

Gli interventi psicoterapeutici nella dipendenza da cocaina

Progetto Start - Verona 5-6 giugno 2006

Augusto Consoli

*Direttore Dipartimento di Patologia delle
Dipendenze, Asl 4 Torino*

Le psicoterapie: efficacia ed efficienza

- Selligman concettualizza le caratteristiche di contesto di queste due caratteristiche (laboratorio e clinica)
- Migone in Italia ha problematizzato e condotto analisi su tali aspetti e sugli obiettivi e applicabilità delle psicoterapie nella clinica pratica
- Westen ha sviluppato ricerche e analisi su *Empirically Supported Treatments* (EST), e l'Evidence Based in psicoterapia (1999, 2001, 2004)

Punti critici per una epistemologia negli *Empirically Supported Treatments (EST)*

- I sintomi sono malleabili
- Si tratta un solo sintomo
- I sintomi sono sganciati dalle caratteristiche di personalità
- I sintomi sono difficilmente modificabili
- I sintomi sono plurimi
- La personalità gioca un grande ruolo nella caratterizzazione del sintomo

- I pazienti sono in grado di dichiarare quale sia il loro problema
- Si possono “manualizzare gli elementi efficaci di una terapia
- Spesso è nel corso della terapia che si individua una domanda più vicina al focus
- Spesso si usano elementi di diversi approcci e manuali e la correlazione tra i contenuti e l'effetto è spesso critica

- Psicoterapia nell'eroinismo
 - Ritenzione in trattamento
 - Sostegno alla *compliance* farmacologica
- Psicoterapia nel cocainismo
 - Funzione terapeutica come trattamento singolo
 - Funzione terapeutica in un trattamento integrato

Le terapie su base cognitivo-comportamentale

- Terapia cognitiva
 - Beck ed all. 1991
- Approccio di rinforzo comunitario
 - Azrin 1976, Meyers e Smith 1995
- Terapia di Rinforzo Motivazionale
 - Miller e Rollnick 1992
- Prevenzione della Ricaduta
 - Marlatt e Gordon 1985

Terapie su base psicodinamica e relazionale

- Psicoterapia Interpersonale
 - Rounsaville ed all. 1993
- Terapia Supportivo Espressiva
 - Luborsky 1984
- Terapia psicodinamica di individuazione
 - Senise

- Terapie dinamiche brevi o focali
 - Pinkus e all.
- Terapie sistemico relazionali
 - Cancrini, Malagoli-Togliatti

Altri approcci

- Facilitazione in Dodici Passi
 - Nowinsky ed all. 1994

Uno dei primi trial randomizzati

- Nel 1991 Carroll e all. portano a termine uno studio che confronta l'efficacia di due diffusi approcci psicoterapeutici nel trattamento del cocainismo.
- Vengono assegnati 42 pazienti con criterio casuale ad un trattamento cognitivo-comportamentale relativo alla prevenzione delle ricadute (RP) o ad un approccio psicodinamico breve, terapia interpersonale (IPT).
Durata dei trattamenti di 3 mesi.

Risultati

- Alto drop out precoce. In particolare
 - 62 % non completa il trattamento IPT
 - 33 % non completa il trattamento RP

Misure degli esiti

- Gli esiti relativi all'astinenza dell'assunzione di cocaina sono complessivamente simili nei due gruppi. Si può osservare una differenza se si studia
 1. La differenza delle gravità della dipendenza da cocaina (i pazienti più dipendenti hanno risultati migliori con la RP 54 % contro il 9 % di astin.)
 2. La diversa gravità della sintomatologia psichiatrica (meglio con RP 58 % contro il 14 % di astinenza)

NIDA-Collaborative Cocaine Treatment Study (CCTS)

- Studio multicentrico svolto per valutare l'efficacia di 4 trattamenti psicosociali per consumatori cocaina (Crits-Cristoph e all. 1999)
- Assegnazione random a 4 trattamenti standardizzati con l'esistenza di un manuale
- Misure dell'outcome:
 - punteggio ASI- Composite score
 - numero di giorni con uso di cocaina nel mese passato

I quattro trattamenti:

1. Counseling specifico sulle dipendenze individuale (IDC) più counseling di gruppo (Group Drug Counseling-GDC)
2. Terapia Cognitiva (TC) più GDC
3. Terapia supportiva-espressiva (SE) più GDC
4. Trattamento GDC da solo

- Durata dei trattamenti 24 settimane
- Sedute complessive 60
 - 24 di gruppo
 - 36 individuali, se previste
- I pazienti hanno svolto una media del 50% delle sedute
- Il 28% dei pazienti ha completato il trattamento

