

3.6

MODULARE GLI APPROCCI TERAPEUTICI COMUNITARI TRA REMISSIONE E RECOVERY. STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO SU UNA POPOLAZIONE FEMMINILE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (AUD)

Bruno L., Angelini O., Califano M., Fontanella T.
Comunità Incontro - Amelia (TR) - Italy

Riportiamo in questo lavoro uno studio osservazionale prospettico su un gruppo di ospiti di sesso femminile della Comunità Incontro con diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Alcol (AUD), finalizzato ad ipotesi di lavoro circa la modulazione dei percorsi terapeutici tra remissione sintomatologica ed elementi del paradigma di personal recovery.

Background

L'esponenziale incremento dei pattern problematici di assunzione di alcolici e la relativa elevazione della frequenza di conclamate condizioni cliniche di AUD, ha portato con sé il ridursi delle differenze percentuali tra uomini e donne a favore di queste ultime. La comparsa di problematiche specifiche nel genere femminile, rimasto storicamente in ombra, a sua volta ha dato impulso ad approfondite indagini sui possibili meccanismi caratterizzanti nella popolazione femminile l'inizio, lo sviluppo e il mantenimento dell'AUD. Elementi peculiari e costanti in evidenza, quali una maggiore velocità di progressione verso forme di dipendenza conclamate dopo l'esordio, dovuta ad una sensibilità elevata a dosi minori di alcolici rispetto alla popolazione maschile, maggiori episodi di ricaduta a seguito di eventi stressanti, rischio più elevato di complicanze mediche, prevalenza di disturbi dell'umore e ansia in comorbilità, maggiori resistenze ad iniziare percorsi trattamentali, sono state riportati dalle più recenti rassegne scientifiche. Riteniamo che proprio le maggiori resistenze ai percorsi trattamentali riscontrate nella popolazione femminile confermino la presenza di importanti peculiarità di genere di tipo affettivo, familiare, di responsabilità genitoriali, di stigma e isolamento, che si aggiungono alle classiche variabili culturali, psicologiche e, in forma più generica, psicosociali. Peculiarità che assumono

quindi un ruolo decisamente primario nella evoluzione clinica e nella risposta ai trattamenti e che rendono il solo obiettivo della remissione, inteso di per sé come raggiungimento di una parziale o totale sobrietà, un risultato evidentemente limitativo. Un approccio di lavoro non più basato unicamente su esiti di sobrietà ma anche su percorsi personali orientati al recupero di un valido funzionamento esistenziale secondo un concetto paradigmatico come quello di personal recovery, appare presentarsi come strumento valido nel captare e affrontare le multidimensionalità dei singoli casi di AUD e le variabili evidenziate nei singoli percorsi nella popolazione femminile.

Applicato alle problematiche di AUD e intrecciandosi con il suo sviluppo nella salute mentale, il paradigma della personal recovery si è sviluppato a partire dai classici punti essenziali quali il recupero di connessioni, la speranza nel futuro, l'acquisizione di identità, il significato della vita e l'autopotenziamento, focalizzandosi su due metodologie distinte: una basata sull'astinenza e l'altra sul funzionamento esistenziale. Nel 2007 il Betty Ford Institute Consensus Panel e la Conference Report del Center for Substance Abuse Treatment hanno proposto definizioni di recovery centrate essenzialmente sul raggiungimento e sul mantenimento nel tempo della sobrietà, posto come unico parametro a partire dal quale mantenere uno stile di vita sano, responsabile, adeguato. Nel 2012 a cura del SAMHSA e nel 2019 nel Recovery Science Research Collaborative meeting sono state altresì proposte concettualizzazioni di recovery maggiormente estensive, orientate allo sviluppo di un processo, sia intenzionale che dinamico, focalizzato al potenziamento personale di uno stato di benessere e salute e al cambiamento delle prospettive di vita, del tutto anteposto alla richiesta di raggiungimento di una stabile sobrietà e che tiene in conto le peculiarità individuali.

Obiettivi

La questione della prolungata e resistente cronicità clinica degli AUD ci pone interrogativi essenziali su come la multidimensionalità del paradigma della recovery, possa trovare o meno ampia applicazione nello sviluppo di approcci terapeutico-riabilitativi che vadano oltre il mandato prioritario della remissione sintomatologica, la conquista e il mantenimento di una adeguata sobrietà, per orientarsi al recupero di un valido funzionamento esistenziale e all'insieme dei processi di cambiamento personale, relazionale e sociale. Abbiamo quindi provato a valutare l'entità delle aspettative che si sono aperte intorno le metodologie di recovery proposte, attraverso uno studio di osservazione retrospettivo in linea con la letteratura sull'argomento, applicato ai percorsi terapeutico-riabilitativi svolti da ospiti della Comunità

Incontro, scelti in un campione tutto di sesso femminile e con prevalenza di diagnosi primaria di AUD. Inoltre l'osservazione è stata ulteriormente focalizzata verso gli sviluppi possibili di un approccio multidimensionale centrato sulla persona cercando di ricavare dei parametri utili per una riflessione rispetto ai due paradigmi in discussione, remissione e recovery, collegandoli infine con le peculiarità di genere femminile nelle problematiche di AUD, come illustrato nella Fig.1 di Study Design.

