

L'INTERVENTO SUI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI



Definizione farmacologica di droga

Una sostanza chimica, naturale o artificiale, che modifica la psicologia o l'attività mentale degli esseri umani e che può indurre uno stato di dipendenza

Organizzazione Mondiale Sanità

Droga è un termine che indica in senso generale sostanze di origine naturale o sintetizzate in laboratorio aventi proprietà non comuni (principio attivo).

Sono dette droghe:

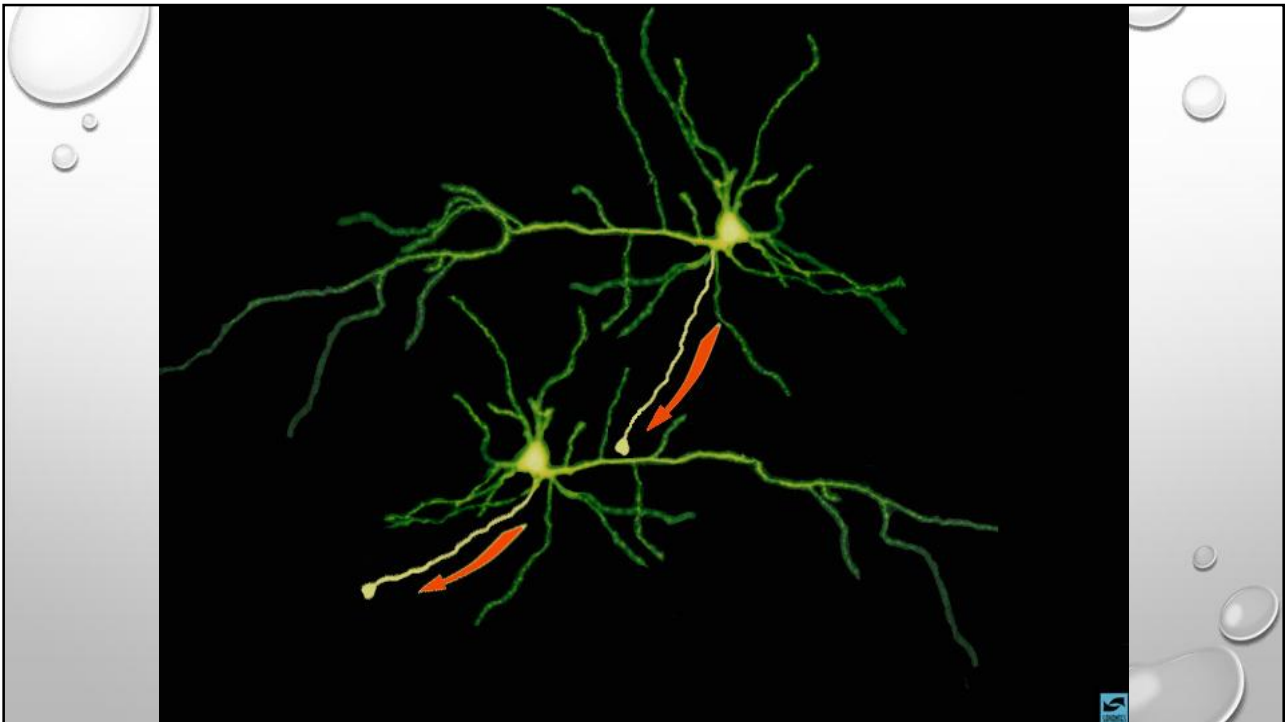
- **sostanze utilizzate nella preparazione di cibi per dare un sapore particolare (SPEZIE);**
- **sostanze che provocano alterazioni dello stato di coscienza (STUPEFACENTI) e che spesso inducono forme di dipendenza fisica o psicologica;**
- **sostanze con proprietà terapeutiche (farmaci).**

LA TOSSICODIPENDENZA

- NON E' SOLO UN PROBLEMA MEDICO MA ANCHE SOCIALE E LEGALE
- E' UN MALE CHE COLPISCE L' INDIVIDUO MA ANCHE LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ
- E' UNA MALATTIA CRONICA, INDOTTA DA MOTIVI PSICOLOGICI DI ORIGINE SOCIALE ED ECONOMICA, MA ANCHE DAGLI EFFETTI BIOLOGICI DELLA DROGA

