

Conferenza nazionale d.p.r. 309/90  
Una occasione perduta per il sistema  
di intervento sulla droga in Italia 1

#### CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'approccio fenomenologico alla  
clinica degli stati tossicomani:  
il contributo della scuola italiana  
*Gilberto Di Petta* 4

Olanzapina in combinazione con gli  
agonisti - oppioidi nel trattamento  
dei tossicodipendenti con doppia  
diagnosi  
*Gerra G., Di Petta G., d'Amore A.,  
Iannotta P., Bardicchia F., Falorni F.,  
Coacci A., Strepparola A., Campione G.,  
Lucchini A., Vedda G., Serio G.,  
Antonioni M., Bertacca S., Moi G.,  
Zaimovic A.* 8

La dipendenza sessuale (sexual  
addiction): aspetti clinici,  
inquadramento diagnostico  
e trattamento  
*Manzato E., Cifelli G., Maggiolo I.,  
La Rosa S., Marino V., Pistuddi A.,  
Avenia F.* 13

Determinazione della transferrina  
carboidrato desialata (CDT)  
con immunoturbidimetria (TIA),  
elettroforesi capillare (CE)  
e cromatografia liquida HPLC  
*Immacolata Amoroso, Rita Fiore,  
Maria Concetta Visconti, Luigi Vrenna* 32

#### BUONE PRASSI NEI SERVIZI

Nuova Iniziativa Cocaina-Dipendenti  
di Entità Moderata - N.I.Co.D.E.Mo  
*Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,  
Antonia Cinquegrana* 27

#### DALLE REGIONI 40

#### NOTIZIE IN BREVE 24-41

#### ORGANIZZAZIONE

Direttivo nazionale  
8 giugno 2005 43

Assemblea nazionale  
8 giugno 2005 43

Ufficio di Presidenza  
27 settembre 2005 43

Direttivo nazionale  
22 ottobre 2005 44

#### RECENSIONI 30-38

# Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE  
ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



## Conferenza nazionale d.p.r. 309/90 Una occasione perduta per il sistema di intervento sulla droga in Italia

In un comunicato stampa del 10 ottobre scorso FeDerSerD, ribadiva la mission di Associazione a carattere scientifico le cui finalità sono innanzitutto di promuovere la diffusione di buone prassi tra i professionisti del settore, di valorizzare le esperienze prodotte nei servizi, testimoniando il valore di queste conoscenze in ogni contesto ove ciò fosse possibile.

Ne derivava la correttezza nell'interloquire con qualsiasi istanza sovraordinata che abbia titolo ad intervenire nel nostro settore, sia essa l'Azienda Sanitaria Locale nella quale ogni giorno ci troviamo a lottare per affermare la dignità dell'intervento in favore delle persone in stato di dipendenza, piuttosto che la Regione o il Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga.

Ciò che ci preme ed appare importante ai nostri iscritti e ai professionisti che fanno riferimento alla nostra Associazione, è quello di sapere proporre con energia e convinzione le acquisizioni maturate in anni di esperienza con criteri scientificamente e tecnicamente fondati.

Nel giugno scorso, FeDerSerD aveva unanimemente assunto, nel Direttivo Nazionale tenutosi a Roma, l'impegno di fare sentire la voce professionale nei contesti preparatori della Conferenza e nella Conferenza stessa.

Dopo i cambiamenti avvenuti a livello del Dipartimento nazionale Politiche Antidroga, il Ministro delegato Giovanardi si è assunto, sia nella plenaria della Consulta dello scorso luglio, sia nell'incontro con il Cartello "Non incarcerate il nostro crescere" di fine settembre, sia nella conferenza stampa del 7 ottobre, sia nell'incontro con il nostro presidente Alessandro Coacci in data 13 ottobre, l'impegno a portare in discussione alla IV Conferenza Nazionale lo stralcio da tempo annunciato del DDL 2953, garantendo altresì l'espressione della pluralità degli attori del sistema.

Quindi nessun atto parlamentare doveva essere assunto prima del confronto in Conferenza Nazionale; gli elementi dello stralcio legislativo dovevano essere riportati alla discussione dei gruppi tecnici della Consulta e diventare parte integrante dei documenti in via di preparazione.

# Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO IV, 2005 - N. 15

Fe Der Ser D

**Proprietà:** Fe Der Ser D

**Sede legale**

Viale Matteotti 72, 58100 Grosseto

**Comitato di Direzione**

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Luciana Bacci, Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Guido Faillace, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato, Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

**Responsabile di Redazione**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

**Sede operativa e Redazione Mission**

Via Martiri della Libertà 21,  
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

**Direttore responsabile:** Franco Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

**Stampa:** Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,  
S. Giuliano Milanese (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano  
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L.  
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.  
1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tri-  
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 27 ottobre 2005

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.000 copie



*Alla data odierna questo confronto sul vero testo del ddl stralcio non è stato attivato.*

Inoltre vi sono alcune nuove considerazioni che devono essere valutate.

*A poco più di un mese dalla data prevista per la IV Conferenza Nazionale degli operatori pubblici e privati del sistema di intervento sulla droga, la realtà organizzativa della stessa appare misteriosa.*

Ciò è fonte di grande preoccupazione per gli operatori: di fatto la possibilità stessa dei professionisti dei Ser.T. e delle altre strutture terapeutiche e riabilitative territoriali a poter partecipare all'evento appare compromessa.

Evento che, a cinque anni di distanza dal precedente celebrato a Genova nel 2000, già presenta due anni di colpevole ritardo.

*La Conferenza nazionale è un DIRITTO da esigere da parte degli operatori del settore e dei cittadini. Questa è la prima considerazione che ricordiamo a Parlamento, Governo e Regioni.*

*Questo diritto sta per essere ulteriormente violato.*

I professionisti che lavorano nei Ser.T. e nei Servizi Alcolologici, quei 7.000 dipendenti dello Stato e delle Regioni che hanno preso in cura ben 175.000 persone nel 2004, e che hanno inviato nelle strutture comunitarie e territoriali quasi 20.000 persone nel 2004 curando gli atti clinici e amministrativi relativi per conto dello Stato e delle Regioni, **meritano ben altra attenzione** di quella fino ad ora riservata dal mondo della politica.

Mondo della politica che sembra oscillare tra i richiami di vetuste sirene che da tempo si sono attribuite il potere di rappresentare la mediazione tra il sapere tecnico scientifico e la politica, e posizioni ideologiche che pur avendo dei fondamenti rispettabili, tuttavia vanno ripensate alla luce delle evidenti trasformazioni che l'uso e l'abuso di sostanze stanno avendo nella nostra comunità.

**Siamo delusi che la politica, tendenzialmente latitante su questo tema, non colga, tranne alcuni esponenti più sensibili, la necessità di rinnovare il suo rapporto con il mondo dei professionisti del settore, dai quali potrebbe trarre utili elementi per riappropriarsi senza troppi timori, di un tema che non fa certamente vincere le elezioni, ma può far crescere la coscienza del paese e la sua cultura scientifica.**

Noi rispondiamo solo di quello che scriviamo, e smentiamo comunicati e interpretazioni altrui quando sono distorti dei fatti reali.

Abbiamo dichiarato anni fa nei nostri documenti, nei nostri congressi ampiamente frequentati, che il nostro senso di responsabilità ci impegna a dialogare con tutti.

Basta tirarci per la giacchetta, abbiamo già detto in un congresso programmatico due anni fa a Milano che c'è un'altra cosa che FeDerSerD, gli operatori pubblici, non possono fare: lanciare il sasso e ritirare la mano, uno sport molto praticato nel settore.

Abbiamo quindi voluto "vedere le carte" per la Conferenza di Palermo così come siamo andati a vedere le proposte insufficienti fatte a Bologna dalle Regioni.

**Il senso della Conferenza nazionale è quello di far dialogare gli operatori con le rappresentanze istituzionali, per fare proposte sensate alla politica.**

**È ormai evidente che parte essenziale di questo confronto non ci sarà, dato che le Regioni hanno dichiarato la loro assenza sostanziale.**

**Ci spiace molto!**

## I dieci punti di FeDerSerD

Allo Stato e alle Regioni diciamo che ancora una volta non sono stati capaci di garantire ai loro DIPENDENTI (noi), ai loro DIRIGENTI (noi), ai loro rappresentanti territoriali il confronto DOVUTO per legge nella Conferenza nazionale, cedendo agli interessi meno nobili della politica e del clima pre elettorale che tende a semplificare ed appiattire ogni complessità.

**QUESTA È UN'ALTRA SCONFITTA PER L'INTERVENTO SULLA DROGA IN ITALIA, CHI PLAUDE A CUOR LEGGERO È SOLO UN INCOSCIENTE!**

FeDerSerD è CONTRARIA a tutti i punti qualificanti dello stralcio Giovanardi al DDL 2953, così come sinteticamente presentati nella conferenza stampa.

È contraria al sistema rigido delle tabelle sulle sostanze, che non tiene conto della realtà di vita delle persone, è contraria a trattare il tema della certificazione/programma terapeutico come "certificato elettorale" e non atto di rilevanza pubblica di percorsi di diagnosi e cura.

Ha già attivato sul sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it) vari FORUM per raccogliere le opinioni di tutti gli operatori e cittadini interessati, l'unica cosa che in realtà ci interessa e che presenteremo a tutti gli interlocutori possibili.

**Per FeDerSerD è troppo rilevante il processo di alta integrazione per metterlo in crisi, perciò rispettiamo le scelte di FICT e CNCA, sebbene da queste divergenze dei partners del privato derivi una ulteriore ragione di difficoltà a partecipare a Palermo.**

**FeDerSerD NON ADERISCE alla IV Conferenza Nazionale di Palermo né ad eventi alternativi ad essa. Sin da ora i membri del Direttivo Nazionale della associazione sospendono la propria partecipazione ai lavori della Consulta, del Comitato Scientifico e delle commissioni preparatorie della Conferenza.**

1. Sviluppo e aggiornamento di un Sistema dei Servizi che agisca sulla base delle evidenze scientifiche, del sapere degli operatori, dell'apporto delle persone con problemi di dipendenza e dei consumatori.
2. Riaffermazione della pericolosità delle droghe, della grande preoccupazione per il diffondersi dei fenomeni di consumo e abuso, della necessità di riconsiderare la punibilità del consumo di sostanze al di fuori del circuito penale e di una immediata definizione di provvedimenti di decarcerizzazione reale.
3. Quota del Fondo sanitario (nazionale e regionale) che dall'attuale 0,8% si posizioni all'1,5% per la politica sulla droga e quota del Fondo sociale (regionale) di almeno il 10% dedicata espressamente ai progetti droga.
4. Recepimento delle Intese Stato Regioni del 1999 con istituzione del Dipartimento delle Dipendenze in ogni ASL, con compiti di governo del sistema di intervento e budget specifico.
5. Definizione di un sistema virtuoso Stato - Regioni - ASL - Enti Locali costituito dalla presenza di Dipartimenti e Osservatori epidemiologici e previsionali sulle droghe, allocati sul territorio.
6. Revisione dei LEA (livelli essenziali di assistenza), applicazione omogenea e non frutto di interpretazioni economicistiche, sblocco del turn over per il personale dei Ser.T. e dei Servizi alcologi territoriali.
7. Acquisizione del modello dell'Alta Integrazione pubblico-privato non profit come riferimento per l'intervento territoriale.
8. Mantenimento della competenza pubblica in tema di certificazione dello stato di dipendenza, definizione dei programmi terapeutici, autorizzazione e monitoraggio della spesa sanitaria.
9. Consolidamento della clinica delle dipendenze per affrontare le necessità delle persone con problemi di addiction, prevedendo anche strutture "ospedaliere" e riabilitative pubbliche.
10. Decretazione della disciplina di Clinica delle Dipendenze per medici e psicologi, della specialità relativa e di corsi universitari per le figure socio sanitarie e sociali di settore.

Milano, ottobre 2005

**Presenterà le proprie posizioni alla Conferenza Nazionale tramite delegati.**

Nell'ambito del proprio Convegno "Cocaina e Poliabuso" che si terrà a Palermo nei giorni 30 novembre - 2 dicembre, FeDerSerD ha previsto perciò uno spazio di approfondimento sui Dieci Punti che presentiamo in calce a questo documento, proponendoli alla riflessione alla quale invita tutti i livelli istituzionali ed i partner professionali e delle associazioni.

*Vogliamo in conclusione rimarcare la bontà della scelta di un Dipartimento nazionale sostenuta*

*nel passato dal prefetto Soggiu e successivamente dal prof. Carlesi, come luogo di coordinamento e dibattito per costruire nel rispetto delle dovute autonomie, una politica di lotta alla droga, e ringraziamo lo staff del Dipartimento, i dirigenti e in particolare il dott. Andrea Fantoma per la serietà, competenza e impegno che da sempre ha dimostrato nella gestione tecnica del settore.*

**Il Direttivo Nazionale allargato ai Presidenti e Coordinatori delle Federazioni Regionali**

Milano, 22 ottobre 2005

# L'approccio fenomenologico alla clinica degli stati tossicomani

## Il contributo della scuola italiana

Gilberto Di Petta\*

### Introduzione

Questo lavoro si propone di fare il punto sul contributo che gli Autori della Scuola fenomenologica italiana hanno dato o stanno dando alla clinica degli stati tossicomani.

Va detto subito che gli studi fenomenologici relativi alle tossicomanie non sono assolutamente comparabili, per mole, a quelli relativi alla clinica degli stati psicotici. Questo probabilmente per vari motivi.

Uno è che la tossicomania ha avuto diffusione massiva solo negli ultimi venti anni, quando, cioè, il discorso fenomenologico ha subito, in Italia, una notevole flessione rispetto al sopravanzamento del modello biologico-molecolare o dei modelli interpretativi psico-sociologici.

Un altro motivo è che nessuno dei rari esponenti di rilievo della psichiatria fenomenologica italiana è stato direttamente coinvolto nella presa in carico istituzionale dei tossicomani. Ad ogni modo non sono mancati approfondimenti interessanti e, in particolare negli ultimi anni, grazie al riaccendersi di una nuova sensibilità psicopatologica nell'ambito delle dipendenze, Autori più giovani, formati alla fenomenologia, stanno segnando una svolta sul campo che potrebbe essere gravida di significazioni innovative e operative.

### Aspetti antropologici e fenomenologici: la scuola italiana

**Eugenio Borgna**, nel 1978, pubblica un lavoro dal titolo "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", su un numero di *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, che è di straordinaria attualità.

Esso può essere considerato come fondativo di ogni discorso ulteriore.

Questi sono gli aspetti essenziali di quel lavoro:

- *La riconsiderazione della tossicomania come esperienza profondamente inerente alla condizione umana. Ovvero come possibilità inscritta nel destino di ciascuno di noi.*
- *La tematizzazione del "vuoto" come nucleo centrale dell'esperienza tossicomane.*
- *L'incontro con il tossicomane come possibile solo oltre il confine del ruolo professionale e dopo l'abbandono di ogni paradigma riduttivistico.*
- *Il rinvenimento, nell'esperienza tossicomane, del tratto distintivo di un'epoca: la perdita di senso del mondo.*

Nel 1993, sulla rivista *Attualità in Psicologia*, esce un articolo di **Bruno Callieri** dal titolo: "L'esperienza del *Leib* sessuale nei tossicodipendenti".

\* *Dirigente medico, neuropsichiatra, Resp. U.O. Comorbilità psichiatrica, Centro diurno "Giano", Area Dipendenze ASL NA 3.*

"Sembra che all'eroinomane manchi la capacità di progettarsi in maniera autentica, perché egli considera il suo corpo semplicemente un ostacolo o, piuttosto, una fonte inesauribile di bisogni urgenti. Egli può rimanere una presenza ma raramente diventerà un partecipante" (Callieri, 1993)

Nel tossicomane, quindi, il *Koerper* (il corpo come mero oggetto fisico) prende il luogo del *Leib* (corpo vissuto) e non c'è più comunicazione con nessuno, ma solo scambio, commercio.

La sua sessualità tende, così, a rimanere presso il circolo chiuso dell'esser-fatto, agisce nel presente e vive esclusivamente per il prossimo buco.

L'incontro, per il *corpo-che-ho*, si riduce a rischio e ad uso di un altro corpo, occasionale epifenomeno dell'esistenza.

Ciò che viene meno completamente è l'oltre, ovvero l'incontro con il corpo di un altro come apertura proprio a quell'altro.

Salta, qui, l'osmosi tra sessualità ed esistenza, nella coagulazione, quasi cicatriziale, del *craving* (desiderio compulsivo della sostanza).

Quasi un desiderio che ricapitola e assorbe tutti gli altri desideri.

La perdita, dunque, del *We-ness*, della *Wirheit* (essere-noi-insieme o noità).

Questo lavoro di Callieri, centrato sulla perdita di senso e di significato della relazione d'amore, ci consente di comprendere meglio lo *scacco dell'incontro* con il tossicomane, non solo dell'incontro clinico tra il tossicomane e l'operatore, ma il fallimento dell'incontro del tossicomane con la gente comune, con i suoi familiari, i suoi amici. Tutti questi incontri sono scaduti o vengono a scadenza perché minati alla base dall'opacità intransitiva dell'*avere-un-corpo* e non dell'*essere-il-proprio-corpo*.

È, dunque, questa, la crisi drammatica dei due possibili *modus vivendi* dell'incontro: il *modus amoris* e il *modus amicitiae*, di binswangeriana memoria.

Il contributo all'approccio fenomenologico di **Francesco Tarantino**, dirigente psicologo, responsabile del Ser.T. di Copertino, Lecce, ASL LE1, copre l'ultimo decennio e si concretizza attraverso un testo, di quasi 200 pagine, dal titolo "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" (1995) e tre lunghi articoli dal titolo "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte" (2004), "La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale" (2004) e "Devianze e tossicodipendenze giovanili in una prospettiva esistenziale" (2005).

Nell'ampio quinto capitolo, poi, del suo ultimo volume (2004) "Nuove frontiere in Psicoterapia Ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale" è affrontato la problematica della cura delle tossicomanie sotto un profilo squisitamente fenomenologico.

Tarantino affronta, come si può facilmente osservare, negli scritti sopra citati ed in particolare in "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" pubblicato nel 1995, la complessa tematica delle tossicomanie integrando il suo penetrante sguardo esistenziale in una ben aggiornata panoramica epistemologica.

L'*inautenticità* dell'esistenza e del *progetto-di-mondo* tossicomane si struttura, secondo Tarantino (1995, pp. 71-90), attraverso:

1. la frammentarietà dei comportamenti;
2. la coesistenza impossibile;
3. la mancata esistenza progettuale;
4. la verità-pseudooggettiva;
5. l'esistenza artificiale;
6. il vuoto esistenziale;
7. la doppia negazione della personalità;
8. il rincorrere un istinto di morte, spogliato della sua dimensione evolutiva;
9. un alterato senso della religiosità;
10. il dramma interiore svuotato della sua valenza di cambiamento proprio dell'essere autentico.

Secondo Tarantino (1995, pp. 78-81), quindi, la tossicomania bisogna affrontarla come mondo tossicomano giacché, cito testualmente, "il mondo del tossicomane è il mondo della coesistenza impossibile", "il mondo del tossicomane è il mondo della mancata esistenza progettuale", "il mondo del tossicomane è il mondo della verità pseudo-oggettiva", "il mondo del tossicomane è il mondo dell'esistenza artificiale" e così via.

Ci troviamo, quindi, qui di fronte alla prima visione completa, strutturale, del modo tossicomane di *essere-nel-mondo*, che viene descritta con un linguaggio ed un pensiero tipicamente fenomenologici, cioè che non concedono nulla alla modalità psicologista di ridurre il fenomeno clinico a concetti (metapsicologici) privi di senso e di risonanza, autoreferenziali.

Ogni punto di quelli evidenziati da Tarantino (1995, pp. 71-90; 2004, p. 172; 2005, pp. 158-159) scavalca, di fatto, la semplicità dell'*item* o la riduttività piatta del *cluster* sintomatologico.

Ogni operatore, scorrendo le sopracitate *intuizioni-di-mondo*, ha modo di vedere concretizzato, in carne ed ossa, davanti ai suoi occhi, il fenomeno umano del tossicomane.

È interessante giocare in chiaroscuro sfalsando i suddetti piani descrittivi, ovvero ci sono presenze tossicomane che sono caratterizzate o che si danno all'incontro o al *non-incontro* con noi enfatizzando uno o più di questi aspetti strutturali, altre altri. In questo modo Tarantino (1995, p. 59; 2004, pp. 156-202) offre anche al clinico una sorta di modalità contrastografica di procedere, nel senso che a varie tappe esistenziali possono corrispondere diverse impostazioni strutturali, la cui conoscenza sarà di grande aiuto nella pratica della cura.

È opportuno citare direttamente qualche passo del predetto volume di Tarantino. Per es., per quanto riguarda il vuoto esistenziale, così espone: "I tentativi di superare tale vuoto esistenziale (proprio perché funziona come un enorme contenitore) sono destinati allo smacco; a differenza della persona normale non prendono la forma di autocoscienza. Il sé riflessivo del tossicomane, infatti, si disperde nel nulla perdendo la sua valenza di trasformazione positiva, in quanto non assume la forma di autocoscienza di sé, dei propri limiti e del suo essere" (Tarantino, 1995, p. 83). Mentre a proposito dell'istinto di morte del tossicomane si esprime in questo modo:

"... il tossicomane considera la morte meno di niente e, quindi, non apprezza la vita: in altre parole, gli manca la coscienza di vivere, in quanto non pone limiti alla sua esistenza che così naufraga nell'indifferenziato. La presa di coscienza, laddove c'è, sia della finitudine dell'essere sia della mortalità dell'uomo, non stimola affatto il tossicomane (come invece avviene nella persona cosciente) a dare un senso ed un significato alla propria vita" (Tarantino, p. 85).

Per quanto concerne, inoltre, l'esistenza del tossicomane, definita da Tarantino (1995, p. 82) "artificiale" è opportuno citare un altro passo che si riferisce alla cura di un paziente eroinomane: "... il tossicomane vive la sua vita in una dimensione artificiale, dove la condizione esistente prima dell'iniziazione alla droga è caratterizzata dall'inautenticità dell'essere" (Tarantino, 1995, p. 81).

Tarantino, oltre gli aspetti descrittivi, da operatore calato nella realtà territoriale dei Servizi quale è, si pone il problema cruciale dell'intervento terapeutico.

Nel suo volume del 1995 "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" sono esposti analiticamente, e con una prospettiva fenomenologico-esistenziale, cinque casi clinici e moltissime situazioni cruciali di altri pazienti tossicomani.

Nel citato volume del 2004 ne sono descritti, in forma estesa, altri cinque casi clinici con un taglio nettamente fenomenologico.

Sebbene dia il giusto spazio ai modelli psicoterapeutici più noti e condivisi, Tarantino (1995, pp. 136-146) riconosce, nel suo sforzo integrativo, alla fenomenologia, soprattutto nella sua declinazione esistenziale, un ruolo assolutamente chiave e, per così dire, sovraordinatore di tutte le procedure integrate. Tutto il percorso di recupero del tossicomane, per Tarantino (1995, pp. 147-181), si struttura come un "cammino".

La psicoterapia stessa, a questo punto, come parte di un più ampio orizzonte vitale, si struttura come cammino, in questo recuperando, sulla scia di Callieri, le suggestioni dell'*Homo viator* (Marcel).

Riacciandosi, inoltre, in modo assai originale, alla nozione di *possibilità positiva* elaborata dall'esistenzialismo di Abbagnano, Tarantino (1995, pp. 154-159) individua nella configurazione di un *progetto positivo dell'esistenza* la svolta del tossicomane dall'*esistenza inautentica* all'*esistenza autentica* e il "superamento della tossicomania come attribuzione di un nuovo significato alla vita".

Le critiche all'importante contributo scientifico di Tarantino sono significative. Vale la pena farne un breve cenno poiché il più volte citato "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici", del 1995, di Tarantino è il primo volume apparso in Italia (e sicuramente non solo Italia) che affronta il tema della tossicomania nella prospettiva fenomenologica ed esistenziale in una forma così compiuta.

Callieri (2004, p. 232) nella sua posfazione all'ultimo volume di Tarantino "Nuove frontiere in Psicoterapia Ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale", sottolinea come tale autore si mantenga: "... fedele, malgrado ogni tentazione di nosologismo all'incontro, al presupposto della fondazione interpersonale della coscienza", aprendo "... spazi di ricerca e orizzonti di navigazione che indicano un percorso che vale la pena intraprendere, anche perché è un pieno impegno morale per tutti noi".

Cesa-Bianchi (2005, p. 27) in una estesa e appassionata recensione, sempre di quest'ultimo volume, evidenzia come debba essere apprezzato lo sforzo di chi diffonde il risultato delle proprie faticose ricerche sul campo in quanto "... conducono alla

fine, ad un disvelamento di nuovi concetti sia teorici che operativi. A questa categoria di monografie appartiene senz'altro l'opera di Francesco Tarantino, che sin dall'inizio, ci svela la 'cronistoria' del suo iter culturale e professionale...".

Ritornando al citato volume di Tarantino "Tossicomane ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" (1995) si può osservare come esso abbia avuto una certa risonanza, oserei dire storica, anche nel settore specifico tanto che Vetere (1995, p. 111), direttore del "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo", ne esalta lo sforzo "... di integrazione fra l'approccio psicoterapeutico classico e la metodologia fenomenologica ricondotta soprattutto alle opere di Husserl...".

Per altri versi Sinatra (1995, p. 109), docente ord. di Storia della psicologia all'Università di Bari, commentando lo stesso opera di Tarantino ne apprezza il relativo modello quale sintesi dell' "... impostazione fenomenologica ad impronta husserliana e quella esistenziale proposta da Jaspers e Binswanger".

Significativo, poi, è il commento di Gualtieri (1995, p. 123) apparso sulla rivista "Segni e Comprensione" che così si esprime: "Nel panorama delle riflessioni sulla tossicodipendenza, originale risulta il testo di Tarantino, già nel titolo che avvicina l'esperienza tossicomane al tema complessivo dell'esistenza in una prospettiva che pare rifiutare settorialismi e frammentarietà d'intervento".

Mosconi (1998, p. 148) ne apprezza l'originalità del suo contenuto.

In definitiva chiunque voglia accostarsi seriamente alla comprensione delle tossicomane, e alla relativa cura, non può fare a meno degli studi e ricerche di Tarantino.

Il "Mondo tossicomane" (2004), di **Gilberto Di Petta**, inaugura il nuovo Secolo con la ripresa organica di un discorso radicalmente fenomenologico che faccia dell'esperienza tossicomane il suo tema centrale.

In questo testo l'Autore, medico di un Ser.T. alla periferia di una grande città del Sud, trascrive il succo di un'esperienza *in prima persona*: l'incontro bruciante e ravvicinato con centinaia di tossicomani refrattari ad ogni tipo di aggancio o presa in carico. Lo stile del testo è fenomenologico nel senso più evocativo del termine.