Metodo

Le ospiti della Comunità osservate, in numero di 36, con età media di 43 anni, hanno in comune la caratteristica di essere state inserite negli ultimi due anni sia in programmi individuali multidisciplinari attenti alle peculiarità cliniche e di genere, che in vari momenti all'interno di un lavoro psicoterapeutico strutturato di gruppo intensivo e continuativo orientato alle problematiche alcol correlate.

Per la valutazione della remissione nelle ospiti sottoposte ad osservazione sono stati di riferimento i criteri dell'ICD-11: l'osservazione si è svolta su ospiti situate in ambiente controllato, attraverso il puntuale monitoraggio diagnostico e clinico- terapeutico durante la permanenza in Comunità e dopo l'effettuazione di uscite autorizzate (verifiche, permessi e reinserimenti esterni). Si è ritenuto come criterio valido l'essenziale raggiungimento di una remissione totale, senza la presenza di sintomatologia residua, sia iniziale (più di 1 mese ma meno di 12) che protratta (oltre i 12 mesi).

Per l'individuazione di possibili elementi indicativi di un percorso personale di recovery adeguati ad uno studio osservazionale nel contesto del programma comunitario sono stati valutati in successione dai più semplici ai più evoluti:

- Il superamento delle resistenze ad accettare la propria condizione di alcolismo, le sue conseguenze e il relativo programma riabilitativo nella sua centralità
 - Il raggiungimento di un'iniziale capacità di trascendere la propria problematica di dipendenza accettando di sostenere un ruolo attivo nella Comunità
 - L'apprezzare e sostenere il sentirsi libera da sintomi fisici e psichici ed il riuscire ad avere una reale capacità di sentirsi al sicuro in un luogo di cura senza proiezioni ambivalenti all'esterno
 - Il raggiungimento di una capacità di progredire non solo nei compiti del programma comunitario ma anche nella revisione della propria vita senza cadere in stati di stress marcato e/o ricadute
 - Lo sviluppare la forza di recuperare il proprio potenziale individuale per orientare la propria vita secondo quanto costruito nel percorso riabilitativo compiuto.
- L'intero lavoro dell'équipe multidisciplinare viene pun-

tualmente riportato nella piattaforma digitale di Gestione Regionale delle Dipendenze consentendo in tal modo la raccolta di dati completi e aggiornati sui percorsi comunitari individualizzati.

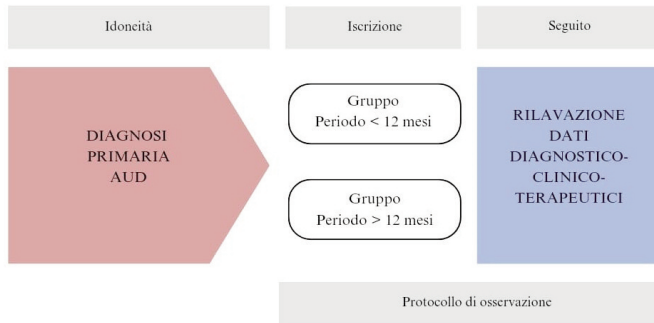
Risultati

Attualmente entrambi gli approcci metodologici di recovery riportati appaiono, da un versante scientifico, limitati al solo porsi come orientamenti di campo in cerca di definitive validazioni formali, mentre, da un versante riabilitativo e terapeutico, sono ancora da sviluppare esperienze avanzate di ampio respiro e condivisibili tali da determinare una netta propensione per l'uno o l'altro.

Il nostro studio osservazionale, riportato nella Fig. 2 di Sintesi dei Risultati, supporta l'evidenza di una diretta corrispondenza clinica tra il mantenimento di una valida remissione e la programmazione di un trattamento comunitario sufficiente ad avviare un percorso costante di recovery, ma anche, nel contempo, che la sola remissione completa non è garanzia del compimento del percorso di recovery nella maggior parte o totalità degli elementi elencati nell'evoluzione del percorso comunitario. Come osservato, non tutte le ospiti in remissione completa iniziale giungono a superare i 12 mesi di comunità: su 13 ospiti con meno di 12 mesi di comunità in numero di 3 sono ricadute e hanno abbandonato, mentre le ospiti invece che hanno raggiunto una remissione completa maggiore o uguale di 12 mesi hanno comunque interrotto il percorso, seppur in percentuale inferiore: su un totale di 23 ospiti in numero di 4 sono ricadute mentre sono in 5 ad avere abbandonato.