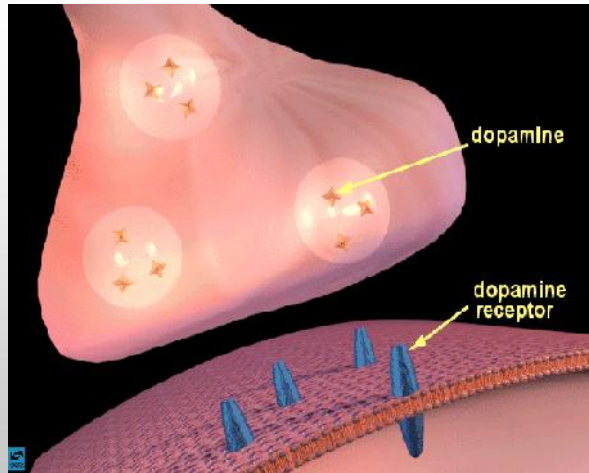
LA BIOLOGIA DELLA TOSSICODIPENDENZA

COME AGISCONO SUL CERVELLO?

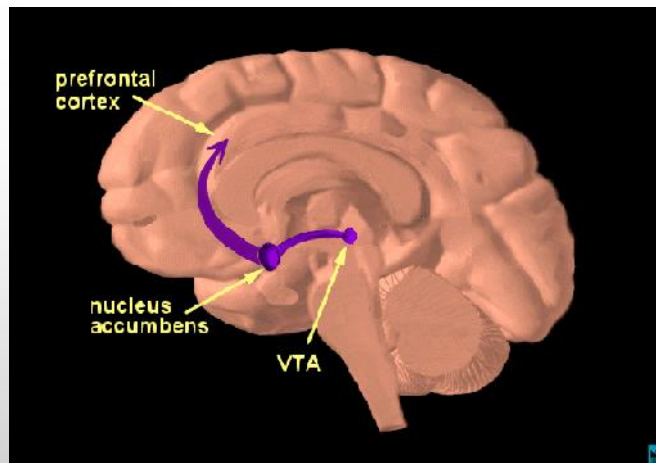


I NEUROTRASMETTITORI

I neurotrasmettitori sono sostanze chimiche rilasciate dalle cellule nervose per “comunicare” tra loro

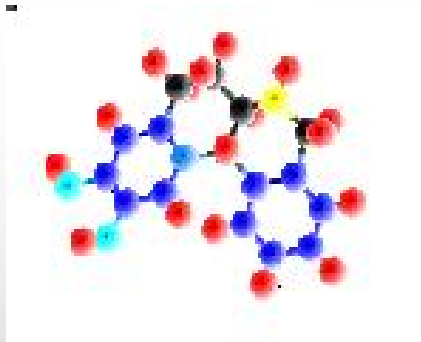


LA VIA DEL “PIACERE”



Le droghe alterano le aree cerebrali che mediano le sensazioni di motivazione e di piacere

LA DOPAMINA



Cocaina, eroina, marijuana e nicotina aumentano in modo anormale i livelli di dopamina

CLASSI DI DROGHE

ESISTONO DIVERSE FORME DI CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE (LECITE E NON LECITE) MA QUELLA PIU' DIFFUSA E LA CLASSIFICAZIONE BASATA SUGLI EFFETTI FARMACOLOGICI

- SEDATIVI-EUFORIZZANTI
- PSICOSTIMOLANTI
- PSICHEDELICI O ALLUCINOGENI

● DROGHE CHE RIDUCONO IL DOLORE

● OPPIOIDI

- OPPIO
- MORFINA
- CODEINA
- METADONE

● DROGHE CHE DEPRIMONO IL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

● SEDATIVI-IPNOTICI

- BARBITURICI:
- BENZODIAZEPINE:
- SOLVENTI
- ALCOL

PSICOSTIMOLANTI (I)

AMFETAMINE

- AMFETAMINA (SPEED)
- MDA (LOVE DRUG)
- METAMFETAMINA (ICE, PERVITIN)