L'incontro tra il clinico e il tossicomane è un *round a mani nude, corpo-a-corpo*, vissuto fuori da ogni *setting* definito: nel piazzale del Ser.T., per le scale, davanti al vetro del meta-done, nel gabinetto dei prelievi.

L'esistenza del tossicomane, dal colore violaceo del coma da *overdose* alle pupille a spillo della beatitudine da oppiacei, dallo splendore "cromato" dei cocainomani allo stupor acinetico dell'impregnazione da benzodiazepine, costringe l'Autore, praticata un'*epoché* radicale, a trovarsi di fronte la *coscienza tossicomane* come coscienza opaca, in parte mineralizzata dall'inorganico, in parte ancora risonante alle vibrazioni di un'altra umana coscienza, la propria.

Solo l'empatia fenomenologica consente, a questo punto, la rimessa in gioco di elementi umani, di vissuti, che, scampati alla *zombizzazione*, possono *intenzionare* altri vissuti. L'approccio fenomenologico, qui, liberandosi di tutte le sovrastrutture, consente il contatto diretto.

L'affondo di questa fenomenologia che l'Autore definisce ad "alzo zero", viene giocato su un campo antropologico che finisce per prescindere dai ruoli pre-definiti dell'operatore e dell'utente.

Conta solo ciò che l'operatore è in quanto uomo e che il *tossico* è in quanto uomo. L'analisi della coscienza funge, in

questa *navigazione a vista*, come guida nel naufragio delle categorie.

Il *tossicomane* viene valorizzato in quanto latore di una immensa necessità di cercare il *senso* che nasce dal cratere lasciato dalle sostanze, quasi generato dallo stesso vuoto del non senso.

L'operatore e l'utente, entrambi viandanti tra le rovine del mondo, diventano compagni di strada nella difficile ricerca di un senso che diventa, questo punto, comune.

## Prospettive

Il testo "Gruppoanalisi dell'esserci" (*Gruppendaseinsanalyse*, Di Petta, 2005), reca come sottotitolo "l'incontro, l'amore, la cura tra tossici, psicotici e lucidi", e introduce, in modo diretto e senza altri rimandi epistemologici, nella pratica terapeutica, la fenomenologia attraverso la dimensione grupitale.

Il testo esce con l'introduzione di Calvi e la presentazione di Callieri e di Correale, due dei maggiori esponenti della Scuola italiana di fenomenologia ratificano questo ingresso della fenomenologia nella terapia e Correale, psichiatra e psicoanalista da sempre attivo nelle istituzioni del territorio, valorizza, in questo approccio, la capacità di cogliere in tutte le sue più delicate vibrazioni l'atmosfera *koinonica* dello *stato nascente*.

La novità di questo approccio non consiste tanto nell'utilizzo del gruppo in sé, quanto nella modalità di conduzione e di partecipazione all'esperienza.

Il conduttore facilita solo l'espressione dei vissuti ad alto contenuto emozionale o, come dicono i fenomenologi, "patico".

"Va preliminarmente e con forza riconosciuto che il termine 'patico' non designa una determinata emozione occasionale, e neppure un genere che comprenda sotto di sé e accomuni una molteplicità di specie emozionali. Il 'patico' piuttosto segnala la straordinaria circostanza in cui le emozioni occasionali si *umanizzano*, appartengono cioè all'«esistenza». Questa è il sempre da capo cadere della coscienza fuori del proprio attuale con-sistere, e in tal cadere appunto si riconosce il modo *umano* di esistere" (Masullo, 2005).

All'esperienza di gruppo prendono parte tutti, operatori, utenti e volontari, senza asimmetrie e distanze, ognuno comunica semplicemente la propria esperienza vissuta del *qui ed ora*.

Ogni vissuto, dotato di una carica intenzionale, va a contattare altri vissuti.

Il plesso di vissuti conferisce all'atmosfera emozionale un'impronta *trasformativa* (il *Gestaltwandel* di Binswanger) per cui anche la partenza da un'atmosfera impregnata di tragicità, disperazione, vuoto si evolve, allo sfumare del gruppo, in un'atmosfera più leggera, dentro la quale si è realizzata la condivisione.

"L'Autore ha fiducia che la dimensione dell'esserci, del riconoscimento del corpo, che si fa soggetto prima ancora del mondo delle relazioni, dei sogni, dell'inconscio, della cultura e della vita sociale, contenga in sé un fondamentale potenziale terapeutico. Se la droga è un attacco alla soggettività separata, un tentativo di rendere il soggetto fuso con la natura, cogli altri, col mondo, di disconoscere ogni separatezza, ogni mancanza, il riconoscimento del senso di sé implica un passo verso la distinzione e la vita separata, unita dai legami affettivi e non da fantasie fusionali o autosufficienti. Credo di

poter dire che tutto il libro esprime questo entusiasmo per 'l'esserci', per la commozione che suscita, perché 'l'esserci' richiama immediatamente l'amore e la perdita, l'incontro e la mancanza, la vita e il suo contrario. Nel corso della lettura si prova spesso la sensazione che i tossicodipendenti che hanno partecipato a questa esperienza abbiano conosciuto coi gruppi e con il loro dottore una scoperta fondamentale, abbiano avviato un processo. Senza questo momento – che la fenomenologia ha colto così bene e che Di Petta descrive con efficacia e passione – il momento relazionale rischia di diventare sovrapposto o addirittura astratto e quello biologico oggettivante ed estraniante. Resta il problema se tale momento fenomenologico sia di per sé sufficiente, o rappresenti soltanto una base, un terreno costitutivo su cui poi operare successivamente con mezzi ulteriori e con gli altri approcci che abbiamo detto" (Correale, 2005).

Nell'ottica di un approfondimento psicopatologico, invece, Di Petta e il suo gruppo sono stati i primi, in Italia, ad applicare il Questionario di Francoforte per la valutazione dei Sintomi di Base ai tossicomani. L'FBF, elaborato da Sullwold sulla scorta dei lavori di Huber e Gross, è imperniato intorno al concetto di *Sintomo di Base*, alterazione soggettiva dell'esperienza che il paziente è in grado di autodescrivere.

L'assunto di base è quello schneideriano della personalità che lotta contro la malattia, e la base psicopatologica è quella jaspersiana dell'ascolto empatico e discriminativo dell'esperienza soggettiva.

L'intento è quello, oltre che di cogliere il riverbero della psicopatologia anche al di sotto della copertura delle sostanze, spesso usate dai pazienti come un miscuglio al tempo stesso *medicamentoso* (autoterapeutico), *sballante* o *sconvolgente*, anche di realizzare, attraverso il riconoscimento di una fase prodromica o di una sindrome di avamposto, il percorso psicotico in una sua fase iniziale e quindi ancora, in qualche modo, affrontabile.

L'attenzione psicopatologica, in questo modo, si affina, oltre la grossolana evidenza dei sintomi produttivi, sulla ricerca del *core* negativo del disturbo, sulla sindrome nucleare e consente di cogliere il punto di snodo, di svolta, di passaggio tra lo stato di intossicazione e l'esordio psicotico, visto il carattere di intensità e di transitorietà dello *stato crepuscolare* è assai suggestiva e innovativa l'ipotesi avanzata e cioè la possibilità che esso, lo *stato crepuscolare* della coscienza, costituisca una sorta di vera e propria soglia critica tra diverse e caratteristiche configurazioni psicopatologiche, come *l'atmosfera pre-delirante (Wahnstimmung)* e *l'esperienza-della-fine-del-mondo (Weltuntergangserlebnis)*, preludio alla schizofrenia.

"Da un punto di vista strettamente psicopatologico, Di Petta ha compreso, mi pare proprio, tutta la drammatica complessità del nodo ominoso che lega in un abbraccio venefico lo 'sballo' del tossicomane e l'esordio di un percorso schizofrenico (psicotico). 'Terreno sismico e smottante', di transizione, che lede, a lungo andare, profondamente, ma forse non irreversibilmente, l'ultima fragile identità dell'io. Invero, dopo la messa a fuoco psicopatologica che Di Petta fa sulla fenomenologia della coscienza 'sballata' dal poliabuso di sostanze, non possiamo oggi ignorare la *crepuscolarità* della coscienza oniroide (lo aveva già indicato Karl Jaspers molti decenni or sono), lo scambio di binario, il *transito* dalla palude tossicomane alle sabbie mobili dello schizofrenico. Non possiamo ignorare, oggi, pena l'omissione di soccorso, che lo 'sballo' facilita e accelera (nei soggetti con una pre-esistente vul-

nerabilità) la slatentizzazione e la deflagrazione di ambiti psicotici o, in alcuni casi, la sola andata in uno stato fluttuante della coscienza (*Schwebende Zustand*)" (Callieri, 2005).

## Bibliografia

- Aa.Vv., *Le Psicosi Sperimentali*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- Borgna E., "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", 127-137, *Psichiatria Generale e dell'età evolutiva*, I, 1978.
- Callieri B., Prefazione a *Il mondo tossicomane* di G. Di Petta, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Cantoni G., Cardinale U., Cavuoto D., Della Porta D., Di Cintio A., Cannavò M., Di Petta G., *Doppia Diagnosi: ricognizione fenomenologica con la FBF, studio su 40 casi clinici*, Atti del II Congresso Nazionale Federserd, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Callieri B., "L'esperienza del Leib sessuale nei tossicodipendenti", *Attualità in Psicologia*, 5-9, 8, 1993.
- Callieri B., Presentazione a *Gruppoanalisi dell'esserci*, di G. Di Petta, FrancoAngeli, Milano, in stampa.
- Calvi L., Introduzione a *Gruppoanalisi dell'esserci*, di G. Di Petta, FrancoAngeli, Milano, in stampa.
- Callieri B., Postfazione a "Nuove frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale", di F. Tarantino, AMISI, Milano, 2004.
- Cesa Bianchi M., Recensione a "Nuove frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale", di F. Tarantino AMISI, Milano 2004, in *Rivista di Ipnosi e Psicoterapia Ipnatica*, anno 25, n. 1, 2005.
- Correale A., Presentazione a *Gruppoanalisi dell'esserci*, di G. Di Petta, FrancoAngeli, Milano, in stampa.
- Di Petta G., *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Di Petta G., *Gruppoanalisi dell'esserci, l'incontro l'amore la cura tra tossici psicotici e lucidi*, FrancoAngeli, Milano, in stampa.
- Gualtieri R., Recensione a "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" di F. Tarantino, Capone, Lecce, 1995, in *Segni e Comprensione*, n. 26, anno IX, 1995.
- Masullo A., Postfazione a *Esistenza e Delirio*, di G. Di Petta, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2005.
- Mosconi G., Prefazione a *Nuove frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*, di F. Tarantino, AMISI, Milano, 2004.
- Mosconi G., *Teoretica e pratica della psicoterapia ipnotica*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Stanghellini G., a cura di, *Verso la schizofrenia, la teoria dei sintomi base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992.
- Sinatra M., Recensione a "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" di F. Tarantino, Capone, Lecce, 1995, in *AUPI*, n. 6-7, 1995.
- Sullwold L., *FBF, Questionario dei sintomi-base. Manuale*, a cura di Stanghellini G. et al., Organizzazioni Speciali OS, Firenze, 1991.
- Tarantino F., *Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, Capone, Lecce, 1995.
- Tarantino F., "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomanie: prospettive e proposte", *Voci di strada*, 146-183, III, 2004.
- Tarantino F., "La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnatica*, anno 24, n. 3, 2004.
- Tarantino F., "Nuove frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale", *AMISI*, Milano, 2004.
- Tarantino F., "Devianze e tossicodipendenze giovanili in una prospettiva esistenziale", *Voci di strada*, 132-181, I, 2005.
- Vetere C., Recensione a "Tossicomanie ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici" di F. Tarantino, Capone, Lecce, 1995, in *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, anno XVIII, 1995.

## Olanzapina in combinazione con gli agonisti - oppioidi nel trattamento dei tossicodipendenti con doppia diagnosi

Gerra G., Di Petta G. \*, d'Amore A \*\*, Iannotta P. \*\*, Bardicchia F. \*\*\*, Falorni F. \*\*\*, Coacci A. \*\*\*, Strepparola A. \*\*\*\*, Campione G. \*\*\*\*, Lucchini A. \*\*\*\*, Vedda G. \*\*\*\*\*, Serio G. \*\*\*\*\*, Antonioni M., Bertacca S., Moi G., Zaimovic A.

Se si considerano le evidenze della letteratura scientifica inerenti la prevalenza di comorbidità psichiatrica tra i tossicodipendenti, si può ipotizzare che una vasta porzione dei pazienti che afferiscono ai Servizi per le Tossicodipendenze e alle Comunità Terapeutiche siano affetti da un disturbo psichiatrico maggiore, o da un disturbo di personalità conclamato, con conseguenze significative per il funzionamento, per le complesse problematiche comportamentali, in generale per la severità del disturbo addittivo e del suo decorso.

A fronte di questa condizione, che può coinvolgere almeno la metà dei pazienti tossicodipendenti (Brooner *et al.*, 1997; Steling and Weisner, 2005), sono ancora pochi i Servizi, sia nell'ambito pubblico che in quello del privato-sociale, che possono provvedere al paziente un'assessment dettagliato e completo, una valutazione specialistica dei disturbi psichiatrici appropriata e continuativa. Essere affetti durante l'adolescenza e la prima giovinezza dalla depressione o dal disturbo bipolare, dalla schizofrenia, dal disturbo post-traumatico da stress, o da un grave disturbo di personalità, dà diritto, secondo l'attuale configurazione del sistema socio-sanitario, ad una diagnosi corretta e ad una terapia adeguata solo nel caso che il disturbo psichiatrico non si associ ad una tossicodipendenza.

Se si verifica questa combinazione, può accadere che il paziente sia avviato ai Servizi per le Dipendenze, gli sia precluso l'accesso ai Dipartimenti di Salute mentale e, nella maggior parte delle regioni italiane e nella maggioranza dei casi, potrà capitargli di non incontrare nemmeno uno specialista psichiatra, di vedere il suo disturbo psichiatrico o del tutto ignorato, o considerato in modo molto marginale.

D'altra parte, la crescente prevalenza di disturbi da uso di sostanze tra i pazienti giovani avviati ai Servizi di Salute Mentale per una sintomatologia psichiatrica evidente (Wade *et al.*, 2005; Lipsky and Bayle, 2005), si trova ancora di fronte nel nostro Paese a forme di nega-

zione e inconsapevolezza, valutazioni diagnostiche settoriali e inappropriate, che scotomizzano i disturbi addittivi e sottovalutano il peso dell'assunzione di alcool e sostanze psicotrope illegali nell'intreccio del quadro clinico.

I disturbi da uso di sostanze si presentano in associazione con altri disturbi mentali in una elevata percentuale, assumendo il comportamento addittivo caratteristiche cliniche differenziate in relazione a condizioni psichiatriche specifiche.

Più che della combinazione di diagnosi o dell'affiancamento di disturbi psichici con il peculiare insieme di sintomi (doppia diagnosi), la comorbidità psichiatrica nelle dipendenze da sostanze assume una dimensione pato-plastica difficile da interpretare in termini eziopatogenetici, con interazioni profonde tra gli aspetti psico-biologici della vulnerabilità e le azioni delle droghe sul sistema nervoso centrale.

Il possibile utilizzo delle sostanze psicoattive illegali e dell'alcool in una prospettiva di auto-medicazione, rispetto a disturbi psichici insorti primariamente, si complica con alterazioni psicobiologiche indotte dalle droghe, analoghe a quelle sottese alle varie forme psicopatologiche: da queste interazioni scaturiscono quadri clinici nuovi, spesso non del tutto riconducibili a condizioni ben codificate dalla psichiatria classica.

Nostre recenti evidenze, inerenti i pazienti in trattamento di mantenimento con metadone e buprenorfina (Gerra *et al.*, 2004; in press, 2005), scaturite da studi multicentrici attuati rispettivamente dalla Regione Emilia-Romagna e da FeDerSerD, confermano una prevalenza di comorbidità psichiatrica intorno al 50% (considerando sia l'Asse I che l'Asse II), e mostrano l'importanza dal punto di vista epidemiologico dei disturbi affettivi, dai disturbi di personalità del cluster B (antisociale, borderline), dei disturbi d'ansia e della schizofrenia, che si presentano in associazione con la dipendenza da eroina.

L'incremento della prevalenza di dipendenza dalla cocaina, rilevato anche nell'ultima edizione della Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze (2004), può incrementare la frequenza di una concomitante patologia psichiatrica tra coloro che si rivolgono ai Servizi, richiedendo agli stessi un ulteriore impegno di adeguamento degli interventi diagnostico terapeutici.

Centro Studi Farmaco-tossicodipendenze, Ser.T., AUSL Parma.

\* Dipartimento Dipendenze ASL Caserta, Aversa.

\*\* Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 3.

\*\*\* Dipartimento Dipendenze AUSL Grosseto.

\*\*\*\* Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.

\*\*\*\*\* Dipartimento Dipendenze Patologiche AUSL 6 Palermo.

Tra i cocainomani studiati da Rounsaville vengono evidenziati il 55.7% di diagnosi psichiatriche al momento della valutazione (current) e il 73.5% di comorbidità nella storia dei pazienti (lifetime): tra queste diagnosi sembrano prevalere la depressione, i disturbi bipolari "minori" (ipomania e personalità ciclotimica), l'ansia, la personalità antisociale e l'ADHD (Rounsaville *et al.*, 1991).

Gli intrecci tra disturbo bipolare e uso di droghe appaiono, secondo la letteratura, davvero consistenti.

La prevalenza "lifetime" di abuso di sostanze e alcool in pazienti bipolari di tipo 1, è stata riportata nel 57.8% per una o più sostanze e l'alcool, del 28.2% per due sostanze e l'alcool e dell'11.3% per condizioni di vero e proprio poli-abuso. Le percentuali dell'abuso di sostanze si ridurrebbero rispettivamente a 39.0, 17.0 e 11.0% per il disturbo bipolare di tipo 2, rappresentando comunque una frazione molto elevata dei pazienti con questa diagnosi (Chengappa *et al.*, 2000).

Non è difficile dedurre che tra i pazienti dei Servizi per le dipendenze una quota consistente possa essere affetta dal disturbo bipolare, forse celandosi in quel sottogruppo di pazienti in cui la sintomatologia antisociale è così vistosa da occupare gran parte del quadro clinico. La diagnosi del disturbo bipolare nel tossicodipendente e nell'alcoolista, in termini di "doppia diagnosi" o comorbidità psichiatrica, appare tanto più complessa e confusa se si guarda al comportamento additivo in sé come possibile espressione della mania.

In una tipologia di pazienti tossicodipendenti il polo "eccitatorio" del disturbo bipolare assumerebbe le forme della compulsione incontrollabile per la sostanza d'abuso, lasciando che il quadro clinico con sintomi affettivi occupi tutto il campo, senza evidenze della fase della mania intesa in senso classico (Sherwood Brown *et al.*, 2001).

Analogamente, se la schizofrenia conclamata con sintomatologia positiva florida appare tra i tossicodipendenti in una prevalenza meno elevata rispetto ad altri disturbi psichiatrici di Asse I, non si può escludere che un consistente numero di pazienti presenti forme subcliniche, oppure caratterizzate dai sintomi negativi soltanto.

Tali soggetti mostrano ad una osservazione attenta una vera e propria dissociazione con perdita di contatto con la realtà, una tendenza ai comportamenti devianti con intensità estremamente consistente e del tutto fine a se stessi, la propensione a commettere reati anche senza una motivazione oggettiva, e una condizione psicotica in gran parte indipendente dall'intossicazione e dall'astinenza dalle sostanze d'abuso.

Alcune evidenze ottenute negli eroinomani diversi anni or sono mostrano una prevalenza di schizofrenia del 5%. Similmente, in un nostro recente studio il 6.3% del campione mostrava i sintomi della schizofrenia in comorbidità con la dipendenza da oppiacei (Gerra *et al.*, in press, 2005).

Per i tossicodipendenti affetti da queste forme di comorbidità psichiatrica, l'associazione degli interventi psicofarmacologici con la terapia diretta al controllo dei disturbi addittivi sembra essere capace di migliorare l'outcome in modo significativo. In specifico, l'utilizzo degli anti-psicotici atipici sembra mostrare notevoli vantaggi, evitando di incrementare la disfunzione del sistema dopaminergico, già presente nei disturbi da uso di sostanze (Green *et al.*, 1999).

Tra i neurolettici atipici, la clozapina è stata impiegata con successo nei disturbi addittivi associati alla schizofrenia e sembra ottenere buoni risultati nei disturbi da uso di sostanze in generale (Farren *et al.*, 2000; Rubio Valladolid and Casas Brugue, 2001; Drake *et al.*, 2000; Zimet *et al.*, 2000; Kelly *et al.*, 2003; Unglaub *et al.*, 2003). Analogamente la quetiapina si è mostrata efficace nei casi di dipendenza con comorbidità psichiatrica (Adityanjee and Schulz, 2002), sebbene la riduzione dell'assunzione di sostanze non sembri attribuibile ad un effetto del farmaco sul craving, ma al controllo del disturbo psichiatrico in sé (Monnelly *et al.*, 2004). D'altra parte, un effetto positivo della quetiapina è stato verificato anche in pazienti non psicotici e non bipolari (Sattar *et al.*, 2004), suggerendo la possibilità che questa categoria di neurolettici possa assumere un ruolo anche nel trattamento dell'addiction in generale.

In particolare, la olanzapina è stata impiegata con buoni risultati nel trattamento degli schizofrenici con concomitante dipendenza da sostanze (Glazer, 1997), dimostrando la capacità di ridurre l'intensità del craving (Conley *et al.*, 1998) e di produrre effetti positivi sul funzionamento e sullo stato di benessere mentale (Noordsy and O'Keefe, 1999).

La stessa olanzapina si sarebbe mostrata efficace nel controllo della psicopatologia, nell'incrementare la motivazione, nel prolungare le fasi di remissione dei pazienti con doppia diagnosi (Littrell *et al.*, 2001) e nel ridurre il ricorso alla cocaina nei pazienti trattati con il metadone (Bano *et al.*, 2001).

Alcuni vantaggi dell'impiego di olanzapina, e degli atipici in generale, nel trattamento dei tossicodipendenti si manifesterebbero nel controllo dell'aggressività, anche indipendentemente dall'azione specifica come antipsicotici (Fava *et al.*, 1997).

A questo proposito olanzapina ha mostrato notevoli risultati nel trattamento di teen-ager aggressivi non-psicotici (Soderstrom *et al.*, 2002) e nella sindrome di Tourette (Stamenkovic *et al.*, 2000).

### **Disegno dello studio**

Per tutte queste ragioni, abbiamo voluto valutare, mediante uno studio multi-centrico osservazionale condotto da FeDerSerD, la prevalenza del disturbo bipolare e della schizofrenia, nonché la risposta al trattamento con olanzapina, in un campione di tossicodipendenti da oppiacei sottoposti ad un appropriato screening diagnostico.

L'outcome del trattamento con agonisti oppioidi è stato valutato in 4 gruppi di pazienti a 12 settimane, al fine di considerare in quale misura gli interventi psicofarmacologici in associazione con il metadone o con la buprenorfina potessero influire sui risultati.

I quattro gruppi di pazienti comprendevano:

1. bipolari-schizofrenici trattati con olanzapina;
2. bipolari-schizofrenici trattati con neurolettici tipici;
3. pazienti affetti da depressione e disturbi di personalità trattati con olanzapina, per il controllo del comportamento aggressivo;
4. pazienti affetti da depressione e disturbi di personalità non trattati con olanzapina, ma con inibitori del reuptake della serotonina e benzodiazepine. Come indicatori di outcome a 12 settimane sono stati utilizzati la ritenzione in trattamento, i controlli tossicologici delle urine e i cambiamenti dei punteggi della scala Symptoms Check List 90 (SCL 90).

Tra i 90 pazienti inclusi nello studio, il 42.2% presentavano la schizofrenia o il disturbo bipolare, il 22.2% disturbi ansioso depressivi e il 35.5% disturbi di personalità

I gruppi studiati comprendevano rispettivamente:

Gruppo 1: 29 (29 = 32.2%) pazienti affetti da schizofrenia (17) e disturbo bipolare (12) in comorbidità con la dipendenza da eroina trattati con olanzapina (Zyprexa, dose media mg 14.5 ± 5.4).

Gruppo 2: 9 (9 = 10%) pazienti affetti da schizofrenia (6) e disturbo bipolare (3) in comorbidità con la dipen-

denza da eroina trattati con l'anti-psicotico tipico aloperidolo (Serenase, dose media mg 5.8 ± 3.3).

Gruppo 3: 17 (17 = 18.8%) pazienti affetti da ansia e depressione (7) o disturbi di personalità (10) trattati con olanzapina (Zyprexa, dose media mg 13.9 ± 5.5) al fine di controllare il comportamento aggressivo, il craving e l'insonnia.

Gruppo 4: 35 (35) pazienti affetti da ansia e depressione (13) o da disturbi di personalità (22) che non sono stati trattati con neurolettici atipici. Diciotto (18) di questi pazienti sono stati trattati con SSRI (fluoxetina dose media mg 31.6 ± 11.3; paroxetina dose media mg 35.8 ± 15.5) e 17 con benzodiazepine (BZD) (dose media clonazepam mg 6.5 ± 2.9; lormetazepam mg 6.8 ± 1.5).

## Risultati

Come evidenziato dalla figura 1 la quota di pazienti del gruppo 1 (schizofrenici-bipolari trattati con olanzapina) rimasti in trattamento a 12 settimane era del 93.1%, significativamente più elevata di quella del gruppo 2 (55.6%) (schizofrenici-bipolari trattati con aloperidolo) ( $p \leq 0.007$ ).

Non sono state rilevate differenze in termini di ritenzione tra il gruppo 3 (76.5%) (pazienti affetti da ansia e depressione o disturbi di personalità trattati con olanzapina) e il gruppo 4 (82.9%) (pazienti affetti da ansia e depressione o disturbi di personalità trattati con SSRI e BZD).