Esiti della ricerca

- E' stato possibile osservare un miglioramento rispetto al consumo di cocaina attraverso le misure previste:
 - Punteggi ASI per le sostanze
 - Giorni o mesi di astinenza dalla cocaina
- Non si sono rilevate significative ricadute
 - Sulla gravità della situazione psichica
 - Sulle relazioni e sui comportamenti sociali

Punteggi ASI per le sostanze

- Ai punteggi ASI compositi score per sostanze psicoattive si ha, dal primo mese in poi, nel corso dei 12 mesi della ricerca
 - IDC e GDC sotto lo 0.10
 - CT e GDC sotto lo 0.12
 - SE e GDC sotto lo 0.11
 - GDC da sola sotto lo 0.12

Percentuale di pazienti che hanno raggiunto 1, 2, 3 mesi consecutivi di astinenza

Mesi di astinenza	IDC+GDC n=121	CT+GDC n=119	SE+GDC n=124	GDC n=123
1 mese	71.4	54.1	60.1	58.0
2 mesi	48.2	36.0	32.1	42.0
3 mesi	38.2	22.9	17.8	27.1

ESITO DELLA RICERCA

- Il counseling individuale IDC più quello di gruppo GDC confrontati con la Psicoterapia psicodinamica (SE) e con la Psicoterapia Cognitiva mostrano un più marcato miglioramento dei punteggi ASI sulle sostanze.
- IDC e GDC si sono rivelate più efficaci rispetto al numero di giorni senza uso di cocaina in confronto alle altre due psicoterapie
- Non è chiaro il rapporto tra i diversi tipi di terapia e l'efficacia in presenza di disturbi psichiatrici (in particolare per il disturbo antisociale)

Osservazioni sul Collaborative Cocaine Treatment Study

- Su 870 pazienti 383 sono stati esclusi perché non hanno completato il training motivazionale
- Questo ha portato verosimilmente ad un bias nella formazione del campione in quanto i 487 pazienti ammessi erano i meno gravi per i quali, tra l'altro, 60 sessioni sono probabilmente troppe.

- La CCTS fa emergere l'indicazione dell'efficacia del trattamento ispirato all'approccio dei 12 passi.
- Tuttavia questa conclusione non è ancora sufficientemente fondata mentre,
 - poiché questo approccio si basa sull'esistenza di un manuale tecnico,
 - poiché le terapie basate su una standardizzazione descritta da un manuale sono state trovate ad elevata efficacia,
 - si può verosimilmente affermare che terapeuti selezionati e opportunamente formati siano efficaci quanto le terapie professionali per molti utilizzatori di cocaina

- Per lo sviluppo delle ricerche restano aperti diversi problemi.
- Tra questi vi è il problema dei gruppi di controllo verso i quali verificare le terapie in studio. Il problema del controllo si sostanzia
 - In un problema di possibili bias di selezione della gravità del campione
 - Nella mancanza di terapie considerate come normalmente efficaci

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

- Katheleen Carrol ha utilizzato i concetti generali della terapia cognitivo-comportamentale adattandoli al trattamento dei pazienti con abuso di cocaina.
- Il contributo tecnico che K. C. propone è costituito da un percorso che inizialmente introduce ai principi dell'Apprendimento, con il richiamo ai contributi del condizionamento classico ed a quelli del condizionamento operante, e successivamente passa ad una delle più importanti modalità di apprendimento secondo l'approccio cognitivo-comportamentale che è il modellamento, detto anche apprendimento per imitazione.

segue

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

- L'analisi funzionale del comportamento disagevole è il perno del lavoro nella TCC e permette di passare all'individuazione degli obiettivi del trattamento individuale.
- Analisi delle competenze sociali, problem-solving e self control sono alcune delle strategie utilizzate nella TCC

La TCC: sperimentazione e validazione

- Studio di Carrol del 1994 su 121 pazienti cocainomani confrontando
 1. TCC con placebo
 2. TCC con desimipramina
 3. Gestione clinica con placebo
 4. Gestione clinica con desimipramina
- L'ipotesi era che 2 fosse più efficace di 3

Esiti della ricerca

- Dopo 12 settimane di trattamento, i pazienti coinvolti in tutti e quattro i gruppi di ricerca hanno dimostrato una riduzione significativa nel consumo di cocaina, così come dei miglioramenti in altre aree problematiche.
- Non sono stati dimostrati effetti significativi attribuibili a psicoterapia o farmacoterapia, in quanto l'uscita dal problema della cocaina è stato analogo con TCC o GC, con desipramina o placebo.

- E' stato trovato, però, un effetto interattivo simile a quello di precedenti studi e cioè che anche qui la discriminante tra i due tipi di psicoterapia è data dalla gravità della dipendenza.
- I pazienti con maggior dipendenza da cocaina, quando trattati con TCC anziché con GC, sono rimasti in terapia più a lungo, hanno avuto dei periodi di astinenza più lunghi e hanno avuto, negli esami di laboratorio delle urine, valori per la cocaina più bassi.