ECSTASY E PARTY DRUGS

- ECSTASY

COCAINICI

- COCA FOGLIE
- COCAINA CLORIDRATO (NEVE)
- COCAINA BASE (CRACK)

PSICOSTIMOLANTI (II)

NICOTINA

ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI

CAFFEINA

PSICHEDELICI O ALLUCINOGENI

LSD

CANAPA

- MARJUANA
- HASHISH
- TETRAIDROCANNABINOLO (THC)

FUNGHI

- PSILOCIBINA
- PSILOCINA

CACTUS

- MESCALINA
- PEYOTE

SOLANACEE

- DATURA

FENCICLIDINA (POLVERE DEGLI ANGELI)

DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE

- INTOSSICAZIONE
- ASTINENZA

INTOSSICAZIONE

- STATO PATOLOGICO DOVUTO ALL'ASSUNZIONE DI UNA DOSE ECCESSIVA DI UNA CERTA SOSTANZA, NELLE FORME PIÙ SEVERE SI PARLA DI OVERDOSE

ASTINENZA

- INSIEME DI SINTOMI CHE SI MANIFESTANO QUANDO SI RIDUCE O SI SOSPENDE L'ASSUNZIONE PIÙ O MENO ABITUALE DI UNA CERTA SOSTANZA

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

DIPENDENZA

- DIPENDENZA PSICOLOGICA: BISOGNO DEGLI EFFETTI POSITIVI DELLA SOSTANZA. SI MANIFESTA CON SENSAZIONI DI INSTABILITÀ PSICHICA E INSIKUREZZA CHE RENDONO DIFFICILE IL DISTACCO COMPLETO DEL PAZIENTE DALLA SOSTANZA D'ABUSO.
- LA DIPENDENZA FISICA CONSISTE NELLA NECESSITÀ ASSOLUTA DI ASSUMERE LA DROGA NEL MOMENTO IN CUI, A CAUSA DI UNA BRUSCA SOSPENSIONE, LA SUA ASSENZA DETERMINA NELL'ORGANISMO UNO STATO DI MALESSERE FISICO-PSICHICO: LA SINDROME DI ASTINENZA.

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

ABUSO

- MODALITÀ PATOLOGICA DI ASSUNZIONE DI SOSTANZA CHE COMPORTA UN PROFONDO DISAGIO PER L'INDIVIDUO,

TERMINOLOGIA

- LA TOLLERANZA :È IL FENOMENO PER CUI SI HA LA PROGRESSIVA RIDUZIONE DELL'EFFETTO CHIMICO-CLINICO DELLA SOSTANZA DOPO SOMMINISTRAZIONE RIPETUTA DI UNA STESSA DOSE; DI CONSEGUENZA IL PAZIENTE È SPINTO AD AUMENTARE LA DOSE PER MANTENERE GLI STESSI EFFETTI.
- PER TOLLERANZA INVERSA O SENSIBILIZZAZIONE SI INTENDE L'AUMENTO DELLA RISPOSTA CONSEGUENTE ALLA SOMMINISTRAZIONE RIPETUTA DELLA STESSA DOSE: QUESTA SI VERIFICA CON LA COCAINA, CHE INDUCE UN RILASCIO DI DOPAMINA MAGGIORE AD OGNI NUOVA ASSUNZIONE GIORNALIERA

LA SINDROME DI ASTINENZA :

- **NECESSITÀ IMPELLENTE CHE INDUCE NEL PAZIENTE IL CRAVING (TERMINE INGLESE CHE INDICA DESIDERIO SPASMODICO): UNA RICERCA COMPULSIVA E INCESSANTE DELLA DOSE CHE STRAVOLGE L'ESISTENZA DEL SOGGETTO, PROVOCANDO DISAGI PERSONALI E FAMILIARI, NONCHÈ SOCIALI.**

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

IL COMPORTAMENTO A RISCHIO È UN'AZIONE
INTENZIONALE DAGLI ESITI INCERTI CHE IMPLICA LA
POSSIBILITÀ DI **CONSEGUENZE NEGATIVE** PER IL
SOGGETTO

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

GLI ELEMENTI COSTITUTIVI SONO :

