

“GRUPPO CON ALCOLISTI”

Dott. VITTORIO DIGIACOMANTONIO, Psichiatria.

Dott.ssa FLAVIA SALIERNO, Psicologa, Psicoterapeuta.

Dott. ALESSIO MANCIOCCHI, Psicoterapeuta, presenta i relatori.

Dott. Manciocchi: *Faccio gli onori di casa e vi presento questi ospiti di cui sicuramente, o probabilmente, vi avrà già accennato Stefania Marinelli di cosa ci verranno a parlare. Sono: Vittorio Digiacomantonio, che è primario di psichiatria alla clinica di Viterbo e Flavia Salierno, che è psicoterapeuta, socia candidata alla società psicoanalitica e si è formata allo spazio psicoanalitico. Insieme hanno dato vita a un centro sperimentale di alcolologia, che non è più attivo, poi ci racconteranno meglio loro le ragioni. Entrambi hanno esperienza di lavoro sia in ambito privato che istituzionale, quindi particolarmente appropriato per le finalità di questo corso.*

Dott.ssa Salierno: Il mandato della prof.ssa Marinelli è stato quello di portare qualcosa di molto pratico. Sarà la prof.ssa Marinelli, sicuramente più preparata, a portare la parte teorica, quindi le dinamiche di gruppo. Quello che faremo è portarvi la nostra esperienza. Tra l'altro io ho fatto psicologia come voi, adesso sarà drasticamente tutto cambiato, spero in positivo. Quello che io sentivo quando ero studente era il fatto che non ci fosse assolutamente niente di pratico e quando sono uscita dall'università mi è preso letteralmente un colpo. Uscita dall'università ho cominciato a fare volontariato, la mia passione erano i Disturbi del Comportamento Alimentare. C'era un centro che si occupava dei DCA all'ospedale "Gemelli" che funzionava benissimo, era condotto da uno psicoanalista della società psicoanalitica, quindi il mio primo maestro. Io già ero in analisi, la mia passione per la psicoanalisi nasce da sempre. Da là ho lavorato moltissimo al Gemelli, con anoressiche e bulimiche e ho continuato anche nel privato sempre con anoressia e bulimia. Dopodiché ho cominciato a fare attività private e venni chiamata in una clinica a Viterbo perché doveva aprire anche lì un centro sui disturbi del comportamento alimentare e vista la mia esperienza, entrai. Di fatto il centro non è mai nato. Come tante cose in Italia, prima c'è l'idea... di idee ne abbiamo tante però poi non ci sono mai i soldi.

Dott. Digiacomantonio: Parliamo di dieci anni fa e di tempo ce ne stato per cercare di strutturare un servizio di questo genere. In questi dieci anni sono successe tante altre cose piuttosto lontane dai disturbi del comportamento alimentare.

Dott.ssa Salierno: Quindi questo centro sui DCA non è mai nato ed entrai in psichiatria. Vittorio è entrato subito dopo, direttamente come aiuto primario e poi successivamente è diventato Primario. Inarcita ovviamente dello spazio psicoanalitico, con tutti gli elementi di psicoanalisi, mi ritrovai, non lo dimenticherò mai, a Villa Rosa di fronte ad un elettroshock . Lo shock l'ho subito io perché pensavo che tutte le malattie mentali si potessero curare con la psicoanalisi. Poi devo dire che l'esperienza in psichiatria mi è servita tantissimo. Per me è stata fondamentale perché poi mi ha portato anche a capire che effettivamente per certi tipi di disturbi mentali non è possibile fare altrimenti, come nel caso della depressione maggiore, quando è resistente ai farmaci. Quando il paziente arriva a un livello di catatonìa, ovviamente Vittorio ve lo saprà dire molto meglio di me, certi pazienti arrivano ad essere catatonici, quindi dove non è possibile parlare e interagire da nessun punto di vista, l'elettroshock può essere utile. L'esperienza in psichiatria mi è servita veramente tanto, mi ha fornito quell'elemento in più fondamentale, per coniugarlo poi con quelli che erano gli elementi di psicoanalisi di cui ero inarcita. In seguito arrivò la proposta di aprire un centro sperimentale di alcolismo...

Dott. Digiacomantonio: Alcologia.

Dott.ssa Salierno: ...di alcologia, va beh, legato all'alcolismo. Racconta te.

Dott. Digiacomantonio: Racconto io? Hai già finito?

Dott.ssa Salierno: No, no. Racconta, racconta.

Dott. Digiacomantonio: Flavia secondo me ha iniziato il discorso dalla parte più corretta, utilizzando due argomenti molto forti, molto rappresentativi di quella che è una condizione dicotomica concettuale molto presente, soprattutto in Italia più che in altri paesi, che è la scissione tra approccio biologico e approccio psicologico, psicodinamico al disturbo mentale. Questi due approcci, devo dire ahimè, soprattutto in una fase storica particolare, sono stati propinati alle giovani leve come l'una alternativa all'altra. Come se non si potesse parlare di farmaci in una facoltà di psicologia e non si potesse parlare di psicoterapia in una scuola di specializzazione di psichiatria. Questa dicotomia ha creato degli scempi dal punto di vista terapeutico. Quindi il fatto che lei sia partita toccando due elementi, forse i due più estremi... parlando di elettroshock ha toccato la punta estrema dell'approccio biologico ai disturbi della mente. L'elettroshock è una pratica tutt'ora in voga in alcuni paesi "più civilizzati del nostro" secondo il comune

sentire, addirittura è forse uno dei principali strumenti terapeutici ancora oggi. Parliamo di Svezia, Inghilterra, Danimarca, Germania, Francia. Se voi leggete il numero degli elettroshock effettuati in Svezia e li confrontate con quelli effettuati in Italia il rapporto è di mille a uno. Questo proprio per quella dicotomia concettuale che si è determinata qui in Italia. L'elettroshock è uno dei tanti strumenti a disposizione nell'approccio al disagio mentale, in alcuni casi, fortunatamente piuttosto limitati. Dico fortunatamente perché, a creare il mostro da prima pagina sui giornali dell'elettroshock siamo stati noi psichiatri. Basterebbe andare al Santa Maria della Pietà, dove sono professionalmente cresciuto, dopo la chiusura dei manicomi all'epoca del '78, per quanto ancora a Santa Maria della Pietà sono rimasti dei padiglioni attivi anche negli anni successivi, la chiusura non è stata immediata. Se voi vi vorreste divertire e passare una giornata, devo dire che fa bene a tutti una giornata di conoscenza di ciò che sta nelle realtà psichiatriche e psicologiche...

Dott.ssa Salierno: Pre Basaglia.

Dott. Digiacomantonio: Beh, certo... passare attraverso una struttura come quella consente di vedere tante cose, tra cui magari le cartelle cliniche. Allora da lì potreste vedere come l'utilizzo dell'elettroshock, è stato per molti anni un utilizzo assolutamente violento, assolutamente ingiustificato, assolutamente perverso, direi, come ad esprimere forme di aggressività inespresa da parte di chi agiva quel tipo di pratica. L'elettroshock si praticava in assenza di anestesia e in risposta a motivazioni assolutamente visibili. Era sufficiente che all'interno di una stanza si discutesse di Roma e di Lazio, tanto per dire, e se questa discussione diventava un po' troppo animata, i due malcapitati si beccavano la schicchera. Funzionava esattamente così. Con più schicchere anche nel corso di una stessa giornata. Ora capite bene che quando una pratica del genere si trascina per decenni, non può che creare uno stigma molto forte nei suoi confronti, giustamente.

Studente1: *Mi scusi quindi lei ha detto che è una pratica perversa per gli effetti che aveva...*

Dott. Digiacomantonio: Per come veniva utilizzato era una cosa estremamente selvaggia...

Dott.ssa Salierno: Faccio un esempio molto vicino in termini temporali, sempre rispetto alla mia esperienza a Villa Rosa. E' stato fatto l'elettroshock da un primario, quello precedente a lui, su una paziente e quella è stata una violenza assolutamente gratuita. Questa era una paziente adottata, prima abbandonata poi adottata, con un rapporto simbiotico con la mamma adottiva. La mamma si è ammalata di tumore e quindi lei non ha retto, non ce l'ha fatta, ha avuto un esordio psicotico e quindi il primario ha visto bene di farle l'elettroshock. Ecco,

questo è assolutamente ingiustificato, lì si può intervenire. Ovviamente noi abbiamo una chiave di lettura, rispetto al lutto che questa poveraccia stava vivendo, triplicato dall'angoscia dell'abbandono che questa portava dentro di se, visto effettivamente l'abbandono di quando era ragazzina. Però, ripeto ci sono stati invece altri casi in cui era necessario. Ora stiamo parlando di tutto questo come prologo rispetto a come approcciare...

Dott. Digiacomantonio: Però è importante perché, alla fine, parlare di elettroshock è il modo migliore per parlare di terapia integrata...

Dott.ssa Salierno: ...eh, infatti, era dove volevo arrivare io...

Dott. Digiacomantonio: ...laddove una cosa non esclude l'altra. L'elettroshock, se non eseguito prescindendo da storie, da alternative anche terapeutiche, perché poi l'elettroshock oggi in Italia è stato in qualche modo canalizzato molto attentamente, non so se bene o male, in ogni caso le diagnosi che consentono di effettuare un'elettroshock... tra parentesi: si fa in anestesia totale, è una scarica elettrica bitemporale, non è la scarica elettrica che determina il reset del sistema encefalico, ma è la crisi convulsiva che ne fa seguito. Storicamente i presidi terapeutici di shock fanno parte della storia della medicina, sicuramente anche in ambito psicodinamico lo shock determina una possibilità di rivisitazione di certi contenuti, lo shock ovviamente inteso...

Dott.ssa Salierno: Un trauma..

Dott. Digiacomantonio: ...vi dicevo, l'elettroshock è uno dei presidi. Poi si può essere più o meno d'accordo sull'utilizzo di una modalità che può colpire le coscienze delle persone. Di fatto è una delle tante terapie mediche utilizzate da molti anni, ripeto in Italia molto meno utilizzata rispetto all'estero, a mio avviso anche ingiustamente. Dall'altra parte l'approccio più di tipo psicodinamico, da sempre bollato dalla classe medica, con particolare riferimento a noi psichiatri, soprattutto gli psichiatri quelli più di matrice biologica, clinica, bollata un po' come "chiacchiere da bar" o da "rivista sulla spiaggia". Anche questo approccio, che tra l'altro ha origini storiche comunque molto importanti, basta leggere la storia della psichiatria che è molto interessante da questo punto di vista perché di fatto sovrappone i due ambiti: quello psicologico e quello psichiatrico, la storia della psichiatria e della psicologia hanno una matrice comune, nascono di fatto insieme e c'è tutta quanta la nascita, la Dott.ssa può essere più precisa del sottoscritto, l'effervescenza culturale della Germania della fine del '700 e successivamente della fine del '800. La psicoanalisi in qualche modo è agganciata al romanticismo, come fenomeno letterario, nascono più o meno insieme e sempre in quegli anni, poco prima, era nato il filone biologico. Nella storia di quegli anni si vede come, ad un certo punto, c'è quasi una naturale fusione tra i due ambiti, che poi successivamente verranno nuovamente separati. Diciamo che

è una coppia che nasce insieme e ad un certo punto viene scissa e che poi, inevitabilmente, per una questione di attrazione e di complementarità, viene a riunirsi nel corso del tempo. Oggi ci si riempie un po' tutti quanti la bocca con il termine "terapia integrata". Se non si parla di terapia integrata non si è figli, in ambito anche accademico, scientifico. Ormai anche le pubblicazioni scientifiche e psichiatriche battono su questo aspetto. Addirittura su alcune schede... C'è un farmaco, a proposito di alcool, uno degli ultimi ritrovati in materia, che ultimo ritrovato non è, l'acamprosato, in nome commerciale si chiama Campral, che è un farmaco antricraving. Faccio queste facce perché l'efficacia non è tra le più straordinarie ma comunque, è uno dei farmaci a disposizione e sicuramente con una sua positività. Sulla scheda tecnica del Campral c'è scritto che il farmaco, questa è veramente... se l'avessi saputo ve l'avrei portata perché è veramente incredibile, immaginate su una scheda tecnica di un farmaco trovare l'indicazione alla psicoterapia. C'è scritto che quel farmaco va assunto rigorosamente, non "prima dei pasti", ma "insieme alla psicoterapia". E' una rivoluzione, è una cosa di pochissimi anni fa, fino a soli dieci, quindici anni fa sarebbe stato inimmaginabile proprio. Oggi si fanno fior di pubblicazioni sulle terapie integrate, non si può prescindere da questo tipo di approccio. Di fatto in quella che poi è stata la nostra esperienza al centro alcolologico di Viterbo, da subito, un po' per affinità elettive precedenti legate alla conoscenza dei membri dell'equipe, è stato anche più semplice avere una linea...

Dott.ssa Salierno: Questo è importante...

Dott. Digiacomantonio: ...parlando del passato...

Dott.ssa Salierno: Il senso che vogliamo portare è che su certi tipi di patologie non è possibile prescindere. Ormai non credo esista più la figura dello psicologo psicoanalista che interviene su alcuni disturbi, su alcune patologie, senza prendere in considerazione anche l'apporto dello psichiatra, quindi del medico, quindi, nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, del gastroenterologo, del nutrizionista ecc.. Questo è necessario anche e soprattutto in alcologia. Solo questo.

Dott. Digiacomantonio: Vi dicevo che nel 2008 nasce così... sulla base di accordi di tipo politico-economico-sanitario, dove a seconda dei momenti hanno prevalso più le ingerenze politiche o sanitarie piuttosto che quelle, che quelle... cosa avevo detto?

Dott. Manciocchi: *Economiche.*

Dott. Digiacomantonio: Economiche... è una cosa che evidentemente rifiuto... come funziona l'inconscio, eh! Evidentemente per motivi economici, facendo leva sul fatto che il centro era un centro sperimentale, quindi era un centro la cui

attività veniva rinnovata di anno in anno, in accordo tra la struttura in cui lavoriamo, la ASL e la Regione Lazio. Ovviamente in un periodo di carestia, tutto ciò che è stato possibile tagliare è stato tagliato. Quindi nel momento in cui il centro era arrivato ad una certa espansione territoriale e ad una numerosità, oltre che qualità. Questo è un aspetto oggettivo assolutamente importante, si parlava di qualcosa come settecento accessi al mese, numeri sicuramente notevoli. Il centro nasceva con una strutturazione che già contemplava questa compresenza di elementi psicologici ed elementi clinici molto spinti. Nel senso che il centro fondamentalmente poggiava su due colonne operative, da un lato un ambulatorio con tutta la strutturazione terapeutica che un ambulatorio deve offrire e da un lato un primo soccorso algologico, quindi l'intervento sull'acuzie. L'intervento sull'acuzie in ambito alcolologico, vi garantisco che è una trincea, un fronte. Partiamo da questo presupposto. In questo servizio operavano contemporaneamente un ambulatorio e un primo soccorso, che addirittura usufruivano degli stessi locali, chiaramente con gli spazi specifici per ogni tipo di funzione, ma comunque di fatto non erano due strutture anche logisticamente separate. Il nostro primo soccorso peraltro aveva una convenzione assistenziale. Aveva un protocollo operativo d'intesa con l'ospedale di Viterbo, per cui il pronto soccorso dell'ospedale di Viterbo girava i pazienti con patologia alcol correlata in fase di acuzie direttamente a noi. Questo spiega anche il perché di numeri così importanti. È chiaro che l'alcol diventa in questo caso un po' il pretesto per affrontare il tema della complessità e dell'integrazione. In questo caso...

Dott.ssa Salierno: A proposito di integrazione, è anche bello dire che quando si è trattato di organizzare il centro, perché a noi hanno proprio detto, a me e a lui, soprattutto a lui ovviamente come primario: "Dovete organizzare...", e noi: "In quanto tempo?". Non so...

Dott. Digiacomantonio: A me hanno detto, per la partenza, il 1° Giugno 2008, e me l'hanno detto il 15 Maggio. Però insomma va bene. Non avevamo fogli di carta, non avevamo niente, il nulla totale...

Dott.ssa Salierno: In quei giorni ci siamo ritrovati ad organizzare questo centro, con tutti i fari della ASL puntati addosso, perché era un centro sperimentale...

Dott. Digiacomantonio: ...diciamo che il centro nasce con i caratteri dell'entusiasmo e dell'affettività, anche per la modalità con cui è nato. Caratteristiche che non cito a caso, perché poi... almeno questo è un consiglio che posso darvi... di un professore, di un padre professionale, che è Paolo Girardi. È l'ordinario di psichiatria del Sant'Andrea. Chiaramente è stato qui, prima della scissione delle due facoltà, per molti anni. Lui utilizzava e utilizza tutt'ora una frase meravigliosa per descrivere quello che è, a suo modo di vedere, l'approccio più corretto al paziente psichiatrico: "Ricordatevi che innanzitutto, il paziente

psichiatrico è un malato d'amore". Quindi partite da questo presupposto. Non potete prescindere da questo perché, qualsiasi approccio che non tenga conto di questo tipo di consapevolezza di fatto risulta fallimentare. Anche l'approccio più tecnico, più scientificamente ineccepibile, è destinato inevitabilmente a fallire, perché ci scontriamo con questi mondi fatti di grandi cuori da riempire. È chiaro che non è sufficiente, ma è comunque un buon inizio.

Dott.ssa Salierno: ...dicevo... Ci siamo ritrovati a organizzare il centro in quindici giorni e quindi a mettere d'accordo tutta l'equipe. L'equipe fondamentale era formata da: tecnici della riabilitazione psichiatrica, psichiatri e medici, psicologi e infermieri.

Dott. Digiacomantonio: Altra cosa importante: il servizio, in quanto anche primo soccorso, era attivo ventiquattr'ore su ventiquattro e questo ha rappresentato una novità assoluta, nel senso che il servizio deputato alla diagnosi e alla cura delle patologie alcol correlate e delle tossicodipendenze in genere è il SERT. Il SERT è una struttura ambulatoriale, non residenziale e con un limite orario. Il paziente alcolista grave non ha orari. E' una persona che si trova costretto a ricorrere alle cure del medico del SERT, dello psicoterapeuta che lo segue, piuttosto che del terapeuta di gruppo col quale si incontra una volta a settimana, piuttosto che del medico del pronto soccorso, quando c'è una crisi di intossicazione o di astinenza. Ha necessità di un intervento che sia capillare, sia dal punto di vista della presa in carico, di lui e di tutto il contesto a cui fa riferimento, sia dal punto di vista dell'orario, nel senso che la copertura dovrebbe essere totale, sulle ventiquattr'ore. Quindi, uno dei motivi del successo di questo servizio è stato proprio che eravamo aperti sempre. Avevamo anche uno sportello di consultazione, di fatto aperto ventiquattr'ore su ventiquattro. C'era sempre un operatore che rispondeva al telefono, piuttosto che un operatore presente lì anche alle sei del mattino e questo in patologie complesse, come l'alcolismo, poi vedremo qual è il livello di complessità di questo tipo di patologia...

Dott.ssa Salierno: Sì, per questo abbiamo fatto questa premessa così ampia, addirittura partendo dall'elettroshock. Perché... io, per esempio, sono partita con un grandissimo pregiudizio. Io avevo appunto questa passione per i DCA, e quindi, quando mi hanno detto: "Adesso parte questo centro sull'alcolismo, vai a lavorare lì e organizzalo insieme con Vittorio", io dicevo: "Oddio, ma l'alcolismo... non sono preparata, non mi sento preparata...". Poi soprattutto avevo il timore di annoiarmi, mi immaginavo, anche io, con questo pregiudizio per cui gli alcolisti erano quelli avvinazzati, che magari si buttavano da una parte. Ecco, io devo dire che, non solo mi sono ricreduta, ma mi sono appassionata veramente tanto, perché non arriva mai l'alcolista e basta. L'alcolismo è solamente una sfaccettatura di mille altre facce..

Dott. Digiacomantonio: E' un grande ombrello.

Dott.ssa Salierno: ...e per me e Vittorio, era quotidiano l'entusiasmo, ma soprattutto, la sorpresa nel ritrovarsi di fronte a persone che veramente avevano delle storie incredibili. Portavano, altro che diagnosi, veramente non era possibile includerli, né in una diagnosi...

Dott. Digiacomantonio: Sì, che avrebbero fatto la gioia di ogni psicanalista!

Dott.ssa Salierno: Esatto!

Dott. Digiacomantonio: Il paradosso è che il più clinico dei pazienti, proprio per la complessità espressiva, fenomenica, del disturbo, il più multidisciplinare dei disturbi, l'alcolismo, una volta conosciuto, mostrava delle realtà sul piano psicodinamico, assolutamente straordinarie.

Dott.ssa Salierno: Era interessantissimo, rimanevamo a bocca aperta malgrado io avessi le mie esperienze e lui, ovviamente, le sue. Nonostante questo rimanevamo veramente meravigliati, incuriositi, stimolati, continuamente. Faccio un esempio: ti ricordi il comandante?

Dott. Digiacomantonio: Sì.

Dott.ssa Salierno: Avevamo un paziente, dal punto di vista psicopatologico, molto grave; dal punto di vista umano un esempio di...

Dott. Digiacomantonio: Wolf Larsen in "Il lupo del mare", di Jack London. Insomma, tanto per, se qualcuno lo ha letto era quello, era lui...

Dott.ssa Salierno: Praticamente questa persona, comandante di grosse... come si chiamano quelle navi...

Dott. Digiacomantonio: Vi dico questo che... Quando lo abbiamo conosciuto, lui era reduce da un viaggio al polo, dove, al comando di uno spaccaggiacci...

Dott.ssa Salierno: ...spaccaggiacci, ecco!

Dott. Digiacomantonio: ...aveva portato le autorità Russe e Italiane a depositare una corona, nel luogo dove si presumeva, Nobile, con la sua partita rossa, fossero rimasti accampati per non so quanto tempo, ma insomma per un periodo significativo. Tanto per darvi un'idea del personaggio.

Dott.ssa Salierno: Quindi, questa persona era al comando di navi così e ogni volta che metteva piede a terra, si ubriacava. Si spaccava letteralmente di alcol. Spaccarsi vuol dire che proprio andava in coma etilico, era irriconoscibile. Però, ogni volta che rientrava sulla nave: un fiore. Per noi è stato veramente un paziente di quelli a cui siamo veramente legati a tutt'oggi, nel senso che era quasi impossibile curarlo, perché faceva parte della sua vita...

Dott. Digiacomantonio: Il rischio era che avremmo potuto innamorarci della patologia del paziente. Rischio col quale ci siamo confrontati in parecchie occasioni...

