimico del corpo. Questo sia per-

ché secondo alcuni studi la rappresentazione del corpo fisico nel cervello femminile è maggiore sia perché le donne, che per natura sono maggiormente in relazione con l'esterno, lo sono anche con se stesse e con le parti più profonde. Le donne accedono allo yoga sin da subito con consapevolezza e desiderio di mettersi alle prova. Sembra quasi che vivano tale attività come metodo naturale per riallineare corpo e mente. Non necessitano di troppe parole e spiegazioni perché le immagini e il significato dei movimenti e del collegamento con il respiro ha una via di accesso preferenziale all'emisfero destro. Gli uomini invece accedono allo yoga con maggiore difficoltà, sono reticenti, più rigidi. Soffrono maggiormente i limiti fisici imposti talvolta dall'età e talvolta dalle condizioni fisiche compromesse. È necessario che l'operatore utilizzi molto il linguaggio per contestualizzare i movimenti e il loro significato. Solo dopo quindi un passaggio attraverso lo strumento della logica e della razionalità si ottiene una maggiore disponibilità e comprensione del significato dell'attività. Per gli uomini si tende anche ad associare una attività fisica "mirata" come per esempio i lavori di costruzione, manutenzione del giardino e dell'orto con un maggior impegno muscolare, relativamente alle capacità di ognuno, e con la realizzazione mirata di un obiettivo concreto.

**RETE DI SUPPORTO:** Il progetto intensivo breve prevede una attenta valutazione della rete relazionale attraverso una mappatura. Dice Nancy Chodorow, psicanalista e sociologa, che l'identità femminile diverrebbe inscindibile dalla relazione, l'identità maschile si strutturerebbe sulla capacità di prescindere da essa. Per gli uomini la ricostruzione di relazioni "sane" e funzionali rappresenta il punto di partenza e l'aggancio ai gruppi territoriali di auto-aiuto come Alcolisti Anonimi o Club territoriali, a seconda delle caratteristiche della persona. L'appuntamento settimanale, assieme al lavoro, costituisce una strutturazione di base per il mantenimento di uno stile di vita sobrio. I gruppi di auto-aiuto territoriali rappresentano un importante punto di riferimento per entrambi i generi. Proprio per la sua strutturazione, la comunità maschile consente agli uomini che hanno terminato il programma di rimanere collegati al luogo e agli operatori offrendo la possibilità di rientrare comunità nei fine settimana o durante le festività. A questa proposta molti dei pazienti aderiscono: rimangono collegati non tanto fra di loro ma ad un luogo al quale viene attribuito il significato di cambiamento e rinascita. Per quanto riguarda le donne, la loro tendenza alla relazione, a cercare l'intimità (P. Leonardi), ad esprimere emozioni e sentimenti rappresenta fonte di serenità e stabilità se le relazioni sono sane, ma fonte di profon-

da sofferenza se disfunzionali. Ricordiamo che esiste un forte modello culturale e sociale per cui sono le donne ad essere responsabili del benessere emotivo della famiglia e devono in qualche modo "curare" questo ambito. A tutt'oggi per le donne che abbiamo osservato le relazioni centrali sono quelle con i familiari, in particolare con mariti o compagni o figli, o anche genitori. Per questo durante il percorso residenziale sono stati inseriti gruppi multifamiliari, dove le pazienti e le rispettive famiglie si confrontano fra loro. Il malessere psichico delle donne ha già dentro di sé un dissenso, anche se implicito, nei confronti di ruoli e situazioni insostenibili. L'intervento terapeutico dunque è mirato a rendere esplicito il dissenso, favorendo bisogni e desideri anche quelli più semplici, più silenziosi e pertanto facilmente sopprimibili e favorendone l'esplicitazione e la circolarità all'interno del gruppo stesso (P. Leonardi).

Successivamente oltre che l'invio ai gruppi territoriali sono previsti anche periodici incontri tra tutte le donne che hanno fatto esperienza del percorso residenziale. Rappresentano momenti di condivisione importante durante i quali le donne si confrontano sulle difficoltà del percorso, sugli obiettivi raggiunti. Insieme con altre con cui si condividono le esperienze e la fatica è possibile sentirsi incoraggiate a sperimentarsi senza la stamella della sostanza, a valorizzare e a dare spazio al sé "sano", a combattere lo stigma e il senso di vergogna. Le donne rimangono collegate non tanto al luogo ma fra di loro.

Per una semplice ma efficace sintesi finale ci piace citare Julio Velasco, CT della Nazionale Pallavolo, reduce dai recenti grandi successi olimpici il quale in un'intervista ha raccontato che quando si apprestava ad allenare la prima squadra femminile chiese consiglio ad una amica insegnante rispetto alle differenze tra maschi e femmine e alla fine sentì di poter così riassumere: "le donne vanno spinte a buttarsi, anche a costo di sbagliare. Gli uomini vanno invece frenati".

#### *Bibliografia*

- S. Canali: Regolazione delle emozioni e dipendenze. Prospettive emergenti nelle scienze cognitive. Addictus Magazine, 2024
- N. Chodorow: La funzione materna. Psicoanalisi e sociologia del ruolo materno, La Tartaruga, 1991.
- D. Demetrio: Raccontarsi. Raffaello Cortina Editore-Milano 1996
- S. Neonato: Depresse non si nasce. Letterate Magazine, 2018
- P. Leonardi: Depresse non si nasce... si diventa; Le Comete FrancoAngeli, 2016
- A. Pauncz: Dire no alla violenza domestica. Franco

Angeli/Self-Help, 2016

- E. Reale: Salute Mentale nella donna e differenza di genere: dalle evidenze clinico-epidemiologiche alle prospettive di una prevenzione mirata. Una salute a misura di donna- Dipartimento Pari Opportunità, cap 4, 2005
- P. Romito: La depressione delle donne. Ovvero la medicalizzazione dell'oppressione quotidiana" In inchiesta. Differenze di genere e cultura dei servizi (a cura di Paola Leonardi, Dedalo 1988
- R. Travaglini, L. Giardinelli: Fenomeno Alcolismo e differenze di genere. Giorn. Ital. Psicopat 2005 11, 437.444
- B. Van Der Kolk: Il corpo accusa il colpo, Raffaello Cortina Ed
- S. Vanini: Approccio clinico ai traumi nel DUS. Addictus Magazine, 2024