- L'INTENZIONE E QUINDI LA CONSAPEVOLEZZA
- LA SIGNIFICATIVITÀ PERSONALE DELL'EVENTUALE PERDITA

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

DINAMICHE PSICOLOGICHE DEL RISCHIO:

- PROVARE PAURA
- ESPORSI VOLONTARIAMENTE
- SPERANZA DI SUPERARE IL PERICOLO
- DIMOSTRAZIONE DI TOLLERARE IL TIMORE
- SENTIMENTO DI ONNIPOTENZA
- ALIMENTAZIONE NARCISISTICA

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

EMERGE COL TEMPO UNA QUOTA DI "ILLUSIONE DEL CONTROLLO" CHE È DATA DA:

1. SCELTA DEI MATERIALI UTILI ALL'ATTIVITÀ
2. FAMILIARITÀ CON I COMPORTAMENTI RICHIESTI
3. COINVOLGIMENTO IPER-ATTIVO
4. LA COMPETIZIONE

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

LE MOTIVAZIONI DEL RISCHIO:

- GUADAGNO PSICOLOGICO (SCARICA TENSIONI DEPRESSIVE E PERSECUTORIE)
- RICERCA DI UN'IDENTITÀ FORTE
- SENSATION SEEKER

ADOLESCENTI E CONDOTTE A RISCHIO

QUALI I FATTORI PROTETTIVI PIÙ EFFICACI?

- SELF-EFFICACY
- STILE COGNITIVO OTTIMISTICO
- LOCUS OF CONTROL INTERNO E CONTROLLABILE
- RELAZIONI SIGNIFICATIVE E PROFONDE

CLASSIFICAZIONE DELLA TOSSICOMANIA

IN BASE ALLE CARATTERISTICHE
PSICODINAMICHE (CANCRINI):

- TOSSICOMANIE TRAUMATICHE
- TOSSICOMANIE SOSTITUTIVE DI NEVROSI ATTUALE
- TOSSICOMANIE DI COPERTURA (DISTURBI DI PERSONALITÀ, PSICOSI)
- TOSSICOMANIE APPARTENENTI ALL'AREA DEI DISTURBI SOCIOPATICI DI PERSONALITÀ

RELAPSE PREVENTION THERAPY



- TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Alcoidipendenza

La condizione di alcoidipendenza non è una diagnosi laboratoristica **ma è una diagnosi specialistica (psichiatrica)**. Per porre il **dubbio di alcoidipendenza** il medico competente deve disporre di un ampio ventaglio di strumenti tecnici che permettano di valutare e raccogliere informazioni quanto più dettagliate possibile:

- visita medica, anamnesi e colloquio clinico
- rilievi obiettivi e analisi di laboratorio
- informazioni provenienti dall'organizzazione aziendale**
- ricerche di tipo epidemiologico
- questionari**

DEFINIZIONE DI ALCOL DIPENDENZA

DSM-IV-TR

Manuale Statistico Diagnostico delle malattie mentali IV°ed.
almeno tre dei seguenti criteri diagnostici

1. presenza di **tolleranza** ovvero necessità di aumentare il consumo per raggiungere gli stessi effetti psichici oppure effetti clinici ridotti mantenendo costante il consumo;
2. Sindrome di **astinenza**
3. Assunzione della sostanza per periodi prolungati o in **quantità** maggiori di quelle previste dal soggetto;
4. Persistente **desiderio di smettere** o di ridurre il consumo alcolico con ripetuti insuccessi;
5. Una grande quantità di **tempo** spesa in attività necessarie a procurarsi alcol ad assumerlo o a riprendersi dagli effetti;
6. Interruzione o riduzione di importanti **attività sociali, lavorative** o ricreative a causa dell'alcol;
7. Uso continuativo dell'alcol **nonostante la consapevolezza** di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dall'uso di alcol.

	Problema	Riepilogo dei dati rilevati
Benessere sociale	Conseguenze sociali negative	Per quanto riguarda i contrasti, il danno alla vita familiare, al matrimonio, al lavoro, agli studi, alle amicizie o alla vita sociale, il rischio di danno aumenta in modo proporzionale alla quantità di alcol ingerita, senza alcun effetto soglia evidente
	Diminuzione del rendimento professionale	Un elevato consumo di alcol si riflette sulla riduzione dell'impegno lavorativo e aumenta la disoccupazione e l'assenteismo
Danni volontari e involontari	Violenza	Esiste una relazione pressochè lineare tra il consumo di alcole il rischio di essere coinvolti in episodi di violenza
	Guida in stato di ebbrezza	Il rischio connesso alla guida in stato di ebbrezza aumenta sia con la quantità di alcol ingerita che con la frequenza delle occasioni di bere in quantità eccessiva. Il rischio di incidenti stradali aumenta del 38% con un tasso di alcol nel sangue di 0.5 g/l.
	Lesioni	Esiste una relazione tra il consumo di alcol e il rischio di incidenti e lesioni letali e non. Chi beve usualmente piccole quantità di alcol ma ha talora un consumo eccessivo episodico è particolarmente a rischio. L'alcol, in maniera proporzionale alla dose ingerita, aumenta il rischio di ricorrere al servizio di pronto soccorso ospedaliero e di subire operazioni e complicazioni chirurgiche.
	Suicidio	Esiste una relazione diretta tra il consumo di alcol e il rischio di suicidio o tentato suicidio, maggiore per l'intossicazione che per le altre modalità di consumo.

ALCOL E SALUTE <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo2.pdf>

	Problema	Riepilogo dei dati rilevati
Problemi neuropsichiatrici	Ansia e disturbi del sonno	Più di un individuo su otto con problemi di ansia ha problemi alcolcorrelati. L'alcol aggrava i disturbi del sonno
	Depressione	Il consumo di alcol è un fattore di rischio per i problemi di depressione in misura proporzionale alla dose di alcol ingerita, spesso precede la depressione, e l'astinenza dall'alcol produce un miglioramento della depressione.
	Alcoldipendenza	Il rischio di sviluppare alcoldipendenza inizia a bassi livelli di consumo e cresce direttamente sia con il volume di alcol ingerito che con l'abitudine di bere grandi quantità in un'unica occasione.
	Danni al sistema nervoso	Nel tempo, in misura proporzionale alla dose ingerita, l'alcol aumenta il rischio di danni al sistema nervoso periferico
	Danni cerebrali	Un elevato consumo di alcol accelera l'atrofia cerebrale che conduce successivamente ad un deterioramento cognitivo. Negli individui con alcoldipendenza di lunga data è stata evidenziata una progressione dei danni cerebrali.
	Deficit cognitivo e demenza	Un elevato consumo di alcol aumenta il rischio di deficit cognitivi in misura proporzionale alla dose ingerita
	Problemi di assuefazione	Il consumo di alcol e di tabacco sono abitudini strettamente connesse tra loro
	Schizofrenia	Il consumo rischioso di alcol è più comune tra persone con diagnosi di schizofrenia. Livelli anche bassi di consumo di alcol possono peggiorare i sintomi e interferire con l'efficacia dei trattamenti

ALCOL E SALUTE <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo2.pdf>

	Problema	Riepilogo dei dati rilevati
Patologie gastrointestinali	Cirrosi epatica	L'alcol aumenta il rischio di cirrosi epatica in misura proporzionale alla dose ingerita. Ad ogni livello di consumo alcolico le donne hanno una probabilità più alta di sviluppare la cirrosi epatica rispetto agli uomini.
	Pancreatite	L'alcol aumenta il rischio di pancreatite acuta e cronica in misura proporzionale alla dose ingerita.
	Diabete tipo II	Sebbene al confronto con soggetti astemi piccole quantità diminuiscano il rischio, quantità più elevate lo aumentano.
Tumori	Tratto gastrointestinale	L'alcol aumenta il rischio di tumori alla bocca, all'esofago e alla laringe e, in misura minore, allo stomaco, al colon e al retto.
	Fegato	L'alcol aumenta il rischio di tumore al fegato in maniera esponenziale.
	Seno	Esistono prove dirette di un aumento del rischio di tumori alla mammella dovuti all'alcol.
Patologie cardiovascolari	Iperensione	L'alcol aumenta il rischio di ipertensione in gran parte in maniera proporzionale alla dose ingerita.
	Ictus	L'alcol può aumentare il rischio di ictus sia ischemico che emorragico, con una risposta più elevata. Nonostante singoli studi rilevino che un leggero consumo di alcol riduce il rischio di ischemia, dalla revisione sistemica di tutti gli studi condotti non è risultata alcuna prova definitiva di un effetto protettivo del consumo leggero o moderato di alcol nei confronti del rischio di ictus ischemico e di altra natura. L'intossicazione da alcol è particolarmente importante come causa di ictus negli adolescenti e nei giovani