TCC e alessitimia

Concettualizzazione di Nemiah e Sifneos (1970)
che comprende:

- Difficoltà a verbalizzare gli stati affettivi
- La tendenza a canalizzare gli stimoli affettivi soprattutto verso le proprie componenti somatico/fisiologiche
- L'impoverimento della vita di fantasia
- Uno stile cognitivo estremamente concreto

- E' stato rilevato che il 39% dei dipendenti da cocaina può essere considerato alessitimico, secondo i risultati della Scala Alessitimica di Toronto (Taylor et al. 1985).
- Mentre rispetto alla globalità del trattamento i soggetti alessitimici non differiscono da coloro che non lo sono, per il mantenimento della terapia e per l'uscita dalla stessa ci sono invece delle differenze riguardo la loro risposta alla specifica psicoterapia.
- Gli alessitimici restano più facilmente in terapia e, altrettanto più facilmente, abbandonano la cocaina se trattati con la GC, il contrario avviene per i pazienti non alessitimici che ottengono i migliori risultati se trattati con la TCC.

- Il fatto che i dipendenti da cocaina, con un punteggio più elevato nella scala dell'alessitimia, rispondano più debolmente alla TCC ha parecchie implicazioni.
- Ai pazienti viene richiesto di identificare ed esprimere chiaramente gli affetti e gli stati cognitivi associati all'uso di cocaina, compito particolarmente difficile per i pazienti alessitimici.
- La TCC incoraggia i pazienti a identificare, osservare e analizzare i propri desideri, gli stati affettivi con umore depresso e molti pensieri effimeri e transitori. In pratica, richiede ai pazienti di avere un buon accesso al proprio mondo interno

TCC cocainismo ed alcolismo

- Elevata frequenza di coassunzione di cocaina e alcol (85 % secondo studio E.C.A.)
- La comorbidità tra dipendenza da alcool e da cocaina è stata associata da diversi autori a una più grave dipendenza dalla droga, una minor capacità di continuare la terapia e una minor riuscita nel raggiungere l'astinenza (Brady et al. 1995; Carroll et al. 1993*b*; Walsh et al. 1991).

- E' stato effettuato da Carrol e all. un confronto tra
 - TCC
 - Gestione Clinica
 - Facilitazione dei 12 passi – FDP

per pazienti con doppia dipendenza

Le due psicoterapie attive – TCC ed FDP – sono risultate più efficaci della GC, nel sostenere periodi continuativi di astinenza dalla cocaina o da entrambe le sostanze, alcool e cocaina.

In aggiunta, TCC e FDP, confrontate con la GC, sono associate a una significativa riduzione dell'uso di cocaina nel corso del tempo, anche tra i soggetti che hanno ricevuto almeno un'esposizione minima al trattamento.

- Pertanto, le evidenze ottenute tramite questo studio suggeriscono che gruppi costituiti da consumatori di cocaina più gravi traggono maggior beneficio dai contenuti intensi e attivi della TCC o della FDP,
- che non da una terapia di sostegno, meno direttiva e strutturata, come la GC, che pone ai pazienti meno richieste di mettere in pratica le competenze acquisite al di fuori delle sedute.

PERCHÉ LA TCC?

- La TCC rappresenta un tipo di approccio breve e quindi adatto alla maggior parte dei programmi clinici.
- La TCC è stata ampiamente valutata tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica nel trattamento dell'abuso di cocaina. In particolare sono evidenti, come punti di merito della TCC, sia la durata degli effetti sia la sua efficacia con sottogruppi costituiti da cocainomani gravi
- La TCC è strutturata, orientata e focalizzata verso i problemi immediati cui si trovano di fronte i cocaino-dipendenti che stanno iniziando il trattamento per liberarsi dall'uso della sostanza.

SEGUE

PERCHÉ LA TCC?

- La TCC è flessibile, rappresenta un approccio personalizzato che può essere adattabile a un'ampia gamma di pazienti così come a diversi tipi di setting e forme di terapia
- La TCC è compatibile con altri trattamenti che il paziente deve ricevere come, ad esempio, la terapia farmacologica.
- La TCC è una terapia che racchiude al suo interno una serie di importanti obiettivi comunemente usate con successo nel trattamento dell'abuso di sostanze.

La TCC: problemi aperti

Vi sono diversi problemi relativi ad una applicazione efficace e adeguata:

- La necessità di valutare le caratteristiche individuali dei soggetti ai quali si applica e di conoscere maggiormente la potenza e i limiti dello strumento
- La difficoltà in Italia di seguire dei processi di cura sulla base di manuali di trattamento
- Necessità di integrare questo approccio in un approccio clinico complessivo non a breve termine
- La necessità di sviluppare ricerche di efficacia e applicabilità sulle varie popolazioni e sottopopolazioni in Italia