

Ad maiora

Raffaele Lovaste

La gravità nella patologia da dipendenza

Definizione

La gravità nella patologia da dipendenza è una caratteristica attribuita ad una situazione clinica da un'equipe multidisciplinare a seguito della conoscenza progressiva del paziente e del contesto ambientale.

La valutazione multidisciplinare disegna la fotografia data dell'equilibrio dinamico tra fattori favorevoli e protettivi ad una certa data.

La gravità è una caratteristica che varia nel tempo.

La gravità è correlata ad una previsione di prognosi e di esito della malattia da dipendenza.

La gravità è correlata:

- al decorso della malattia da dipendenza;
- al rapporto con la sostanza/e o comportamenti che sostengono la dipendenza;
- alla intensità e qualità della sofferenza presentata dal paziente;
- alla possibile minaccia per l'integrità della sua persona compreso il pericolo di morte;
- al grado di compromissione socio relazionale (familiare, lavorativo, abitativo, ecc.) che la malattia da dipendenza provoca;
- alla possibilità o meno di attivare risorse personali favorevoli la stabilizzazione del sintomo o il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza;
- alla possibilità o meno di attivare risorse familiari/amicali o di rete favorevoli la stabilizzazione del sintomo e il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza.

La valutazione di gravità complessiva comprende quindi elementi che non sono esclusivi del rapporto con le sostanze e che non sono solo di tipo sanitario quindi è possibile affermare che la gravità osservata è influenzata dal terreno culturale, neurobiologico, psicologico e socio relazionale in cui si sviluppa la patologia da dipendenza.

I fattori che compromettono l'alleanza terapeutica e che influiscono negativamente sulla trattabilità sono quelli che, in definitiva, determinano maggiormente la gravità complessiva della situazione clinica in oggetto.

La gravità della patologia da dipendenza va distinta dalle complicanze: queste ultime, infatti, rendono più articolato e complesso il trattamento e possono anche determinare esiti peggiori o infastiti, ma non rendono più grave in sé la malattia da dipendenza.

Le complicanze influenzano la gravità della situazione quando compromettono la possibilità di un trattamento.

La gravità, essendo il prodotto di una progressiva valutazione diagnostica multidisciplinare, va storicizzata in quanto cambia a seconda delle informazioni reperite, degli strumenti attivati e delle possibilità operative di cura.

La gravità inoltre è influenzata dai parametri di giudizio di "normalità" e di "tollerabilità" interiorizzati da chi valuta, quindi è un concetto relativo.

La relatività della gravità dipende anche da:

- omissione o manipolazione delle informazioni che vengono fornite al valutatore;

- scrupolo del valutatore nella raccolta, nel confronto e nella integrazione delle informazioni che ottiene;
- competenza e capacità del valutatore nel raccogliere e comprendere gli elementi significativi.

In definitiva la valutazione di gravità dipende dalla "cultura" e dalle informazioni di cui dispone il valutatore.

Cosa si deve necessariamente indagare per una valutazione di gravità

1. L'oggetto della dipendenza: la/e sostanze o i comportamenti che sostengono la sintomatologia della dipendenza.
2. La dinamica della dipendenza: la modalità di insorgenza, la durata, la velocità di sviluppo, il grado di coinvolgimento con la/e sostanze o con il comportamento dipendente correlato alla particolare dipendenza.
3. Struttura psichica: la strutturazione della personalità in grado di influenzare i comportamenti dipendenti.
4. La situazione di salute: antecedente, conseguente o concomitante il comportamento dipendente: patologie infettive, interistiche, psichiatriche, ecc.
5. La situazione sociale: famiglia, convivenza, situazione economica, condizioni di vita, ecc.
6. La situazione giuridica: pendenze penali, possibilità di delinquere ecc.
7. La situazione affettiva e relazionale: possibilità di supporto familiare, amicale ecc.