ALCOL E SALUTE <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo2.pdf>

USO (CONSUMO) dell' ALCOL

ASTEMIO:

chi **NON BEVE**

e **NON ha MAI BEVUTO ALCOL**

ALCOL FREE

ASTINENTE:

chi **NON BEVE PIÙ ALCOL**

in **TOTALE** circa il **15 – 20 %** della **POPOLAZIONE**

CONSUMATORE:

chi **BEVE ALCOL**



INDIPENDENTEMENTE dalla **QUANTITÀ**

circa il **80 – 85 %** della **POPOLAZIONE**

BEVITORE MODERATO

(**COMUNEMENTE INTESO**)

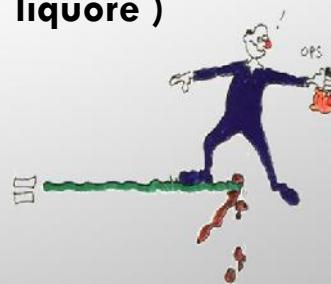
CHI BEVE

1 BICCHIERE di **VINO** o **BIRRA** ai **PASTI** e
SALTUARIAMENTE SUPERALCOLICI

(**Caffé corretto,**   **liquore**)



TUTTI gli **ALCOLISTI**
sono stati
BEVITORI MODERATI



RISCHIO

BEVITORE PROBLEMatico

CHI BEVE QUANTITÀ

di **ALCOL SIGNIFICATIVE,**

TALI da **PROVOCARE**

ALTERAZIONI del **COMPORAMENTO**

e **DANNI FISICI**



RISCHIO GRAVE

BEVITORE PROBLEMatico

La **PRECOCITÀ** con cui **INEVITABILMENTE**
COMPAGNONO i **DANNI**
 da **USO** di **ALCOL** **DIPENDE:**
 dall' **ETÀ** di **INIZIO** del **CONSUMO**,
 dallo **STATO FISICO**,
 dalla **QUANTITÀ**,
 dal **SESSO**,
 dall' **ATTIVITÀ SVOLTA**

ALCOLISTA

CHI NON CONTROLLA più
 il **PROPRIO CONSUMO** di **ALCOL**
ESSENDONE DIPENDENTE



L' ALCOLISMO
NON è una **MALATTIA**,
 è uno **STILE** di **VITA**



RISCHIO GRAVISSIMO
PERICOLO di **MORTE**

Ogni **ANNO** in **ITALIA** **35.000** **MORTI** **ALCOL - CORRELATE**

CONSUMATORI di ALCOL

CONSUMATORI
PROBLEMATICI — 5 %

CONSUMATORI
MODERATI ▲ 75 %

ASTEMI e
ASTINENTI — 20 %

ALCOLISTA



NON ESISTE **UN** ALCOLISTA
ESISTONO **TANTI** ALCOLISTI
ALCOLISTI si **DIVENTA**
attraverso **PERCORSI DIVERSI**

SOLO I' INIZIO
è **UGUALE** per **TUTTI**
COMINCIARE a BERE

INTERVENTI SUI TOSSICODIPENDENTI E SUGLI ALCOLDIPENDENTI

- SERT
- TRATTAMENTI FARMACOLOGICI
- STRUTTURE RESIDENZIALI: LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE (ESPLICITAMENTE TERAPEUTICHE – IMPLICITAMENTE TERAPEUTICHE)
- ALCOLISTI ANONIMI
- AA
- AL-ANON
- CLUB ALCOLISTI IN TRATTAMENTO