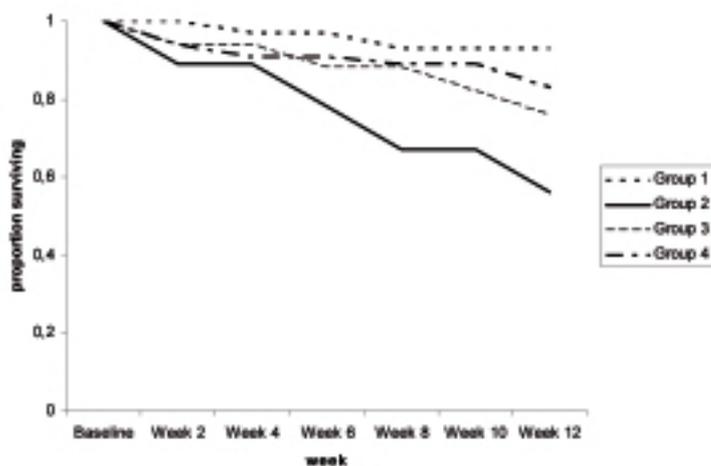
Nelle 12 settimane dello studio, non si sono rilevate differenze tra i quattro gruppi nella frequenza di analisi

Tab. 1

SCL 90**	Group 1 baseline	Week 12	Group 2 baseline	Week 12	Group 3 baseline	Week 12	Group 4 baseline	Week 12
Somatic symptoms	1.04 ± 0.14	0.64 ± 0.09	0.96 ± 0.17	0.68 ± 0.22	0.99 ± 0.20	0.56 ± 0.10	0.93 ± 0.14	0.72 ± 0.13
Obsessive-compulsive	1.54 ± 0.14	0.97 ± 0.10	1.37 ± 0.08	1.18 ± 0.12	1.27 ± 0.16	0.93 ± 0.12	1.37 ± 0.13	1.12 ± 0.13
Interpersonal sensitivity	1.45 ± 0.16	0.95 ± 0.13	1.24 ± 0.22	1.30 ± 0.30	1.41 ± 0.19	0.89 ± 0.16	1.19 ± 0.12	1.01 ± 0.12
Depression	1.59 ± 0.15	1.04 ± 0.11	1.26 ± 0.26	0.94 ± 0.20	1.66 ± 0.19	1.02 ± 0.16	1.64 ± 0.15	1.31 ± 0.15
Anxiety	1.46 ± 0.16	0.86 ± 0.11	1.07 ± 0.27	0.84 ± 0.37	1.46 ± 0.17	0.92 ± 0.11	1.30 ± 0.13	1.11 ± 0.13
Anger-hostility	1.25 ± 0.18	0.72 ± 0.12	1.21 ± 0.26	0.93 ± 0.21	1.57 ± 0.25	1.01 ± 0.18	1.11 ± 0.14	1.02 ± 0.12
Phobic anxiety	0.98 ± 0.16	0.55 ± 0.09	0.91 ± 0.18	0.74 ± 0.13	0.61 ± 0.14	0.33 ± 0.10	0.64 ± 0.13	0.45 ± 0.12
Paranoid ideation	1.60 ± 0.16	0.97 ± 0.12	1.67 ± 0.24	1.38 ± 0.40	1.44 ± 0.21	0.99 ± 0.22	1.26 ± 0.11	1.11 ± 0.12
Psychoticism	1.28 ± 0.14	0.64 ± 0.10	1.34 ± 0.17	1.24 ± 0.31	0.90 ± 0.13	0.79 ± 0.14	0.83 ± 0.10	0.78 ± 0.09
Aspecific symptoms	1.46 ± 0.13	0.91 ± 0.13	1.56 ± 0.15	1.46 ± 0.17	1.68 ± 0.20	0.98 ± 0.13	1.74 ± 0.14	1.37 ± 0.13
Total score	13.65 ± 1.24	8.25 ± 0.88	12.59 ± 1.67	10.69 ± 2.15	12.99 ± 1.39	8.42 ± 1.10	12.01 ± 1.05	10.01 ± 1.04

\*\* media ± SE

Fig. 1



delle urine positive per i principali metaboliti delle sostanze illegali.

La riduzione del punteggio totale all'SCL 90, come espressione del miglioramento della psicopatologia concomitante nei pazienti che completavano il trattamento a 12 settimane, appariva molto più consistente nel gruppo 1 ( $p = 0.0003$ ) che nel gruppo 2 ( $p < 0.067$ ), e nel gruppo 3 ( $p = 0.038$ ) rispetto al gruppo 4 ( $p = 0.14$ ) (Tabella 1).

In particolare, le scale dell'SCL 90 relative alla schizofrenia e al disturbo bipolare (ideazione paranoide, psicotismo) mostravano una più significativa riduzione dei punteggi nel gruppo 1 rispetto al gruppo 2 ( $p < 0.0001$ ;  $p = 0.0025$ ).

Sulla scala SCL 90 inerente l'aggressività era possibile rilevare un significativo decremento del punteggio nei pazienti trattati con olanzapina, sia tra gli schizofrenici bipolari (gruppo 1) che tra i pazienti del gruppo 3 (depressi-ansiosi e disturbi di personalità), rispetto ai pazienti trattati con il neurolettico tipico (gruppo 2) ( $p = 0.0083$ ) e a quelli trattati con SSRI e BZD (gruppo 4) ( $p < 0.0354$ ).

### Commento

Sebbene ottenuti nell'ambito di uno studio osservazionale, con diverse limitazioni e possibili fattori di confondimento che impongono notevole cautela, i risultati della presente ricerca sembrano suggerire che olanzapina sia specificamente efficace nel migliorare la ritenzione in trattamento a 12 settimane dei pazienti eroinomani affetti da schizofrenia e disturbo bipolare durante la terapia a medio termine con agonisti oppioidi.

In aggiunta, l'antipsicotico atipico ottiene nel nostro studio un'importante riduzione dei sintomi psichiatrici rilevati mediante l'SCL 90, sia nei pazienti schizofrenici bipolari che in quelli affetti da depressione e disturbi di personalità.

Si conferma l'ipotesi che olanzapina possa essere utile nel controllo del comportamento aggressivo, non

necessariamente nelle forme di aggressività connesse alla psicosi, ma più in generale nei pazienti con tratti antisociali, impulsivi, propensione alla trasgressione e alla disinibizione comportamentale.

Considerando che il neurolettico atipico non modifica la ritenzione nei pazienti depressi e con disturbi di personalità, il vantaggio ottenuto da olanzapina in termini di ritenzione in trattamento nei pazienti schizofrenici e bipolari sembra essere mediato dall'azione del farmaco sui sintomi psichiatrici specifici, e non su una generica azione anti-addittiva o anti-craving.

In accordo con la teoria dell'automedicazione (Khantzian, 1985), secondo la quale le sostanze d'abuso sarebbero impiegate nel tentativo di controllare sottostanti sintomi psichiatrici, e trovare sollievo dal distress dei sintomi stessi, olanzapina migliora la ritenzione proprio nei pazienti tossicodipendenti con concomitante schizofrenia e disturbo bipolare, verosimilmente in relazione alla riduzione dei sintomi psichiatrici, come appare dalla significativa riduzione dei punteggi SCL di ideazione paranoide e psicosi.

I nostri dati sono in sintonia con quelli ottenuti nel trattamento dell'abuso di sostanze in schizofrenici e disturbo di personalità schizoaffettivo da precedenti studi (Casey, 2000; Mc Evoy *et al.*, 1999; Drake *et al.*, 2000; Tsuang *et al.*, 1999) e confermano i risultati di Littrell (2001), che ha riportato una maggior facilità a raggiungere la remissione del disturbo da uso di sostanze in pazienti schizofrenici trattati con olanzapina.

La inefficacia dei neurolettici tipici non era inaspettata, se si considerano l'azione controproducente sul sistema della gratificazione, i sintomi indesiderati che comprendono quelli extrapiramidali, la sedazione e la disforia, particolarmente evidente tra i tossicodipendenti.

Alternativamente, la rapida dissociazione di olanzapina dai recettori D2, con azioni multiple e diversificate sulle altre vie delle monoamine cerebrali e del sistema colinergico sembrano non produrre effetti negativi sul craving e addirittura migliorare il tono dell'umore (Berk *et al.*, 1999; Potvin *et al.*, 2003).

A questo proposito i nostri risultati mostrano anche un consistente miglioramento della sintomatologia depressiva, misurata con l'SCL 90, nei pazienti tossicodipendenti trattati con olanzapina.

A dispetto di una mancata azione dell'olanzapina sul tasso di ritenzione nei pazienti con depressione e disturbi di personalità, i sintomi somatici, ossessivo-compulsivo, della depressione e dell'ansia misurati con l'SCL 90 diminuivano significativamente in tutti e due i gruppi di pazienti trattati con il neurolettico atipico, possibilmente contribuendo a facilitare il trattamento con gli agonisti oppioidi e incrementando la compliance per il trattamento psico-sociale integrato.

Similmente, in precedenti studi sugli alcoolisti, olanzapina ha mostrato la capacità di migliorare l'aderenza al trattamento, senza ridurre il tasso di ricaduta più di quanto lo riducesse il placebo (Guardia *et al.*, 2004).

Anche se, come si è detto, il presente studio deve essere interpretato con cautela, considerati il piccolo numero di pazienti in alcuni dei gruppi, e le condizioni cliniche "ordinarie" in cui i soggetti sono stati valutati, al di fuori di un setting sperimentale, i dati ottenuti sembrano ribadire l'importanza del fatto che, dopo un rigoroso assessment diagnostico, per i pazienti con conclamata comorbidità psichiatrica siano attivati trattamenti combinati del disturbo additivo e della psicopatologia concomitante. La necessità di trattamenti integrati delle due componenti impone una approfondita comprensione delle problematiche dell'addiction e di quelle psichiatriche, attuata da equipe che coinvolgano gli psichiatri e che modifichino le metodologie attuate usualmente per il trattamento della tossicodipendenza (Ziedonis, 2004).

### Risorse a supporto dello studio

**Questo studio è stato attuato con il supporto di FeDer-SerD, nell'ambito dei Servizi Tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali. Non sono stati utilizzati per lo studio fondi di aziende farmaceutiche.**

### Bibliografia

Adityanjee, Schulz S.C., "Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia", *J Clin Psychiatry*, 2002, 63, Suppl. 13:32-8, Review.

Bano M.D., Mico J.A., Agujetas M., Lopez M.L., Guillen J.L., "Olanzapine efficacy in the treatment of cocaine abuse in methadone maintenance patients. Interaction with plasma levels", *Actas Esp Psiquiatr*, 2001, Jul-Aug, 29(4):215-20.

Berk M., Brook S., Trandafir A.I., "A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial", *Int Clin Psychopharmacol*, 1999, May, 14(3):177-80.

Broner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W. Jr., Bigelow G.E., "Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers", *Arch Gen Psychiatry*, 1997, Jan, 54(1):71-80.

Casey D.E., "Antipsychotics standard of care redefining the definition of atypical antipsychotics", *J of Clinical Psychiatry*, 2000, 61 (suppl. 3), 3.

Chengappa K.N., Levine J., Gershon S., Kupfer D.J., "Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry", *Bipolar Disord*, 2000, Sep 2(3 Pt 1):191-5.

Conley R.R., Kelly D.L., Gale E.A., "Olanzapine response in treatment-refractory schizophrenic patients with a history of substance abuse", *Schizophr Res*, 1998, Sep 7, 33(1-2):95-101.

Drake R.E., Xie H., McHugo G.J., Green A.I., "The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia", *Schizophr Bull*, 2000, 26(2):441-9.

Farren C.K., Hameedi F.A., Rosen M.A., Woods S., Jatlow P., Kosten T.R., "Significant interaction between clozapine and cocaine in cocaine addicts", *Drug Alcohol Depend*, 2000, May 1, 59(2):153-63.

Fava M., Mulroy R., Alpert J., Nierenberg A.A., Rosenbaum J.F., "Emergence of adverse events following discontinuation of treatment with extended-release venlafaxine", *Am J Psychiatry*, 1997, Dec, 154(12):1760-2.

Gerra G., Borella F., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bubici C., Bertacca S., "Buprenorphine versus metadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome", *Drug and Alcohol Dependence* (2004), 75(1):37-45.

Gerra G., Leonardi C., d'Amore A., Strepparola G., Fagetti R., Assi C., Zaimovic A., Lucchini A., "Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: a retrospective

study", *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, in press.

Glazer W.M., "Olanzapine and the new generation of antipsychotic agents: patterns of use", *J Clin Psychiatry*, 1997, 58, Suppl 10:18-21.

Green A.I., Zimmet S.V., Strous R.D., Schildkraut J.J., "Clozapine for comorbid substance use disorder and schizophrenia: do patients with schizophrenia have a reward-deficiency syndrome that can be ameliorated by clozapine?", *Harv Rev Psychiatry*, 1999, Mar-Apr, 6(6):287-96.

Guardia J., Segura L., Gonzalvo B., Iglesias L., Roncero C., Cardus M., Casas M., "A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in the treatment of alcohol-dependence disorder", *Alcohol Clin Exp Res*, 2004, May, 28(5):736-45.

Kelly D.L., Gale E.A., Conley R.R., "Clozapine treatment in patients with prior substance abuse", *Can J Psychiatry*, 2003, Mar, 48(2):111-4.

Lipsky H., Bayle F., "Bipolar disorders and psychiatric comorbidity", *Rev Prat*, 2005, Mar 15, 55(5):501-6.

Littrell K.H., Petty R.G., Hilligoss N.M., Peabody C.D., Johnson C.G., "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and substance abuse", *J Subst Abuse Treat*, 2001, Dec, 21(4):217-21.

McEvoy J.P., Freudenreich O., Levin E.D., Rose J.E., "Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia", *Psychopharmacology* (Berl), 1995, May, 119(1):124-6.

Monnelly E.P., Ciraulo D.A., Knapp C., LoCastro J., Sepulveda I., "Quetiapine for treatment of alcohol dependence", *J Clin Psychopharmacol*, 2004, Oct, 24(5):532-5.

Noordsy D.L., O'Keefe C., "Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting", *J Clin Psychiatry*, 1999, 60, Suppl 19:47-51.

Potvin S., Stip E., Roy J.Y., "Clozapine, quetiapine and olanzapine among addicted schizophrenic patients: towards testable hypotheses", *Int Clin Psychopharmacol*, 2003, May, 18(3):121-32.

Rounsaville B.J., Anton S.F., Carroll K., Budde D., Prusoff B.A., Gawin F., "Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers", *Arch Gen Psychiatry*, 1991, Jan, 48(1):43-51.

Rubio Valladolid G., Casas Brugue M., "Treatment of schizophrenia in subjects with substance use disorders: A review", *Actas Esp Psiquiatr*, 2001, Mar-Apr, 29(2):124-30, Review.

Sattar S.P., Bhatia S.C., Petty F., "Potential benefits of quetiapine in the treatment of substance dependence disorders", *J Psychiatry Neurosci*, 2004, Nov, 29(6):452-7.

Sherwood Brown E., Suppes T., Adinoff B., Rajan Thomas N., "Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?", *J Affect Disord*, 2001, Jul, 65(2):105-15.

Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C., "A clinical case series of six extremely aggressive youths treated with olanzapine", *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2002, Jun, 11(3):138-41.

Stamenkovic M., Schindler S.D., Aschauer H.N., De Zwaan M., Willinger U., Resinger E., Kasper S., "Effective open-label treatment of tourette's disorder with olanzapine", *Int Clin Psychopharmacol*, 2000, Jan, 15(1):23-8.

Sterling S., Weisner C., "Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: implications for outcomes", *Alcohol Clin Exp Res*, 2005, May, 29(5):801-9.

Tsuang J.W., Eckman T.E., Shaner A., Marder S.R., "Clozapine for substance-abusing schizophrenic patients", *Am J Psychiatry*, 1999, Jul, 156(7):1119-20.

Unglaub W., Kandel M., Zenner D., Wodarz N., Klein H., "Neuroleptic Treatment of Opiate Addicts with a Comorbid Schizophrenia in a Methadone Maintenance Program", *Psychiatr Prax*, 2003, May, 30 (Suppl 2):121-124.

Wade D., Harrigan S., Edwards J., Burgess P.M., Whelan G., McGorry P.D., "Patterns and predictors of substance use disorders and daily tobacco use in first-episode psychosis", *Aust N Z J Psychiatry*, 2005, Oct, 39(10):892-8.

Ziedonis D.M., "Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives", *CNS Spectr*, 2004, Dec, 9(12):892-904, 925, Review.

Zimmet S.V., Strous R.D., Burgess E.S., Kohnstamm S., Green A.I., "Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey", *J Clin Psychopharmacol*, 2000, Feb, 20(1):94-8.

## La dipendenza sessuale (sexual addiction): aspetti clinici, inquadramento diagnostico e trattamento

Manzato E. \*, Cifelli G. \*\*, Maggiolo I. \*\*, La Rosa S. \*\*\*, Marino V. \*\*\*\*, Pistuddi A. \*\*\*\*\*, Avenia F.\*\*\*\*\*

### Nuove dipendenze (new addiction)

La dipendenza è un fenomeno estremamente complesso, che riguarda numerosi aspetti della sfera individuale, sociale e culturale della persona, oltre che diverse caratteristiche neurobiologiche e psicologiche.

La dipendenza investe la persona a vari livelli, manifestandosi a livello comportamentale nella ricerca di una sostanza psicoattiva o nella reiterazione di uno specifico comportamento ed a livello psicologico nell'essere totalmente assorbiti dall'oggetto della dipendenza (sostanza psicoattiva, relazione, gioco, sesso, ...).

Le conseguenze negative che derivano da questa condizione clinica si ripercuotono nell'intero funzionamento della vita della persona, provocando una condizione di sofferenza generale (disagio psicopatologico) estesa anche al contesto socio-culturale di appartenenza (ambiente di vita relazionale, affettiva, familiare, professionale e sociale).

Le dipendenze (addiction) comprendono tutte quelle condizioni cliniche che spingono la persona a fare ed a reiterare, senza potersi opporre, comportamenti specifici che generano una momentanea gratificazione, indipendentemente dalle conseguenze, anche negative, che producono (Guerreschi, 2005a).

La dipendenza sessuale (sexual addiction) è almeno in Italia un fenomeno di interesse relativamente nuovo, così come sono relativamente nuove le concettualizzazioni cliniche (teorie interpretative) di alcune dipendenze non legate all'uso di sostanze psicoattive, definite nuove dipendenze (new addiction).

Tra queste nuove dipendenze, oltre alla dipendenza sessuale, è opportuno ricordare il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da cibo, lo shopping compulsivo, la dipendenza da internet (internet addiction disorder),

la dipendenza da lavoro, la dipendenza affettiva (love addiction) ed, infine, la codipendenza.

Queste nuove dipendenze possono essere associate tra di loro e/o con la dipendenza da sostanze psicoattive (Del Miglio e Corbelli, 2003; Avenia *et al.*, 2003; Marino, 2004; Guerreschi, 2005a).

### Dipendenza sessuale: ipersessualità tra dipendenza, compulsione e parafilia/perversione

La dipendenza sessuale è indicata con vari termini clinici: dipendenza da sesso, sessodipendenza, ipersessualità, sex addiction e sexual addiction (Guerreschi, 2005b).

La dipendenza sessuale è stata definita dal Consiglio Nazionale sulla Dipendenza da Sesso (NCSA-USA) nel 1987 come un comportamento sessuale persistente e crescente messo in atto nonostante il manifestarsi di conseguenze negative per sé e per le altre persone.

La dipendenza sessuale attualmente non rientra nella classificazione del DSM-IV-TR (APA, 2000), in particolare nella sezione "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere" in cui sono descritte le disfunzioni sessuali, le parafilie ed i disturbi dell'identità di genere.

In generale né nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana né nell'ICD-10 è presa in considerazione (APA, 2000; OMS, 1992; Kemali, 1992).

La dipendenza sessuale, per la sua diffusione (in USA nel 1991 la prevalenza indicata era tra il 3 e il 6%, mentre in Italia nel 2003 la prevalenza indicata nello studio Cedis era del 3% nella popolazione maschile e del 6% in quella femminile e mediamente del 5.75% nello studio AIRS), per la sua comorbilità con altre dipendenze e con diversi disturbi psichiatrici e per l'indice di pericolosità individuale e sociale, merita particolare attenzione da parte dei clinici (Del Miglio e Corbelli, 2003; Avenia *et al.*, 2003; Marino, 2004).

La dipendenza sessuale è stata descritta per la prima volta nel 1978 da Orford, che suggerisce che i comportamenti appetitivi e consumatori, compresa l'ipersessualità promiscua, possano essere considerati una sindrome comportamentale (entità nosografia) simile alla dipendenza da sostanze psicoattive, malgrado in questo caso non siano implicate sostanze d'abuso (Orford, 1978, 1985).

\* Direttore Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona), Direttivo nazionale FeDerSerD.

\*\* Ser.T. 1 - Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale di Zevio.

\*\*\* Dipartimento Dipendenze ASL Varese.

\*\*\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Varese, Comitato Scientifico nazionale FeDerSerD.

\*\*\*\*\* Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Clinica Urologica 2 Università degli Studi di Milano, Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS).

\*\*\*\*\* Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS).

A partire dal 1983, Carnes diffonde il concetto clinico di dipendenza sessuale per le persone che soffrono di comportamenti ipersessuali ripetitivi sia parafilici che non parafilici associati ad una compromissione della volontà ed a conseguenze psicosociali significative (Carnes, 1983, 1989, 1990, 1991).

Il dipendente sessuale, secondo Carnes (1991) è un soggetto che *"instaura una relazione distorta, capace di modificare l'umore, con cose o persone. Passa poi attraverso stadi in cui si ritrae dalla famiglia, dagli amici e dal lavoro. La sua vita segreta diviene più reale di quella pubblica anche se a causa di tale doppia identità vive forti sentimenti di vergogna"*.

Contemporaneamente, sempre nel 1983, Quadland suggerisce il termine clinico di compulsività sessuale per descrivere la compromissione della volontà associata ad un comportamento ipersessuale non parafilico (Quadland, 1983, 1985).

Coleman dal 1986 diffonde il concetto clinico della compulsività sessuale come espressione clinica dei disturbi del comportamento ipersessuale sia parafilico (PA) che non parafilico (PRD) (Coleman, 1986, 1987, 1990, 1992).

Il termine clinico di compulsività sessuale è stato adottato anche da altri studiosi clinici (Anthony e Hollander, 1993; Travin, 1995; Black *et al.*, 1997; Black, 1998). I due modelli teorici (teorie interpretative) di dipendenza sessuale e di compulsività sessuale presentano delle somiglianze e delle differenze. Gli aspetti comuni sono:

- i comportamenti ipersessuali sia parafilici (PA) che non parafilici (PRD) sono associati a compromissione psicosociale significativa ed a comorbilità psichiatrica;
- nello sviluppo della dipendenza/compulsività sessuale intervengono sia fattori familiari che ambientali;
- i disturbi sessuali parafilici (PA) e non parafilici (PRD) sono recidivi, in quanto sono risposte condizionate a stati affettivi disforici (ansia, depressione, vergogna, colpa e rimorso);
- viene riconosciuto un substrato neurobiologico o una vulnerabilità genetica come componente di rilievo dell'eziologia;
- il comportamento ipersessuale come dipendenza/compulsività sessuale si riferisce a persone che sono incapaci di controllare l'intensità della loro eccitazione sessuale e dei comportamenti appetitivi;
- la dipendenza/compulsività sessuale è considerata una condizione clinica che può essere mitigata mediante determinati trattamenti psicologici (Kafka, 1994a; Kafka, 2004).

Le differenze tra i due modelli sono sia teoriche che pratiche.

Nella dipendenza sessuale si considera che un comportamento sessuale rischioso e ripetitivo seguito dall'orgasmo rappresenta un comportamento patologico che altera l'umore o è una forma di automedicazione per

l'ansia, il sonno, la depressione, il dolore ed i problemi familiari e della vita sociale (Carnes, 1990, 1991).

Nonostante il comportamento ipersessuale ("sballo sessuale") determini un sollievo ed un'euforia immediata, in un secondo momento, subentrano effetti disforici (senso di colpa, vergogna, rimorso e depressione) che diventano rinforzi negativi, che consolidano il ciclo della dipendenza (Goodman, 1997). Carnes (1983, 1989, 1991) identifica i comportamenti ipersessuali parafilici (PA) e quelli non parafilici (PRD) come i prodotti di una "rigida patologia" evolutiva familiare, predisponente alla dipendenza sessuale che è necessario trattare mediante i gruppi di auto-aiuto basati sull'approccio dei 12 passi secondo i principi degli Alcolisti Anonimi.

Nel modello della compulsività sessuale Coleman (1990, 1992) afferma che i comportamenti ipersessuali compulsivi parafilici (PA) e non parafilici (PRD) sono mediati dalla riduzione dell'ansia e non dal desiderio sessuale in sé, per cui sono clinicamente avvicinati al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Consiglia per i comportamenti ipersessuali non parafilici un approccio medico e psicoterapeutico basato sull'utilizzo di SSRI e di farmaci per il DOC associati a psicoterapia individuale e di coppia (Coleman, 1992, 1995; Travin, 1995).

Gli studiosi clinici interessati alla dipendenza sessuale, tra cui in primo luogo Carnes (1983, 1991), definiscono tre livelli della dipendenza sessuale:

- il primo livello, comprende comportamenti ipersessuali considerati come normali, accettabili o tollerabili (eccessive fantasie sessuali, masturbarsi in modo ossessivo, avere molteplici compagni sessuali, omosessualità e relazioni eterosessuali umilianti, sesso per telefono, uso di materiale pornografico, comportamento sadico o masochista, travestitismo e feticismo);
- il secondo livello, si estende fino a quei comportamenti ipersessuali che sono chiaramente vittimizzanti e per i quali sono previste sanzioni legali (comportamenti ipersessuali in luogo pubblico, telefonate oscene a persone sconosciute, molestie sessuali, necrofilie, esibizionismo, frotteurismo, prostituzione e voyeurismo);
- il terzo livello, infine, comprende quei comportamenti ipersessuali che hanno gravi conseguenze per la vittima e conseguenze legali per il dipendente sessuale (reati sessuali: stupro, incesto, molestia a bambini o sesso con adulti non consenzienti).

Carnes (1983, 1991) ha definito alcuni corollari ai tre livelli di dipendenza:

- la dipendenza sessuale è dolorosa ad ogni livello;
- i comportamenti devianti necessariamente non indicano una dipendenza;
- tutti e tre i livelli di dipendenza vanno oltre la personalità, il genere e la condizione socioeconomica;

- i comportamenti ipersessuali, entro un livello e tra i livelli, si rinforzano a vicenda;
- i comportamenti ipersessuali, a qualunque livello, sono collegati con comportamenti dovuti ad altre dipendenze.

Kafka (1994a) tratta i comportamenti ipersessuali in maniera più orientata alla definizione rigorosa di un disturbo psichiatrico e distingue il comportamento ipersessuale in due varianti: l'ipersessualità parafilica, cioè le parafilie (PA) e l'ipersessualità non parafilica (PRD), introducendo il concetto clinico di disturbi correlati alle parafilie.

I PRD come le PA sono caratterizzati da attività, impulsi e fantasie intensamente eccitanti sessualmente e generano disagio personale o significativa compromissione psicosociale.

Secondo Kafka la distinzione fra ipersessualità non parafilica (PRD) e parafilie (PA), sarebbe sostanzialmente creata da quanto viene ritenuto socialmente accettabile o socialmente deviante, infatti, le PA vengono definite socialmente devianti.

In questo senso non esisterebbe una reale differenza psicopatologica fra le due varianti (Kafka, 1993, 1994a, 1995a,b, 1997a, 2004; Kafka e Hennen, 1999). Kafka (1991, 1994a, 1997a,b, 2004) in modo diverso rispetto al modello della dipendenza sessuale di Carnes (1983, 1989, 1990, 1991) ed a quello della compulsività sessuale di Quadland (1983, 1985) e di Coleman (1986, 1987, 1990, 1992) fornisce un modello innovativo utile per concettualizzare, per valutare e per trattare i disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD).

