

IL PROGRAMMA AGATA (AUTO-GESTIONE E AUTOSSERVAZIONE TELE-ASSISTITA) PER LA PREVENZIONE SECONDARIA DELL'ABUSO ALCOLICO

Lucio Sibilìa¹, Mauro Ceccanti², Laura Camoni³, Giovanna Coriale², Luca Deiana⁴, Elisabetta Di Girolamo²

¹ Dipartimento di Scienze Cliniche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

² Servizio di Alcolologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

³ Istituto Superiore di Sanità - Roma

⁴ Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Roma

Introduzione

Le ricadute nell'abuso di soggetti alcolisti disintossicati rimangono un problema di prevenzione secondaria dell'alcolismo lungi dall'essere risolto. Purtroppo, evidenze epidemiologiche recenti tratte dallo NLAES (1) confermano che sono più spesso gli alcolisti sottoposti a trattamento a ricadere nell'abuso dei non trattati, e sono di più i non trattati a raggiungere con il tempo un bere moderato.

La pratica assistenziale nonché i metodi e programmi di prevenzione dell'abuso alcolico correntemente accettati e ritenuti validi, compresi quelli di natura psicosociale quali gli Alcolisti Anonimi (AA), i Club di Alcolisti in Trattamento (CAT) e perfino molti dei programmi comportamentali, sono ancora concettualmente fondati sul modello medico, nonostante ormai sia ampiamente riconosciuto nella genesi del fenomeno alcolismo l'intreccio di fattori biologici tossicologici, metabolici, genetici, nutrizionali, ecc.) con fattori socio-culturali (culturali, economici, familiari, normativi, ecc.), fattori psicologici (cognitivi, interattivi, emozionali, affettivi, ecc.) e psicopatologici.

In sintonia con questo modello, infatti, l'astinenza rappresenta l'obiettivo terapeutico preferenziale, indipendentemente dagli obiettivi del soggetto e dalle sue spontanee capacità di autoregolazione del bere (presenti per quanto deficitarie). Il comportamento di abuso alcolico è infatti considerato un sintomo della malattia alcolismo, derivante dalla tossicità prodotta a breve e a lungo termine dagli alcoolici. Di conseguenza, si suppone una basilare vulnerabilità del soggetto alcolista, che si esprimerebbe con una rapida perdita di controllo alla sola ingestione di piccole quantità di alcoolici, e ciò in contrasto con le evidenze sperimentali, che mostrano come i soggetti alcolisti, quando sobri, non siano più vulnerabili all'abuso dei non alcolisti (2).

Dal punto di vista delle teorie dell'apprendimento socio-cognitivo (*social-learning theories*), invece, da cui derivano i metodi cognitivo-comportamentali, si deve supporre che laddove il trattamento incoraggi l'astinenza, sopprime la moderazione nel bere (cioè la tendenza all'autocontrollo), che sembra manifestarsi naturalmente nella maggioranza dei casi col passare del tempo (3), in quanto non consente appunto la *pratica* e quindi l'apprendimento dei comportamenti di autocontrollo.

Si suppone che i procedimenti *social-learning* di autosservazione ed autocontrollo, che hanno consentito importanti progressi nel trattamento di varie forme di dipendenza (4), anche applicati alla dipendenza alcolica (5), possono potenziare le spontanee tendenze all'autogestione

che gli alcolisti sviluppano col tempo, qualora aumentino la variabile cognitiva “controllo percepito”. L’ipotesi di base è che il raggiungimento di questo obiettivo possa da solo favorire la moderazione nel bere.

Obiettivi e metodi

Sulle premesse e le ipotesi suesposte è basato il Progetto AGATA (*Programma di Auto-Gestione ed Autosservazione Tele-Assistita*), rivolto ai pazienti ricoverati presso il Servizio di Alcolologia dell’Università di Roma “La Sapienza”, con diagnosi di dipendenza alcolica. Scopo principale del Programma è quello di favorire le abilità di autogestione in soggetti alcolisti, potenziando il “controllo percepito” con sole procedure di autosservazione e potenziamento motivativo, per consentire il mantenimento dell’astinenza o della moderazione con un uso minimo di tempo professionale.

Effetti attesi del programma sono:

- a) Aumento dei giorni di moderazione nel bere e di astinenza;
- b) Miglioramento nell’adattamento generale del soggetto alcolista;
- c) Aumento del senso di controllo percepito.

Sono stati avviati al Progetto finora gli alcolisti afferiti all’Ospedale Diurno del Centro di Alcolologia del Policlinico Umberto I dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, in ordine di arrivo, con esclusione dei soggetti che presentavano:

- a) dipendenza e/o abuso da altre sostanze psicoattive (negli ultimi 6 mesi);
- b) grave deficit neurologico, di ostacolo alla comunicazione;
- c) patologia psichiatrica conclamata inquadrabile all’interno del DSM III (v. valutazione);
- d) grave patologia organica in generale, di ostacolo ad una vita autonoma.

Il metodo AGATA si basa quindi sull’addestramento all’uso di tecniche di autosservazione sia del bere, che delle contingenze emozionali, cognitive ed ambientali che lo controllano. La motivazione a proseguire nelle attività di autogestione viene incentivata da contatti telefonici mensili strutturati.

Le caratteristiche del programma AGATA sono:

- a) auto-determinazione degli obiettivi (astinenza o bere moderato) da parte dei pazienti;
- b) uso di principi e semplici metodi di auto-controllo cognitivo-comportamentale, con minimo rapporto costi/benefici;
- c) uso di contatti telefonici periodici con i pazienti, di rinforzo e consulenza.

Il programma AGATA - tutt’ora in corso - viene validato con un disegno sperimentale controllato e randomizzato, della durata di un anno. I soggetti vengono selezionati per il programma con una apposita batteria, che comprende:

- RTCQ (misura della fase motivazionale)
- SADQ (misura della gravità della dipendenza)
- MHQ - Middlesex Hospital Questionnaire, con sottoscale (psicopatologia)
- Scala di Auto-Efficacia Generalizzata
- Soddisfazione e Qualità di Vita
- Bender V-M Gestalt Test (deterioramento cognitivo)

La Figura 1 mostra la costituzione del gruppo di controllo (GC) e del gruppo a trattamento sperimentale AGATA (GA).

Tutti i soggetti ricevono il trattamento medico standard durante la fase iniziale del ricovero in Day Hospital. Nell'arco di 12 mesi, i soggetti del GC eseguono cinque visite mediche di richiamo; i soggetti del gruppo GA che hanno fornito il loro consenso, vengono invitati a mantenere gli impegni previsti, che comprendono: le attività di autogestione cognitivo-comportamentale, le telefonate mensili e la visita finale.

Per quanto riguarda la descrizione analitica delle schede di auto-osservazione rimandiamo ad altre pubblicazioni (6).

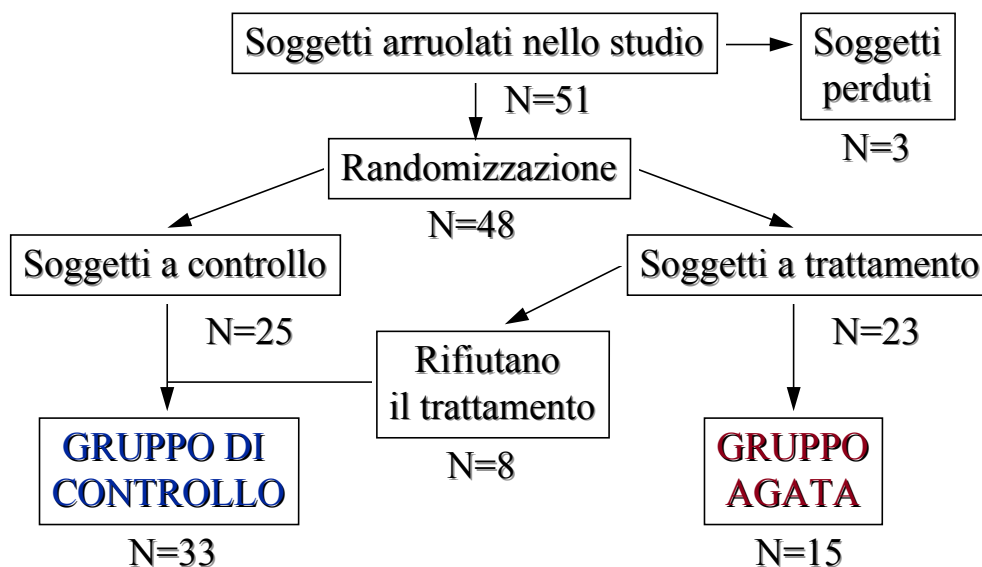


Figura 1. Composizione del campione

Risultati

Il GC ed il GA non risultavano significativamente diversi all'arruolamento per alcuna delle variabili relative al bere (gravità e durata della dipendenza, livello di consumi, e fase motivazionale), né per gravità della psicopatologia correlata, né per variabili socioanagrafiche, né per gravità della patologia organica alcool-correlata. La confrontabilità dei due gruppi rimane quindi assicurata, nonostante siano stati assegnati al gruppo di controllo, oltre ai soggetti randomizzati anche alcuni che hanno rifiutato di seguire il programma AGATA.

I risultati preliminari del Programma AGATA (n.>50 soggetti) mostrano una significativa differenza nell'adesione al trattamento: a 6 mesi dall'inizio i soggetti del GA ancora trattamento erano circa il 73,3%, contro i 33,3% del GC, a 12 mesi erano il 46,7% contro il 18,2% (Tabella 1). È da notare che l'esperienza alcoolologica corrente dimostra che i soggetti dispersi ritornano quasi sempre all'abuso.

Tabella 1. *ANCOVA (covariate: età, sesso, durata del bere)

Variabile	Gruppo controllo (n. = 33)	Gruppo AGATA (n. = 15)	F(*)	p
Giorni cumulativi di trattamento	119	296	17,4	0,0001
di astinenza	105	205	12,7	0,0009

In accordo con quanto sopra, le curve (Kaplan-Meier) di sopravvivenza in trattamento (Figura 2) sono marcatamente e significativamente divaricate, risultando significative sia ai test *log-rank* di Cox ($p=0,01$), che di Breslow ($p=,0048$) e di Tarone-Ware ($p=,0058$). Anche la durata dell'astinenza in giorni è risultata 2,3 volte maggiore rispetto ai controlli.

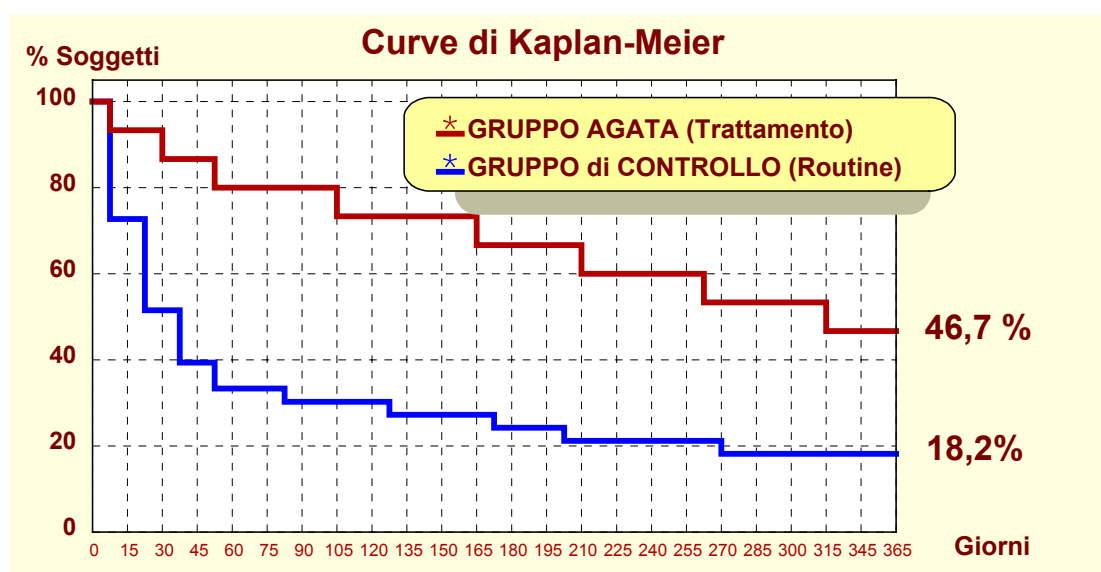


Figura 2. Progetto AGATA. Aderenza al programma

Conclusioni

Il metodo AGATA risulta efficace nel prolungare, dopo la disintossicazione, la durata non solo del bere moderato, alla pari di altri metodi cognitivo-comportamentali, ma anche dell'astinenza in soggetti alcolisti e nel prevenire quindi le ricadute nell'abuso. Il risultato è ottenuto con un uso minimo di risorse professionali ed un metodo replicabile, anche senza un particolare training. L'ipotesi che l'autosservazione sia una procedura sufficiente per migliorare i processi di autogestione in molti alcolisti ne viene corroborata.

Poiché la raccolta dei dati è ancora in corso, sarà possibile valutare gli effetti di tipo B) e C) al termine dell'anno di trattamento solo quando una numerosità sufficiente sarà stata ottenuta.

Nonostante l'uso di un metodo cognitivo-comportamentale a basso contenuto "tecnico" possa facilitare la diffusione del metodo, ci siamo resi conto di quanto sia importante nella realizzazione del Progetto aver cura di preparare il *setting*. Diffondere nel personale le basilari

nozioni dell'impostazione bio-psicosociale e quindi consentire di comprendere le basi del progetto è risultato importante al fine di non far giungere ai pazienti messaggi confusivi, per una cultura degli operatori dei servizi dissonante con i suoi assunti di base.

Bibliografia

1. Dawson DA. Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcohol Clinic & Experimental Research* 1996;20:771-9.
2. Thoms DL. *Introduction to addictive behaviours. 2nd Edition*. New York: The Guildford Press; 1999.
3. Peele S. Bait and switch in project MATCH: what NIAAA research actually shows about alcohol treatment. *Psychnews International* 1997;2(3).
4. Borgo S, Sibilìa L. Principles of modification of eating habits. In: Sibilìa L, Borgo S. (Ed.). *Health Psychology in Cardiovascular Health and Disease*. Roma: CRP; 1993.
5. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer RE, Rounsaville B. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry* 1996;53:217-224.
6. Sibilìa L, Ceccanti M, Deiana L, Di Girolamo E. Il progetto AGATA: psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione secondaria dell'abuso alcolico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2000;6(2):123-37.