La fase di motivazione al cambiamento del paziente non è necessariamente un elemento di gravità.

La motivazione, infatti, non è una caratteristica solo del paziente ma è una caratteristica della relazione terapeuta-ambiente-paziente: è modificabile attraverso specifici interventi tecnici, e il paziente può essere accompagnato attivamente nel suo progresso motivazionale.

Condizioni motivazionali sfavorevoli (precontemplazione, contemplazione) sono solo la condizione di partenza che richiede specifici interventi tecnici, ma non indicano di per sé una condizione "più grave".

È solo un paziente più difficile da trattare.

Da ricordare anche che la motivazione al cambiamento non è generale, cioè non riguarda allo stesso modo tutte le problematiche che interessano il paziente ad esempio, il paziente può essere disponibile al cambiamento per l'uso di eroina ma non per l'uso di cannabis o di alcool.

1. L'oggetto della dipendenza: il grado di vicinanza culturale / accettazione della sostanza o del comportamento nel contesto socio-culturale di appartenenza influenza sia il paziente sia il valutatore sulla gravità da assegnare alla situazione clinica complessiva. Il tipo di sostanza non necessariamente è correlata alla gravità della dipendenza tuttavia si deve considerare che:

- l'alcol è una sostanza particolarmente tossica e pericolosa dal punto di vista biologico;
- l'eroina e la cocaina sono sostanze particolarmente disadattative per lo status che hanno assunto nella cultura generale;
- LSD e altri allucinogeni, anche se non determinano una vera dipendenza, quando utilizzati in modo continuativo, possono determinare effetti stabili, continuativi o discontinui, simil psicotici;
- i cannabinoidi sono generalmente percepiti come "normalizzati".

2. La dinamica della dipendenza: età e durata della patologia da dipendenza vanno correlate tra loro:

- l'età definisce una ipotetica posizione sociale (adolescente, adulto, anziano) in cui teoricamente si trova il paziente;
- la durata della patologia fornisce informazioni sull'età di esordio (e quindi sulla condizione neuro-psicosociale del paziente al momento del suo imprinting tossico manico, sulla durata del legame che il paziente ha stretto con la/e sostanze o sul comportamento).

Logicamente, sono fattori aggravanti il quadro clinico:

- la precocità dell'esordio, in particolare prima dei 20/25 anni (SNC non ancora maturo);
- la continuità dell'assunzione di sostanza o del comportamento senza intervalli liberi;
- la non richiesta di aiuto o la persistenza del comportamento nonostante gli interventi terapeutici;
- la lunga durata dell'assunzione di sostanza o del comportamento;
- la pervasività del comportamento tossicomane nei diversi ambiti di vita.

3. Gli effetti psichici: l'assenza di fattori protettivi "sani" da sostenere e da utilizzare come elementi protettivi di un comportamento dipendente rappresentano evidenti elementi di gravità. Particolare importanza va data alle caratteristiche della relazione terapeuta-paziente in particolare, va verificata l'accettazione della relazione contrattuale e il riconoscimento del terapeuta.

4. La situazione di salute: tutte le patologie associate complicano il quadro clinico complessivo, richiedendo l'organizzazione di interventi più articolati e coordinati anche tra Servizi diversi, tuttavia un vero aumento della gravità è determinato essenzialmente dagli aspetti psicopatologici/relazionali che, in modo diretto, rendono più difficile la relazione terapeutica con il paziente. Tutti i disturbi di personalità e in particolare, per la loro frequenza nei pazienti dipendenti, quelli del cluster B del DSM (borderline, antisociale, narcisistico e istrionico) e il funzionamento mentale perverso (concetto psicodinamico, non ripreso nel DSM) costituiscono seri impedimenti al trattamento, tali da determinare un aumento di gravità.

5. La situazione sociale: la condizione della famiglia di origine (conviventi/separati) e il rapporto instaurato con i componenti della famiglia possono influire pesantemente sulla gravità. Normalmente genitori separati e conflittuali, o genitori accudenti e anaffettivi sono fattori di gravità.