Analogamente alle parafilie (PA), i disturbi sessuali non parafilici (PRD) rappresentano principalmente delle disregolazioni del desiderio e dell'eccitazione sessuale, da cui derivano un comportamento sessuale caratterizzato da elevata frequenza, da perdita del controllo degli impulsi sessuali e da una considerevole quantità di tempo trascorsa in attività e fantasie sessuali, che, nel corso del tempo, portano a conseguenze personali e psicosociali negative.

Il segno distintivo di questa disinibizione sessuale che le dà lo "status" di condizione clinica, è la compromissione della volontà, come quantità di tempo sprecata in impulsi, fantasie ed attività sessuali non relazionali e come conseguenze personali e psicosociali sfavorevoli (Kafka, 1991, 1994a, 1997a,b, 2004). Kafka (1994a) classifica i seguenti disturbi nell'ipersessualità non parafilica (PRD): masturbazione compulsiva, promiscuità protratta, dipendenza dalla pornografia, dipendenza dalle telefonate erotiche, cybersex, incompatibilità grave del desiderio sessuale, disturbo correlato alla parafilìa non altrimenti specificato.

Kafka (1994a) ha proposto tre criteri diagnostici nello stile del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi

Mentali (DSM) per definire in modo operativo i disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD), analogamente ai disturbi sessuali:

- criterio A: durante un periodo di almeno 6 mesi fantasie, impulsi sessuali e comportamenti ricorrenti ed intensamente eccitanti sessualmente, che comprendono aspetti culturalmente normativi dell'espressione sessuale, aumentano di frequenza o di intensità tale da interferire con l'espressione dell'attività affettiva reciproca;
- criterio B: le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre importanti aree;
- criterio C: le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti non si verificano durante un episodio di un'altra condizione psichiatrica primaria sull'Asse I, di abuso di sostanze psicoattive o di una condizione medica generale (Kafka, 1994a, 1995a; Kafka e Prentky, 1994, 1998; Kafka e Hennen, 1999).

I disturbi correlati alle parafilie (PRD) prevalenti nei maschi sono: la masturbazione compulsiva nel 70%, la promiscuità eterosessuale e/o omosessuale protratta nel 51%, la dipendenza dalla pornografia nel 50%, le telefonate erotiche nel 24% e la grave incompatibilità del desiderio sessuale nel 12% (Kafka e Hennen, 1999).

La prevalenza nelle femmine è stata studiata meno approfonditamente anche se sono stati riportati i seguenti comportamenti: la masturbazione compulsiva, la promiscuità protratta, compresa la prostituzione e la grave incompatibilità del desiderio sessuale.

Inoltre è stata riportata la parafilìa (PA) masochismo sessuale.

Le "cotte" patologiche, le "fissazioni ossessive" o le "love addiction" sono espressioni espressamente femminili di dipendenza/compulsività sessuale (Carnes, 1991; Coleman, 1992; Kafka, 1994a).

In particolare per quanto riguarda il cybersex, il sesso virtuale si riferisce a quelle attività che si possono svolgere in internet e che provocano eccitazione sessuale (fruizione di materiale pornografico, incontri nelle chat erotiche, masturbazione, pratica di sesso virtuale, ...). Cooper (1998) ha rilevato che il 90% di soggetti indagati spende circa 10 ore a settimana praticando cybersex e che l'8% è dipendente.

Il rapporto di uomini dipendenti da cybersex rispetto alle donne è di 5 a 1, ma il coinvolgimento delle donne è in crescita.

Gli uomini utilizzano internet soprattutto per guardare foto pornografiche, mentre le donne sono interessate soprattutto alle chat erotiche. Young (1998) ritiene che la dipendenza sessuale sia il disturbo più diffuso tra le persone che hanno una dipendenza da internet (un rapporto di 1 su 5), ma la percentuale non è significativa-

mente differente da quella dei dipendenti sessuali nella popolazione generale.

Secondo Cooper (1998), internet ha molte caratteristiche che lo rendono uno strumento ideale per il coinvolgimento sessuale: è accessibile facilmente, poco dispendioso, legale, disponibile nella privacy di casa, anonimo, fa evitare il rischio di contrarre malattie contagiose, consente uno scambio interattivo (a differenza di riviste o film pornografici) e permette di nascondere tali attività al partner.

Young (1998) similmente sottolinea come lo sviluppo della dipendenza sessuale sia facilitata da alcune caratteristiche della realtà virtuale (modello ACE):anonimità, convenienza ed evasione.

Schneider (2003) afferma che il comportamento di cybersex può far sviluppare nel partner/coniuge e nei figli una codipendenza.

La dipendenza sessuale può essere assimilata ad altre forme di dipendenza per le seguenti caratteristiche:

1. presenza di forte eccitazione precedente al compimento dell'azione;  
incapacità di resistere al compimento dell'azione;
2. annullamento, a beneficio della scelta di soddisfazione, delle barriere critiche in relazione agli effetti dell'azione;
3. esperienza di piacere nel compiere l'azione (Carnes, 1983, 1989, 1990, 1991; Avenia *et al.*, 2003).

Il comportamento di dipendenza sessuale è caratterizzato dalla centralità dell'oggetto sesso, dalla sua pervasività, dalla frequenza dell'insorgenza degli impulsi e dei comportamenti per soddisfarli, dalle alterazioni dell'umore correlate o meno all'azione di soddisfacimento, dalla tolleranza con aumento di frequenza ed intensità delle azioni, dai sintomi di astinenza e dalle ricadute (Avenia *et al.*, 2003).

Il comportamento di dipendenza sessuale ha come scopo principale il raggiungimento del piacere, la cui dominanza ed invasività tendono a pervadere tutta la realtà del soggetto dipendente, regolandone la vita e scandendone i ritmi.

I comportamenti relativi alle dipendenze producono gratificazione o piacere e sono egosintonici, al contrario dei comportamenti ossessivo-compulsivi, che sono egodistonici, ripetitivi e finalizzati ad automedicare, riducendo l'ansia, l'insonnia, la depressione, il dolore o il disagio percepito per problemi legati alla famiglia o alla vita in generale, caratteristici questi del versante della compulsività sessuale (Carnes, 1983, 1989, 1990, 1991; Avenia *et al.*, 2003).

La varietà dei comportamenti ipersessuali è molto ampia e si presta ad una sottoclassificazione in tre categorie di soggetti che si possono distinguere come sesso-dipendenti inibiti, sessodipendenti assertivi e sessodipendenti misti.

Tra i primi possono essere inclusi quei soggetti che manifestano prevalentemente comportamenti scarsamente tendenti ad un reale incontro sessuale e quindi dediti all'utilizzo di materiale pornografico, di servizi telefonici erotici, di cybersex, di voyeurismo e di altre attività che non comportano un reale incontro sessuale. Questi soggetti tecnicamente potrebbero anche mantenere la fedeltà in una relazione di coppia, che sarebbe comunque disturbata da un desiderio sessuale basso (disturbo da desiderio sessuale ipoattivo) da parte del dipendente sessuale, il quale finirebbe per trovare scarsamente eccitante il sesso coniugale rispetto al suo mondo di multiforme iperstimolazione sessuale.

Tra i secondi, invece, possono essere inclusi i soggetti che desiderano l'incontro fisico vero e proprio e che ricercano potenziali partner sessuali in qualunque persona, essendo dei poligami abituali. Questi soggetti sono sempre tesi nei tentativi di seduzione, che possono in determinate situazioni sconfinare nella molestia e si rivolgono al mondo della prostituzione in tutte le sue varie forme.

Possono presentare delle parafilie (PA) prevalentemente "attive" come l'esibizionismo ed il frotteurismo piuttosto che passive come il voyeurismo.

La relazione di coppia, laddove è presente, è minata dalle frequenti infedeltà e dai frequenti periodi di assenza, ma il desiderio sessuale del dipendente sessuale verso il partner abituale si potrebbe mantenere alto fino all'eccesso, creando in questo caso un problema di segno opposto a quello dei soggetti inibiti, o quantomeno non essere deficitario.

È possibile probabilmente considerare una terza categoria, costituita da quei soggetti i cui stili di comportamenti oscillano fra quelli delle precedenti due categorie, seppure con una prevalenza di fondo assertiva o inibita.

## Dipendenza sessuale e diagnosi secondo il DSM-IV-TR

Esiste la possibilità di ravvisare la dipendenza sessuale, così come descritta, in una delle categorie diagnostiche del DSM-IV?

Sia nel DSM-IV-TR (APA, 2000) che nell'ICD 10 (OMS, 1992; Kemali, 1992), non esiste la diagnosi di dipendenza sessuale.

Nella sezione "*Disturbi sessuali e dell'identità di genere*" del DSM-IV-TR esiste la categoria diagnostica delle parafilie e quella delle disfunzioni sessuali; fra le parafilie sono riportati dei comportamenti ipersessuali che possono essere riscontrati nella dipendenza sessuale, come l'esibizionismo, il frotteurismo ed il voyeurismo, ma non esiste nessuna diagnosi che sia comprensiva dell'insieme dei comportamenti ipersessuali che definiscono la dipendenza sessuale (APA, 2000).

Il DSM-III-R, si avvicina di più al concetto clinico di dipendenza sessuale descrivendo fra i criteri per porre diagnosi di disturbo sessuale non altrimenti specificato il *"Disagio collegato a modalità di conquiste sessuali ripetute, o ad altre forme di 'dipendenza' sessuale non parafilica che comprendono una successione di persone che esistono solo per essere usate come oggetti"* (APA, 1987).

Gli altri due criteri per porre diagnosi di disturbo sessuale non altrimenti specificato sono *"Sentimenti marcati di inadeguatezza a riguardo dell'aspetto fisico, della misura o della forma degli organi sessuali, delle prestazioni sessuali, o di altri elementi collegati agli standards auto-imposti di mascolinità o di femminilità"* e *"Persistente e marcato disagio a riguardo del proprio orientamento sessuale"*.

Anche il DSM-III-R descrive oltre alle disfunzioni sessuali, le parafilie ed i criteri di gravità delle manifestazioni cliniche della parafilica specifica: esibizionismo, feticismo, frotteurismo, pedofilia, masochismo sessuale, sadismo sessuale, feticismo di travestimento, voyeurismo e parafilie non altrimenti specificate (scatologia telefonica, necrofilia, parzialismo, zoofilia, coprofilia, clismofilia e urofilia) (APA, 1987).

Il termine "dipendenza" non viene, però, più utilizzato nella stessa categoria diagnostica del DSM-IV-TR, dove si parla esclusivamente di "disagio connesso ad un quadro di ripetute relazioni sessuali con una successione di partner vissuti dal soggetto come cose da usare".

Anche in questo caso la diagnosi deve essere esclusa se si verificano i criteri per una delle parafilie o per più di una parafilica (tutte singolarmente diagnosticate in Asse I) (APA, 2000).

Nel DSM-IV-TR nella sezione *"Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove"* esiste la categoria diagnostica del disturbo del controllo degli impulsi NAS, che potrebbe, invece, essere considerata limitatamente ad alcune forme di dipendenza sessuale non parafiliche.

In sostanza si potrebbe porre quella diagnosi in quelle condizioni cliniche in cui è verificato che vi è *"l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per se o per gli altri"*, questi comportamenti sono in senso esteso un'attività sessuale e, nello stesso tempo, l'azione non è diagnosticabile nella categoria diagnostica delle parafilie.

Andrebbe eventualmente chiarito il concetto di azione "pericolosa".

Nel DSM-IV-TR, comunque, pare che un soggetto che presenti una dipendenza sessuale relativamente ben sviluppata, così come è stata descritta, potrebbe ricevere una diagnosi di disturbo del controllo degli impulsi NAS associato ad una diagnosi di una o più parafilie (APA, 2000).

Fermo restando che non esistono altre aree che consentano la diagnosi di dipendenza sessuale, è comunque interessante valutare i rapporti fra questa ed altri disturbi psichiatrici specifici (entità nosografiche psicopatologiche/categorie diagnostiche).

## Dipendenza sessuale e disturbi correlati a sostanze

Il DSM-IV-TR (APA, 2000) definisce nella sezione *"Disturbi correlati a sostanze"*, le caratteristiche della dipendenza da sostanze psicoattive e chiarisce i concetti clinici di tolleranza e di astinenza.

Specifica che *"La manifestazione essenziale della dipendenza da sostanze è un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici, indicativi che il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante la presenza di problemi significativi correlati alla sostanza. Vi è una modalità di autosomministrazione reiterata che usualmente risulta in tolleranza, astinenza e comportamento compulsivo di assunzione della sostanza di abuso"*.

Vengono definiti, infine, sette criteri diagnostici, chiedendo che è sufficiente che ne vengano soddisfatti tre per porre diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive.

Appare, quindi, evidente che questa diagnosi può essere posta anche in assenza di astinenza e di dipendenza. Particolarmente interessanti sono i criteri 4), 5), 6), che sono visibilmente e senza riserve applicabili ai comportamenti ipersessuali dei dipendenti sessuali per come sono stati descritti, ma appare verosimile che tutto quanto osservato nella dipendenza da sostanze psicoattive si possa applicare alla dipendenza sessuale, rimanendo coerente e calzante e configurando la sexual addiction come una effettiva dipendenza, al pari di quelle da sostanze psicoattive (Fig. 1).

Qualche perplessità può nascere rispetto all'applicabilità dei concetti clinici di tolleranza e di astinenza alla dipendenza sessuale.

Ricordando che non occorre né tolleranza né astinenza per porre diagnosi di dipendenza, rimane da chiedersi se il dipendente sessuale, sperimenti questi fenomeni.

**Fig. 1 - Criteri diagnostici 4, 5 e 6 (semplificati) DSM-IV-TR per dipendenza da sostanze**

- 4) **desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza**
- 5) **una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti**
- 6) **interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza**

In studi effettuati e presenti nella letteratura scientifica internazionale su soggetti (maschi soprattutto e femmine) definiti "sessualmente compulsivi" (Black *et al.*, 1997) o con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) (Kafka e Prentky, 1994, 1998) sono state riscontrate percentuali significative di comorbidità di abuso di sostanze psicoattive (specialmente abuso di alcol) che varia dal 39-47% (Kafka e Prentky 1994, 1998) al 64% (Black *et al.*, 1997), seppure in campioni esigui.

Questi dati potrebbero delineare un fenomeno a tipo poliabuso, altro fatto che inserirebbe l'insieme dei comportamenti sessuali disturbati in un contesto di dipendenza sessuale.

## Dipendenza sessuale e disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore sono comunemente associati ad alterazioni della sfera sessuale (comportamenti ipersessuali).

Le oscillazioni dell'umore sia in senso depressivo che maniacale o ipomaniacale possono associarsi ad alterazioni episodiche o permanenti del comportamento sessuale (Maremmani, 2004).

I pazienti con umore espanso presentano tipicamente iperattivazione sessuale (comportamenti ipersessuali).

Una caratteristica degli episodi sia maniacali che ipomaniacali è, infatti, una generale disinibizione del comportamento che si esplica in vari ambiti della vita sociale, ma che tipicamente coinvolge la sfera sessuale e la gestione del denaro.

Nel DSM-IV-TR i criteri diagnostici 6) e 7) del punto B per la diagnosi dell'episodio maniacale ed ipomaniacale fanno esplicito riferimento ad una attività sessuale che può essere aumentata e/o sconveniente e ad eccessi negli acquisti, aspetti del comportamento che richiamano la dipendenza sessuale e lo shopping compulsivo (Fig. 2).

Lungi dall'ipotizzare che il dipendente sessuale sia un paziente bipolare in fase espansiva franca, è opportuno considerare come le fasi di innalzamento dell'umore si associano a comportamenti ipersessuali che sono sovrapponibili a quelli del dipendente sessuale pur senza comprenderli tutti.

**Fig. 2 - Criteri diagnostici 6 e 7 punto B per la diagnosi di episodio maniacale ed ipomaniacale**

- 
- 6) aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) oppure agitazione psicomotoria
  - 7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati)
- 

Un episodio di depressione maggiore solitamente si associa a diminuzione del desiderio sessuale e ad un sottolivellamento istintuale generale che non può coesistere con una situazione di dipendenza sessuale in atto. Tuttavia condizioni cliniche di depressione meno gravi ma protratte come il disturbo distimico potrebbero favorire l'innesto della dipendenza sessuale.

Si può infatti immaginare che in una condizione clinica in cui sintomi come svogliatezza, apatia, riduzione dell'iniziativa e del desiderio-capacità di entrare in relazione interpersonale e sociale si mantengano per molti mesi, possa innescarsi un meccanismo di ricerca di stimolazione allo scopo di distanziare o di curare i sintomi psicopatologici avvertiti (automedicazione) (Carnes, 1990, 1991; Goodman, 1997).

I dati degli studi effettuati e presenti nella letteratura scientifica internazionale confermerebbero sia nei maschi che nelle femmine "sessualmente compulsivi" o con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) una significativa frequenza di comorbidità con i disturbi dell'umore, in particolare con il disturbo distimico e quello depressivo maggiore da 39% (Black *et al.*, 1997) a 61-65% (Kafka e Prentky, 1994, 1998).

In queste condizioni cliniche il trattamento preferito è quello multimodale, cioè quello che, a seconda dell'esigenza specifica del paziente o della coppia, utilizza in maniera simultanea interventi psicoeducazionali, comportamentali o cognitivo-comportamentali, psicodinamici individuali, di gruppo e/o farmacologici (Kafka, 2004).

## Dipendenza sessuale e disturbo ossessivo-compulsivo

Un'altra possibilità è che i comportamenti ipersessuali ripetitivi, a rischio e fuori controllo, che sono parte della dipendenza sessuale, possano esser mediati dal tentativo di ridurre l'ansia, avendo in questo caso lo stesso significato delle azioni compulsive che si realizzano nel disturbo ossessivo-compulsivo.

Diversamente da Carnes (1983, 1991), che sostiene la teoria della dipendenza sessuale, Coleman (1990, 1992) è uno degli studiosi clinici, assieme a Anthony e Hollander (1993), Travin (1995), Black e collaboratori (1997) e Black (1998), che sostengono la tesi della compulsività sessuale.

Secondo questi autori i comportamenti sessuali compulsivi, sia non parafilici (PRD) che parafilici (PA), sarebbero non mediati dal desiderio sessuale e dall'eccitamento o comunque dalla volontà di trarre piacere in modalità egosintonica, ma servirebbero, invece a ridurre l'ansia ed il disagio psicopatologico, vissuto in maniera egodistonica (Coleman 1990, 1992; Kafka, 1994a).

Tali motivazioni perciò portano Coleman a correlare il comportamento ipersessuale al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (Coleman, 1990, 1992).

Per quanto riguarda il trattamento nel modello della compulsività sessuale si predilige un trattamento medico/psicoterapeutico che prevede la prescrizione di inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) e di farmaci con efficacia dimostrata per il DOC, oltre alla psicoterapia individuale e di coppia (Assalian e Ravart, 1993; Coleman, 1992; Travin, 1995).

### **Dipendenza sessuale e altri disturbi psichiatrici**

I dati degli studi effettuati e presenti nella letteratura scientifica internazionale confermerebbero sia nei maschi che nelle femmine "sessualmente compulsivi" o con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) una significativa frequenza di comorbidità con i disturbi d'ansia, specialmente fobia sociale, dal 43-46% (Kafka e Prentky, 1994, 1998) al 50% (Black *et al.*, 1997), con il disturbo del controllo degli impulsi, compresi gli acquisti compulsivi e la guida pericolosa dal 7 al 17% (Black *et al.*, 1997; Kafka e Prentky, 1994, 1998) ed infine con il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività del 17% (Kafka e Prentky, 1994, 1998); in particolare riguardo a quest'ultimo disturbo è stato messo in risalto la distinzione tra il gruppo dei soggetti con disturbo parafilico (PA) e quello dei soggetti con disturbo non parafilico (PRD), in quanto nel primo la prevalenza era del 50%.

### **Dipendenza sessuale e nuove dipendenze**

I soggetti con dipendenza sessuale, oltre alla comorbidità con disturbi psichiatrici di Asse I del DSM-IV-TR presentano altre forme di dipendenza non correlate alle sostanze psicoattive ma ad un comportamento (new addiction): il lavoro compulsivo, lo shopping compulsivo, il gioco d'azzardo patologico, il disturbo dell'alimentazione e la pratica compulsiva di cybersex (sito internet superpippa, 2004; Guerreschi, 2005b).

I dati di frequenza segnalati evidenziano: un 28% per il lavoro compulsivo, un 26% per lo shopping compulsivo, un 5% per il gioco d'azzardo patologico, un 32-38% per i disturbi dell'alimentazione ed un 6-8% per la pratica compulsiva di cybersex (sito internet superpippa, 2004; Guerreschi, 2005b).

### **Dipendenza sessuale e altri disturbi sessuali**

I dati degli studi effettuati e presenti nella letteratura scientifica internazionale confermerebbero nei maschi

come i disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) possono coesistere in comorbidità con i disturbi sessuali parafilici (PA), specialmente nei maschi molestatori sessuali parafilici (Anthony e Hollander, 1993; Travin, 1995; Black *et al.*, 1997; Kafka e Hennen, 1999).

Inoltre, nei maschi con parafilie (PA) o con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) è presente almeno un PRD nell'86% dei soggetti parafilici (specie nei soggetti con PA multiple), più frequentemente rappresentato da masturbazione compulsiva o da dipendenza dalla pornografia (Kafka e Hennen, 1999). Per quanto riguarda le disfunzioni sessuali sia nei maschi che nelle femmine con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) o parafilico (PA) viene riferita abitualmente riduzione dell'eccitazione sessuale con il partner abituale ("convenzionale"), specialmente quando è terminata la fase di infatuazione iniziale nella relazione interpersonale.

I pazienti con PRD o PA nel contesto di una relazione interpersonale possono presentare un disturbo del desiderio sessuale ipoattivo, acquisito o situazionale, un disturbo di avversione sessuale, un disturbo dell'eccitazione sessuale femminile ed un disturbo maschile dell'erezione; pertanto, durante la valutazione clinica (anamnesi patologica attuale e passata), quando i pazienti lamentano principalmente queste disfunzioni sessuali è necessario raccogliere un'anamnesi sessuale completa per escludere la presenza di eventuali disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD) attuali o passati (Kafka, 2004).

Le disfunzioni sessuali attuali necessitano di un trattamento multimodale (misto), che può comprendere la psicoterapia individuale di sostegno, gli esercizi di sensibilizzazione focalizzata con il partner, il trattamento psicofarmacologico (SSRI, ...) ed anche altre tecniche terapeutiche (Kafka, 2004).

### **Dipendenza sessuale e disturbi del legame di coppia**

Molte persone con disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD) possono anche abbandonare i rapporti sessuali con il partner e preferire di dedicarsi ad attività sessuali non "convenzionali", che risultano essere sessualmente più eccitanti rispetto al "sesso piatto", cosicché questi soggetti manifestano esperienze extra coniugali (promiscuità eterosessuale e/o omosessuale protratta, masturbazione compulsiva, dipendenza dalla pornografia, ...) con disfunzione del legame di coppia attuale (disfunzione significativa dell'intimità sessuale) (Kafka e Hennen, 1999; Kafka, 2004).

Il legame di coppia significativo, invece, può aver effetti importanti nell'evoluzione della condizione clinica e dell'esito del trattamento (Kafka, 2004).

Sia i disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) che non parafilico (PRD) vengono descritti come alterazione della qualità dell'intimità sessuale e del legame di coppia (Marshall 1989; Carnes, 1991; Coleman, 1995; Kafka, 2004).

Il partner di un dipendente sessuale può sviluppare una codipendenza ed alcuni soggetti codipendenti soffrono di bassa autostima, di depressione, di comportamento dipendente eccessivo, di comportamento di indulgenza e di protezione del paziente e disturbi del controllo degli impulsi, prima della rivelazione o della scoperta di un disturbo del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) del loro partner (Schneider e Schneider, 1991, 1996).

Quando in una relazione di coppia stabile avviene un'improvvisa rivelazione personale o la scoperta inaspettata di un disturbo del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) o parafilico (PA), ciò può avere conseguenze gravi, in quanto la fiducia reciproca viene gravemente infranta dal tradimento.

Per cui sia nel processo di valutazione che nella fase iniziale del trattamento, per verificare l'impatto della rivelazione o della scoperta e per limitare la crisi della relazione interpersonale, può anche essere utile inviare il partner interessato ad un trattamento individuale o di gruppo, qualora il trattamento congiunto non sia praticabile; inoltre, in particolare, nelle condizioni cliniche di promiscuità sessuale protratta senza la pratica di "sesso protetto" sia il paziente che il partner dovrebbero essere sottoposti ad uno screening di laboratorio per la valutazione delle malattie a trasmissione sessuale, tra cui anche l'infezione da HIV, le epatiti B e C, ...

In alcune condizioni cliniche, però, non è possibile ingaggiare il partner perché il paziente non è disposto ad includerlo, perché il partner non è ancora a conoscenza del disturbo del comportamento ipersessuale e perché è emotivamente troppo instabile per tollerare la rivelazione o perché questo comporterebbe una situazione di separazione o di divorzio (Kafka, 2004).

Per una buona gestione del legame di coppia attuale, la rivelazione dei comportamenti ipersessuali deve prevedere un processo di negoziazione congiunto riguardo al tempo ed all'ampiezza della rivelazione stessa (Schneider e Schneider, 1991, 1996; Kafka, 2004).

Infatti, la rivelazione deve essere associata all'onestà per poter avere probabilità di raggiungere un esito coniugale migliore, anche se per ristabilire la fiducia occorrono solitamente alcuni anni di tempo.

Nella maggior parte delle rivelazioni, intorno al 75%, il partner ha minacciato la rottura della relazione, senza però metterla in pratica e solo l'8% ha attuato il divorzio.

Mentre il 60% dei soggetti ipersessuali ha riferito che la rivelazione totale è stata estremamente utile, circa il

25% ha, invece, riferito che la rivelazione totale non è stata di nessuna utilità; inoltre, né il processo di rivelazione né le minacce di abbandono del partner sono risultate associate alla ricaduta nel comportamento ipersessuale, nonostante la ricaduta in un tempo lungo (circa 5 anni) sia stata rilevata intorno al 50% (Corley *et al.*, 1998).

La qualità dell'intimità sessuale e della comunicazione interpersonale nel legame di coppia attuale influenza profondamente anche l'esito del trattamento. Infatti, una disfunzione sessuale del partner, in specifico un disturbo del desiderio sessuale ipoattivo o un disturbo dell'avversione sessuale o una relazione priva di sesso o la mancanza di un partner, costituiscono fattori associati alla continuazione di disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD), anche se solitamente con una frequenza ridotta dopo il successo terapeutico (Kafka, 2004).

### **Valutazione diagnostica preliminare alla scelta del trattamento con approcci terapeutici diversificati**

Nella valutazione diagnostica è innanzitutto indispensabile tenere presente che i disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD), che costituiscono le manifestazioni cliniche della dipendenza sessuale, sono dei segreti, in quanto generano vergogna, senso di colpa e riprovazione maggiori rispetto agli altri disturbi sessuali ed agli altri disturbi psichiatrici.