Dott.ssa Salierno: Lui, all'arrivo e ogni volta che metteva piede sulla terra... il confronto con la realtà quotidiana lo schiacciava e quindi... il suo rifugio era l'alcol e la nave. Questo può essere un esempio, ma veramente ce ne abbiamo tantissimi...

Dott. Digiacomantonio: In questo caso c'è anche la grande metafora del mare che fa pensare a tante cose, però, questo tipo di doppio funzionamento di questa persona, è chiaro che lascia immaginare scenari psicodinamici incredibili. Di fatto, il comandante in questione, portando la sua storia, contribuiva in qualche maniera a giustificare anche la sua presenza di psicoanalista all'interno di un servizio del genere. Perché, in realtà poi, quelle che sono le linee guida... e questo la dice lunga anche su certi pregiudizi e preconcetti su come anche le linee guida a volte funzionano... Ora, pensare che all'interno di un servizio di alcologia debba esistere una figura professionale selezionata, e mi riferisco al caso che tutti sappiamo, che nei centri di alcologia lo psicoterapeuta previsto, deve essere preferibilmente di matrice cognitivo-comportamentale, questo è risaputo, su qualsiasi libro di psicologia leggerete questa cosa... Ora, voi capite bene, con una storia come quella del comandante, come non pensare ad approcci anche di altro tipo. In realtà quello che con lei spesso...

Dott.ssa Salierno: se non altro hai una visione del mondo interno di questa persona...

Dott. Digiacomantonio: ...quello che spesso ci trovavamo a documentare con lei era proprio questo. Nel senso: sì, tener conto dell'approccio cognitivo-comportamentale che comunque è fondamentale, ma mai dimenticare di alcuni elementi, magari anche lontani da quel tipo di approccio, che però, a proposito di integrazione, diventano fondamentali nel momento in cui si accoglie una persona.

Dott.ssa Salierno: All'interno del servizio c'era anche una collega cognitivista, con la quale ho collaborato e devo dire che abbiamo trovato, anche se con difficoltà, un buon modo di lavorare, condividendo delle cose e altre no. Ci siamo organizzate, alcune cose le facevo io, altre le faceva lei. Entrerò più nel merito successivamente. Però, ecco... quello che sostanzialmente vogliamo dire è che quando le persone si affacciavano al nostro centro, erano persone con tutta la loro complessità e quindi l'alcolismo veniva veramente in secondo piano. È stato veramente stimolante. Qui io faccio un accenno solo al fatto che anche l'alcolismo può essere visto, ma non solo l'alcolismo, diciamo quella persona lì... No, perché si pensa sempre allo psicoanalista come quello che si siede sulla poltrona, si mette la pipa in bocca e qualsiasi cosa succede nel mondo quello rimane là, fisso, fermo

e interpreta. Io non credo che esista più, o almeno speriamo non esista più, una psicoanalisi così. Quello che ha in mente lo psicoanalista è il funzionamento del mondo interno di quella persona, o almeno cerca di tenerlo nella mente e di capire come funziona quella persona. Era comunque sempre bella l'integrazione tra me e Vittorio, perché lui aveva bisogno di una diagnosi prettamente psichiatrica e io, nella mia mente, cercavo di tenere presente invece il funzionamento di quella persona, il suo funzionamento psichico. Insieme quindi cercavamo di discuterne e di portare poi questo pensiero nostro all'interno dell'equipe, cercavamo di condividere quello che era il nostro pensiero condiviso rispetto a quella persona lì. Qui faccio un accenno al fatto quasi scontato che nell'alcolismo ci sia una fissazione allo stadio orale. Ma perché faccio questo riferimento qui!? Perché si tocca proprio con mano quanto il paziente alcolista abbia bisogno, come un lattante, del latte continuo della mamma. Anche al gruppo, io ovviamente tenevo un gruppo e facevo anche psicoterapie individuali, era evidente, erano persone assolutamente diverse tra loro, al centro di alcologia afferivano veramente persone di tutti i ceti sociali, di tutte le età, ovviamente non adolescenti, solo adulti, e l'elemento comune era questa grande oralità. Quindi un bisogno che loro portavano continuamente, concreto, all'interno del gruppo e all'interno della psicoterapia.

Il nostro centro, poi entrerà più nel merito Vittorio, era così organizzato: c'era la fase di disintossicazione, che era fondamentale, a proposito di integrazione. Nel momento in cui un paziente alcolista arriva al centro, ovviamente è impregnato d'alcol, non è possibile che faccia una psicoterapia, non ha proprio gli strumenti per poterlo fare, si deve prima disintossicare. Quindi lo psicoterapeuta lo conosce, però la prima fase è quella della disintossicazione. La seconda è quella del recupero e poi c'è quella del mantenimento. Detto così sembra semplice. In realtà, la disintossicazione per alcuni è semplice, per altri è complessissima. Ci sono mille ricadute, da parte dello psicoterapeuta è frustrante all'ennesima potenza e soprattutto, tra il recupero e il mantenimento, c'è tutto un lavoro che soprattutto fa il terapeuta e l'equipe, affinché quella persona riesca piano piano a stabilizzarsi. Stabilizzarsi vuol dire che comunque sono previste ricadute, comunque le ricadute ci sono, per alcuni sono più gravi, per altri meno e solo in pochissimi riescono a mantenersi senza ricadere. Quando si dice che: "Chi è alcolista è alcolista per sempre." è perché chi ha un bisogno orale forse lo avrà per sempre. Quando c'è una ferita nelle prime fasi della vita, forse quella ferita rimarrà per sempre. Quello che si può fare è un tentativo... Ci sono analisi che riescono, e quando riescono, forse rimettono un po' le toppe su quella ferita. Ci sono anche analisi che non riescono. Però diciamo che, fondamentalmente, l'alcolista per questo rimane alcolista per sempre. Quello che si può sperare è che riesca a recuperare e a fare leva su quelle risorse che, speriamo, attraverso l'intervento

della psicoterapia, di recuperare, affinché quel paziente ne possa fare tesoro e le possa utilizzare poi nel corso della propria vita.

Parlo di consultazione nell'alcolismo perché... ovviamente, arriva il paziente... Cosa facciamo? Noi dobbiamo attrezzarci, organizzarci. Noi dicevamo sempre che non avevamo un programma uguale per tutti e in questo eravamo particolari. Ovviamente le persone si differenziano tra loro, quindi cercavamo di organizzare un intervento a seconda delle esigenze di quella persona. La fase di consultazione era la fase fondamentale, quella in cui facevamo la diagnosi a cui facevo riferimento prima. Che tipo di persona è? Che tipo di complessità porta? Non solo diagnosi psichiatrica ma, come dicevo prima, proprio il funzionamento psichico. Ovviamente l'obiettivo è quello di arrivare all'astensione dalle sostanze e alla costruzione della compliance, cioè la costruzione della fiducia che quella persona può dare al centro, al terapeuta, allo psichiatra, in modo che possa adattarsi e adeguarsi a quel tipo di cura, non solo farmacologica, ma anche terapeutica.

Il lavoro più grande che si fa con i pazienti alcolisti è la motivazione alla cura. La maggior parte delle persone che arrivano al centro di alcologia, non è motivata. Sono i parenti che li portano. Quello non ci pensa proprio a curarsi, arriva dicendo: "Vabbè, mi hanno portato qui ma io non sono alcolista.". Questa è la prima cosa... Come un tossicodipendente dice di non essere tossicodipendente, l'alcolista dice: "Vabbè, ma in fondo basta smettere". Non si rende conto che non è possibile smettere tout court, è già entrato in una fase di dipendenza.

Il craving, Vittorio poi lo spiegherà meglio, è quella particolare cosa che porta quelle persone a bere continuamente e a cercare continuamente l'alcol. Si fa una differenziazione fra il craving fisico, più direttamente legato ad un discorso organico, quindi il bisogno che l'alcolista ha dell'alcol perché altrimenti sta male, va in astinenza ed è molto molto pericoloso, a differenza dell'eroina, a differenza della cocaina, l'astinenza da alcol può portare alla morte, quindi diciamo che l'occhio soprattutto...

Dott. Digiacomantonio: Avete capito bene quello che ha detto? E' esattamente così! L'astinenza da alcol è un'entità clinica... forse la più sottovalutata delle entità cliniche e una delle più gravi. Non fatevi ingannare. Per chi, come noi, è cresciuto con l'idea della tossicodipendenza, o del tossicodipendente, come in "Cristiana F. – Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino", non so quanti di voi hanno avuto modo di affrontare quel film, ma lo stereotipo del tossicodipendente era quello. Su quel libro, in quel film, è rappresentato il centro... Il focus di quel tipo di situazione era la crisi astinenziale. La crisi di astinenza aveva un impatto, anche visivo, notevolissimo. Immaginate quanto forte fosse quel tipo di impatto visivo... ecco sappiate che, in termini di pericolosità per l'individuo, l'astinenza da eroina è nulla rispetto all'astinenza da alcol. Per la serie: "Cura rota, anche quella a secco", come dicono i tossicodipendenti. Si sta male in una maniera indescrivibile, è

un'esperienza che non si dimentica per il resto della vita, ma non si muore, per gli effetti clinici dell'astinenza. In una stanza imbottita, dove non c'è possibilità che lui, se non facendo qualche manovra auto lesiva sull'osso del collo, possa mettere a rischio la sua vita. Nel caso di astinenza da alcol, il rischio di vita è quasi la regola. Al di là delle complicità comportamentali, ovviamente legate alla ricerca della sostanza, sappiate che in crisi astinenziale le persone sono capaci di bersi veramente qualsiasi cosa. Qualsiasi cosa significa: boccette di profumo, aceto... Noi eravamo costretti a far sparire in continuazione i disinfettanti, con cui si disinfettavano le pazienti, perché essendo a base alcolica, in più di un'occasione li abbiamo trovati attaccati alla boccia del disinfettante. Quindi capite bene quanto è forte il bisogno, il craving, in quel momento, quanto loro sono veramente disposti a qualsiasi cosa. Oltre a questo, il grado estremo dell'astinenza da alcol, il cosiddetto delirium tremens, è caratterizzato dal 20% di mortalità. Processi degenerativi molto complessi, che hanno il culmine nella cosiddetta raddomiolisi. Ma comunque, ci sono una serie di processi patologici estremamente gravi, che mettono a serio rischio la vita delle persone, che ovviamente hanno i gradi più estremi... Non tutti, fortunatamente, vanno incontro al delirium tremens, ma comunque è un'evenienza piuttosto probabile nel caso degli alcolisti...

Dott.ssa Salierno: Per dirvi, a noi sono arrivati tantissimi pazienti in delirium tremens, alcuni più gravi, altri meno gravi, in piena allucinazione. Le allucinazioni da alcol e da astinenza sono terribili: le persone vedono le famose formiche che invadono il corpo...

Dott. Digiacomantonio: Le cosiddette microzoopsie. Sono delle allucinazioni di piccoli animali che, in genere dalla stanza, tendono ad aggredire la persona, la quale, in un'esperienza vissuta come assolutamente reale, si vede assalita da questi animali. Essendo un'esperienza estremamente reale, ovviamente, mettono in atto tutta una serie di comportamenti, in linea con quell'esperienza vissuta. Io racconto spesso che, agli inizi degli anni '90, ho lavorato al pronto soccorso dell'Umberto I e in un'occasione, mi sono ritrovato a mettere qualcosa come cinquecento punti di sutura, ad una persona che, in delirium tremens, si era messa, di santa pazienza, con un coltellino, a levarsi gli insetti di dosso. Aveva cominciato dalla punta dei piedi fino ad arrivare alla punta dei capelli. Era completamente flagellato. Quindi capite bene che, parlare di astinenza da alcol e quindi di craving fisico, è qualcosa di estremamente significativo, dal punto di vista degli esiti, soprattutto.

Dott.ssa Salierno: Il problema più grosso è che le persone affette da alcolismo questo non lo sanno, non hanno proprio l'idea, lo sguardo delle persone...

Dott. Digiacomantonio: Perché questa cosa non è... Io non so quanti di voi hanno mai sentito dire quello che vi ho appena raccontato rispetto all'astinenza, per esempio.

Dott.ssa Salierno: Questa è una cosa che non si dice, non viene mai detta, io credo di non averla mai trovata sui libri di psicologia...

Dott. Digiacomantonio: Già il fatto che esiste un'astinenza da alcol, già a volte questo, rappresenta un grande mistero.

Dott.ssa Salierno: Quando noi dicevamo a quelle persone: "Guarda che tu rischi questo", quello ci guardava ridendo, assolutamente sottovalutando questi aspetti.

Studente1: *Proprio a proposito di questo che state dicendo, effettivamente, io personalmente non lo sapevo proprio. Che si morisse per astinenza da alcol, no! Tutte le malattie implicate... come la cirrosi epatica o qualsiasi altra...*

Dott. Digiacomantonio: Certo...

Studente1: *...si! Perché si sanno...però questa cosa, no! E soprattutto, ho pensato: "Perché in realtà, queste cose non si sanno dal momento che l'alcolismo è oggettivamente una problematica socialmente conosciuta... e da tempo". Ho pensato anche che, in realtà, è più facile che una persona che desideri alcol riesca a procurarselo con tranquillità, perché una birra la può trovare ovunque, rispetto ad una persona che invece deve comprarsi la cocaina, piuttosto che l'eroina. E quindi ho pensato che la spiegazione, per cui è più difficile vedere una cosa del genere possa essere: perché l'alcol ha un accesso liberissimo, rispetto invece a delle droghe, che uno deve andarsi a procurare in determinati punti, deve avere i soldi.*

Dott.ssa Salierno: Hai ragione..

Dott. Digiacomantonio: Sai qual è uno dei luoghi dove si verificano più frequentemente delle crisi di astinenza da alcol, anche molto gravi?

Studente1: *No, non lo so...*

Dott. Digiacomantonio: Prova a dire una cosa che non immagneresti mai...

Studente1: *In una città?*

Dott. Digiacomantonio: No, proprio il luogo, il luogo fisico, in quale posto. Come la posta, in banca, al supermercato... Vi rispondo io: l'ospedale. Ci si ricovera per una frattura, nel reparto di ortopedia, ci mettono una gamba per aria. Io, fino a cinque minuti prima, mi sono bevuto cinque litri di vino al giorno. Il vino, fino a prova contraria, negli ospedali non è previsto nel vitto. Il paziente non lo sa, a proposito dell'aspetto psicoeducativo, il paziente non ha assolutamente cognizione di questo rischio. Dopo cinque, sei, sette ore questo comincia ad avere strani comportamenti. Se all'interno del reparto non ci sono medici sensibilizzati all'argomento, perché poi, in anamnesi questa è una domanda che non si fa mai,

nei reparti di medicina generale, in questi già un po' sì, ma negli altri reparti, che so, nel reparto di ortopedia, piuttosto che di dermatologia, piuttosto che di otorinolaringoiatria, non si va a chiedere se quella persona ha un problema di alcol. Quindi quello, dopo poche ore dal ricovero, inizia i suoi primi sintomi, subdolamente. Inizia a tremare, poi pian piano i sintomi crescono e a un certo punto, quando il quadro prende il via e diventa di fatto inarrestabile, se non addirittura ricorrendo in casi estremi... Io facevo sempre vedere che nell'armadio dei nostri farmaci a disposizione c'era anche la busta del "Tavernello", perché in alcuni gradi estremi dell'astinenza da alcol non c'è farmaco in grado di consentire una remissione di quel quadro clinico così grave, e quindi, si è costretti a dare l'alcol. Quando tutte le benzodiazepine del caso, quando tutti i valium del caso, sono stati dati al paziente, inutilmente, e quello continua a stare male e a rischiare la vita, alla fine, gli si dà un bicchiere di vino e la cosa passa. Giustamente, quello che diceva lei, l'alcol è una sostanza facilmente reperibile. Probabilmente questo giustifica il fatto che... Questi sono pazienti che in astinenza non ci vanno quasi mai, perché avendo così facilmente a disposizione la sostanza, di fatto, manca tutta quella fase intermedia di approvvigionamento della sostanza, che spesso poi, è la causa dell'astinenza dell'eroinomane, piuttosto che di altre dipendenze. E' una giusta sottolineatura quella che ha fatto lei.

Studente1: *Ma scusi, nell'anamnesi, spesso non vengono fatte domande di questo genere, ma una persona con un problema d'alcol risponde sinceramente?*

Dott.ssa Salierno: Ma una persona non lo sa di essere alcolista, di avere un problema d'alcol.

Dott. Digiacomantonio: Esattamente. a) Non risponde sinceramente; b) non è consapevole degli effetti che questa cosa può determinare, perché, ripeto, l'astinenza è una realtà clinica che, il paziente per primo non conosce, a meno che non c'è passato...

Dott.ssa Salierno: Ci sono persone che quotidianamente bevono tre o quattro litri, pensando che lo fanno tutti, qual è il problema!? Non sanno di aver sviluppato una dipendenza, perché lo fanno quotidianamente, fino a quando non succede qualcosa. Ma erano problemi di fronte ai quali noi ci imbattevamo quotidianamente, di persone che, per motivazioni "x", per esempio vengono ricoverati, oppure stanno nel Burundi e quindi non hanno a loro disposizione l'alcol, vanno in astinenza, senza rendersi conto di quello che sta accadendo e quindi automaticamente anche il delirium tremens, oppure crisi varie...

Dott. Digiacomantonio: Ci sono molte persone che per esempio... Una delle modalità di autosospensione dal focus è la presunzione da parte dell'individuo di dire: "Smetto quando voglio, domani smetto". Qualcuno, ahimè, ci riesce sul serio. Qualcuno riesce veramente a fermarsi, a mettere un punto e non bere.

Chiaramente quelli sono i primi che finiscono in gravi condizioni astinenziali, assolutamente senza alcuna, minima, lontana consapevolezza. Tra l'altro è un'esperienza, il cui stato di coscienza è profondamente alterato, quindi tu sei costretto a raccontarglielo, perché vivono una sorta di condizione oniroide e quindi queste persone, quando si sono riprese... Della serie: "Ma che m'è successo?". Quindi non c'è neanche la possibilità proprio, legata a processi mnemonici, di fissare determinate esperienze passate. In questo senso l'approccio, in questo caso, psicoeducativo, è fondamentale, l'approccio motivazionale, sono approcci assolutamente determinanti, che fanno davvero la differenza. Non puoi prescindere da quello, perché sono persone con le quali non hai margini di...

Studente2: *Scusi, quando lei ha fatto la domanda, io ho pensato al carcere invece...*

Dott. Digiacomantonio: Anche, brava. Anche il carcere. Però in carcere sai che succede? In carcere c'è la tendenza a tenerli buoni, per cui qualsiasi paziente che ha il minimo... Siccome uno dei sintomi iniziali dell'astinenza è l'agitazione e l'irrequietezza, queste persone vengono puntualmente portate in infermeria, e novanta volte su cento, gli vengono date dosi da cavallo di benzodiazepine...

Dott.ssa Salierno: Ma questa qui è l'inesperienza.

Dott. Digiacomantonio: ...no, ma lì è... a volte inconsapevolmente! La persona viene portata perché comunque ha un sintomo astinenziale, appunto ansia, piuttosto che agitazione agli stati larvali. Viene portata in infermeria e il medico dell'infermeria, per non sapere né leggere né scrivere, comunque lo seda. E come vengono sedati? Nel modo migliore rispetto al processo astinenziale, perché gli danno delle benzodiazepine, che è la cura dell'astinenza da alcol. Benzodiazepine e valium, per intenderci, che è in assoluto il presidio terapeutico principale nel trattamento dell'astinenza.

Dott.ssa Salierno: Una delle cose che dicevamo ai pazienti in entrata, era proprio: "Non farti l'astinenza da solo". Ovviamente informandolo, però era proprio il diktat: "Fattela qui perché possiamo fornirti tutti gli strumenti per farlo". Ma la maggior parte delle persone, ripeto, il 99% delle persone non sa cosa vuol dire "astinenza da alcol". Gli stessi operatori... io stessa le ho dovute studiare queste cose, ovviamente dopo la laurea. Non le sapevo, non le conoscevo...

Studente3: *Scusi, però lei ha detto che i pazienti non venivano ricoverati per lunghi periodi...*

Dott. Digiacomantonio: C'era un primo soccorso, che era una breve osservazione. Quindi con la possibilità di tenere, sulla base di motivazioni cliniche, avevamo dei posti letto, di tenere le persone ferme là fino alla risoluzione

del quadro clinico. Un po' come al pronto soccorso. Comunque in attesa della definizione di un progetto terapeutico strutturato, il paziente veniva tenuto a letto e trattato...

Studente3: *Ma, proprio per il fatto che lei dice: “Non affrontare da solo un momento di crisi astinenziale”.*

Dott.ssa Salierno: Esatto. Non tutti i pazienti venivano ricoverati in primo soccorso, la maggior parte magari non ne aveva bisogno. La maggior parte delle persone veniva portata, o dai parenti, o venivano loro, ma questo era più raro, cioè che venissero loro, di loro spontanea volontà. Quindi la fase del primo soccorso era breve, ma il trattamento comunque è lungo. Abbiamo seguito pazienti anche per anni...

Dott. Digiacomantonio: In ambulatorio.

Dott.ssa Salierno: ...in ambulatorio, non nel primo soccorso, ovviamente. Perché altrimenti, nemmeno la psicoterapia si può fare. Non si può pensare ad una psicoterapia volante in un mese. Quella persona ha bisogno di un sostegno terapeutico anche di anni.

Studente3: *Io chiedevo semplicemente per il fatto che comunque non si può avere un controllo ventiquattr'ore su ventiquattro sulla persona a quel punto, non avendo una fase di ricovero...*

Dott.ssa Salierno: No, però veniva in day hospital. Forse non siamo stati chiari noi. L'ambulatorio era sempre in day hospital. Le persone venivano, facevano le loro flebo, quindi coperte dalle flebo, potevano tranquillamente tornare a casa.

Dott. Digiacomantonio: Perché almeno quella componente veniva in qualche modo compensata.

Dott.ssa Salierno: Veniva compensato appunto quello che era il craving fisico. Quello che subentra la maggior parte delle volte, che poi la maggior parte delle volte porta alla ricaduta, è proprio quello psicologico. Cioè una sorta di nostalgia che quella persona ha nel non avere più quel “ciuccio”, quel “biberon”, a portata di mano. Non ce la fanno per questo. Magari coperti dal punto di vista fisico, perché coperti dalle flebo, dalle benzodiazepine e dai vari farmaci, non ce la fanno proprio dal punto di vista psicologico.