La convivenza con soggetti anch'essi dipendenti da sostanze può costituire un ulteriore fattore aggravante del quadro clinico. Altro elemento di gravità è nella cultura familiare: quando è strutturata in senso antisociale (ad esempio il misurare il valore della persona solo dal denaro e ritenere che qualsiasi mezzo sia lecito per procurarselo), rende non fruibile dal paziente buona parte dell'intervento terapeutico, in quanto sempre fondato su presupposti valoriali (legalità, onestà, tutela della vita) anche quando non è giudicante.

La cultura della famiglia, quindi, può costituire un fattore di gravità.

Una situazione economica precaria o insufficiente per il sostentamento minimo è sicuramente un elemento di gravità come una condizione di emarginazione sociale e relazionale.

Uno stile di vita strutturato attorno alla necessità di procurarsi denaro per mantenere il comportamento dipendente, soprattutto se porta a comportamenti antisociali (spaccio, prostituzione, truffe e reati contro il patrimonio) è un fattore di gravità del quadro clinico. Tali modalità di procurarsi denaro radicalizzano la dipendenza del paziente, facendogli perdere contatto con la "normalità" e assorbire come "naturale" modalità patologiche di vita.

Nel caso di una strutturazione egosintonica, il paziente si opporrà agli sforzi terapeutici che mettono in discussione il suo stile di vita. Nel caso di una strutturazione egodistonica, il paziente interiorizza una immagine di sé svalutata e disprezzata, compromettendo l'autostima necessaria per potersi progettare diversamente.

6. La situazione giuridica: in linea di massima può essere espressione di una maggiore gravità, in quanto la malattia da dipendenza ha introdotto il paziente nel circuito penale anche se gli effetti di una restrizione carceraria possono anche essere positivi per lo sviluppo di una relazione terapeutica per cui nella distanza ridurre la gravità della situazione clinica.

7. La situazione affettiva: se il rapporto emotivo-affettivo tra il paziente e un eventuale partner di riferimento anch'esso dipendente è molto intenso, se si ha di fronte un legame simbiotico, agito sia in modo amoroso-fusionale sia in modo aggressivo-conflittuale, la regressione psicologica del paziente rende il quadro di dipendenza più radicale e più maligno. Non si tratta in questa situazione di una complicazione, ma di un vero e proprio elemento di gravità significativo.

Bibliografia

- Bonazzi G. (2000), *Storia del pensiero organizzativo*, FrancoAngeli.
- Borgonovi E. (1973), *L'economia aziendale negli Istituti pubblici territoriali*, Giuffrè.
- Bortignon E., Frati P., Tacchini R. (1990), *Medici e Manager*, Edizione Medico Scientifica.
- Brenna A. (1999), *Manuale di Economia Sanitaria*, CIS Editore.
- Caccia C., Longo F. (1995), *L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico*.
- Cartocci A., Fabbro M. (1992), "Complessità organizzativa e sviluppo manageriale", *Sviluppo e Organizzazione*, n. 131.
- Ciatto S. (1996), *Screening in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cochrane A.L. (1999), *Efficacia ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- EMCDDA (2000), *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users*, EMCDDA, dicembre.
- Focarile F. (1998), *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore.
- Froman B. (1998), *Il manuale della qualità*, FrancoAngeli.
- Galbraith J. (1997), *Organization design*, Addison-Wesley, Reading.
- Grilli R., Penna A., Liberati A. (1995), *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Hroniec S.M. (1995), *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*, FrancoAngeli.
- Mintzberg H. (1985), *Le strutture organizzative*, Il Mulino.
- Nonis M., Braga M., Guzzanti E. (1998), *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- ONU (2000), *World Drug report 2000*, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, Economia & Management.
- Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (1999), *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore.