

PROF.GASPARE JEAN (Via M.Melloni 68 MILANO tel.02 714830)

Raduno nazionale di AlAnon-AlAteen. Rimini 19-21. 10. 2014. Riunione aperta

TESTIMONIANZE DI ALANON-ALATEEN E CONOSCENZE BIO-MEDICHE

Leggendo la letteratura di AlAnon-AlAteen riguardante il primo passo, sono stato colpito dall'affermazione che il familiare deve capire che non ha COLPA dell'alcolismo del suo AA, né ha possibilità di CONTROLLO né di CURA dell'alcolista. Sono le tre "C" che l'AlAnon deve imparare a mettere in pratica.

A) NON HA COLPA DELL'INSORGENZA DELL'ALCOLISMO.

Questa affermazione è in accordo con quanto la scienza medica indica, sottolineando che non esiste una causa che porta ad un uso incongruo di alcol, ma vari fattori di rischio: *genetici* (modificazioni di recettori cerebrali o della secrezione di neurotrasmettitori), *biologici* (variazioni nel metabolismo dell'alcol o dei suoi metaboliti), *neuropsicologici* (impulsività, difficoltà ad assumere decisioni, incapacità di gratificarsi), *sociali* (ruolo dell'ambiente e del contesto in cui uno vive).

Questi fattori di rischio convergono nel provocare (1 e 2):

- a) alterazioni della emozionalità con scarso controllo delle attività razionali e logiche sulle emozioni (impulsività) e deficit nella assunzione di decisioni;
- b) desideri confusi che portano ad una insoddisfacente gratificazione.

Queste caratteristiche, d'altra parte, sono comuni in tutte le dipendenze sia da sostanze che comportamentali; è logico quindi che il metodo dei 12 passi possa essere applicato a qualsiasi forma di dipendenza e di codipendenza.

EMOZIONALITA' E DIPENDENZE

Le emozioni sono percezioni interne che nascono nelle zone sottocorticali (strutture e nuclei neuronali del sistema limbico) e coinvolgono sia porzioni di corteccia (orbito frontale in particolare) sia motoneuroni che controllano muscoli facciali (espressione facciale delle emozioni) sia centri vegetativi del bulbo (fenomeni vasomotori ecc). Tuttavia le emozioni non hanno solo questa componente stereotipata; interagiscono con le facoltà mnemoniche e la razionalità tanto che l'individuo ha la possibilità di valutare le proprie emozioni, paragonarle con emozioni precedenti immagazzinate in memoria, controllarle ed autodeterminare i propri comportamenti.

Il livello di autodeterminazione e quindi delle capacità decisionali varia non solo da individuo ed individuo ma anche nei vari momenti dell'esistenza. *Le persone con dipendenza sono caratterizzate dal fatto che le loro decisioni vengono prese d'impulso sotto la spinta delle emozioni.*

I circuiti nervosi che permettono un controllo delle emozioni ritenute incongrue si sviluppano dai 4 ai 20 anni e l'alcol (come altre sostanze) può alterarne lo sviluppo; per questo motivo l'assunzione di alcolici in età adolescenziale è più dannoso.

Dalle testimonianze descritte nella letteratura di AA (in particolare "Insieme") appare che le emozioni dell'alcolista sono piuttosto confuse: un senso di vuoto, di malessere indefinito, di desiderio di un mondo irrealistico o di una persona vagheggiata, di non saper gestire occasioni piacevoli o momenti di ansia o depressione se non bevendo, senso di colpa .

DESIDERI E GRATIFICAZIONE

Emozioni così confuse sono accompagnate da desideri altrettanto confusi; da qui la necessità di ricorrere a pratiche di gratificazione semplici ed immediate; le droghe , tra cui l'alcol, o determinati comportamenti (gioco d'azzardo) hanno questa capacità.

Recenti ricerche neurofisiologiche hanno apportato notevoli conoscenze sui meccanismi cerebrali legati alla gratificazione: gruppi di neuroni presenti nel ponte (zona del cervello posta sopra il tronco) inviano fasci di fibre al nucleo accumbens che produce dopamina, un neurotrasmettitore che regola il passaggio di impulsi nervosi all'interno di circuiti nervosi deputati al piacere che alla fine interessano alcune aree della corteccia frontale.

-2-

Tutte le droghe stimolano direttamente (cocaina) o indirettamente (alcol) la produzione di dopamina che rimane più a lungo negli spazi sinaptici dando questa sensazione di intenso piacere. All'inizio della "carriera alcolica", un soggetto sperimenta che un uso anche occasionale di alcol provoca piacere e gratificazione; questa sensazione viene immagazzinata nella memoria (appresa), per cui al verificarsi di circostanze simili riprova ad assumere alcol in quantità sempre maggiori; probabilmente arriva al punto che la determinazione di bere non sia più legata al ricordo iniziale ma avvenga inconsapevolmente al verificarsi di particolari percezioni emotive (memoria pavloviana) (3); in seguito si manifestano i danni tossici che non riguardano solo il fegato ma tutti gli organi tra cui, particolarmente gravi sono quelli del cervello con diminuzione del metabolismo del glucosio (evidenziabile con PET) a carico specie di aree frontali legate al controllo della emozionalità, alla assunzione di decisioni, alla razionalità.

Quindi le dipendenze sono vere e proprie malattie del cervello che compromettono la sua struttura e le sue funzioni.

La medicina quindi è completamente d'accordo con le affermazioni di AlAnon secondo cui il familiare non ha alcuna colpa nell'insorgenza dell'alcolismo.

B) L'ALANON PUO' CURARE L'ALCOLISTA?

La letteratura di AlAnon lo nega: il familiare è impotente nel curare l'alcolista. Anzi il familiare deve convincersi che la malattia è inguaribile anche se controllabile con adeguati strumenti. I medici non sono tuttavia così negativi a questo proposito anche se comunemente si afferma che la decisione di interrompere il potus spetta solo all'alcolista. Tuttavia è altrettanto chiaro che nessuno riesce a curarsi da solo, ma deve sottoporsi ad una serie di interventi che possono essere farmacologici, psicologici e sociali. Inoltre si afferma quasi all'unanimità che le psicoterapie individuali non siano utili per smettere di bere, ma solo successivamente quando uno ha raggiunto la sobrietà (Zimberg, 4); più utili sono le terapie di gruppo come ad esempio i CAT che coinvolgono direttamente i familiari assieme agli alcolisti. Diversa è la metodologia dei gruppi anonimi basati sui 12 passi che coinvolgono separatamente alcolisti e i loro familiari. Come è detto chiaramente questi gruppi non fanno psicoterapie, non suggeriscono né criticano l'assunzione di farmaci, non danno aiuti sociali (ricerca del lavoro, denaro ecc.) non intervengono in questioni religiose. Personalmente li considererei come gruppi di risocializzazione, in cui uno ha una maturazione psicologica che lo porta ad un risveglio spirituale che gli permette di portare la sua testimonianza, valevole in tutti i campi della vita, all'interno della società. La difficoltà maggiore è essere motivati ad iniziare e poi a continuare la frequenza dei gruppi. Sono infatti state messe a punto terapie cosiddette motivazionali (5) che si propongono di vincere le resistenze che l'alcolista oppone al cambiamento dei suoi stili di vita ed indurlo eventualmente a frequentare gruppi di auto-mutuo-aiuto. Molti medici, specie se collegati ad un CAT coinvolgono i familiari in questo approccio terapeutico.

Si vede quindi una forte differenza tra CAT ed AA nei confronti del ruolo del familiare nel trattamento dell'alcolismo; forte coinvolgimento dei familiari nei CAT.

Tuttavia anche in AA ed AlAnon-Alateen l'esclusione del familiare non è così totale; si consiglia infatti di evitare di tenere in casa alcolici, di non bere in presenza dell'alcolista, di controllare i farmaci prescritti.

In conclusione l'esclusione del familiare dalla cura dell'alcolista non sembra nella quotidianità così assoluta

-3-

C) L'ALANON E IL CONTROLLO SULL'ALCOLISTA

In linea di massima, quei medici che pensano che il familiare abbia un ruolo nella cura dell'alcolista, ritengono che questa cura si espliciti soprattutto in un controllo sui comportamenti potomanici e sui farmaci prescritti; infatti nei CAT è abituale che il familiare faccia assumere il disulfiram all'alcolista.

AlAnon-Alateen invece sottolineano che ogni forma di controllo è improduttiva e anche dannosa essendo fonte di conflittualità e di aggravamento del disagio familiare.

Il controllo dei familiari può essere esercitato con più modalità.

- A) I comportamenti dell'alcolista possono essere ostacolati eliminando bevande alcoliche dalla abitazione, controllando il denaro con cui l'alcolista compra l'alcol, chiedendo ai baristi conosciuti di non mescolare alcolici all'alcolista. Analogo controllo può essere esercitato sui farmaci prescritti o no e di cui l'alcolista generalmente abusa. L'alcolista conosce mille modalità di sfuggire a questi controlli e questo lo porta ad atteggiamenti di superiorità e di sfida nei confronti dei familiari. Queste sfide si manifestano con la negazione di fatti e circostanze del tutto palesi e con lo suscitare nei familiari rabbia ed ansia.
- B) Del tutto diversa è la modalità di controllo che il familiare esercita su se stesso, con comportamenti che ritiene graditi all'alcolista nell'illusione che così riesce a evitare il bisogno di alcol dell'alcolista. Questo controllo è praticato soprattutto dagli Alateen.

Dinieghi, rabbia, ansie sono fonti di ulteriori disagi per la famiglia tanto che giustamente AlAnon-Alateen pensano all'alcolismo come malattia della famiglia.

La rabbia non solo è fonte di contrasti verbali e fisici tra i membri della famiglia, ma è spesso fonte di alibi per l'alcolista; questi infatti giustifica il suo potus con l'affermazione di non essere capito in famiglia.

L'ansia legata al controllo dell'alcolista o su se stessi è causa di notevoli disagi per l'AlAnon: in una ricerca precedente (6) si era riscontrato che il consumo di ansiolitici e sonniferi era tra gli AlAnon lombardi il doppio rispetto al resto della popolazione. Il consumo di altri farmaci (antibiotici, antidiabetici, antiipertensivi, ecc) non era differente tra affiliati ad AlAnon ed il resto della popolazione lombarda. L'affermazione di AlAnon secondo cui "il familiare è malato tanto quanto l'alcolista" va presa con le pinze limitandola a malattie cosiddette psicosomatiche (insonnia, cefalea, fibrositi, turbe digestive funzionali, ecc).

A parte vanno considerati i problemi degli Alateen; le situazioni di grave disagio familiare vissute si trascinano anche nell'età adulta come appare, tra l'altro, anche dalle testimonianze fatte in ACA e CoDA. In particolare si segnala la "compiacenza" che porta ad agire in modo contrario ai propri bisogni; il non sapere "dire dei NO" potrebbe essere correlato al controllo che il ragazzo esercita su se stesso per fare cose gradite all'alcolista, come detto precedentemente.

CONCLUSIONI

In questo articolo ho esaminato il rapporto tra conoscenze biomediche e affermazioni che la letteratura di AlAnon-Alateen riporta e che fanno parte della cultura di tutti i gruppi anonimi basati sui 12 passi.

Talora si osserva una completa concordanza tra i due settori (come nel caso della negazione di colpe del familiare come causa dell'etilismo dell'alcolista) altre volte una contrapposizione, anche dovuta a differenti opinioni mediche.

Quello che però risalta maggiormente è la scarsa consapevolezza di operatori sanitari, insegnanti, assistenti sociali del disagio personale e familiare di chi vive con un alcolista.

Se questi operatori fossero educati ad indagare sulla presenza di alcolismo in una famiglia si eviterebbero lungaggini diagnostiche, esami inutili e si otterrebbero più puntuali interventi di assistenza sociale e di sostegno scolastico.

-4-

Bisognerebbe quindi estendere le iniziative di pubblica informazione dedicati ad operatori sanitari, sociali, ad insegnanti, a forze dell'ordine.

BIBLIOGRAFIA

- 1) OLIVERIO A. "La vita nascosta del cervello" Ed. Giunti, Firenze, 2009
- 2) DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA. "Neuroscienze delle dipendenze" Ed. Ministero dell'Interno, Roma, 2014
- 3) www.droganews.it "Meccanismi neuropsicologici e assunzione di droga" 2 luglio 2014.
- 4) ZIMBERG S. "La cura clinica dell'alcolismo" Manuali Ferro di Medicina, vol. XIV, 1984
- 5) SPILLER V e GUELFY G.P, " L'approccio motivazionale" In: A.Allamani et al. "Libro italiano di Alcologia" Ed. SEE, Firenze, 2000.
- 6) DESSI S. e BOCCHIA M. " The role of AlAnon in the management of alcoholic problems" Alcologia, 9, 1, 1997.