È anche possibile che trascorra un periodo di tempo lungo, anche di anni, prima che un soggetto ammetta la presenza di un disturbo sessuale e chieda aiuto ad un clinico o che venga scoperto dal partner.

Risulta, quindi, necessario che il clinico, nella valutazione dei comportamenti ipersessuali parafilici (PA) e non parafilici (PRD), sia chiaro e "scientifico" nei confronti del paziente, ponendo domande specifiche di rilevanza clinica ed evitando la presenza del partner o dei familiari dello stesso.

È consigliabile seguire uno screening diagnostico con domande mirate per evitare durante la fase iniziale della valutazione e/o del trattamento una comprensione incompleta del paziente, una diagnosi errata ed una psicoterapia costosa ed inutile (Kafka, 2004).

Nella valutazione diagnostica è possibile utilizzare questionari di screening come il SAST (*Sexual Addiction Screening Test*) (Carnes, 1983, 1989, 1991) o come il SAI/2 (*Sexual Addiction Inventory*) (Avenia *et al.*, 2003, 2004).

Il questionario di screening SAST (*Sexual Addiction Screening Test*) ideato da Carnes (1983, 1989, 1991) è il più conosciuto ed apprezzato per la rilevazione del comportamento ipersessuale e della dipendenza sessuale.

Lo strumento, composto di 25 item con risposta dicotomica sì/no, indica, con un punteggio al test superiore a 12, la presenza di una situazione di dipendenza sessuale e la necessità di rivolgersi ad un terapeuta qualificato.

Le 25 domande sono destinate a dimostrare gli aspetti importanti del disturbo. In Italia Avenia e coll. (2003) hanno creato il questionario di screening SAI/1 (*Sexual Addiction Inventory*) riveduto come SAI/2 (2004), finalizzato alla rilevazione della tendenza o della presenza della dipendenza sessuale (sezione A), delle caratteristiche precipue e della gravità di manifestazione (sezione B).

Il questionario è di rapida somministrazione, di breve elaborazione e consente un approccio diretto che facilita e standardizza lo screening.

La sezione A comprende 30 domande, viene somministrata come screening ed è destinata a mostrare sia la presenza della dipendenza sessuale, che eventuali disfunzioni sessuali (difficoltà nell'eccitazione, deficit erettivo, difficoltà di lubrificazione vaginale, anorgasmia ed eiaculazione precoce).

La sezione B comprende 24 domande, viene somministrata solo se la precedente ha evidenziato una tendenza o una evidenza di dipendenza sessuale ed è rivolta a valutarne le caratteristiche precipue e la gravità.

Nella valutazione diagnostica è fondamentale analizzare:

- lo sviluppo evolutivo della persona per evidenziare le diverse manifestazioni cliniche della psicopatologia familiare, che hanno un effetto nella comparsa dei disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD) (Anderson e Coleman, 1990; Carnes, 1983, 1991; Coleman, 1995). I traumi evolutivi o le situazioni che agiscono come fattori di rischio su un bambino o un adolescente sono diversificati: abuso fisico e/o sessuale, esposizione preadolescenziale ad un comportamento sessuale esplicito, esposizione precoce alla pornografia, sessualizzazione celata o palese da parte di un genitore o di un coetaneo, esperienze sessuali preadolescenziali o adolescenziali, proibizioni restrittive riguardo all'espressione affettiva e/o sessuale. Inoltre, esistono anche dei fattori di rischio attuali: disfunzione significativa del legame di coppia e dell'intimità sessuale o mancanza di un partner intimo (Kafka, 2004);
- i disturbi psichiatrici di Asse I del DSM compresenti in comorbilità sia nei maschi che nelle femmine con disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD). I disturbi maggiormente rappresentati sono: i disturbi d'ansia, in particolare disturbi fobici e fobia sociale, i disturbi dell'umore, in particolare disturbo distimico e disturbo depressivo maggiore, i disturbi del controllo degli impulsi, compresi gli acquisti compulsivi e la guida pericolosa, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (mag-

giormente presente nelle PA rispetto ai PRD), i disturbi da uso di sostanze psicoattive e le dipendenze comportamentali (codipendenza, shopping compulsivo, ...) (Carnes, 1991; Schneider e Schneider, 1991; Carnes e Delmonico, 1996; Black *et al.*, 1997; Kafka e Prentky, 1994, 1998; Guerreschi, 2005b).

- la compresenza in comorbilità (anamnesi patologica attuale o passata) tra i disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e quelli non parafilici (PRD) (Anthony e Hollander, 1993; Black *et al.*, 1997; Travin, 1995; Kafka e Hennen, 1999);
- la compresenza in comorbilità di altri disturbi sessuali, in particolare le disfunzioni sessuali come il disturbo del desiderio sessuale ipoattivo, acquisito o situazionale, il disturbo di avversione sessuale, il disturbo dell'eccitazione sessuale femminile ed il disturbo maschile dell'erezione (Nutter e Condron, 1985; Kafka, 2004);
- la presenza di malattie organiche (anamnesi patologica attuale e passata) e prevedere uno screening di laboratorio per la valutazione anche delle malattie a trasmissione sessuale, tra cui l'infezione da HIV, l'epatite B e C, ... (Kafka, 2004).

Infine è particolarmente importante anche valutare, mediante la diagnosi strutturale, gli aspetti della personalità del paziente e delle sue modalità relazionali oggettuali (primarie e secondarie), in quanto nella dipendenza sessuale sono presenti tratti o disturbi di personalità (disturbo narcisistico, disturbo borderline, ...), che possono essere trattati con psicoterapia psicodinamica individuale (Pistuddi *et al.*, 2004).

Il trattamento della dipendenza sessuale è sviluppato come trattamento multimodale (misto), mediante diversi interventi contemporanei ed in successione durante il percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato per il paziente e per la coppia, con la collaborazione di una rete di Strutture (Centri clinici specializzati) e di clinici. Le tecniche terapeutiche utilizzate sono: la psicoeducazione, la psicoterapia comportamentale e cognitivo-comportamentale, la psicoterapia psicodinamica individuale, la psicoterapia di gruppo ed il trattamento farmacologico (Kafka, 2004).

La psicoterapia comportamentale viene normalmente utilizzata nei Centri clinici specializzati di trattamento dei disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) aggressivo, ma le diverse tecniche della terapia comportamentale sembrano essere applicabili anche ai disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) e parafilico (PA) non aggressivo (Kafka, 2004); le tecniche avversative, accompagnate dal consenso informato e dalla comprensione del paziente vengono utilizzate come per altri comportamenti patologici (Maletzky, 1991); la desensibilizzazione immaginativa e la sensibilizzazione occulta sono risultate efficaci nel ridurre i comportamenti ipersessuali parafilici (PA) e non parafilici (PRD) (McConaghy e Armstrong, 1985);

analogamente l'avversione olfattiva con odori ripugnanti (ammoniaca) viene utilizzata in situazioni che risultano sessualmente eccitanti e che sono individuate specificamente dal soggetto (Colson, 1972).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale associata alla terapia di gruppo è il costituente del trattamento di prevenzione delle ricadute sviluppato da Marlatt e Gordon (1980).

Le diverse tecniche terapeutiche della terapia cognitivo-comportamentale portano ad alcuni obiettivi terapeutici: individuazione e modifica delle credenze e delle distorsioni cognitive riguardanti il comportamento ipersessuale; sensibilizzazione, riconoscimento ed evitamento delle situazioni a rischio; individuazione di specifici "precursori" cognitivi, affettivi e comportamentali della ricaduta; implementazione di tecniche di problem solving ed addestramento delle abilità sociali e sessuali (Kafka, 2004).

Queste tecniche sono utilizzate nei programmi per i molestatori sessuali (Marques *et al.*, 1994).

La psicoterapia di gruppo guidata da un terapeuta è stata utilizzata, all'interno di un programma semistrutturato della durata di venti settimane, per il trattamento di maschi affetti da disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) con l'obiettivo di controllare la promiscuità sessuale (Quadland, 1985); inoltre, è stata utilizzata in programmi ambulatoriali (Turner, 1990) ed in programmi ambulatoriali specifici per i partner dei bisessuali (Wolf, 1987).

Anche la terapia di gruppo con la metodologia dei 12 passi secondo i principi degli Alcolisti Anonimi viene utilizzata per il trattamento dei problemi della dipendenza sessuale, analogamente ad altre condizioni cliniche di comportamenti compulsivi di dipendenza (sostanze psicoattive e farmaci, gioco d'azzardo patologico, dipendenza da cibo, ...), e può avere un effetto importante sul processo di guarigione ("guarigione", "astinenza" e "punto focale"), specialmente se la persona ha una buona adesione al trattamento (Kafka, 2004). Il programma dei 12 passi, associato a psicoterapia psicodinamica individuale, ha dato esiti positivi a lungo termine sia in maschi che in femmine con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) e parafilico (PA) non violenti (Naditch e Barton, 1990; Carnes, 1991).

Il programma dei 12 passi per il trattamento dei disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) ha vari vantaggi: diffusione territoriale e facile accessibilità, non vincoli finanziari, efficacia nell'attenuare vergogna, segretezza, stigmatizzazione e biasimo per il comportamento ipersessuale non parafilico, senso di appartenenza ad una "comunità di cura", aiuto per il partner codipendente ed eventuale relazione interpersonale di supporto nella gestione della crisi (Salomon, 1995; Kafka, 2004).

La psicoterapia psicodinamica individuale è rivolta ad analizzare ed a sviluppare gli aspetti relativi al control-

lo della sintomatologia ipersessuale ed a quelli della situazione attuale, inoltre, può aiutare a sintetizzare gli antecedenti dello sviluppo evolutivo della persona, questi ultimi, in ogni caso, successivamente alla stabilizzazione dei sintomi del comportamento ipersessuale (Kafka, 2004).

La psicoterapia psicodinamica individuale, in associazione ad altri interventi, può aiutare a ridurre l'ansia, la depressione, il senso di colpa, la vergogna ed a migliorare l'adattamento sociale (Kafka, 2004).

Un terapeuta individuale può fungere da "terapeuta di base" per integrare gli interventi secondo il modello del "Programma Globale" (Khantzian, 1986; Treece e Khantzian, 1986).

La psicoterapia psicodinamica individuale è la tecnica più frequentemente associata alla terapia di gruppo con la metodologia dei 12 passi secondo i principi degli Alcolisti Anonimi correlata con l'esito positivo del trattamento della dipendenza sessuale (Carnes, 1991; Schneider e Schneider, 1991; Swisher, 1995; Corley *et al.*, 1998; Kafka, 2004).

Riguardo al trattamento farmacologico, attualmente i dati a disposizione sono limitati, ma incoraggianti, e le linee di evidenza clinica (associazione e possibile fisiopatologia comune tra disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) e disturbi psichiatrici specifici di Asse I del DSM, sedazione dell'aumento dell'eccitazione sessuale e dei comportamenti ipersessuali non parafilici (PRD) con farmaci serotoninergici - SSRI, utilizzo di SSRI per i PRD anche in assenza di comorbidità psichiatrica, indicazione dell'utilizzo di SSRI, antiandrogeni e psicostimolanti) sostengono l'indicazione per l'utilizzo di SSRI, antiandrogeni (medrossiprogesterone) e psicostimolanti che possono determinare un miglioramento significativo dei disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD), anche se non è ancora sufficientemente chiarito se il trattamento debba essere a breve o a lungo termine per avere successo (Kafka, 1991, 1994b, 1997b, 2004; Berlin e Meinecke, 1991; Kafka e Prentky, 1992; Greenberg e Bradford, 1997; Prentky, 1997; Kafka e Hennen, 2000).

Il trattamento psicofarmacologico da solo o associato a quello psicologico è efficace per il trattamento dei disturbi psichiatrici di Asse I comorbili e questo miglioramento della comorbidità psichiatrica associata può sostanzialmente migliorare anche i disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD) (Kafka, 2004). Infine, il trattamento psicofarmacologico non dovrebbe essere riservato solo alle condizioni cliniche in cui gli altri interventi hanno fallito o hanno avuto un successo solo parziale (Kafka, 2004).

Il successo terapeutico dei disturbi del comportamento ipersessuale parafilico (PA) e non parafilico (PRD) richiede diversi interventi contemporanei ed in successione durante il percorso terapeutico-riabilitativo; questo risultato viene ottenuto mediante una rete di colla-

borazione di Strutture (Centri clinici specializzati) e di clinici.

Il periodo di guarigione o di ristabilimento necessario quando i disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD) disgregano il legame di coppia è di anni, in quanto i matrimoni e gli altri tipi di relazioni necessitano di un tempo lungo per guarire dalle ferite provocate dal tradimento e per rifondare il legame di fiducia, anche quando il comportamento ipersessuale problematico è cessato da tempo, già nella fase iniziale del trattamento.

Analogamente al miglioramento positivo nel trattamento di altre condizioni cliniche croniche, come i disturbi da uso di sostanze psicoattive, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) o il diabete e l'ipertensione, nel trattamento delle condizioni cliniche con disturbi del comportamento ipersessuale non parafilico (PRD), specialmente nei primi anni, è opportuno parlare di "trattamento efficace" o "controllo" piuttosto che di "cura" come parametro di esito (Kafka, 2004).

## Bibliografia

American Psychiatric Association (APA), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III-R)*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1987; Masson, Milano, 1988.

American Psychiatric Association (APA), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994; Masson, Milano, 1996.

American Psychiatric Association (APA), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000; Masson, Milano, 2001.

Anderson N., Coleman E., "Childhood abuse and family sexual attitudes in sexually compulsive males: A comparison of three clinical groups", *American Journal of Preventative Psychiatry and Neurology*, 3, 1990.

Anthony D.T., Hollander E., "Sexual compulsions", in Hollander E., *Obsessive compulsive-related disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1993.

Assalian P., Ravart M., "Compulsive sexual behavior: Etiology, clinical manifestations and pharmacological treatment", *Canadian Journal of Human Sexuality*, 2, 1993.

Avenia F., Pistuddi A., Titta M., Catucci M., "Sex Addiction inventory: un questionario per la rilevazione della dipendenza da sesso", *Mission*, 8, 2003.

Berlin F.S., Meinecke C.F., "Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings", *American Journal of Psychiatry*, 138, 1991.

Black D.W., "Compulsive sexual behavior: A review", *Journal of Practical Psychiatry and Behavior*, 4, 1998.

Black D.W., Kehrberg L.L.D., Flumerfelt D.L., Schlosser S.S., "Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior", *American Journal of Psychiatry*, 154, 1997.

Carnes P., *Out of the shadows. Understanding sexual addiction*, CompCare, Minneapolis, 1983.

Carnes P., *Contrary to love. Helping the sexual addict*, CompCare, Minneapolis, 1989.

Carnes P., "Sexual addiction", in Horton A., Johnston B.L., Roundy L.M., *The incest perpetrator: A family member no one wants to treat*, Sage, Newbury Park, 1990.

Carnes P., *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*, Bantam Books, New York, 1991.

Carnes P., Delmonico D., "Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts", *Sexual Addiction and Compulsivity*, 3, 1996.

Coleman E., "Sexual compulsion vs. Sexual addiction: The debate continues", *SIECUS Report*, July, 1986.

Coleman E., "Sexual compulsivity: Definition, etiology and treatment considerations", *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1, 1987.

Coleman E., "The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior", *American Journal of Preventative Psychiatry and Neurology*, 2, 1990.

Coleman E., "Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?", *Psychiatric Annals*, 22, 1992.

Coleman E., "Treatment of compulsive sexual behavior", in Rosen C.R., Leiblum S.R., *Case studies in sex therapy*, Guilford Press, New York, 1995.

Colson C.E., "Olfactory aversion for homosexual behavior", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 1972.

Cooper A., "Sexuality and internet: Surfing into the new millennium", *CyberPsychology e Behavior*, 1, 1998.

Corley M.D., Schneider J., Irons R., *Sexual misconduct in physicians: The importance and process for disclosure to physician's spouse and family*, Paper presented at the International Conference on Physician Health, Victoria, British Columbia, 1998.

Del Miglio C., Corbelli S., *Le nuove dipendenze. Attualità in Psicologia*, Edizioni Università Romane, Roma, 2003.

Goodman A., "Sexual Addiction", in Lowensohn J.H., Ruiz P., Millman R.B., Langrod J.G., *Substance abuse: A comprehensive textbook 3ª Ed.*, Williams e Wilkins, Baltimore, 1997.

Greenberg D.M., Bradford J.M., "Treatment of paraphilic disorders: a review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors", *Sexual Abuse: Journal of Treatment and Research*, 9, 1997.

Guerreschi C., "Le new addictions", in Guerreschi C., *New addictions. Le nuove dipendenze. Internet, lavoro, sesso, cellulare e shopping compulsivo*, San Paolo, Milano, 2005a.

Guerreschi C., "La dipendenza da sesso: la sex addiction", in Guerreschi C., *New addictions. Le nuove dipendenze. Internet, lavoro, sesso, cellulare e shopping compulsivo*, San Paolo, Milano, 2005b.

Kafka M.P., "Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men", *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 1991.

Kafka M.P. "Update on paraphilia and paraphilia-related disorders", *Currents in Affective Disorders*, 12, 1993.

Kafka M.P., "Paraphilia-related disorders: Common, neglected, and misunderstood", *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 1994a.

Kafka M.P., "Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia related disorders: an open trial", *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 1994b.

Kafka M.P., "Sexual impulsivity", in Hollander E., Stein D.J., *Impulsivity and aggression*, Wiley, Chichester, 1995a.

- Kafka M.P., "Current concepts in the drug treatment of paraphilias and paraphilia related disorders", *C.N.S. Drugs*, 3, 1995b.
- Kafka M.P., "Hypersexual desire in males: An operational definition and clinical implications for men with paraphilias and paraphilia-related disorders", *Archives of Sexual Behavior*, 26, 1997a.
- Kafka M.P., "A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders", *Archives of Sexual Behavior*, 26, 1997b.
- Kafka M.P., "I disturbi correlati alle parafilie. Il disturbo del comportamento ipersessuale non parafilico e compulsività/dipendenza sessuale", in Leiblum S.R., Rosen R.C., *Principi e pratica terapia sessuale*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004.
- Kafka M.P., Hennen J. "The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males". *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 1999.
- Kafka M.P., Hennen J., "Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: A case series", *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 2000.
- Kafka M.P., Prentky R., "Fluoxetine Treatment of Nonparaphilic Sexual Addictions and Paraphilias in Men", *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 1992.
- Kafka M.P., Prentky R., "Preliminary Observations of DSM-III-R Axis I Comorbidity in Men With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders", *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 1994.
- Kafka M.P., Prentky R., "Attention deficit hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: A comorbidity study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1998.
- Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobraccio S., Magliano L., *ICD-10: Sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche* (Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 1992), Masson, Milano, 1992.
- Khantzian E.J., "A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 1986.
- Maletzky B.A., *Treating the sexual offender*, Sage, Newbury Park, 1991.
- Maremmani I., "Disturbo da uso di sostanze e spettro bipolare", IX Congresso Nazionale delle Società Italiane di Psicopatologia, Pisa, 2004.
- Marino V., "Le dipendenze immateriali", *Medici Oggi*, 253, 2004.
- Marlatt G.A., Gordon J.R., "Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change", in Davison P.O., Davison S.M., *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*, Bruner Mazel, New York, 1980.
- Marques J.K., Day D.M., Nelson C., West M., "Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study", *Criminal Justice and Behavior*, 21, 1994.
- Marshall W.L., "Intimacy, loneliness, and sexual offenders", *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1989.
- McConaghy N., Armstrong M.S., "Expectancy, cover sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 1985.
- Nutter D.E., Condon M.K., "Sexual fantasy and activity patterns of males with inhibited sexual desire and males with erectile dysfunction versus normal controls", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 1985.
- Orford J., "Hypersexuality: Implications for a theory of dependence", *British Journal of Addiction*, 73, 1978.
- Orford J., "Excessive sexuality", in Orford J., *Excessive appetites: A psychological view of the addictions*, Wiley, Chichester, 1985.
- Pistuddi A., Dominiononi C., Beretta G., Gimelli E., Ermentini A., "Sessualità, aggressività e violenza: una porta dalle tre entrate", *Sessuologia*, 2, 2004.
- Prentky R.A., "Arousal reduction in sexual offenders: a review of antiandrogenic interventions", *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 1997.
- Quadland M.C., "Overcoming sexual compulsivity", *New York Native*, 1983.
- Quadland M.C., "Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 1985.
- Schneider J.P., Schneider B., *Sex, lies and forgiveness: Couples speak out on the healing from sexual addiction*, Hazelden Educational Materials, Center City, 1991.
- Schneider J.P., Schneider B., "Couple recovery from sexual addiction/coaddiction: Results of a survey of 88 marriages", *Sexual Addiction and Compulsivity*, 3, 1996.
- Schneider J., "The impact of compulsive Cybersex behaviours on the family", *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 2003.
- Sito Internet: <http://www.superpippa.com/it/notizia/sexo-dipendenza-ne-soffre-5384.html> 29.05.2004.
- Swisher S., "Therapeutic interventions recommended for treatment of sexual addiction/compulsivity", *Sexual Addiction And Compulsivity*, 2, 1995.
- Travin S., "Compulsive sexual behavior", in Levine S., *Psychiatric clinics of North America: Clinical sexuality*, Saunders, Philadelphia, 1995.
- Treece C., Khantzian E.J., "Psychodynamic factors in the development of drug dependence", *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 1986.
- Turner M., "Long-term outpatient group therapy as a modality for treating sexual addiction", *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2, 1990.
- Wolf T.J., "Group psychotherapy for bisexual men and their wives", *Journal of Homosexuality*, 14, 1987.
- Young K. S. What is Cybersexual Addiction? Sito Internet: <http://netaddiction.com/articles/cybersexual-addiction.htm>, 1998.

## NOTIZIE IN BREVE

**FeDerSerD ha concluso positivamente anche le procedure per il riconoscimento come società medico scientifica aderente alla FISM.**

**Gia nel 2004 la Federazione aveva curato la registrazione come società tecnico professionale presso il Ministero della Salute.**

**In tal senso ci eravamo indirizzati considerando la pluralità di professioni che aderiscono alla Federazione e che operano nei servizi.**

**Ora riteniamo di aver risposto alle esigenze degli operatori del settore, sia per quanto attiene la missione di organizzazione professionale interdisciplinare sia per gli aspetti specifici della disciplina medica sulla base delle norme vigenti.**





*Presentiamo una progettualità avviata recentemente nella ASL di Brescia che vuole affrontare il tema della cocaina in modo innovativo.*

*Piace segnalare come l'iniziativa sia frutto di una stretta collaborazione tra Servizio pubblico, privato accreditato e enti locali, nello spirito del modello di alta integrazione che FeDerSerD propone agli attori del sistema.*

## Nuova Iniziativa Cocaina - Dipendenti di Entità Moderata N.I.Co.D.E.Mo

*Carmelo Scarcella\*, Fausta Podavitte\*\*, Antonia Cinquegrana\*\*\**

### a) ASL di Brescia - Dipartimento Dipendenze: epidemia cocaina e possibili trasformazioni organizzative nei Servizi Territoriali delle Dipendenze

L'ASL di Brescia si caratterizza per dimensioni, complessità ed articolazione dei Servizi. Nel caso specifico delle dipendenze nel territorio di competenza la percentuale di utenza cocainomane è superiore al dato nazionale. Al Dipartimento Dipendenze afferiscono 2 Ser.T. articolati complessivamente in 11 Unità Operative e Funzionali. Attraverso il monitoraggio attuato dal Dipartimento Dipendenze emerge che negli ultimi anni è avvenuto un significativo incremento di richieste di trattamenti terapeutici da parte di soggetti cocainomani: si è passati dal 17% degli utenti in carico nel 2001 al 29% del 2004, rispetto ai dati nazionali che evidenziano nello stesso periodo un incremento del 5,9% all'11,4%. In particolare nell'U.O. della Valle Trompia la percentuale supera il 40%.

Anno	Eroina	Cocaina	Cannabis	Altro
2001	1757 (78%)	372 (17%)	69 (3%)	47
2002	1733 (74%)	447 (19%)	122 (5%)	36
2003	1694 (70%)	564 (23%)	120 (5%)	40
2004	1571 (63%)	715 (29%)	175 (7%)	9

Va inoltre precisato che gli assuntori di cocaina sono presenti per quasi la metà del gruppo dei nuovi casi, cioè nel gruppo dei pazienti che si rivolgono per la prima volta al servizio, e sono caratterizzati da una maggior propensione al drop-out.

Già verso la fine degli anni '90 in alcuni servizi territoriali dell'ASL della Provincia di Brescia i pazienti cocainoma-

ni richiedevano con frequenza sempre crescente interventi terapeutici. Questo ha permesso di consolidare delle prassi operative che hanno nel tempo consentito interventi specialistici di buon livello, che oggi è possibile affinare nel sistema di coordinamento e confronto fra le varie Unità di afferenza.

L'ASL della Provincia di Brescia ha sostenuto ogni iniziativa mirata a nuove ed innovative strategie di intervento proposte dai Ser.T. Fra di esse citiamo: l'istituzione di gruppi ad hoc per pazienti cocainomani in entrambe i Ser.T. e l'utilizzo di una sede esterna al Ser.T. di Brescia per consentire un aggancio alternativo. Gli sforzi attuati da un lato per favorire iniziative sperimentali, a partecipazione pubblico-privato, dall'altro per coinvolgere e sensibilizzare i medici di medicina generale hanno consentito di rendere operativo dal 2004 un intervento strutturato rivolto ad un target specifico di cocainomani, quelli più difficilmente afferenti ai Ser.T. La sperimentazione del progetto N.I.Co.D.E.Mo, attuata anche con finanziamenti del Fondo Nazionale Lotta alla Droga, rappresenta quindi una occasione per ripensare le forme della clinica ed i suoi significati in rapporto ai risultati. Del Progetto è titolare il Ser.T. di Brescia, maggiormente coinvolto nella gestione di cocainomani per territorialità.

### b) Il Progetto N.I.Co.D.E.Mo

Dal gennaio 2004 a seguito della riorganizzazione regionale dei Servizi per le Tossicodipendenze il Ser.T. di Brescia città, il Ser.T. di Valle Trompia (Zanano) e il Ser.T. di Salò sono confluiti in un'unica struttura complessa: il Ser.T. 1 di Brescia.

Complessivamente gli utenti in carico al Servizio sono stati 835 di cui:

- 627 eroinomani (75.1%);
- 174 cocainomani (20.1%);
- 34 altre sostanze (4.8%).

I nuovi utenti del 2003 sono stati 170 di cui:

- 81 eroinomani (47.6%);
- 79 cocainomani (46.5%);
- 10 altre sostanze (5.9%).