Come dicevamo, le persone quando arrivano, non sono consapevoli, non sono motivate. In questo senso eravamo noi, in qualche modo, ad avvicinare l'istituzione a loro, cercando di metterli nella condizione di farsi curare. Vi assicuro che questo era il passaggio più complesso, quello in cui dovevamo portare quelle persone a quel grado di consapevolezza per cui alla fine accettavano di farsi curare. Che cosa ha consentito di poter fare questo?

L'approccio che noi abbiamo utilizzato in questi anni è l'approccio multidisciplinare, questo è necessario per alcune patologie, non si può prescindere da questo, continuo, specifico e integrato. Multidisciplinare perché vedeva coinvolte varie figure, ognuna con il suo ruolo: psichiatri, altri medici specialisti, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali e infermieri. Anche l'assistente sociale aveva un compito molto importante, perché la maggior parte di queste persone sono molto disagiate dal punto di vista economico e sociale. È un intervento che si fa ad ampio raggio. Se fai la psicoterapia ad una persona, che però non ha nessun tipo di entrata e magari è disoccupata da due anni, questa esce, e ogni volta che esce, si ritrova di fronte all'angoscia relativa al fatto che non sa come sopravvivere e quindi la prima cosa che fa è bere. Molto spesso ricorrevamo all'assistente sociale per aiutarci anche in questo senso. Le persone in qualche modo venivano aiutate, veniva fornito un alloggio, un lavoro quando diceva bene, calcolate che la realtà viterbese è più semplice di quella romana. L'altra cosa importante che ci ha riguardato era la possibilità di fornire un aiuto continuo, ventiquattr'ore su ventiquattro, sette giorni su sette, scartato il primo soccorso negli orari notturni e durante le festività, quindi la persona si sentiva coperta da ogni punto di vista.

L'ambulatorio, come dicevamo, era diviso in primo soccorso, anche con la possibilità di fare degli interventi domiciliari, a me è capitato di fare degli interventi domiciliari ed è stata anche quella un'esperienza importante, laddove quella persona non riusciva proprio a venire al centro, prendevamo la macchina e andavamo in casa; poi c'era la parte della degenza; e soprattutto del lavoro d'equipe. Devo dire una cosa, un po' l'ha accennata Vittorio prima, a proposito del contenitore contenuto di Bion: il nostro centro è stato particolare perché c'è una particolare amicizia tra me e Vittorio, amicizia... non fatevi idee strane, è una pura amicizia, una grande affinità dal punto di vista professionale, una grande stima, e questo ha consentito un po' di fare da mamma e papà in quel centro; l'altra cosa importante è che gli infermieri erano amici tra loro, quindi avevano delle cose in comune, anche la loro vita privata la dividevano...

Dott. Digiacomantonio: Scusa, una cosa importante rispetto a come si è strutturato il gruppo. Quando quel famoso Maggio del 2008 mi fu detto "Vabbè, il 1° Giugno si parte!", ovviamente, serviva il reclutamento di tutto il resto del personale, oltre che del responsabile, piuttosto che di uno psicologo. Quindi servivano: altri psicologi, altri infermieri, medici. C'era tutto quanto il personale da dimensionare. E per quanto riguardava gli infermieri, che erano un gruppo più numeroso, fu fatto un sondaggio all'interno della struttura, una struttura che ha circa settanta – ottanta infermieri in servizio, costantemente. A tutti gli ottanta infermieri fu chiesto se erano disposti a trasferirsi dal loro reparto, non so dall'OTIS, piuttosto che dal reparto di psichiatria, piuttosto che dal RSA, in questo nascente reparto che si sarebbe occupato di alcol. Risposte positive: una!

Soltanto una persona prese in considerazione la proposta. Sapevano che il contratto rimaneva quello, lo stipendio rimaneva quello. Cioè non c'era nessun tipo di diminuzione, dal punto di vista della loro presenza economica e assistenziale all'interno della struttura. Continuavano a fare gli infermieri e continuavano a prendere lo stesso stipendio, semplicemente anziché qua, la stanza di fronte. Risposte positive: una! A quel punto, tutto il resto del gruppo degli infermieri fu reclutato fra i giovani usciti dalle scuole di laurea in scienze Infermieristiche.

Dott.ssa Salierno: E quindi tutti entusiasti e motivati.

Dott. Digiacomantonio: Quindi il gruppo era da formare e da sensibilizzare, soprattutto rispetto a questo tipo di patologia che, evidentemente, tutti quanti gli altri settantanove colleghi degli altri reparti, forse vedevano in maniera un po' più caratterizzata da pregiudizio e stigma. Questo è un aspetto fondamentale perché poi, quando un'equipe...

Dott.ssa Salierno: Quindi questi infermieri molto giovani vedevano me e Vittorio come... mamma e papà!

Dott. Digiacomantonio: Ma poi soprattutto si sono formati con grande entusiasmo e il fatto che comunque tra di loro e tra di noi tutti quanti, ci fosse questo tipo di... Guardate che io non so se a voi è mai capitato, a me è capitato, ahimè, di entrare in un reparto ospedaliero e avere la percezione di un'equipe che non funziona.

Dott.ssa Salierno: E sì, eh!

Dott. Digiacomantonio: E' una cosa drammatica! E' veramente l'antitesi di qualsiasi processo terapeutico. Anche la cura di un brufolo infetto ne viene condizionata negativamente. Immaginatevi patologie così complesse come può essere la dipendenza.

Dott.ssa Salierno: Quindi, a proposito di gruppo, il 50% della cura era dovuto proprio a questo. Cioè al fatto che le persone, nel momento in cui entravano in quel posto, rimanevano quasi disorientate dal tipo di accoglienza che noi riuscivamo a dare. Riuscivamo a dare perché come gruppo di lavoro andavamo bene, ci trovavamo bene, le nostre riunioni funzionavano. Come direbbe Bion, non eravamo un gruppo in "assunto di base", eravamo un gruppo di lavoro. E in più con questa particolare connotazione, per cui veramente fornivamo un contenitore importante per queste persone. Nel momento in cui queste persone venivano, sentivano di potersi affidare. Superata la prima fase, quasi si mettevano nelle nostre mani, tra le nostre braccia, diciamola così in senso proprio materno. Questo è importante dirlo! Anche l'ubicazione del posto, cioè il fatto che fosse un appartamento grande ma non troppo e soprattutto differenziato dal resto della

Psichiatria. Quindi, il paziente alcolista veniva sì in clinica psichiatrica, ma non veniva proprio dentro la clinica psichiatrica ma veniva al reparto “alcolologia”. Quindi già questo ci facilitava. In più l’ambiente era colorato, con bei quadri scelti da noi e il fatto che noi fossimo comunque un gruppo funzionante metteva loro nella condizione di farsi curare.

Dott. Digiacomantonio: Lo dico con un giro di parole: l’importanza di dare importanza a questo tipo di pazienti. Generalmente questi son pazienti reietti. Sono pazienti che in pronto soccorso vengono, nella migliore delle ipotesi, abbandonati su qualche lettiga chiusi in qualche stanza e con i quali sicuramente non si parla. Quindi sono pazienti poco abituati ad avere delle attenzioni degne di tal nome, ad avere proprio un rispetto della loro dignità. D’altra parte, il modo in cui questa tipologia di pazienti si pone, è un modo che sicuramente, si espone al rischio di confrontarsi con gente che poi mette delle distanze. Sì, comunque si tratta di gente che, nella migliore delle ipotesi è imbestialita, nella migliore delle ipotesi il futuro lo pensa a distanza di cinquanta metri, quindi che ha tutta una serie di caratteristiche che tendono a indurre nell’altro una distanza. E quindi in questo senso anche il lavoro di equipe e il lavoro di confronto, di supervisione, è finalizzato ad aiutare le persone a superare in qualche maniera questo tipo di resistenze, che sono resistenze naturali, nessuno di noi va verso un cattivo odore. Bisogna insegnare in qualche modo ad andare vero il cattivo odore, ad andare verso la persona che ha un comportamento francamente inaccettabile, per noi in quel momento. È tutto un processo che richiede un addestramento, non ci si improvvisa, non si nasce infermieri, piuttosto che psicologi, piuttosto che terapisti della riabilitazione di alcolologia, da un giorno all’altro. Non a caso, qui al Policlinico c’è il centro di alcolologia di Mauro Ceccanti, che è il punto di riferimento della Regione Lazio per quanto riguarda l’alcol. In quella struttura, Ceccanti fa formazione, continuamente. Fa master, corsi di specializzazione per operatori. Fa formazione. Lui batte molto sull’importanza della formazione, perché ripeto, per questo tipo di patologie ci si forma.

Dott.ssa Salierno: Per quanto riguarda il lavoro di equipe: c’erano le tecniche della riabilitazione psichiatrica che, insieme con la collega psicologa che veniva da una formazione cognitivista, portavano avanti il gruppo psicoeducativo, che era un gruppo molto importante, era un gruppo informativo per i pazienti. I pazienti facevano più cose contemporaneamente. Facevano la psicoterapia di gruppo, facevano la terapia individuale. Poi assieme alla psicoterapia di gruppo, facevano il gruppo psicoeducativo, come previsto dal programma. Poi abbiamo fatto anche gruppi di cinema e training autogeno. All’interno del gruppo cinema, sempre le tecniche della riabilitazione psichiatrica con questa collega cognitivista, ci facevano vedere dei film, dove ovviamente il tema principale era l’alcol e, finito il film, si faceva un gruppo di discussione, anche quello molto importante. Il training autogeno era anche quello importante, perché il senso era quello di

abituare queste persone a prendere contatto con le proprie sensazioni, prima di passare all'atto, cioè prima di prendere la bottiglia e ubriacarsi. Per quanto riguarda la psicoterapia di gruppo noi abbiamo fatto delle scelte specifiche. Il gruppo era aperto. Aperto vuol dire che le persone potevano afferire durante tutto l'anno. Quindi c'erano persone in entrata e persone in uscita. Un piccolo gruppo, massimo otto persone. Ma di fatto è stato sempre molto difficile mantenersi con gli otto partecipanti, siamo arrivati anche a dodici – tredici partecipanti perché era necessario così. Perché lavorare in un'istituzione vuol dire anche questo. Cioè vuol dire fare il possibile per cercare di mettere tutte le persone nella possibilità di curarsi. E quindi quando troviamo un'utenza enorme, anche questi gruppi sono enormi. Quasi ingestibili, perché dodici – tredici persone sembrano una massa più che un gruppo.

Abbiamo fatto un'altra scelta. Noi non davamo, come con gli alcolisti anonimi, il diktat: "Lì arrivi solo se non bevi". Questa è stata una scelta che ho fatto io. Specifica. Ogni volta mi ritrovavo a chiedermi se fosse quella giusta. Io ancora una risposta non c'è l'ho. Comunque la cosa importante era che quella persona fosse libera di venire e dire "Ho bevuto tot", "Mi dispiace, ho bevuto tot", anche di fronte al gruppo. Mentre con gli alcolisti anonimi queste cose sono molto più rigide e anche in altri tipi di gruppo, in questo senso era un gruppo più aperto, più flessibile. L'unica cosa, ma quella era la reazione spontanea da parte del gruppo, nel momento in cui qualcuno, ed è capitato vi assicuro, si presentava veramente in condizioni indecenti, ovvero ubriaco o veniva per sfasciare tutto, ovviamente era il gruppo stesso che rigettava quella parte, cacciandolo letteralmente via. Queste cose sono accadute e io mi sono sempre chiesta se ho fatto la scelta migliore. Ma, del resto, io penso che nel momento in cui noi andiamo a curare una persona noi lavoriamo con tutto quello che presenta, anche con i sintomi. E' come dire a un'anoressica: "No, tu vieni solo se mangi". Non ha senso. Certo, se quell'anoressica mangiasse, avrebbe maggiori strumenti anche a livello organico, biologico e metabolico. Avrebbe maggiori strumenti per acquisire maggiore possibilità di fare psicoterapia, però non si può dire ad un'anoressica: "No, vieni solo se mangi". Perché altrimenti che ci stiamo a fare? E così gli alcolisti. Non possiamo dire agli alcolisti: "Allora, tu vieni solo se non bevi". Perché tanto, puntualmente, il problema dell'alcolista è la ricaduta. Quello che succedeva era che veniva al gruppo raccontando le ricadute. E quello che sicuramente succedeva era che piano piano queste ricadute andavano scemando. Ogni elemento del gruppo faceva molto leva sull'altro elemento che riusciva a non ricadere, riusciva a non bere. Questo senza che ci fosse un diktat preciso da parte del terapeuta.

Che vuol dire "gruppo terapeutico analiticamente orientato"? Analiticamente orientato, ripeto, non c'è la macchinetta dello psicoanalista che sta lì in silenzio e che da l'interpretazione arrivato a un momento "x". No, non è questo il compito del terapeuta, in quel caso. Ma semplicemente avere una cornice in cui mettere

dei contenuti. Avere un occhio più aperto al mondo interno, al funzionamento del mondo interno, e al funzionamento appunto del gruppo.

Questo tipo di patologia ha la sua origine in fasi molto precoci dello sviluppo. E' conseguente alla mancanza o la perdita di un'adeguata holding che ha implicato una particolare difficoltà nei processi di separazione-individuazione. Cosa avviene. Partendo da questo presupposto, chiaramente avendolo dentro, a proposito di pensiero analitico, il gruppo fornisce un holding, fornisce un contenitore importante per queste persone che hanno avuto questo tipo di deficit. Ed è incredibile quanto funzioni il gruppo per queste persone. Poi dobbiamo sempre pensare a quanto, come diceva anche Vittorio, sia importante che quel gruppo stia all'interno di un gruppo istituzione anch'esso funzionante. Perché, se quel gruppo terapeutico viene fatto in un'istituzione in cui tutti si odiano e si lanciano i coltelli, come nella maggioranza dei casi, soprattutto in psichiatria è così, anche quel gruppo stenta a organizzarsi, stenta a funzionare, stenta a lavorare.

Quali sono le funzioni del gruppo. Ve le dico ma non è esattamente questo il mio compito. La professoressa Marinelli sicuramente sarà dieci volte più brava di me a farvi capire, più dal punto di vista teorico, quello che succede. Però, molto concretamente, quello che si vede è che nel gruppo avviene subito una fusione, quando funziona ovviamente. Devo dire, senza falsa modestia, che i nostri gruppi funzionavano. C'era la possibilità di attualizzare simbolicamente la fase della simbiosi con l'oggetto primario, quello appunto che era stata deficitario. Il gruppo ha questa funzione quasi sostitutiva di quella fusionalità che è stata fallimentare a livello primario e quindi lo riproponiamo cercando in qualche modo di riattualizzarlo simbolicamente, e di farlo funzionare soprattutto. Ci sono tante cose che in un gruppo di alcolisti sono importanti e funzionano. Il gruppo definisce il leader, questo in generale. Nel gruppo degli alcolisti quello che è interessante è che il leader designato è quello che riesce a non bere. Quindi quello che viene visto dagli altri come qualcosa verso cui arrivare, a cui aspirare. Quello che succede quotidianamente è che ci si siede e comincia a parlare, o comunque il gruppo fa parlare, quello che da più tempo non beve. A differenza degli alcolisti anonimi, che hanno il rituale di dire "Io sono x e non bevo da y". In modo automatico, nel gruppo analitico, è proprio il gruppo che chiede, alla persona che non beve da più tempo, di parlare. Come a eleggerlo leader, Re del gruppo. Ovviamente lo sapete le persone si rispecchiano nel disagio dell'altro, si confrontano, si fanno forza l'uno con l'altro e questo nel gruppo ha una potenza incredibile. Non è solo un problema organizzativo. Non viene utilizzato un gruppo solo perché così si assemblano più pazienti possibile, ma c'è proprio una funzione molto importante che il gruppo ha. C'è l'ha anche la psicoterapia individuale, ma in questi contesti funziona molto di più il gruppo. Come anche con il discorso dei

disturbi del comportamento alimentare. Il gruppo ha sempre una funzione importante.

Per non annoiarvi, la chiuderei qua. Non entrerei più nel merito dei fattori terapeutici del discorso prettamente teorico. Quello che ci interessava mostrare era proprio un'esperienza pratica, soprattutto, ripeto, alla luce del fatto che, purtroppo, durante un corso di studio in psicologia, certe cose non si possono raggiungere, non si possono capire, perché non c'è la possibilità di esperirle. Ecco, tutto qua.

Dott. Digiacomantonio: La cosa grave è che in medicina non fa testo. Di questa materia, in facoltà di medicina, non si parla se non sotto forma di complicanze mediche alcol-relate, appunto di cirrosi come di cefalee. Quindi, studi la cirrosi, non studi l'alcol. L'alcol te lo trovi in psichiatria, ma in maniera talmente marginale, da trovare poi spiegazione a quella che è l'attuale organizzazione nella gestione dell'alcol e delle dipendenze, nel servizio sanitario nazionale. In questo siamo limitati. Abbiamo pensato bene negli anni settanta, di tenere accuratamente separate le patologie psichiatriche dagli abusi e dalle dipendenze. Come se non condividessero lo stesso organo, tra l'altro. Come se si volesse farne una questione meramente biologica. Infatti proprio questo è successo. Noi viviamo questa dicotomia organizzativa, che poi ha delle ripercussioni. Sì, è vero, ci si dice che in un sistema di integrazione istituzionale che funziona bene, SERT e CSM si parlano regolarmente, collaborano regolarmente, delineano piani terapeutici condivisi. Sappiamo tutti quanto la comunicazione è uno di quegli elementi terapeutici di cui ci piace tanto parlare ma è uno di quelli più difficili da raggiungere, soprattutto in ambito psichiatrico. Far sì che due psichiatri si trovino d'accordo non è proprio semplicissimo, per motivi strutturali alla persona in genere, piuttosto che culturali. Di fatto noi viviamo una separazione netta, che fa sì che, se in pronto soccorso arriva una persona con problemi comportamentali alcol-relati, semplicemente è ubriaco e sta spaccando tutto, ne più ne meno di uno schizofrenico catatonico in fase di agitazione psicomotoria. Son due persone che spaccano tutto! Uno dei due ha una diagnosi psichiatrica riconosciuta, l'altro ha un forte odore di alcol! Per entrambi viene richiesta dal medico di pronto soccorso la consulenza dello psichiatra dell'SPDC. L'SPDC per intenderci è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Il posto all'interno dell'ospedale deputato al ricovero di pazienti acuti. Peraltro è l'unico posto dove è possibile realizzare trattamenti coatti, perché l'Italia ha la più meravigliosa legge sulla sanità mentale al mondo. Straordinaria! Basaglia era un uomo di un'intelligenza assolutamente superiore, forse troppo superiore rispetto ai mezzi a disposizione in Italia. In pronto soccorso è prevista la richiesta del consulente psichiatra. Lo psichiatra dall'SPDC arriva e, nel caso dello schizofrenico in agitazione psicomotoria il ricovero è immediato. Mentre nel caso dell'agitazione psicomotoria di un alcolista in fase di intossicazione, il ricovero

non si verifica praticamente quasi mai, in SPDC. Cioè non lo si porta in quello che è un ambito che, dal punto di vista organizzativo, è stato pensato per quelli che hanno scritto sulla maglietta “Sono un paziente psichiatrico”. Questo purtroppo è dovuto ai principali problemi con i quali si confronta il fenomeno alcol, tra l’altro, sottovalutando drammaticamente ciò che l’alcol invece significa e qui mi aggancio a ciò che andrò a dire in termini di impatto psicopatologico. L’alcol è una sostanza che ha un fortissimo impatto sul nostro cervello, al pari della cocaina. La potenzialità di provocare danni neurologici e psichiatrici, da parte dell’alcol e da parte della cocaina, è spaventosa. Tornando al discorso dell’eroina, tanto per sfatare un altro mito tristemente noto, l’eroina è una sostanza che ha determinato catastrofi dal punto di vista medico, dal punto di vista sociale e da ogni altro punto di vista. L’eroina è una sostanza che manderebbe in pensione tutti noi psichiatri, cioè una sostanza che non fa lavorare gli psichiatri. Così accadeva all’epoca. Questo perché è una sostanza che non ha un’azione particolarmente lesiva in riferimento a complicazioni di tipo psicopatologico. Voi tutti, probabilmente, avrete sentito parlare dei SERT come dei distributori automatici di metadone. Quando si sente parlare dei SERT, si associa il SERT al metadone, in maniera molto generalizzante e anche ingiusta nei confronti dei colleghi dei SERT che non si divertono a fare i pusher di metadone. Perché nei SERT si continua a dare il metadone? Il metadone viene dato, per molti anni a molti pazienti e per molti anni allo stesso paziente, non soltanto per contenere una condizione astinenziale, che per definizione a un certo punto si estingue. Il metadone viene somministrato secondo quelle che sono le modalità classiche, a scalare o a mantenimento, si struttura un piano terapeutico di dismissione del metadone e il paziente viene tirato fuori dall’astinenza. Questa è la funzione anti-astinenziale del metadone. In realtà, uno dei principali motivi per cui nei SERT non si riesce a staccare i pazienti dal metadone, è che appena ci si azzarda a toccare il metadone, questi si scompensano. Ma si scompensano dal punto di vista psichiatrico, vanno fuori di testa! Perché il metadone, e gli oppiacei in genere, hanno una potentissima azione stabilizzante sul sistema nervoso centrale. Sono dei potentissimi stabilizzatori dell’umore. Lo fa l’eroina, chiaramente, lo fa il metadone. Chi si fa di eroina, ovviamente, va incontro a una serie di tragedie, anche mediche. Ma attenzione, le tragedie di natura medica, sono tragedie di tipo infettivologico, di tipo chirurgico, di tipo traumatologico, quindi legate agli effetti indiretti, o secondari, della sostanza, non all’effetto primario, contrariamente a quanto fa l’alcol rispetto al fegato e a tutti i distretti del nostro organismo. L’alcol è una sostanza tossica, nel senso che mettendolo a contatto con una qualsiasi cellula del nostro organismo, che sia una cellula ossea, del sistema nervoso centrale, del fegato, del pancreas o di qualsiasi altro organo del corpo, danneggia quella cellula. La danneggia al punto tale che noi siamo geneticamente predisposti per contrastare l’alcol. Nel nostro DNA c’è una zona in cui è codificata una proteina, un enzima, che si chiama alcol deidrogenasi, che è l’enzima

deputato al metabolismo, allo smaltimento, da parte dell'organismo, dell'alcol. A conferma appunto della tossicità, noi siamo geneticamente predisposti per combattere l'alcol. L'alcol è una sostanza tossica in questo senso, l'eroina no! L'eroina, il metadone e gli oppiacei in genere, se li si mette a contatto con una cellula, la cellula non è che va incontro a danni. Il neurone, se gli si mette un po' di alcol sopra, va incontro all'apoptosi cioè si rinseccolisce e muore. La stessa cosa non succede con l'oppio, il neurone non viene danneggiato dall'oppio. Questo è il motivo per cui, esperienza sul terreno da parte dei colleghi del SERT, questi, nonostante vengano tacciati per essere dei pusher di metadone, si trovano spesso costretti a non poter rinunciare al metadone per moltissimi anni, a volte anche per pigrizia. Adesso non è che tutti i colleghi sono dei santi, però, nella stragrande maggioranza dei casi, il principale motivo di questa lunga durata delle terapie metadoniche, sta negli effetti protettivi dal punto di vista psichiatrico, nell'ottica di quella che è una delle teorie dell'utilizzo delle sostanze nella dipendenza che è quella della cosiddetta autoterapia. Cioè in questo disegno la persona fa un incontro magico con la sostanza, trova nella sostanza tutte quelle risposte che gli servivano e quindi non se ne stacca più. La sostanza cura le conseguenze psicopatologiche, infatti se viene levata questi scompensano. Negli anni settanta, anni in cui la diffusione dell'eroina era veramente endemica... io sono cresciuto a Primavalle e su trentacinque compagni che eravamo in prima media credo di averne visti morire, di eroina, una decina, alle medie eh! Ragazzi bruciati e strabruciati di quattordici o quindici anni... era veramente una piaga sociale drammatica. Son partito con Primavalle, un ritorno alle origini... Rispetto all'effetto protettivo, in tutte queste persone che curavano una patologia, o un disagio, la cura di questo disagio si traduceva poi in una protezione rispetto a determinate emergenze di complicazioni di carattere psichiatrico. Questo non succede oggi. Oggi si assiste a un cambiamento. Il 1° Dicembre del 1981 è stata fatta la prima diagnosi in Europa di HIV. L'arrivo dell'HIV segna una rivoluzione culturale nel mondo delle tossicodipendenze e nel mondo delle dipendenze in genere. Una rivoluzione culturale ovviamente cavalcata dai gestori del traffico internazionale. Stiamo parlando di persone di intelligenza superiore, che hanno fatto delle droghe una forma di ricchezza. Sono persone molto attente e in grado soprattutto di capire e di avere una capacità di lettura degli eventi e delle conseguenze nel futuro di quegli eventi, assolutamente straordinaria, stanno sempre un passo avanti. Quindi hanno immediatamente capito il rischio, ciò che poi avrebbe comportato l'arrivo dell'HIV. L'arrivo dell'HIV e la sua diffusione determina storicamente la crisi dell'eroina. Cioè l'eroina entra in crisi con l'avvento dell'HIV. Non che l'eroina non esista più ma rispetto all'endemia di quegli anni, degli anni settanta e ottanta, ovviamente il fenomeno si è molto attenuato. Ancora oggi, tra le cose che faccio sono consulente psichiatra di una comunità di tossicodipendenti a Viterbo, il CEIS , e parlando con gli operatori della comunità, loro stessi mi raccontano come fino a vent'anni fa si andava a

contare i ragazzi in comunità, rispetto all'eroina, come dire "Ce l'ha, ce l'ha, ce l'ha, ce l'ha, ce l'ha", oggi la popolazione della comunità del CEIS, a distanza di vent'anni, è estremamente più eterogenea di quanto accadeva fino a... c'era un'omologazione molto maggiore, in comunità c'erano gli eroinomani fondamentalmente, oggi in comunità, oggi, che io provengo da lì, nelle tre strutture, quindi su un totale di circa cinquanta ragazzi, su cinquanta ragazzi, di persone con problemi primari di eroina ce ne saranno cinque, forse, forse neanche ci arrivano, in genere sono all'interno di condizioni di poliabuso. Però l'eroinomane, quello...

Dott.ssa Salierno: Quello di una volta!

Dott. Digiacomantonio: Quello di una volta, di fatto ormai è veramente come... Nelle comunità e soprattutto nelle fiorenti, ahimè drasticamente, comunità per doppia diagnosi, si trovano sempre più spesso persone affette da abuso-dipendenza da alcol, da abuso-dipendenza da cocaina e sostanze anfetaminosimili. Perché, contrariamente a quanto detto prima rispetto all'eroina, invece queste no. La cocaina... la cocaina poi non ne parliamo, la cocaina è una sostanza che a noi psichiatri, ci farà ricchi fin quando continuerà ad essere utilizzata come in questi anni. Il mercato sembra tutt'altro che recedere, tutti quanti gli indicatori vanno verso un incremento dell'abuso di cocaina. Noi psichiatri continueremo a proliferare e ad arricchirci. Ovviamente io sto ironizzando, ma vi garantisco che la cocaina è veramente una sostanza potentissima dal punto di vista psicotico, nulla a anche vedere con tantissime altre sostanze. Una sostanza in grado di provocare patologie psichiatriche di ogni tipo, dai disturbi dell'umore di tipo bipolare ai disturbi psicotici. Se qualcuno conosce come funziona la cocaina, riesce anche a individuare nel suo meccanismo, nella sua modalità di manifestarsi, la spiegazione a determinate patologie, vedi appunto la psicosi paranoidea, piuttosto che il disturbo bipolare. In ogni caso, chiunque utilizza cocaina abitua, tra l'altro, a proposito di disturbi bipolari, abitua il cervello a funzionare come se stesse continuando ad assumere cocaina. Mi spiego meglio. Cosa fa la cocaina sul nostro cervello. Stimola la produzione e la neurotrasmissione dopaminergica. Individua la dopamina, soprattutto in determinate zone del cervello e ne stimola la neurotrasmissione. Questo tipo di funzionamento in cosa consiste esattamente. Consiste in una dismissione da parte dei neuroni di grandi quantità di vescicolette sinaptiche contenenti dopamina. Il neurone si scarica di dopamina e la passa al neurone successivo. Quindi il neurone si impoverisce di dopamina. Questo determina due effetti. Nella fase di dismissione della dopamina determina una condizione eccitativa, il cosiddetto "up" da cocaina. L'eccitamento da cocaina è legato al fatto che la dopamina fa il suo lavoro. La dopamina è il neurotrasmettitore dell'attivazione, della creatività, ma anche del delirio e delle allucinazioni. Insomma, è un gran simpaticone la dopamina, è il neurotrasmettitore del piacere.

Chiaramente, a seconda delle due funzioni, diventa in realtà motivo di tutt'altro tipo di piacere. Determina un "up" e poi, per un meccanismo compensatorio, un "down". Il cosiddetto "crash" da cocaina altro non è che una condizione di scarico da parte dei neuroni, in attesa di rifare il carico di dopamina, cioè si devono rimpinzare, devono riprodurre nuovamente dopamina perché ne hanno consumata troppa. Grande consumo: "up". Fine delle scorte di dopamina: "down". Il cervello di fatto funziona in maniera bipolare: il comportamento di queste persone è caratterizzato da fasi di esaltazione e fasi di depressione. Nulla di strano, chiunque conosca come funziona la cocaina sa che la cocaina espone a questi effetti di alti e bassi. Il problema è che questi alti e bassi continuano anche dopo la sospensione della cocaina, per cui, gran parte delle persone che hanno avuto un abuso importante di cocaina, nel corso del tempo sviluppano anche un disturbo dell'umore caratterizzato da una condizione, per certi versi, ciclotimica, un'alternanza continua di fasi di eccitamento a fasi di depressione. Questo per dire appunto l'aggressività...

Nel frattempo io sto by-passando completamente la...

Dott.ssa Salierno: No, hai fatto bene. Non è un caso che siamo arrivati a parlare di tutto questo perché il paziente alcolista, come dicevo prima, non è solo alcolista. Il paziente alcolista è quello che assume cocaina, è quello che assume eroina, è quello che può essere diagnosticato in doppia diagnosi, tripla diagnosi, quadrupla diagnosi...

Dott. Digiacomantonio: Qualcuno sa cos'è la doppia diagnosi? Tecnicamente in che consiste la doppia diagnosi?

Studente4: *Una diagnosi in asse uno, asse due più la diagnosi di tossicodipendenza, cioè di abuso di sostanze.*

Dott. Digiacomantonio: Esattamente. Oggi è un termine inflazionatissimo, si parla tanto di doppia diagnosi.

Dott.ssa Salierno: E' importante tenere presente tutte queste cose perché, ripeto, bisogna saperle nel momento in cui si approccia un paziente così. Questo è il senso, no?

Dott. Digiacomantonio: Sì! Tenendo conto di quelle che possono essere le possibili implicazioni di questo cambiamento sociale. Perché poi parlare di rivoluzione nel mondo del... insomma tutti noi sappiamo che... credo che le sostanze di abuso identificate siano arrivate a qualcosa come settemila, se non sbaglio, identificate, il che significa che ce ne sono almeno tre volte tanto non ancora individuate. E questo ha creato tutta una serie di complicazioni, ahimè, molto spesso di natura psicopatologica. Quindi i danni di questa sostanze... L'alcol, considerate che negli ultimi venticinque anni il consumo di alcol si è

ridotto di un terzo. E con la riduzione di un terzo del consumo di alcol, anche tutte le patologie mediche alcol-correlate hanno subito un decremento. Quindi il fenomeno alcol, da un punto di vista strettamente medico, oggi è in una fase sicuramente di miglior controllo. Il problema è che nel frattempo si stanno verificando delle altre strane cose. Stanno drammaticamente aumentando in cosiddetti comportamenti a rischio, che sono espressione della potenzialità psicoplastica di determinate sostanze tra cui l'alcol, la cocaina e tutte quante le sostanze anfetaminosimili. Tra l'altro, aspetto da non sottovalutare è che, molto spesso, alcool e cocaina vanno insieme. L'utilizzo contemporaneo crea un pericolo ancora peggiore dal punto di vista psichiatrico, perché metabolicamente alcool e cocaina a livello epatico determinano la produzione di una sostanza di sintesi che si chiama cocaetilene, potentissima in termini lesivi rispetto al sistema nervoso centrale. L'utilizzo che viene fatto dell'alcol e della cocaina è un utilizzo molto ampio, che va dal potenziamento degli effetti della cocaina, allo spegnimento degli effetti sgradevoli. Ciò che sta succedendo è un po' questo: il confronto con sostanze psicotrope dal potere sempre più forte. L'alcol c'era anche prima, ma cos'è che rende l'alcol pericoloso? Paradossalmente, è il consumo occasionale. Nel senso che il consumo occasionale non consente una conoscenza degli effetti della sostanza. L'alcolista, cioè colui affetto dalla dipendenza da alcol, che ha un rapporto con la sostanza che data quindici – vent'anni, sembra assurdo dirlo, ma ha un livello di consapevolezza, relativa ovviamente, rispetto ai suoi effetti ed ha anche un ruolo sociale particolare che lo rende per certi versi inoffensivo, che invece altre condizioni non hanno. Posso farvi vedere un'immagine, un disegno, quello di Corbelli... L'alcol è la prima causa di morte nella fascia di età compresa tra i quindici e i ventinove anni, ovviamente non per la cirrosi epatica. Lascio a voi immaginare come fa l'alcol ad essere in una categoria di persone in cui è quasi impossibile fare diagnosi di dipendenza da alcol. A me spessissimo capita di parlare nelle scuole. Se tu vai in una scuola superiore, su cinquecento ragazzi in un'aula magna, tu la diagnosi di dipendenza da alcol la riuscirai a fare su un paio di persone, forse. Su una decina di persone forse fai la diagnosi di abuso di alcol. Su tutti gli altri... Una volta noi avevamo un nostro direttore sanitario che era uno straordinario vignettista, nonché il più famoso pediatra di Viterbo e in un'occasione... siccome vedete, con questa mia circostanzialità a volte rischio di perdermi, chiesi a lui un qualcosa che fermasse un po' i miei pensieri attraverso un'espressione figurata: "Fammi un vignetta che immediatamente dia l'idea di tutto quel po' po' di parole di cui inonderò i miei fratelli".



Dott.ssa Salierno: Era una situazione particolare perché stavamo facendo degli incontri, una cosa importante di prevenzione coi ragazzi del liceo.

Dott. Digiacomantonio: E lui, si mise là, e per sintetizzare cosa volevo dire, produsse questa vignetta che era esattamente la fotografia di quello che è stato il cambio generazionale a cui si è assistito rispetto all'alcol. Da così a così è, di fatto. Io fatico anche a commentare perché è una vignetta talmente chiara... Qual è la differenza terapeutica di queste due categorie di persone, secondo voi?

Studente2: Beh, il primo era più socialmente identificabile.

Dott. Digiacomantonio: Brava, esattamente. Ed è quello che più facilmente arriva dal medico.

Studente2: Era immaginabile proprio...

Dott. Digiacomantonio: Era immaginabile, ma comunque quello, di riffa o di raffa, in qualche modo ci arriva. Quegli altri? Ci arrivano dal medico quelli? E chi li vede! Ma quando li vedi! Però, l'alcol è la prima causa di mortalità nella fascia di età tra i quindici e i ventinove anni. Quindi vuol dire che è l'effetto psicotropo di questa sostanza, sono i comportamenti che la sostanza determina, in un utilizzo che non è più necessariamente cronico ma anche, se non soprattutto, occasionale.

Perché poi, l'utilizzo cronico alla fine ti fa diventare in quella maniera là, ti fa venire il naso grosso, a patata, tutti rossi sul viso, le teleangectasie, il pancione gonfio, i tremori, insomma ti rende in qualche maniera, come giustamente diceva lei, identificabile, e quegli altri poverini no. Questo è il grosso problema oggi dell'alcol. Parlare di alcolismo inteso come dipendenza è veramente retrò e soprattutto non consente la comprensione di quella che è in realtà la portata del fenomeno. Perché altrimenti diventa semplicemente un atteggiamento... Anche nell'approccio ai ragazzi, tu non puoi andare... cioè, l'approccio proibizionista, così tout court, "tanto per"... Noi sappiamo quanto quel tipo di modalità proibizionista, ma intesa come rimozione dell'idea dell'alcol, e quindi spesso anche fisicamente dell'alcol, sia importante, ma è culturalmente che l'approccio proibizionista... cioè, se vai in una scuola, vai in un liceo, hai a che fare con ragazzi tra i quattordici e i diciott'anni e pretendi che mettendogli paura rispetto agli effetti dell'alcol quelli, così d'incanto, vengono folgorati rispetto alla pericolosità della sostanza. Non funziona così.

Dott.ssa Salierno: Quando ci hanno chiesto di fare degli incontri di prevenzione coi ragazzi dei licei, è stato difficilissimo perché appunto sapevamo questa cosa. Non puoi presentarti, "Tu, psicologo x" di fronte a un uditorio di ragazzini di quindici e sedici anni e dire: "Guarda, bere fa male."

Dott. Digiacomantonio: "L'alcol fa male."

Dott.ssa Salierno: Quello se la ride: "Ahh è arrivata... lo sapevamo, mbeh e allora?". È così, è stato veramente difficile per noi coinvolgerli. Ci siamo inventati l'impossibile, dei giochi di gruppo, role playing, veramente è stato...

Dott. Digiacomantonio: Altrimenti guarda, attraverso quel tipo di modalità è anche possibile far passare delle informazioni che comunque sono informazioni molto spesso assolutamente sconosciute. Spiegare in un contesto del genere, non in un contesto proibizionista, che l'organismo, quel famoso enzima di cui sopra, l'alcol deidrogenasi, non lo produce prima dei quattordici anni, che fino a vent'anni i livelli di alcol deidrogenasi aumentano progressivamente, quindi un bambino è molto più esposto agli effetti tossici dell'alcol, soprattutto quelli neurologici, rispetto a un adulto; un ragazzo è altrettanto esposto; nelle donne l'enzima è meno rappresentato, è geneticamente presente in una minor quantità, ed è il motivo per cui le donne hanno un rapporto con l'alcol, di maggior sensibilità rispetto all'uomo, è un aspetto biologico. Se tu riesci a far passare questo tipo di informazioni attraverso un tipo di comunicazione altra, e non che metta l'alcol sul banco degli imputati dicendo: "Ok ragazzi, da domani zero alcol"... Cioè, di fronte a fenomeni come la necknomination, tu cosa pretendi, come pensi di poter interagire su quella realtà. Sapete cos'è la necknomination, sì? E' un altro dei tanti fenomeni...

Studente2: *Ci sono dei siti internet dove si nominano gli amici per fare una seduta alcolica...*

Dott. Digiacomantonio: Quello è un fenomeno molto presente. Un ragazzotto inglese, un bontempone inglese, tra l'altro giocatore dei Barbarians, squadra di rugby anche piuttosto importante d'Inghilterra, Ross Saxon si chiama questo ragazzo, oggi pentito, qualche anno fa ha avuto questa brillante idea di lanciare questa sfida. Questo fenomeno sta già producendo delle situazioni drammatiche con morti in maniera... Il fatto è che se ne parla poco. Poco fa parlavo proprio di questo tipo di fenomeni. Perché poi che succede. Quando viene lanciata la sfida, cioè la sfida significa, tanto per essere chiari, "Chi non beve un bicchiere di rum, con un topo morto dentro, peste lo colga". La sfida viene lanciata, viene postata, e trova sistematicamente persone che poi si bevono il rum col topo morto dentro. Sto citando cose vere, eh! La storia del rum col topo morto è vera, è una delle cose che fanno, piuttosto che attraversare un fiume ghiacciato a Gennaio in Irlanda, nudo, ubriaco. Questo è uno dei casi degli ultimi decessi che è avvenuto perché poi questo ragazzo c'è rimasto. La fenomenologia di questo tipo di utilizzo ovviamente è profondamente diversa, ci sono le necknominations, ci sono tante altre cose, i botellon, l'alcolpop. Sarebbe stato bello parlarne in modo più... però basta ve lo risparmio, però ci sarebbero state tante altre cose soprattutto rispetto a...

Studente2: *No, professore vorrei solo sapere l'alcolpop perché questo non...*

Dott. Digiacomantonio: Eh?

Studente2: *L'alcolpop.*

Dott. Digiacomantonio: *L'alcolpop è un'ingegnosa trovata di...*

Dott. Manciocchi: *Un ex-rugbista, ah, ah.*

Dott. Digiacomantonio: Un'ex-rugbista. Sono stati degli imprenditori del settore alcolico americano, in California in particolare. E' una sorta di modalità per mimetizzare la presenza dell'alcol all'interno delle bevande e per favorire in tal modo l'approccio delle fasce di età più basse. Sono delle bevande con delle confezioni molto accattivanti: colorate, con dei fumetti. La bevanda spesso è molto colorata, profumata, con sapori a base di frutta. Insomma sono bevande molto appetibili, che contengono alcol. Laddove l'alcol di fatto è praticamente impossibile da percepire. Quindi il quattordicenne che beve alcol e che magari bevendolo attraverso un altro tipo di bevanda, vino, tanto per citarne una, non lo trova particolarmente gradevole, entra in contatto con la sostanza attraverso queste bevande decisamente più appetibili. In California ci sono molti giovani che stanno morendo per questo motivo e se andate su internet e digitate "alcolpop" vi

escono fuori anche le bottigline... le confezioni con cui vengono vendute. Questa è una trovata proprio da mascalzoni.

Studente2: *Ma io, non so se succedeva solo quando... La prima volta che sono andata in una discoteca, a quattordici anni, davano alcol ai minorenni. Cosa che invece adesso penso sia cambiata. Nelle discoteche, non in tutte, però in molte, cercano di... magari neanche li fanno entrare. Invece mi ricordo che prima... Davano quei secchielli per metterci dentro le bottiglie e tenerle in freddo e li riempivano di long drink. I long drink sono una bevanda alcolica e una non alcolica, vodka-lemon per esempio. Cinque litri così proprio, poi le cannuccie per una persona sola e c'era un'offerta speciale magari. Anche a persone che avevano la mia età. Forse perché sono cresciuta e quindi ho cominciato a frequentare locali con solo persone della mia età e allora invece erano discoteche dove andavano solo persone di quattordici anni, ma ho visto che questa cosa è un po' cambiata.*

Studente5: *Questa cosa è cambiata nei locali, per la tutela del locale, perché ci son stati incidenti molto gravi...*

Studente2: *Infatti...*

Studente5: *...soprattutto a Roma , pure non molto tempo fa... e chiudono il locali se c'è un morto minorenne la dentro. Quindi...*

Dott. Digiacomantonio: *Si, ma il problema...*

Studente5: *...poi c'è fuori il problema...*

Dott. Digiacomantonio: *...non è che si risolve chiudendo il locale. Uno degli altri fenomeni moderni di cui vi avrei parlato è il cosiddetto botellon, letteralmente bottigliata. Non so se sapete, sono delle riunioni di migliaia di persone che, solo in Italia negli ultimi episodi, a Pescara, a Milano, hanno fatto qualcosa come cinquemila partecipanti, in cui, tra l'altro ha anche tutta una valenza di protesta sociale da un certo punto di vista, in cui questo enorme gruppo di persone si riunisce con l'unico obietto di bere. Non bere qualcosa di casuale, ma bere cose di poco costo. In genere si arriva con queste macchine in questi punti in cui si danno appuntamento, ma si danno appuntamento non nei... a Pescara lungomare, a Milano parco Forlanini, cioè non zone sperdute in periferia. Si riuniscono, arrivano scaricando dalle macchine bevande alcoliche acquistate presso discount, quindi al minor costo possibile, e bevono. Non fanno altro. L'elemento di aggregazione sociale, è l'alcol. Non è lo sport, piuttosto che la politica, piuttosto che la religione, la musica, è l'alcol. Si beve. Ci si incontra, si beve, si scioglie la riunione e ognuno se ne va per conto suo. Diciamo che l'alcol è assolutamente in grado di adattarsi alle esigenze della fase storica che si*

attraversa, è una sostanza molto plastica da questo punto di vista. E poi il fatto che sia di facile reperibilità...

Dott. Manciocchi: *Nel vostro centro quindi è più facile che vi siano persone del primo tipo?*

Dott.ssa Salierno: No, ci sono persone del secondo tipo che alla fine piano piano si sfasciavano...

Dott. Digiacomantonio: A noi arrivano tutt'e due...

Dott.ssa Salierno: Sì, però, alla fine...

Dott. Digiacomantonio: ...sì, però, il secondo tipo di età superiore ai vent'anni.

Dott.ssa Salierno: Beh, certo sì, quello che comincia a diciott'anni...

Dott. Digiacomantonio: Quello che drammaticamente sottolineavo prima, è che quelli lì tu non li becchi mai, i ragazzi di quindici anni...

Dott.ssa Salierno: Uno che comincia a diciott'anni arriva da noi a trent'anni... ed è massacrato.