Nello specifico della valutazione del percorso di recovery si è evidenziata la difficoltà delle ospiti a progredire nei passaggi evolutivi richiesti dal programma: coloro che hanno abbandonato entro i 12 mesi difficilmente hanno superato i primi due semplici passaggi, di accettazione della problematica e di ruolo attivo che trascenda la dipendenza, restando ferme a schemi ripetitivi e senza riuscire a potenziare le proprie capacità, mentre le ospiti che hanno superato i 12 mesi, pur raggiungendo il terzo elemento in successione del programma mostrando di sentirsi in ambiente sicuro nella comunità senza proiettarsi ambivalentemente verso l'esterno senza risorse, hanno mostrato evidenti difficoltà a progredire nel programma di cambiamento prive di stati di tensione, riuscendo al massimo a sostare a tratti in una dimensione di revisione della propria vita, con rischi reiterati di rotture del programma. Le cause principali delle difficoltà osservate nelle ospiti nel portare avanti un percorso di recovery avanzato riguardano in special modo le singole peculiarità individuali e sono apparse legate alla diffi-

Figura 1. Study Design



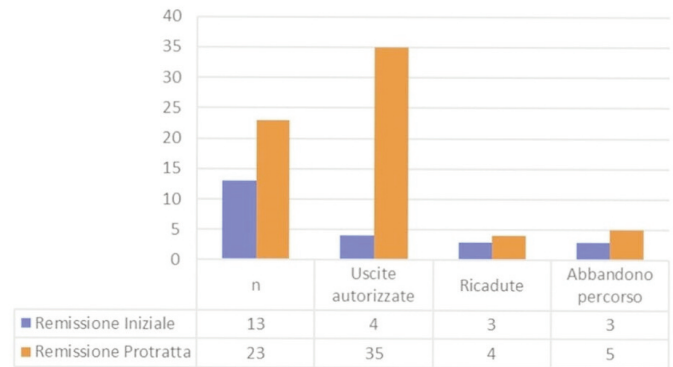
coltà di superare la dimensione dello stigma e alla difficile accettazione della propria condizione, alla riproposizione di traumi e sensi di colpa, al complesso confronto con il mondo esterno, con il timore della marginalità, alle problematiche di genitorialità o familiari.

Conclusioni

La nostra osservazione prospettica induce a confermare il pensiero che la proposta di limitare il paradigma di recovery nelle condizioni di AUD al solo raggiungimento della remissione e sobrietà, comporta un fallimento delle possibilità di cogliere le multidimensionalità e peculiarità delle singole individualità, che nel caso peculiare della popolazione femminile, interessa anche aree complesse e traumatiche come lo stigma, il riuscire a rapportarsi con il mondo esterno, i sensi di colpa, la genitorialità, ognuna necessitante di un lavoro individualizzato complesso e non breve di tipo multidisciplinare. Altresì focalizzare il lavoro terapeutico principalmente su un processo dinamico di acquisizione di forza individuale e di recupero di capacità sociali ed essenziali, richiede approcci terapeutici totalmente centrati sulla persona, capacità individuali d'intenzionalità costante al proprio cambiamento e un'attenzione agli essenziali profili di supporto relazionali, economici, sociali e di educazione alimentare, a nostro avviso di improbabile riuscita senza l'acquisizione di una correlata remissione clinica totale protratta e una stabile sobrietà.

Ulteriori considerazioni in studi strutturati e validati da protocolli condivisi sono auspicabili per approfondire le osservazioni e valutazioni che emergono dai percorsi terapeutici irti di sfide cliniche e di difficoltà che la dimensione clinica di AUD presenta e che si associa ad enormi costi di salute psichica, fisica e socioeconomica.

Figura 2. Sintesi dei risultati



Riferimenti bibliografici

Agabio R., Pisanu C., Gessa G.L., Franconi F. (2017) Sex difference in Alcohol Use Disorders. *Current Medical Chemistry*, 24, 1-10.

Ashford R.D., Brown A., Brown T., et al. (2019): Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the Recovery Science Research Collaborative. *Addict Res Theory*, 27(3), 179-188.

Best D., Beckwith M., Haslam C. et al. (2016): Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addict. Res. Theory*, 24 (2), 11-123.

Betty Ford Institute Consensus panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute (2007): *J. Subst Abuse Treatment*, 33 (3), 221-228.

Minero V.B., Best D., Brown L., Patton D., Vanderplasschen W.(2022): Differences in addiction and recovery gains according to gender-gender barriers and specific differences in overall strengths growth. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 17:21.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Substance Abuse Treatment, National Summit on Recovery: Conference Report, 2007.