I pazienti cocainomani che si rivolgono ai Ser.T., soprattutto se si tratta di persone adeguatamente inserite in un contesto sociale, con un lavoro stabile, senza gravi patologie correlate all'abuso della sostanza, faticano ad accedere ad un Servizio pubblico per le tossicodipendenze in quanto manifestano un disagio determinato dal doversi recare in un luogo di cura per lo più rivolto a pazienti eroinomani, che nella nostra realtà rappresentano circa il 75% dell'utenza e lamentano che l'accesso alle prestazioni terapeutiche avviene in buona misura in orari non confacenti a chi svolge un'attività lavorativa, soprattutto se viene proposta una terapia con presenza al servizio per 1 ora 1 o 2 volte la settimana.

Le terapie proponibili ai pazienti cocaina-dipendenti richiedono un utilizzo di risorse professionali non indifferenti in quanto un trattamento farmacologico è limitato ed aspecifico e, se il paziente è discretamente motivato, deve essere proposto un trattamento psicosociale adeguato.

La Collaborazione Cochrane ha recentemente attuato una revisione dei trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e in particolare per quanto riguarda il trattamento dei cocainomani non ha riconosciuto come validi i protocolli farmacologici attuati con carbamazepina, agonisti della dopamina ed antidepressivi; allo stato attuale pertanto non è conosciuto un trattamento farmacologico adeguato nella terapia della dipendenza da cocaina.

Validità scientifica è riconosciuta a trattamenti non farmacologici, in particolare all'approccio cognitivo-comportamentale (Carroll K.M., Rounsaville B.J., Gawin F.H., 1991; Khantzian, Halliday, McAuliffe, 1990); e a varianti della Terapia supportivo-espressiva (Luborsky, Woody, Hole, Vellico, 1977).

**Il progetto, di durata biennale, si rivolge a persone dipendenti da cocaina la cui assunzione avviene esclusivamente per via inalatoria, non dipendenti significativamente da altre sostanze psicoattive, in assenza di una psicopatologia rilevante e di problematiche legali al momento dell'ammissione al trattamento e che hanno conservato una adeguata rete di sostegno psicosociale.**

\* Direttore generale ASL Provincia di Brescia.

\*\* Direttore sociale ASL Provincia di Brescia.

\*\*\* Medico, Direttore del Servizio Territoriale delle Dipendenze 1, Dipartimento delle Dipendenze della ASL Provincia di Brescia. Componente direttivo regionale FeDerSerD Lombardia.

La sperimentale del progetto consentirà di attuare un intervento specifico e strutturato rivolto a persone tossicodipendenti che si discostano dalla tipologia più rappresentativa dei pazienti che si rivolgono ai servizi pubblici e l'acronimo NICODEMO fa volutamente riferimento al personaggio biblico che visitava Gesù solo di notte.

Con riferimento alle caratteristiche dell'utenza del progetto le fasi operative poste in essere dovranno svolgersi in orari e ancor meglio in sedi distinte dall'attuale sede del Ser.T., **soprattutto per quanto riguarda la realtà cittadina, dove i pazienti afferenti al servizio presentano una situazione sociale più disagiata rispetto ai centri più piccoli.** Per tale motivo presso il Distretto Socio-Sanitario 1 è consentito l'utilizzo nell'orario serale (16.30-19.00) di un ambulatorio in sede extra Ser.T., Ambulatorio Progetto N.I.Co.D.E.Mo.

Il progetto prevede una suddivisione in 5 stadi:

- disegno operativo del progetto sperimentale;
- arruolamento del paziente e valutazione diagnostica;
- piano di trattamento;
- trattamento;
- follow-up.

### **STADIO 1. Disegno operativo del progetto sperimentale**

Identificazione/acquisizione personale, formazione dello stesso, disegno dettagliato del progetto sperimentale, individuazione precisa di finalità generali e obiettivi specifici, criteri di inclusione ed esclusione dei soggetti, con definizione di strumenti diagnostici attendibili e validati dalla letteratura scientifica internazionale, definizione dei criteri di valutazione (in parte espressi nella descrizione STADIO 5).

Tale fase ha richiesto una tempistica semestrale e in tale arco di tempo si è effettuato un corso di formazione al colloquio motivazionale per quanti svolgono lo STADIO 2B.

### **STADIO 2. Arruolamento del paziente e valutazione diagnostica**

Il progetto identifica (STADIO 2A) come target i pazienti cocainomani, (cocaina: sostanza d'abuso primaria).

All'interno di questa popolazione va identificato (STADIO 2B) un sottogruppo con le seguenti caratteristiche: assunzione di cocaina esclusivamente per via inalatoria, non sussistenza di significativa dipendenza da altre sostanze psicoattive, assenza di una psicopatologia rilevante, assenza di problematiche legali al momento dell'ammissione al trattamento, adeguata rete di sostegno psicosociale.

**Si ipotizza di effettuare una valutazione mirata su tutti i pazienti cocainodipendenti che chiedono un trattamento (dato atteso: 300 soggetti) prevedendo**

**un arruolamento nello STADIO 2B di 100 soggetti.**

### **STADIO 2A. Diagnosi dipendenza/abuso cocaina**

Azioni previste: visita medica, ricerca metaboliti cocaina urine.

Nel caso il paziente assuma cocaina per via inalatoria, non sussista significativa dipendenza da altre sostanze psicoattive e sia assente una psicopatologia rilevante si invia allo STADIO 2B.

**STADIO 2B.** Verifica dell'esistenza di una adeguata rete di sostegno psicosociale e assenza di problematiche legali significative e valutazione della compliance del paziente utilizzando come strumento il colloquio motivazionale (*Rounsaville: l'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto*; Guelfi, Scaglia, Spiller, "Elementi di valutazione della motivazione", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di A. Lucchini, FrancoAngeli, 2001; Stotts, Schimtz, Rhoades, Grabowski, 2001, "Motivational interviewing with cocaina-dependent patients: A pilot study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862; Miller, Rollnick, *Il colloquio motivazionale*, II edizione, tr. it. Erickson, Trento, 2004).

Al termine di tale fase viene assegnato un operatore di riferimento con qualifica di psicoterapeuta (medico/psicologo).

Azioni previste: colloquio attuato da psicologo/psicoterapeuta/operatore con formazione specifica sul colloquio motivazionale.

**STADIO 2A e 2B.** L'identificazione del target può avvenire nella sede del Ser.T. o direttamente presso l'Ambulatorio Progetto N.I.Co.D.E.Mo.

Per quei pazienti che rispondono ai criteri di arruolamento ma che non sono in grado di attuare un programma ambulatoriale, in quanto non in grado al momento di riuscire anche in minima parte a ridurre l'assunzione di cocaina, è previsto un percorso residenziale della durata di 60/90 giorni presso una Comunità terapeutica per consentire uno stacco dall'uso della sostanza, se altrimenti non contenibile. In tale periodo e in regime di residenzialità, si valuterà l'opportunità di procedere alla stesura di un piano di trattamento, utilizzando le stesse procedure previste nello STADIO 2.

Si è identificata la Comunità Terapeutica Pinocchio in quanto accreditata come specialistica per doppia diagnosi, al cui interno tra gli operatori è prevista la possibilità anche di una accurata diagnosi psichiatrica.

### **STADIO 3. Piano di trattamento**

La stesura del piano di trattamento è attuata da psicoterapeuta medico/psi-

coloquio operatore di riferimento del paziente.

Viene valutata l'opportunità di proporre una terapia individuale o una terapia di gruppo.

Azioni previste: stesura del progetto terapeutico.

Terapia individuale.

Il modello di riferimento è l'approccio cognitivo-comportamentale e varianti della Terapia supportivo-espressiva.

Terapia di gruppo.

L'intervento di gruppo a breve termine che si intende proporre è volto all'analisi della soggettività attraverso le relazioni interpersonali, i processi interattivi, le conseguenze del problema, i comportamenti da esso indotti.

Si intende agire con il gruppo ed attraverso il gruppo, sia sul piano cognitivo-comportamentale che su quello emozionale essenzialmente su 4 focus tematici:

1. tolleranza affettiva;
2. aumento dell'autostima;
3. discussione e miglioramento delle relazioni interpersonali;
4. sviluppo di adeguata strategia di autocura.

Gli incontri saranno semistrutturati, cioè sufficientemente orientati e temattizzati in modo da consentire il proseguimento degli obiettivi nei tempi stabiliti, ma anche adeguatamente flessibili per permettere di analizzare i disagi espressi dai singoli partecipanti.

Il gruppo prevede una composizione di 8-10 unità; si prevede un incontro settimanale della durata di 90 minuti, condotto da uno psicoterapeuta.

La durata complessiva dell'intervento di gruppo è di circa 20 sedute (6 mesi).

Lo STADIO 3 può essere svolto sia presso i Ser.T. di appartenenza, sia presso l'Ambulatorio Progetto N.I.Co.D.E.Mo; in casi specifici presso la comunità terapeutica Pinocchio.

### **STADIO 4. Trattamento**

Il trattamento può essere strutturato come individuale o di gruppo.

Nel caso di psicoterapia individuale si prevedono sedute settimanali, con frequenza anche più ravvicinata nelle prime 6 settimane; nel caso di psicoterapia di gruppo con la periodicità sopra stabilita con possibilità nel primo trimestre di sedute individuali al bisogno.

È fondamentale sottolineare che per entrambi i trattamenti deve essere possibile una certa flessibilità: sia per decidere in itinere se il trattamento individuale sia necessario per mediare e coinvolgere i cocaina-dipendenti nell'esperienza di entrare e diventare membri del gruppo psicoterapeutico, sia per decidere in itinere se sia opportuno proporre una terapia individuale, parallela o meno all'esperienza del gruppo, per quei soggetti che non rie-

scono in tale contesto ad affrontare adeguatamente paure, vergogne, pregiudizi.

Ogni soggetto in trattamento trimestralmente ha un progetto terapeutico individualizzato, sottoscritto con l'operatore di riferimento, in cui sono dichiarati gli obiettivi, gli interventi previsti e la loro periodicità.

Devono essere specificate anche le modalità e la periodicità della ricerca dei metaboliti della cocaina nei liquidi biologici.

Il rinnovo del programma trimestrale è determinato dal fatto che sia possibile constatare almeno una parziale astensione dall'uso della cocaina, così come previsto specificatamente dal progetto terapeutico individualizzato.

Il trattamento terapeutico previsto è della durata massima di un anno, rinnovato trimestralmente: l'operatore di riferimento dello STADIO 3 coincide con l'operatore del I trimestre del trattamento dello STADIO 4, nei successivi progetti trimestrali tale operatore può essere modificato a secondo dell'orientamento terapeutico (individuale o di gruppo) intrapreso dal paziente.

I pazienti in trattamento effettueranno almeno una volta la settimana un prelievo urinario per la ricerca dei metaboliti della cocaina ed una visita medica trimestrale/semestrale a seconda del perdurare o meno dell'assunzione di cocaina o in relazione a sintomatologia specifica.

Per quanti accedono allo STADIO 4 si prevede di selezionare quei soggetti che possano beneficiare del trattamento acudetox volto a calmare la condizione di stress intenso ed ansietà.

Sono previsti trattamenti della durata mensile, mediamente 1 a trimestre.

Lo STADIO 4 può essere svolta sia presso i Ser.T. di appartenenza, sia presso l'Ambulatorio Progetto N.I.Co.D.E.Mo per quanto riguarda la terapia individuale, la visita medica, la raccolta dei campioni urinari; presso l'Ambulatorio N.I.Co.D.E.Mo per quanto riguarda il trattamento acudetox; nei locali adibiti alla terapia di gruppo per quanto riguarda tale attività.

Negli STADI 3 e 4, su richiesta dell'operatore di riferimento e in situazioni di particolare bisogno è prevista la possibilità di una consultazione familiare (2-3 sedute) attuata da uno psicoterapeuta della famiglia per un massimo nell'anno di 50 sedute.

### STADIO 5. Follow-up

Con cadenza trimestrale vengono rilevati i dati relativi al numero di pazienti cocainomani che si rivolgono direttamente al Ser.T. o all'Ambulatorio Progetto N.I.Co.D.E.Mo suddivisi in STADIO 2A (soggetti attesi previsti 300) e 2B (soggetti attesi previsti 100) e il

numero dei piani di trattamento stesi. Per quanto riguarda la ritenzione al trattamento, questa viene valutata trimestralmente.

Dopo 3 mesi dal termine del progetto terapeutico proposto (minimo 3 mesi, massimo 1 anno) si effettuerà un colloquio di catamnesi con raccolta di campione urinario o meglio, se possibile, prelievo del capello per ricerca derivati cocaina.

È previsto punteggio ASI: differenziale tra il punteggio di base e quello di uscita.

### La Rete del Progetto

Partner del Progetto sono: la Provincia di Brescia, il Comune di Brescia, le Comunità Montane di Valletrompia e Vallesabbia, e 4 Enti del privato accreditato: Comunità Pinocchio, Comunità

il Calabrone, Cooperativa Gaia e CEBS. La rete prevede anche il coinvolgimento dei Medici di Base e delle Aziende Ospedaliere.

Il Comune di Brescia e le Comunità montane di Valletrompia e Vallesabbia concorrono alla progettualità cofinanziando il materiale informativo/divulgativo dell'iniziativa.

Gli Enti del privato accreditato attraverso i propri Centri Ascolto promuovono l'iniziativa e effettuano una funzione di "filtro" per attuare un invio di pazienti ai Ser.T. o all'Ambulatorio N.I.Co.D.E.Mo effettivamente rispondenti al target specifico.

Il costo globale della progettualità per il biennio è previsto in € 270.240; il progetto ha ottenuto nel biennio 2004-2006 un finanziamento di € 90.000 derivato da FNLD Legge 45/99.

	<b>NUOVA INIZIATIVA PER COCAINA</b>
	<b>dependenti di entità moderata</b>
<b>ORARI E SEDI:</b>  <b>Ser.T. U.O. di Brescia</b> Via Foro Boario, 4 Tel. 030-3839600  <b>Ser.T. U.O. di Zanano</b> Via Dante, 109 Tel. 030-8935671  <b>Ser.T. U.O. di Salò</b> Via Umberto I, 1 Tel. 0365-40144  Da lunedì a venerdì Ore 8.00 - 16.00  <b>Ambulatorio Nicodemo</b>  Tel. 030-3839632 Per appuntamento telefonare: lunedì e mercoledì ore 15.00 - 16.00	<b>PROGETTO N.I.CO.D.E.MO.</b>  Il progetto <b>NICODEMO</b> è un'iniziativa che intende essere un punto di riferimento per coloro che hanno problemi legati all'utilizzo di cocaina. Il progetto è rivolto a persone che usano cocaina esclusivamente per via inalatoria e non sono significativamente dipendenti da altre sostanze. L'intervento prevede l'elaborazione di un percorso individualizzato da parte di un'equipe di medici, psicologi e operatori socio-sanitari. La valutazione medico-sanitaria, abbinata a trattamenti di psicoterapia individuale e di gruppo, intende promuovere l'interruzione o almeno la riduzione dell'uso di cocaina. Gli interventi avvengono nel rispetto della riservatezza ed è possibile richiedere l'anonimato. La persona interessata può rivolgersi al Ser.T., Servizio Territoriale per le dipendenze, nelle sedi di Brescia, Zanano e Salò. Il progetto si avvale anche dell' <b>AMBULATORIO NICODEMO</b> con sede esterna al Ser.T. esclusivamente riservato a persone con problemi legati all'uso di cocaina. All'ambulatorio si accede previo appuntamento telefonico.  Il progetto N.I.CO.D.E.MO. è un'iniziativa dell'ASL di Brescia in collaborazione con il Comune di Brescia, le Comunità Montane di Valle Trompia e Valle Sabbia, la Cooperativa Sociale Pinocchio, la Cooperativa Sociale Il Calabrone, la Cooperativa Sociale Gaia e l'Associazione Centro Bresciano di Solidarietà.
<b>C'è la COCAINA nella tua vita?</b>  <b>Pensi che questo sia un PROBLEMA?</b>	

## Bibliografia

Carroll K.M., Rounsaville B.J., Gawin F.H., "A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1991, Sep; 17(3):229-47.

Guelfi G.P., Scaglia M., Spiller V., "Elementi di valutazione della motivazione", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*,

a cura di Alfio Lucchini 2001, FrancoAngeli, Milano.

Khantzian E., Halliday K.S., McAuliffe W.E., *La Dipendenza e il Sé vulnerabile. La Terapia Dinamica di Gruppo modificata per i Dipendenti da Sostanze*, 1997, Piccin Nuova Libreria, Padova.

Luborsky L., Woody G.E., Hole A., Velleco A. (1977), *A treatment manual for supportive expressive psychoanalytically oriented psychotherapy: social adaptation*

*for treatment of drug dependence*, 1981, unpublished manual, 4th ed.

Rounsaville B.J., "L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di Alfio Lucchini, 2001, FrancoAngeli, Milano.

Stotts A.L., Schmitz J.M., Rhoades H.M., Grabowski J., "Motivational Interviewing with cocaine dependent patients: a pilot study", *J Consult Clin Psychol*, 2001, Oct; 69(5):858-62.

## RECENSIONE



Franca Baraldi (a cura di)

### Giovani e alcol Un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/  
Quaderni - direttore scientifico:  
Alfio Lucchini  
pp. 112, € 13,00 Cod. 231.1.25 (V)

Un dato costante nei rapporti sul consumo alcolico degli ultimi anni è l'aumento delle condotte a rischio correlate all'assunzione e all'abuso di alcol (dagli incidenti stradali ai comportamenti violenti); i più recenti interventi legislativi hanno sanzionato, in particolare, l'associazione alcol-guida e anche a livello dell'opinione pubblica il problema è ormai largamente avvertito.

In questo quadro emerge chiaramente la necessità di interventi preventivi che consentano, in particolare ai più giovani, di conoscere

innanzitutto cosa comporta assumere alcol e, quindi, maturare una maggiore auto-consapevolezza.

Da queste considerazioni è nato il progetto "Ai lidi con il camper" che si è svolto in prossimità dei locali della costa ferrarese durante le estati dal 2001 al 2004. Il modello informativo-preventivo adottato prevedeva, in primo luogo, la possibilità di effettuare misurazioni con l'etilometro in modo libero, anonimo e gratuito; successivamente veniva prospettata la possibilità di un colloquio di counseling soprattutto per chi, pur presentando un tasso alcolemico superiore ai limiti di legge, intendeva guidare.

Il testo presenta i risultati e le conclusioni del progetto, affiancando alla discussione dei dati la struttura teorica che vi sta alla base e che lo ha informato fin dalla definizione delle sue finalità; costante è, inoltre, il confronto con le analisi dell'Osservatorio Europeo.

Il volume si rivolge quindi agli operatori dell'ambito delle alcol-dipendenze, proponendo un modello di prevenzione per l'abuso alcolico tra i giovani.

**Franca Baraldi**, sociologa, psicoterapeuta specializzata in terapia familiare, dirige l'Unità operativa complessa del Ser.T. Distretto Sud-Est dell'Ausl di Ferrara. È stata consulente all'Ufficio tossicodipendenze della Regione Emilia Romagna e ha operato nell'ambito della Sanità pubblica con funzioni dirigenziali, prima nei Servizi sociali e poi nei Ser.T. È autrice di numerosi contributi apparsi su riviste specializzate.

## RECENSIONE



Mario G.L. De Rosa, Carla Pierini,  
Carmine Grimaldi

### Alcolismo: analisi del craving

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/  
Quaderni - direttore scientifico:  
Alfio Lucchini  
pp. 112, € 13,00 Cod. 231.1.24 (V)

Il volume espone un originale punto di vista sull'alcolismo, basato sull'osservazione clinica di 400 casi di alcolisti, e delinea un nuovo metodo di analisi del craving.

Fondato sul modello teorico di personalità - formulato nel Centro di psicoterapia dinamica di Ancona - il metodo ha consentito di definire sette "stili alcolici" e un intervento terapeutico multifattoriale, flessibile, non direttivo e mirato, che permette di migliorare l'efficacia della cura.

La prima parte del volume si concentra sull'esposizione del modello, a partire dalla concezione autogenica/bionomica formulata da Carmine Grimaldi, che considera l'uomo come un sistema composto dalla sinnesi di corpo-psiche-cultura e valorizza la relazione circo-

lare tra le parti. Muovendo da questa prospettiva concettuale viene formulata un'analisi del craving alcolico che ne studia gli aspetti fenomenici prima, durante e dopo il suo verificarsi nell'esistenza del soggetto-alcolista.

Nella seconda parte del testo vengono descritte la fisiopatologia dell'alcolismo, nei suoi lineamenti scientifici, e le patologie alcol-correlate.

Per il carattere teorico e metodologico, il volume si propone come utile strumento e stimolo alla riflessione per i medici e gli operatori dell'ambito della cura delle alcol-dipendenze.

**Mario G.L. De Rosa**, medico, psichiatra e psicoterapeuta, è membro ricercatore del Centro di psicoterapia dinamica di Ancona e direttore del Servizio tossicodipendenze-alcol-dipendenze e patologie correlate dell'Asur-Z.T. n. 8 di Civitanova Marche. Collabora con la cattedra di Psicologia delle dipendenze patologiche dell'Università di Urbino.

**Carla Pierini**, medico, psichiatra e psicoterapeuta, è dirigente medico presso il Centro di alcolologia clinica del Dipartimento delle dipendenze dell'Asur-Z.T. n. 7 di Ancona. Collabora con la cattedra di Psicologia delle dipendenze patologiche dell'Università di Urbino.

**Carmine Grimaldi**, medico, filosofo, psicoterapeuta e specialista in psicologia medica, è docente ICSAT per la Psicoterapia autogena. Insegna presso la Scuola di psicoterapia bionomica di Cagliari. È direttore del Centro di psicoterapia dinamica di Ancona.



# Determinazione della transferrina carboidrato desialata (CDT) con immunoturbidimetria (TIA), elettroforesi capillare (CE) e cromatografia liquida HPLC

*Immacolata Amoroso\*, Rita Fiore\*, Maria Concetta Visconti\*\*, Luigi Vrenna\**

La diffusione del consumo di alcool provoca abuso e dipendenza, comporta notevoli implicazioni di rilievo socio-economico e pone esigenze di natura medico-legale ai fini di una sua sicura identificazione clinica e terapeutica.

Pur essendo l'alcool una sostanza lecita e di libero uso è comunque classificata come sostanza d'abuso; poiché l'incremento del suo consumo crea problemi alla salute pubblica, sono necessarie politiche di prevenzione e terapeutica dell'alcool-dipendenza e dei problemi alcool-correlati.

L'abuso di alcool rappresenta un fattore di rischio individuale e collettivo in quanto pericoloso per l'incolunità personale e altrui (*vedi infortuni sul lavoro e incidenti stradali del sabato notte*). La complessità del fenomeno fa sì che la diagnostica tossicologica debba disporre di marcatori biologici particolarmente mirati al fine di poter distinguere: assunzione acuta, dipendenza e abuso cronico di bevande alcoliche.

Attualmente il più diffuso ed accreditato analita è la transferrina carente in carboidrati (CDT) che per le sue caratteristiche biochimiche permette sia una diagnosi precoce che un intervento di prevenzione sui problemi alcool-correlati. Per la determinazione analitica, oggi, sono disponibili metodologie diagnostiche affidabili caratterizzate da elevata efficienza analitica e da elevata specificità e sensibilità.

Presso il Polo di Tossicologia del Laboratorio di Patologia Clinica del PSI "S.M. Loreto Crispi" ASL Napoli 1, si sta eseguendo la determinazione della CDT mediante differenti tecniche analitiche: Immunoenzimatica (TIA), Elettroforesi Capillare (CE) e Cromatografia Liquida (HPLC), per valutare la robustezza diagnostica, il cut-off (attraverso il confronto dei dati disponibili) e l'accuratezza per una diagnosi corretta, l'efficienza del controllo e la certezza del *follow-up*, nonché il mantenimento all'astinenza, visto che le isoforme della CDT sono sensibili alla quantità d'alcool ingerito.

## Introduzione

La CDT gioca un ruolo di fondamentale importanza nell'ambito della medicina forense per cui la sua determinazione deve soddisfare accurati criteri di certezza

\* Polo Tossicologico di Riferimento territoriale per le Farmacodipendenze e le Patologie correlate "S.M. Loreto Crispi", ASL Napoli 1.

\*\* Dirigente medico Ser.T., AUSL 8, Siracusa.

diagnostica che facilitino la possibilità di una analisi quantitativa e una standardizzazione metodologica.

È definita una proteina costituita dall'insieme delle isoforme di transferrine (Tf) con diverso numero di residui di acido sialico, corrispondenti a: *asialo-Tf*, *monosialo-Tf* e *disialo-Tf* identificate nel siero e nel liquido cefalorachidiano.

Pur essendo attualmente considerata il marker biochimico più sensibile e specifico, correlato con l'abuso alcolico, è comunque oggetto di discussione per diversi motivi:

1. definizione;
2. difficoltà di reclutamento dei soggetti;
3. molteplici tecniche adottate per il dosaggio;
4. differenti unità di misura e modi di esprimere i risultati;
5. meccanismi biochimici e genetici legati all'entità d'alcool ingerito;
6. diversa sensibilità e specificità in relazione al sesso.

Allo stato attuale è l'unico marker biochimico indiretto e convenzionale per la diagnosi d'abuso e/o dipendenza d'alcool. È utilizzato sia nel campo alcolologico che nella diagnostica tossicologica come indicatore d'eccellenza, utile a rilevare esclusivamente l'abitudine al consumo di alcool giornaliero e costante (60-80 g/die) per lungo tempo, pur non fornendo alcuna informazione sulla presenza di etanolo in circolo o sul suo metabolismo.

Il nostro studio si propone di confrontare diverse tecniche analitiche allo scopo di valutare l'affidabilità diagnostica e i parametri oggettivi (sensibilità, specificità e accuratezza), caratteristiche fondamentali di un metodo analitico attendibile.

Presso il Polo di tossicologia del PSI "S.M. Loreto Crispi" di Napoli (ASL Napoli 1) sono stati analizzati, pertanto, 150 sieri provenienti da utenza sottoposta all'art. 186, dalle UU.OO. Ser.T., da ogni pronto soccorso del territorio metropolitano e dalle case circondariali, mediante tre differenti tecniche analitiche. È importante precisare che, della popolazione da noi utilizzata per tale studio, non si hanno dati anamnestici.

Alle due tecniche già in uso presso il laboratorio (la CDT era dosata con un test di screening e con Elettroforesi Capillare) si è aggiunta quella dell'HPLC, allo scopo di valutare, verificare e superare le difficoltà del dosaggio della CDT, considerando la microeterogeneità della transferrina, la similitudine delle isoforme CDT e non-CDT, le basse concentrazioni delle isoforme CDT e

le difficoltà di separazione delle isoforme CDT da quelle non-CDT e dagli altri costituenti del siero.

### Struttura della transferrina

La transferrina (Tf) è una glicoproteina, più dettagliatamente, una beta-globulina sintetizzata principalmente dal fegato; altri piccoli siti di sintesi sono stati individuati nel reticolo endoteliale e nelle cellule di Sertoli. È costituita da una singola catena amminoacidica con due domini globulari, N-terminale e C-terminale, e da due catene N-glicaniche legate a residui di asparagina nel dominio C-terminale. Ciascun dominio è capace di legare sia anioni (carbonati o bicarbonato) che ioni  $Fe^{+++}$  con maggiore affinità, facendo sì che la transferrina rappresenti il principale trasportatore di ferro nel sangue.

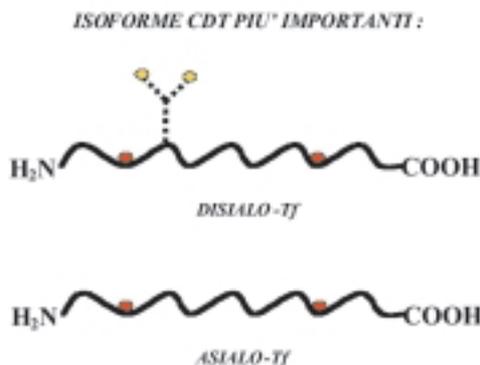
La transferrina non può essere considerata una molecola omogenea. Esistono almeno 38 varianti genetiche causate dalla sostituzione di uno o più amminoacidi nella sequenza proteica; correntemente sono state individuate tre forme identificate come: tipo C quella standard, tipo B caratteristica per la migrazione anodica ed il tipo D caratteristica per la migrazione catodica. Inoltre per il tipo C si conoscono sedici sotto-tipi (da C1 a C16), il sotto-tipo C1 è quello più frequente nella popolazione caucasica (> il 95%).

L'elevata eterogeneità è dovuta anche al diverso contenuto di ferro, alla presenza e alla composizione delle due catene N-glicaniche.

Per quanto riguarda il contenuto di ferro, sono state identificate quattro forme di transferrine con diversi valori di pI: apotransferrina ( $Fe_0$  con pI = 6.1), transferrine monoferriche ( $Fe_{1N}$  con pI = 5.8 e  $Fe_{1C}$  con pI = 5.7), ed infine transferrina diferrica ( $Fe_2$  con pI = 5.4), mentre le due catene N-glicaniche, costituite da N-acetil-glucosammina, mannosio e galattosio, differiscono per il loro grado di ramificazione, possono assumere struttura di bi, tri e tetra antenna ciascuna terminante con un residuo di acido sialico (carica negativa).

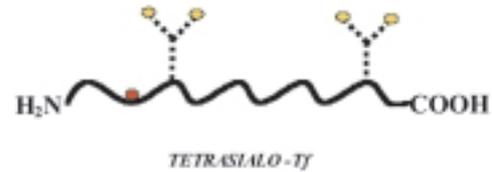
In **Figura A** sono rappresentate le isoforme della Tf più importanti per la determinazione dell'abuso alcolico (CDT), in **Figura B** l'isoforma della Tf non-CDT maggiormente rappresentata nel siero.

**Fig. A - Disialo-Tf caratterizzata dalla presenza di due residui di acido sialico raffigurati dai pallini gialli all'estremità delle catene dei carboidrati e due ioni  $Fe^{3+}$  rappresentati dai pallini rossi. Asialo-Tf caratterizzata dalla sola presenza degli ioni  $Fe^{3+}$**



**Fig. B - Tetrasialo-Tf caratterizzata dalla presenza di quattro residui di acido sialico raffigurati dai pallini gialli all'estremità delle catene dei carboidrati e da un solo ione  $Fe^{3+}$  rappresentato dal pallino rosso**

ISOFORMA NON-CDT PIU' IMPORTANTE :



È noto che quantità elevate di alcool non modificano la catena polipeptidica della transferrina, bensì diminuiscono l'attività di alcuni enzimi responsabili della sintesi delle catene N-glicaniche, per cui la frazione CDT aumenta nel siero ed è degradata molto più lentamente delle altre isoforme della Tf tanto che la sua emivita è di 14 giorni contro i 7 delle Tf normali.

Il marker CDT risulta, pertanto, idoneo a scopi di *follow-up* e al controllo del mantenimento all'astinenza da alcool.

### Materiali e metodi

La CDT rappresenta meno del 10% della transferrina totale ed i suoi costituenti differiscono per il numero di residui di acido sialico tra un'isoforma e l'altra. L'eterogeneità della transferrina, rappresentata da variazioni nella sequenza amminoacidica o dal grado di saturazione ferrica, pone rilevanti problemi analitici, sia dal punto di vista della separazione analitica delle isoforme che della determinazione quantitativa.

Presso il nostro laboratorio sono stati analizzati 150 campioni sierici con tre tecniche diverse: Immunoturbidimetria (%CDT TIA), Elettroforesi Capillare (CE) e Cromatografia liquida ad alta pressione (HPLC).

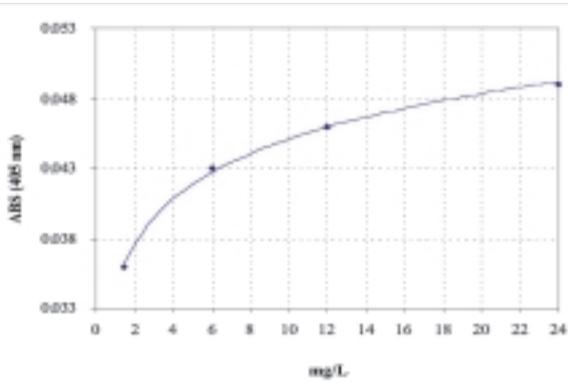
Il dosaggio mediante il %CDT TIA (*Bio-Rad*) su siero prevede una separazione delle isoforme CDT della transferrina da quelle non CDT su colonnine a scambio ionico. La variazione dell'assorbanza a 405 nm, prima e dopo aggiunta di un anticorpo anti-transferrina, è funzione della concentrazione. Le concentrazioni di CDT e transferrina totale sono determinate con una curva di calibrazione del tipo indicato in **Figura 1**, costruita mediante quattro calibratori a concentrazioni rispettivamente di 1,5 - 6 - 12 e 24 mg/L.

Il valore di %CDT è calcolato mediante la seguente equazione:

$$\%CDT = 7.4 \times (\text{valore CDT}/\text{valoreTT}) - 0.1$$

Per la CE abbiamo utilizzato il kit (*P/ACE CDTnGENEDIA*), che consente la separazione elettroforetica delle isoforme della transferrina e la loro rivelazione diretta (UV 200 nm): 100  $\mu$ l di siero si mettono ad incubare per almeno 30 min. a T.a. nel tubo di preparazione per la

Fig. 1 - Curva di calibrazione %CDT TIA



saturazione ferrica. Successivamente l'analisi prevede l'introduzione del campione (alcuni nanolitri) di siero diluito 1:5 con acqua distillata nel capillare di silice fusa il cui diametro interno è pari a 25  $\mu\text{m}$  con lunghezza totale di 57 cm; la separazione delle frazioni proteiche sieriche si ottiene utilizzando un tampone Tris Borato 200 mM a pH di 8.3 ed applicando una differenza di potenziale pari a 28 KVolt. Tale analisi è eseguita su strumento P/ACE™ MDQ Capillary Electrophoresis System (Beckman Coulter). Il calcolo della CDT si ottiene esprimendo la percentuale relativa della disialo-Tf rispetto alla tetrasialo-Tf.

Come metodo analitico di riferimento, abbiamo utilizzato il kit % CDT HPLC Bio-Rad Laboratories con strumento Agilent 1100 series.

Tale sistema è costituito da degasser, pompa quaternaria, campionatore automatico, termostato colonne, detector UV/VIS (jasko). L'eluizione a gradiente ternario usa i seguenti solventi: eluente **A**: tampone bis-tris 20 mM; eluente **B**: tampone bis-tris 20 mM + NaCl 0.35 M; eluente **C**: NaCl 0.50 M. Le proporzioni sono prefissate in un programmatore di gradiente, in modo da ottenere l'omogeneità della fase mobile che giunge alla colonna. Quest'ultima è una colonna di silice a scambio anionico forte che lavora a una temperatura di 35 °C. La lettura avviene a 460 nm con lampada al Deuterio. Il campione (100  $\mu\text{l}$  siero) viene saturato con una miscela contenente 500  $\mu\text{l}$  di  $\text{FeCl}_3$  ed incubato per 30-60 min. circa a T.a. Dopo centrifugazione il surnatante recuperato viene trasferito in una vial ed iniettato (200  $\mu\text{l}$ ) con autocampionatore.

L'analisi cromatografica non richiede standard interno in quanto il valore di cdt è espresso in percentuale, ciascuna isoforma della Tf viene identificata in base al tempo di ritenzione ( $t_R$ ) riportato dalla casa produttrice del kit ma suscettibile di variazioni dovute alle condizioni sperimentali. L'analisi ha una durata di circa 8 min.

## Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita con il programma MedCalc. Sono stati calcolati i parametri: sensibilità, specificità, predittività positiva e negativa.

Per valutare il livello di attendibilità dei metodi sono state costruite le curve ROC ed, in aggiunta a queste, il programma impiegato ci ha consentito di ottenere il diagramma di interazione a punti per valutare l'accuratezza del test diagnostico in esame. In questo diagramma si riportano separatamente i dati positivi e negativi su due linee verticali. La linea orizzontale individua la migliore separazione tra i due gruppi, a lato sono riportati i valori di sensibilità e specificità relativi al cut-off individuato.

L'analisi della regressione è stata eseguita secondo Passing e Bablock particolarmente adatta al confronto tra due metodi indipendentemente dal metodo posto in ascissa.

## Risultati

L'imprecisione intra ed inter serie è stata calcolata per tutti e tre i metodi su due campioni (un negativo e un positivo **Figura 2-3**).

Fig. 2 - Cromatogramma del campione NEGATIVO

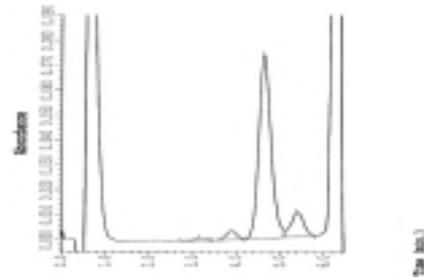
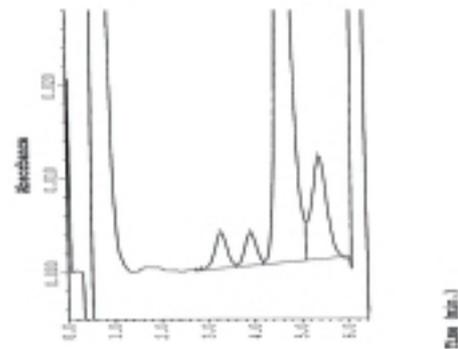
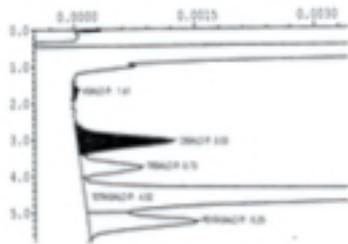


Fig. 3 - Cromatogramma del campione POSITIVO



Nella maggior parte dei casi il valore diagnostico %CDT nel nostro lavoro è limitato alla sola % di disialo-Tf in quanto le componenti minori della frazione CDT (in particolare l'asialo-Tf) si possono osservare solo in casi in cui si ha un'alta % di disialo-Tf come mostrato nel cromatogramma seguente:



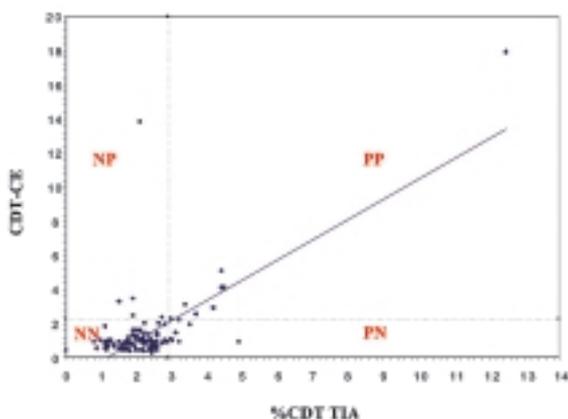
I valori dei coefficienti di variazione (%CV) calcolati su 20 ripetizioni sono riportati in **Tabella I**. Sia per la tecnica CE che per l'HPLC si hanno valori di %CV  $\leq 10$ . Entrambi, quindi, presentano sia una buona ripetibilità che una buona riproducibilità. Per quanto riguarda il metodo %CDT-TIA si è notato una migliore riproducibilità a valori alti (%CV = 9.13).

**Tab. I - Ripetibilità e Riproducibilità**

IMPRECISIONE - METODO TIA							
CAMPIONE	INTRA-SERIE			NUMERO RIPETIZIONI	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
POSITIVO	4.85	0.58	12.00	20	4.71	0.43	9.13
NEGATIVO	1.77	0.19	10.73	20	1.38	0.24	17.40
IMPRECISIONE - METODO CE							
CAMPIONE	INTRA-SERIE			NUMERO RIPETIZIONI	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
POSITIVO	4.88	0.26	5.33	20	4.15	0.33	7.95
NEGATIVO	1.42	0.12	8.45	20	1.38	0.34	20.14
IMPRECISIONE - METODO HPLC							
CAMPIONE	INTRA-SERIE			NUMERO RIPETIZIONI	INTER-SERIE		
	MEDIA	SD	CV %		MEDIA	SD	CV %
POSITIVO	4.69	0.09	1.92	20	4.7	0.16	3.40
NEGATIVO	1.59	0.08	5.04	20	1.31	0.10	7.63

L'andamento delle rette di regressione ottenute confrontando i metodi è illustrato nelle **Figure 4, 5 e 6**. In **Figura 4** è raffigurata la regressione tra TIA e CE che presenta una significativa deviazione dalla linearità ( $P < 0.01$ ). Le due tecniche sono, quindi, statisticamente differenti.

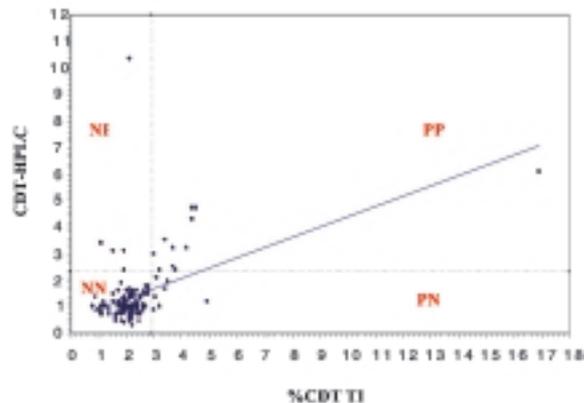
**Fig. 4 - Retta di regressione tra %CDT-TIA e CDT-CE**



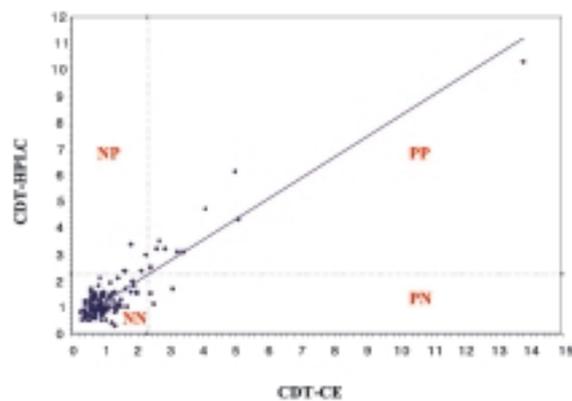
In **Figura 5** è riportata la retta di regressione tra le tecniche TIA e HPLC, anch'esse risultate statisticamente differenti ( $P < 0.05$ ), mentre in **Figura 6** è riportata la regressione tra CE e HPLC.

Queste ultime non presentando una significativa deviazione dalla linearità ( $P > 0.10$ ), non sono statisticamente differenti.

**Fig. 5 - Retta di regressione tra %CDT-TIA e CDT-HPLC**



**Fig. 6 - Retta di regressione tra CDT-CE e CDT-HPLC**



I grafici mostrano anche le rette relative al cut-off che dividono le figure in quattro quadranti. Il quadrante in basso a sinistra contiene i dati con valori negativi di CDT per entrambe le tecniche ed è identificato con NN; quello in basso a destra, invece, contiene i dati con valori positivi per la tecnica posta in ascissa, negativi per la tecnica posta in ordinata e viene identificato con PN.

Il quadrante in alto a sinistra contiene i dati con valori di CDT negativi per la tecnica posta in ascissa, positivi per la tecnica posta in ordinata e viene identificato con NP.

Infine il quadrante in alto a destra contiene i valori di CDT positivi per entrambe le tecniche e viene identificato con PP.

Osservando i quadranti PN di tutti e tre i grafici, quello che contiene più valori positivi non confermati dalla tecnica di riferimento posta sulle ordinate è rappresentato dalla tecnica TIA. In questo caso i valori falsi positivi possono essere dovuti all'incompleta separazione delle isoforme CDT da quelle non-CDT, ottenuta mediante le colonnine monouso a scambio ionico.

I metodi TIA e CE sono stati confrontati mediante analisi ROC, che è un importante strumento per confrontare test diagnostici e per distinguere i moderati dagli abusatori in base al cut-off individuato. Le aree delle due curve ROC sono risultate 0.74 per il dosaggio TIA (Figura 7) (95% intervallo di confidenza 0.64-0.82) e 0.98 per l'Elettroforesi Capillare (Figura 8) (95% intervallo di confidenza 0.92-0.99), con errori standards rispettivamente di 0.08 e 0.03, con livello di significatività  $P = 0.001$ .  
Le due metodiche esaminate sono significativamente differenti.

Fig. 7 - Curva ROC del %CDT-TIA

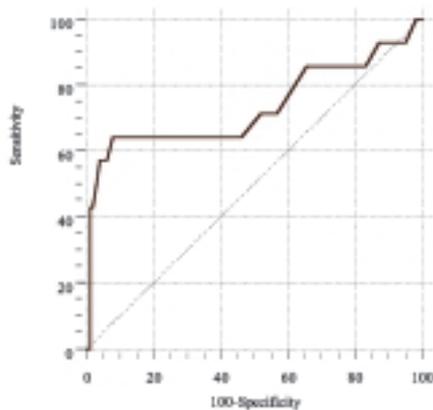
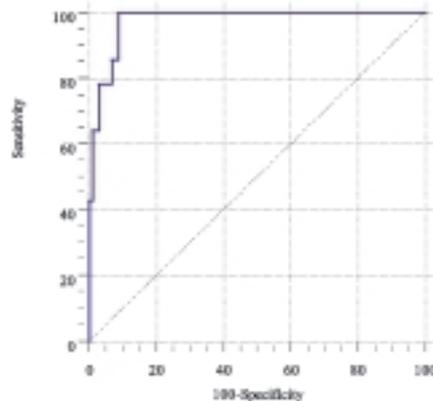


Fig. 8 - Curva ROC del %CDT-CE



Dall'analisi ROC si evidenzia che per il test diagnostico CE il miglior compromesso tra sensibilità e specificità si ha ad un valore di livello soglia pari a 1.52, a cui corrisponde una sensibilità del 100% (95% C.I. 76.7-100) ed una specificità del 91% (95% C.I. 83.9-95.9) (Figura 9), mentre per il test TIA si ha ad un valore soglia di 2.8 (contro il 2.6% consigliato dalla casa produttrice), a cui corrisponde una sensibilità del 69% (95% C.I. 41.4-88.9) ed una specificità di circa 93% (95% C.I. 86.6-96.9) (Figura 10).

Fig. 9 - Diagramma ad interazione a punti CDT-CE

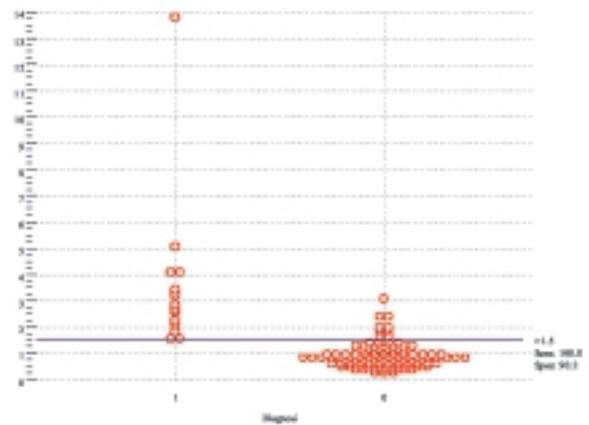
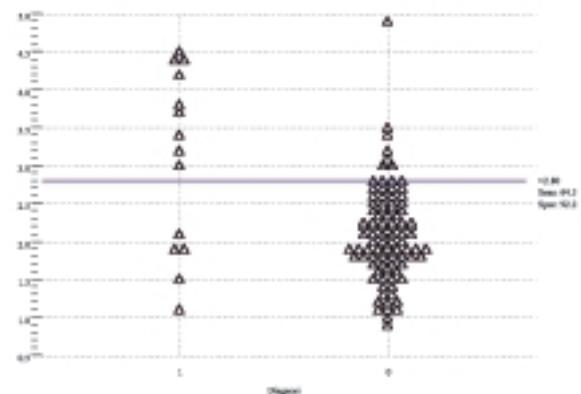
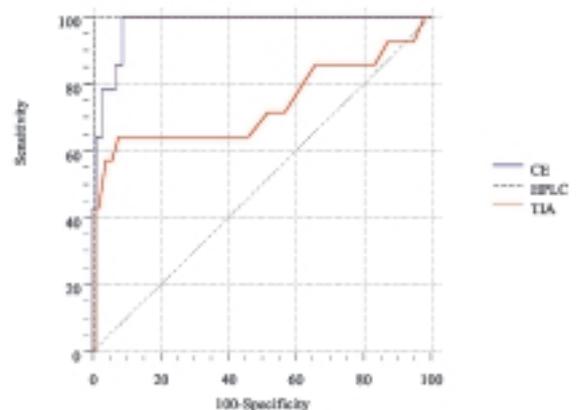


Fig. 10 - Diagramma ad interazione a punti CDT-TIA



Le curve ROC (Figura 11) ottenute per le tre tecniche mostrano che la CE e l'HPLC sono paragonabili.

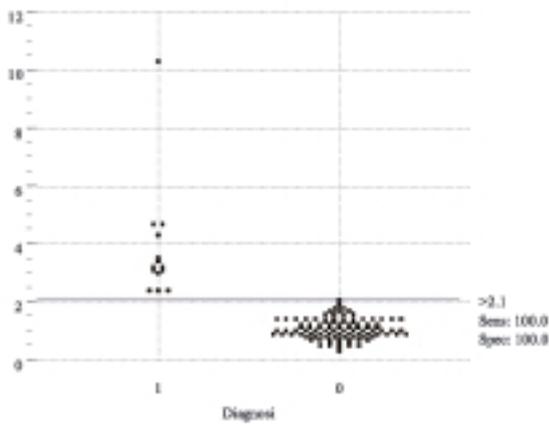
Fig. 11 - Confronto tra le curve ROC delle tre tecniche



In Figura 12 è riportato il diagramma a punti ottenuto per l'HPLC.

Dalla elaborazione dei dati di sensibilità, specificità e percentuale di positivi sono state calcolate la predittività positiva (PP) e negativa (PN) per il TIA e CE; i valori sono riportati in Tabella II.

**Fig. 12 - Diagramma ad interazione a punti CDT-HPLC**



**Tab. II - Parametri statistici del %CDT-TIA e CDT-CE**

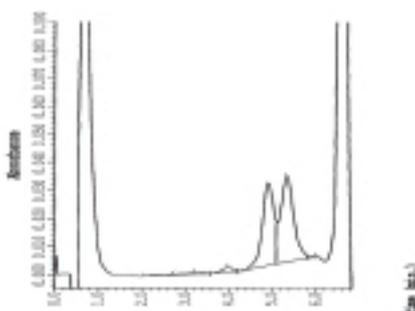
	<b>Sensibilità %</b>	<b>Specificità %</b>	<b>PP %</b>	<b>PN %</b>
%CDT-TIA	<b>69</b>	<b>93</b>	<b>58</b>	<b>95</b>
CDT-CE	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

La CE consente una migliore separazione tra moderati e abusatori; la sensibilità calcolata, infatti, risulta più alta rispetto al metodo TIA. Ciò perché, quest'ultimo metodo, non consente una netta separazione fra la frazione CDT e quella non-CDT; una parte della disialo è trattenuta dalla colonna di separazione; esiste il rilevante problema delle varianti genetiche della Tf che possono causare falsi risultati per una scorretta determinazione della CDT.

Esistono in media 38 varianti genetiche, dovute alle sostituzioni di un amminoacido nella catena polipeptidica della Tf. In particolare si distinguono le varianti D e B, che differiscono dalla forma più comune della Tf chiamata C, (prevalenza del 95%) per il contenuto di cariche negative. Rispetto alla forma C, infatti, le varianti B sono più cariche negativamente mentre le varianti D.

Le varianti eterozigoti BC e DC della Tf producono, quindi, rispettivamente valori bassi e valori alti di CDT, per cui i dati ottenuti mediante dosaggio immunoenzimatico o immunoturbidimetrico possono essere erroneamente interpretati. Tra i campioni analizzati nel nostro laboratorio sono state identificate due varianti eterozigoti del tipo CD (**Figura 13**), sia mediante elet-

**Fig. 13 - Variante genetica eterozigote CD riscontrata in due campioni**



troforesi capillare che HPLC, mentre gli stessi campioni analizzati con dosaggio TIA hanno presentato valori alti di %CDT sicuramente non attribuibili all'abuso cronico di alcool.

### Conclusioni

Nella medicina di laboratorio forense, oggi, la transferina carboidrato carente (CDT) è utilizzata come migliore marker biochimico per accertare il consumo eccessivo di alcool.

Nel campo alcolologico, la CDT è invece fondamentale per monitorare la quantità di alcool assunta, eventuali ricadute o astinenze, considerando il valore basale della CDT individuale.

Per tali motivi è indispensabile affiancare ad uno screening di massa una tecnica analitica di elezione.

Il nostro laboratorio ha utilizzato l'HPLC come sistema di riferimento per il confronto tra TIA e CE nella determinazione del %CDT.

Il dosaggio TIA presenta alcuni svantaggi:

1. bassa risoluzione delle frazioni desialate che pregiudicano la precisione analitica;
2. numerose operazioni manuali che incidono sulla riproducibilità analitica;
3. impossibilità di individuare la presenza di varianti genetiche della Tf.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, infatti, abbiamo che nel caso della variante genetica B (BC eterozigote) la disialo-B non eluisce con la disialo-C per cui il %CDT è sottostimato ed il valore risulta falso negativo. Viceversa nel caso della variante genetica D (DC eterozigote) la trisialo-D eluisce con la disialo-C per cui il %CDT è sovrastimato ed il valore risulta falso positivo. L'elettroforesi capillare appare, invece, una tecnica sufficientemente sensibile e riproducibile sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Il suo limite è l'interpretazione del profilo delle isoforme in quanto l'integrazione dei picchi viene effettuata manualmente in modo *valley-valley*.

La determinazione del %CDT mediante CE, effettuata ad una  $\lambda$  di 200 nm, può inoltre subire interferenze di altre proteine che assorbono alla stessa lunghezza d'onda, inconveniente superato dall'HPLC che utilizza una  $\lambda$  di 460 nm altamente specifica. Esiste, tuttavia, sia per la tecnica CE che HPLC, la difficoltà di quantizzare le isoforme CDT in casi di alcune varianti genetiche.

Lo studio condotto ci suggerisce l'impiego della CE rispetto al TIA per eseguire le analisi di routine, l'HPLC per le analisi di conferma. Pur mancando di uno standard interno, l'HPLC è attualmente la tecnica più accreditata per la quantizzazione delle isoforme della Tf.

L'utilità diagnostica della CDT per l'abuso cronico alcolico sembra essere meno efficace per le donne in quanto mostra una più bassa sensibilità e specificità diagnostica rispetto agli uomini.

Gli aumenti dei livelli di %CDT nel siero delle donne possono essere associati a vari fattori quali: diversa concentrazione ormonale, basse concentrazioni di ferro spesso dovuti ad un difetto metabolico o di assorbimento e non ultimo eventuale stato di gravidanza. Tutto ciò porta a chiedersi se la CDT è un indicatore biochimico assoluto e univoco nella diagnosi di abuso alcolico considerando inoltre la necessità di supporto di altri markers biochimici per fornire un quadro diagnostico più completo e significativo.

In conclusione, considerando i tempi analitici delle tre metodiche, l'analisi del %CDT in HPLC consente sia un'immediata conferma che la possibilità di differenziare un eventuale stato di abuso cronico da un uso occasionale di alcool.

Pertanto riteniamo che tale tecnica, associata al dosaggio dell'alcolemia e dell'alcoluria, venga utilizzata nei pronto soccorsi specializzati, soprattutto quando il richiedente è un organo istituzionale (Polizia Stradale, Carabinieri ecc).

## Bibliografia

- Stibler H., Borg S., Joustra M., "Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum as a marker of high alcohol consumption", *Alcohol Clin Exp Res*, 1986, 10:534-544.
- Anders H., Asgeir H., Olof J., "Improved HPLC method for carbohydrate-deficient transferrin in serum", *Clin. Chem.*, 49 (2003), 1881-90.

- Martello S., Trattene M., Cittadini F., Chiarotti M *et al.*, "Determination of carbohydrate deficient transferrin (CDT) with capillary electrophoresis: an inter laboratori comparison", *Forensic Science International*, 141 (2004), 153-157.
- Arndt T., "Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of chronic alcohol abuse: a critical review of preanalysis, analysis, and interpretation", *Clin. Chem.*, 47 (2001), 13-27.
- Wuits B., Delanghe J.R., Kaskove I. *et al.*, "Determination of carbohydrate deficient transferrin using capillary electrophoresis", *Clin.Chem.*, 47 (2001), 247-255.
- Hackler R., Arndt T., Helwig-Rolig A. *et al.*, "Investigation by isoelectric focusing of the initial carbohydrate deficient transferrin (CDT) and non-CDT transferrin isoform fractionation step involved in determination of CDT by the Chron Alcol. D. Assay", *Clin. Chem.*, 46 (2000), 483-92.
- Giordano B.C., Muza M., Trout A., Landers J.P., "Dynamically-coated capillaries allow for capillary electrophoretic resolution of transferrin sialoforms via direct analysis of human serum", *Journal of Chromatography, B* 742 (2000), 79-89.
- Bon C., Zahir A., Mailliavin A., Roubille M. *et al.*, "Le dosage de la transferrine déficiente en acide sialique avec le test immunoturbidimétrique Axis %CDT", *Immunoanal Biol Spéc*, 16 (2001), 271-80.
- Helander A., Eriksson G., Stibler H., Jeppsson J.O., "Interference of transferrin isoform types with carbohydrate deficient transferrin quantification in the identification of alcohol abuse", *Clin. Chem.*
- Helander A., Fors M., Zakrisson B., "Study of Axis-Shield new %CDT immunoassay for quantification of carbohydrate deficient transferrin (CDT) in serum", *Alcohol Alcohol.*, 36 (2001), 406-412.

## RECENSIONE



Fiorenzo Ranieri, Lisa Delli, Evaristo Giglio  
**Stili di vita, stili di consumo**  
**Il festival di "Arezzo Wave" e la prevenzione delle condotte da uso di sostanze stupefacenti**  
 Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/  
 Quaderni - direttore scientifico: Alfio Lucchini  
 pp. 176, € 15,00 Cod. 231.1.26 (V)

Il festival "Arezzo Wave" è una delle più importanti manifestazioni musicali italiane. Ma non solo: è anche un gigantesco osservatorio per raccogliere informazioni su stili di vita giovanile, modalità di consumo di alcol e sostanze stupefacenti, strategie di prevenzione.

In questo volume viene tracciata una breve storia del festival e descritti i principali progetti di prevenzione attuati negli ultimi anni.

Vengono inoltre presentati i risultati di due indagini: la prima, curata da Raimondo M. Pavarin, riguarda una ricerca epidemiologica che, fondandosi sull'elevato numero di informazioni raccolte attraverso interviste strutturate, fornisce un interessante spaccato

del mondo giovanile e consente di individuare alcuni profili a rischio. La seconda utilizza lo strumento del focus group per esplorare il ricco bagaglio di conoscenze che operatori di strada e psicologi hanno acquisito nel corso degli anni. I risultati relativi a quest'indagine sono di tipo qualitativo: impressioni e spunti di riflessione completano il dato epidemiologico e forniscono un importante stimolo progettuale.

Alcuni capitoli di carattere teorico descrivono, infine, il rapporto tra contesti ricreativi e consumo di sostanze e riassumono le principali strategie di prevenzione nel settore delle dipendenze patologiche.

Il volume si rivolge essenzialmente a quanti operano nell'ambito della cura e della prevenzione delle tossicodipendenze, ma anche a coloro che, all'interno di Istituzioni ed Enti, si occupano dell'organizzazione di eventi culturali per il mondo giovanile.

**Fiorenzo Ranieri**, psicologo, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica, dirige il Centro di documentazione e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche del Ser.T. di Arezzo (Ce.Do.S.T.Ar.).

**Lisa Delli** collabora con il Centro di documentazione e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche del Ser.T. di Arezzo (Ce.Do.S.T.Ar.).

**Evaristo Giglio**, medico, specialista in igiene e medicina preventiva e in medicina del lavoro, coordina le attività di educazione e promozione della salute della Azienda USL 8 di Arezzo.



## FeDerSerD Regione Lazio

Il Direttivo di FeDerSerD regionale ha inviato una richiesta all'Assessore alla Sanità regionale, dott. Augusto Battaglia, nella quale si chiede la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito da rappresentanti del settore pubblico, del privato sociale e della Agenzia Comunale delle Tossicodipendenze di Roma, per discutere ed affrontare le seguenti problematiche:

1. revisione dei requisiti di funzionamento dei Ser.T., con particolare riferimento all'attività all'interno delle carceri;
2. revisione del "Progetto obiettivo 2000-2003" con conseguente adozione di un modello d'intervento pluridisciplinare alla luce dei nuovi consumi di sostanza stupefacente, delle nuove dipendenze e dell'abbassamento dell'età di inizio delle dipendenze patologiche;
3. sviluppo di una progettualità mirata all'alta integrazione tra Pubblico e Privato Sociale;
4. definizione del tariffario delle prestazioni;
5. revisione delle rette da corrispondere agli Enti Ausiliari;
6. realizzazione di progetti orientati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Il Direttivo di FeDerSerD regionale, presieduto da Claudio Leonardi, comunica, infine, che per qualsiasi comunicazione e richieste, è attivo un indirizzo e-mail: [federserd.lazio@federserd.it](mailto:federserd.lazio@federserd.it)

## FeDerSerD Regione Basilicata

Donato Donnoli, del Direttivo Nazionale FeDerSerD e referente FeDerSerD per la Basilicata, è stato invitato, su iniziativa dell'Ufficio Territoriale per il Governo di Potenza, a partecipare, il 21 luglio c.a., ai lavori della Conferenza Permanente (DPR 287/2001) per le problematiche relative ai minori con una relazione su "I giovani e le varie forme di dipendenza: attività di prevenzione e contrasto".

Durante i lavori Donnoli ha avuto modo di presentare, in un consesso regionale di rilievo, la nostra Federazione, le sue iniziative e il suo spirito informatore.

La Conferenza Permanente continuerà i suoi lavori nei prossimi mesi con ulteriori audizioni del nostro collega.

## FeDerSerD Regione Puglia

Si è svolto a Lecce il 24 giugno 2005 il secondo convegno organizzato da FeDerSerD pugliese, "Poliabuso - Polidipendenze: attualità e prospettive", che ha visto la partecipazione di oltre duecento professionisti e una significativa presenza delle Istituzioni. Il convegno è stato organizzato da FeDerSerD Puglia insieme alla Comunità Emmanuel con la collaborazione della Provincia di Lecce.

A conclusione della giornata si è svolta l'assemblea dei soci.

L'assemblea ha approvato a maggioranza la nomina di nove colleghi appartenenti alle varie professionalità operanti nei Servizi e nei Dipartimenti di varie ASL della Regione quali componenti del primo direttivo provvisorio: Ferruccio Carrozzo, Roberto Faiulo, Giovanni Villani, Concetta Sturdà, Maria Cristina Rollo, Maria Teresa Toma, Tina Varvara, Rita Maria Dionisio, Emanuela Corina, che hanno dato disponibilità a impegnarsi nella organizzazione della Federazione regionale.

Questo gruppo di lavoro, aperto ai contributi di tutti i soci regolarmente iscritti, coadiuvato dal responsabile regionale e componente del direttivo nazionale, Roberto Cataldini, ha il compito di elaborare lo statuto regionale e il regolamento elettorale.

Inoltre, entro la seconda metà del 2006 l'assemblea ha stabilito l'organizzazione di un evento congressuale durante il quale si svolgeranno le elezioni del direttivo regionale.

Il 25 giugno si è svolta la seconda giornata del convegno direttamente curata dalla Comunità Emmanuel, "Verso la IV conferenza nazionale sulle tossicodipendenze", che ha

visto la partecipazione oltre che delle associazioni, delle società scientifiche e dei rappresentanti dei dipartimenti, dell'assessore alla salute della regione Puglia, dr. Alberto Tedesco.

Il 24 settembre 2005 si è svolta a Bari presso la Clinica Psichiatrica dell'Università la prima riunione costitutiva della Conferenza permanente regionale delle Università di Bari, Foggia e Lecce e delle società scientifiche (FeDerSerD, SITD, SIPdip, SIA, SIP, Acudipa). La riunione, coordinata da Marcello Nardini e che a cui hanno partecipato docenti universitari e i rappresentanti regionali e nazionali delle società scientifiche, ha definito la necessità e l'opportunità che a livello regionale si costituisca un tavolo permanente di consultazione in ordine ai comportamenti di abuso e di dipendenza che possa essere riferimento accreditato e valido per tutti i professionisti che operano nel settore, soprattutto per importanti aree di intervento come la formazione, la ricerca e la corretta programmazione e attuazione degli interventi specifici in ambito regionale.

## FeDerSerD Regione Sardegna

Prosegue lo sviluppo della Federazione della Regione Sardegna.

Il Presidente regionale provvisorio Roberto Pirastu e il segretario provvisorio Angelo Fois hanno convocato l'Assemblea dei Soci FeDerSerD della Regione Sardegna ad Oristano per giovedì 10 novembre, alle ore 13.00 in prima convocazione e alle ore 16.30 in seconda convocazione presso la sede della Direzione del Ser.T. con il seguente ordine del giorno:

1. relazione introduttiva del Presidente provvisorio;
2. discussione;
3. nomina della Commissione Elettorale e adozione di regolamento elettorale;
4. presentazione delle candidature per il Comitato Direttivo e per il Collegio dei Revisori dei Conti;
5. votazioni a scrutinio segreto per Elezione Organi della Federazione (Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei Conti);

6. proclamazione degli eletti;
7. varie ed eventuali.

Avranno diritto di voto e/o di candidatura tutti gli iscritti FederSerD, residenti in Sardegna, in regola con il versamento della quota d'iscrizione, salvo diverse decisioni della Assemblea.

La Commissione Elettorale è composta da almeno 5 Soci proposti all'Assemblea dal Comitato Direttivo Provvisorio ed elegge al suo interno un Presidente ed un Segretario. La nomina dei Componenti la Commissione è ratificata dall'Assemblea a maggioranza, per alzata di mano dei presenti. La Commissione Elettorale convalida il regolamento elettorale, verifica la regolarità della votazione, valuta eventuali reclami, ratifica all'Assemblea la composizione del Comitato Direttivo e del Collegio dei Revisori. Cessa dall'incarico con la redazione del verbale della elezione.

Il Comitato Direttivo è composto da un numero di membri definito in sede di Assemblea, su proposta della Commissione Elettorale. Il Collegio dei Revisori è composto da tre membri eletti dall'Assemblea anche tra non Soci. La carica di Revisore è incom-

patibile con quella di componente del Comitato Direttivo.

Risulteranno eletti nel Comitato Direttivo e nel Collegio dei Revisori i candidati che avranno riportato il maggior numero di preferenze.

Per esercitare il diritto di voto, ciascun Socio registra la propria presenza, unitamente alle eventuali Deleghe di voto, presso la Segreteria Provvisoria dell'Assemblea la quale consegna le registrazioni alla Commissione Elettorale per le opportune verifiche.

Ogni socio può essere titolare di un massimo di 5 deleghe sottoscritte dai soci impossibilitati a presenziare all'Assemblea.

Ciascun socio elettore può esprimere un numero massimo di preferenze pari al numero dei componenti indicato dall'Assemblea per il Comitato Direttivo e di tre per il Collegio dei Revisori dei Conti. L'indicazione di un numero maggiore di preferenze rispetto al numero stabilito, costituirà motivo di annullamento della scheda.

Il costituito Consiglio Direttivo eleggerà al suo interno il Presidente, Vicepresidente, Segretario e Tesoriere dandone comunicazione all'Assemblea.

## FeDerSerD Regione Lombardia

Il presidente Edoardo Cozzolino comunica che il 15 e 16 dicembre 2005 si terrà a Milano il secondo congresso della Federazione Regionale della Lombardia.

Alla data del 30 settembre è stata depositata una lista di candidati per il direttivo regionale che risponde ai requisiti di rappresentanza territoriale e multidisciplinarietà.

Durante il congresso si terrà la riunione della assemblea regionale degli iscritti. Le sessioni del congresso verteranno sul processo di accreditamento e tariffazione in corso in Lombardia, sulle necessità di rimodellamento dei servizi alla luce delle nuove evidenze epidemiologiche.

Due sessioni saranno dedicate alla costruzione di un rapporto positivo con le associazioni degli utenti dei servizi per le tossicomanie e alcol dipendenze e alla definizione di percorsi formativi a livello regionale per affrontare diagnosi e terapia nella comorbilità psichiatrica.

Ogni notizia per l'adesione è sul sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it).

### NOTIZIE IN BREVE

*Continuano in varie parti d'Italia, con grande successo, le rappresentazioni della conferenza spettacolo che vede Edoardo Polidori e Roberto Pagliara come autori e relatori.*

## Le droghe: uno spettacolo Tutta colpa di Baudelaire

La conferenza-spettacolo è un percorso, destinato principalmente agli adulti, che intende sollecitare un momento di riflessione sul tema delle sostanze psicoattive e sul significato del loro utilizzo da parte di molti adolescenti.

È difficile recuperare un dialogo tra adulti ed adolescenti sul tema delle droghe. Da un lato gli adulti tendono a considerare le droghe nel loro aspetto più distruttivo e pericoloso mentre, dall'altro, gli adolescenti ne valorizzano gli aspetti più piacevoli. Sembra difficile accettare il punto di vista dell'altro come una integrazione indispensabile del proprio e molto facilmente l'opinione diversa diventa "contraria". Possiamo accettare che piacere e pericolo siano due aspetti che non si contraddicono a vicenda e che, anzi, il vero pericolo con le sostanze psicoattive sia nella loro capacità di seduzione?

E molto facile evitare ciò che spaventa, è più difficile evitare ciò che appare attraente. Anche il rapporto con le sostanze si colloca a diversi livelli: l'uso (esperienza più frequente) è nettamente diverso dall'abuso e questo è a sua volta diverso dalla dipendenza. Il mondo del cinema, della letteratura e della musica offrono diverse letture di un fenomeno che appare, oggi, sempre più diffuso. In un gioco di continui rimandi da "Matrix" a "Sinbad", da Stevenson ad Ulisse, attraverso le esperienze di Asterix e Corto Maltese, si sviluppa un ragionamento che fa emergere, tra spinta al consumo sfrenato e valorizzazione dell'esperienza individuale, lo spazio per "assumersi delle responsabilità" come istituzioni, come adulti, come adolescenti. Lo spettacolo vuole essere una riflessione "leggera" su temi "pesanti", a partire dalla considerazione

che la complessità attuale non può essere letta sempre in termini di patologia e che la ricerca di equilibri difficili forse può trovare risposta soltanto in equilibri "nuovi".

**Edoardo Polidori** è medico Responsabile del Ser.T. di Faenza (RA), dirigente nazionale di FeDerSerD, e da anni si occupa di consumi giovanili. Esperto riconosciuto a livello nazionale e internazionale. Collabora con varie realtà italiane ed estere. Organizza annualmente gli incontri "Parole Stupefacenti".

**Roberto Pagliara** (laureato in Psicologia delle Arti) è ricercatore nell'ambito delle culture giovanili e lavora come formatore freelance sul territorio nazionale occupandosi, in particolare, di musica e cinema. Da alcuni anni conduce una formazione attraverso l'ascolto musicale intitolata "Musichestupefacenti", interventi con insegnanti di scuole medie inferiori e superiori.



## Direttivo Nazionale

Roma, 8 giugno 2005, ore 18.30-20.30

## Assemblea Nazionale

Roma, 8 giugno 2005, ore 21.00-22.00

**Il Consiglio Direttivo Nazionale** si è riunito al Centro Congressi Holiday Inn di Roma, in occasione del Congresso della Federazione del Lazio.

Presiede il presidente Coacci, il segretario Lucchini verbalizza

– Approvati i verbali di sedute precedenti.

– Approvato, previa relazione del collegio dei revisori dei conti, per la successiva assemblea, il Bilancio Consuntivo 2004, che segna un utile di esercizio di circa 3.000 euro.

– Approvato per l'assemblea il Bilancio Preventivo 2005.

– Esaminato il Documento Politico Programmatico della Federazione, con affidamento di incarichi per il proseguo della stesura.

– Segue una discussione sulla IV Conferenza Nazionale DPR 309 e sul ruolo della nostra Federazione.

– Inoltre, alla luce della conferenza stampa effettuata in giornata dalla nostra Federazione con eccezionale concorso di giornalisti e reti televisive, il direttivo valuta necessario proseguire in un rappor-

to positivo con i media che valorizzi sempre di più i contenuti che la Federazione vuole veicolare.

– Approvato l'iter attuativo del Progetto di studio negli USA "Knowledge to develop".

**L'Assemblea nazionale degli associati** si apre, sempre al Centro Congressi Holiday Inn di Roma, con una relazione del presidente Coacci, che la presiede.

Verbalizza Lucchini.

Nel suo intervento il presidente Coacci mette in luce il grande successo del congresso della Regione Lazio, presieduto da Claudio Leonardi. Traccia i lusinghieri risultati in termini di associati ed iniziative che la Federazione ha raggiunto dal 2004.

– Approvato il Bilancio Consuntivo 2004 alla unanimità.

– Approvato il Bilancio Preventivo 2005 alla unanimità.

– Approvata l'ultima stesura dello statuto dopo le revisioni di coordinamento.

## Ufficio di Presidenza

27 settembre 2005

*A Roma, alle ore 15.00, si è riunito l'Ufficio di Presidenza, presenti tutti i componenti.*

Il presidente Coacci si sofferma sulla valutazione generale della situazione politica di settore e dei compiti della Federazione in questo momento.

Si decide di osservare l'evolvere della situazione e prendere immediatamente posizione nel caso in cui vi sia la proposizione di un ddl da parte del Governo. La Conferenza nazionale non può celebrarsi con una legge già esistente, quando è compito della Conferenza stessa fare proposte al legislatore.

Il presidente e il consigliere d'Amore procederanno a contatti politico-istituzionali.

Si approva, su proposta di Lucchini e Faillace, il programma del congresso di Palermo, che si terrà dal 30 novembre al 2 dicembre, sul tema "Cocaina e Poliabuso".

Segue l'esame delle elaborazioni pervenute del documento strategico programmatico triennale della Federazione.

Si incarica il consigliere Fea di proseguire nei lavori e rendere omogeneo il testo con gli estensori.

L'Ufficio di presidenza curerà la premessa al documento.

Si decide di introdurre il tema della depenalizzazione dell'uso personale e il concetto di evitare l'eccesso di legislazione per consumi diffusi.

Si prende atto della comunicazione del consigliere Fea sulla costituzione di Leonardo-European Society in addiction research and education, quale ulteriore risorsa per la collaborazione con la Federazione per i temi della ricerca, formazione e progettazione.

Si approva il rinvio al 2006 del Progetto "Knowledge to develop", con conclusione della costruzione dei percorsi della visita negli USA durante il congresso di Palermo, insieme agli ospiti statunitensi.

Si decide di incontrare i colleghi della Liguria che hanno proposto la costituzione della Federazione Ligure.

Vista la lettera di alcuni responsabili di Ser.T. della Regione Calabria, si valuta di incaricare il consigliere Grande a procedere ad incontrare i soci per procedere alla convocazione della assemblea regionale per la costituzione formale della Federazione della Calabria.

Vista la lettera del presidente di ACUDIPA, si incarica il presidente Coacci di prendere i dovuti contatti.

Il presidente Coacci relaziona sull'incontro con il presidente SITD Pani avvenuto recentemente a Pisa.

L'Ufficio di presidenza ribadisce la rilevanza del dialogo tra FeDerSerD e SITD e valuta necessario procedere ad incontri periodici tra delegazioni delle due associazioni.

Il segretario esecutivo Lucchini riferisce sulla conclusione positiva della pratica di registrazione alla FISM.

Lucchini illustra poi le finalità e i contenuti del secondo congresso regionale lombardo che si terrà a Milano il 15 e 16 dicembre 2005.

Confermate le date del 21 e 22 settembre 2006 per il Congresso Nazionale Tematico sull'Alcolologia a Sanremo.

Il consigliere D'Egidio comunicherà le date (maggio 2006) per il Congresso Nazionale Tematico sulla Prevenzione; confermata la sede di Pescara.

Il segretario esecutivo Lucchini procede ad un attento esame della situazione economica della Federazione, delle difficoltà consistenti ma superabili nel garantire tutte le iniziative in corso. Propone una discussione larga in direttivo per la programmazione 2006-2007 che tenga conto in modo netto delle competenze nazionali e di quelle delle federazioni regionali.

Il tesseramento per l'anno 2006 verrà proposto al direttivo nazionale con inizio dal 15 novembre 2005 e quote sociali di euro 50 per laureati ed euro 30 per non laureati.

Infine si calendarizza la convocazione del direttivo nazionale il 22 ottobre a Milano, se lo sviluppo della situazione legata alla conferenza dpr 309/90 lo renderà necessario.

*La riunione viene chiusa alle ore 19.*

# Direttivo Nazionale

Milano, 22 ottobre 2005

Alle ore 11 si è aperta la riunione del direttivo nazionale, allargata per l'occasione ai presidenti e coordinatori delle Federazioni regionali.

Presiede il vicepresidente Faillace, verbalizza Lucchini. Il consigliere Bacci legge una lettera del presidente Coacci, impossibilitato a partecipare per motivi di salute alla riunione.

Il direttivo approva, dopo ampia discussione, il metodo di lavoro seguito dal presidente negli ultimi mesi e stigmatizza i tentativi della stampa di accreditare posizioni di FeDerSerD che solo nella riunione odierna saranno definite.

Segue la discussione sul punto all'ODG: "Determinazioni in merito alla IV Conferenza nazionale DPR 309/90".

La discussione su questo punto, che si protrae fino alle ore 16, porta alla approvazione di un documento ufficiale della Federazione (vedi editoriale di questo numero di Mission), con la decisione, tra l'altro, di non partecipare alla Conferenza DPR 309 e la sospensione dalla partecipazione tecnica ai lavori preparatori in consulta.

Tutti i dirigenti sono stati chiamati ad esprimersi nominalmente con espressione di voto sulle decisioni.

Il documento è approvato a larghissima maggioranza e senza voti contrari.

Viene consultato il presidente che si compiace per la conclusione unitaria del direttivo.

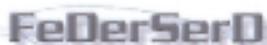
Il segretario esecutivo Lucchini conclude la discussione su questo punto ricordando con forza la rilevanza e delicatezza della decisione assunta e la necessità di un impegno eccezionale della Federazione, con in testa i suoi dirigenti, nel pubblicizzarla.

Si decide di scrivere agli operatori dei servizi italiani e di attivare una efficace azione stampa.

Si procede su altri punti all'ODG:

- Illustrato il Congresso internazionale "Cocaina e polibuso" - Palermo (30 novembre - 2 dicembre 2005), con un forte richiamo a sviluppare in prima giornata un momento di discussione sulle posizioni assunte oggi dalla Federazione.
- Il segretario esecutivo Lucchini illustra lo stato dell'arte del progetto Equal PS IT-S2-MDL-189 - Azienda Notte: vengono conferite le cariche sociali con verbale specifico.
- Lucchini illustra brevemente la situazione economica della Federazione, per una prima conoscenza del direttivo.
- Approvate la tempistica e le quote sociali del tesseramento 2006 come proposto dall'Ufficio di presidenza nella riunione di settembre.

Alle ore 17.30 la seduta è conclusa.



Sede legale: V.le Matteotti 72, 58100 Grosseto

**Presidente Onorario**  
Rita Levi Montalcini

**Direttivo Nazionale designato**  
Alessandro Coacci (Presidente),  
Guido Faillace (Vicepresidente),  
Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),  
Luciana Bacci (Tesoriere),  
Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,  
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,  
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,  
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,  
Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,  
Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,  
Giorgio Serio

**Comitato Scientifico Nazionale**  
Claudio Leonardi (coordinatore),  
Ezio Manzato (coordinatore),  
Giorgio Serio (coordinatore),  
Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Pier Paolo Pani,  
Antonio Mosti, Felice Nava, Vincenzo Marino,  
Roberto Calabria, Clara Baldassarre, Michele Ferdico

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

Alla scheda di iscrizione, da inviare per fax allo 031751525, il richiedente dovrà allegare il proprio "Curriculum Vitae" datato e firmato. Il Presidente procederà al rilascio della Tessera, che darà testimonianza dell'accoglimento dell'istanza di iscrizione all'associazione in qualità di Socio Ordinario.

## ANNO 2006 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_  
 CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_  
 PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_  
**Chiedo di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)**  
 \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2005 Firma \_\_\_\_\_  
 Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)  
 Estremi ricevuta versamento \_\_\_\_\_  
 Parere del Segretario Esecutivo  Favorevole  Sfavorevole Firma \_\_\_\_\_  
 Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_