

L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO NEI PROBLEMI CORRELATI ALLA COCAINA*

Michael Gossop

National Addiction Centre - Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry - Kings College London

L'ABUSO DI COCAINA E IL SUO TRATTAMENTO

L'abuso di cocaina oggi giorno è prevalente ed è una crescente preoccupazione nella maggior parte dei paesi Europei (Haasen et al., 2004). La cocaina può essere disponibile come cocaina in polvere (tipicamente, cocaina cloridrato), o in forma di cristalli ("crack"). La cocaina in polvere può essere assunta per via nasale o per iniezione. Il crack può essere facilmente ed efficacemente consumato fumandolo. Fumare o iniettare la cocaina produce un'improvvisa sensazione d'euforia (una 'scarica' o un 'flash'). Il consumo di cocaina tende ad avvenire attraverso episodi di assunzione smodata, durante i quali i consumatori fumano o si iniettano ripetutamente e ad intervalli frequenti per periodi di tempo che variano da diverse ore a diversi giorni. Spesso il consumatore non mangia, e usa l'alcol e altre droghe per contrastare l'eccessiva stimolazione associata alle alte dosi di eccitanti. Spesso queste "abbuffate" continuano finché il consumatore non è esausto, l'effetto tossico non diventa troppo o non finiscono le forniture.

La maggior parte di pazienti in cura disintossicante tende ad abusare di varie droghe. Un importante studio nazionale nel Regno Unito riportò che più di tre quarti dei pazienti in trattamento per abuso di droghe erano assuntori di varie sostanze, e in più di metà dei casi (59%) usavano stimolanti (Gossop et al., 1998). Gli Stati Uniti furono ampiamente affetti da problemi di cocaina alla fine degli anni 70 e primi anni 80, e il numero di consumatori di cocaina in cura negli Stati Uniti raddoppiò tra i primi anni 50 e i primi anni 90 (Craddock et al., (1997). Negli Stati Uniti e in molti altri paesi, la cocaina è una delle droghe secondarie più prevalenti, usate da pazienti dipendenti da oppiacei in cura disintossicante.

L'uso di cocaina da parte di pazienti in cura con metadone è associata con tassi più alti di criminalità, comportamento a rischio per la salute, e altri problemi (Kosten et al., 1988; Stitzer and Chutuape, 1999).

La modalità prevalente di abuso di cocaina nel Regno Unito cominciò a cambiare dall'uso di cocaina in polvere a crack durante gli anni 80 (Gossop et al., 1994). Cambiamenti simili nel consumo di cocaina accadde in altri paesi. Per esempio, uno studio in Brasile trovò che la per-

* Traduzione a cura dello Staff dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, Regione Veneto.

centuale di consumatori di cocaina che la fumavano aumentò dal 5% negli anni precedenti al 1986 al 65% durante la metà degli anni 90 1990s (Ferri and Gossop, 1999). La diffusione del consumo di cocaina tra i consumatori di eroina in Spagna fu riportato da Barrio et al. (1998).

In una società dove l'abuso di cocaina e crack sono prevalenti, si notano differenze nelle caratteristiche dei consumatori nonché nei loro relativi problemi secondo la droga di consumo. I consumatori di crack hanno spesso più problemi di disoccupazione e d'istruzione, e tassi più alti d'implicazione criminale (Hatsukami and Fischman, 1996).

Alcuni problemi da uso di cocaina sono legati al tipo di somministrazione. L'uso per endovenosa può portare a complicazioni respiratorie dopo l'iniezione sostanze adulteranti non solubili e l'inalazione di vapori ad alta temperatura quali quelli del crack può causare danni respiratori, specialmente quando la droga contiene contaminanti.

In aggiunta ad un numero di problemi medici di minore gravità, la cocaina può indurre anche arresti cardiaci (infarto). Reazioni neurofisiologiche gravi alla cocaina includono emorragie (ictus) e convulsioni, le quali sono particolarmente pericolose se accadono ripetutamente. La possibilità di morte come conseguenza del consumo di cocaina può non essere prevedibile. Si sono verificati casi di morte sia tra consumatori che ne fanno uso per la prima volta, che tra consumatori assidui, nonché per consumatori di piccole dosi come per quelli di grandi dosi. Il consumo di cocaina da parte di chi ha patologie non diagnosticate, quali problemi cardiocircolatori, può portare ad un elevato rischio di reazioni fatali. In uno studio di pazienti che si presentavano ad un ospedale a San Francisco per complicazioni dovute a cocaina, Lowenstein et al. (1987) trovarono che convulsioni, emicranie e perdite di conoscenze transitorie erano tra le complicazioni neurologiche principali, con ansia, depressione e paranoia tra quelle psichiatriche.

Sono state studiate varie cure psicologiche e farmacologiche per chi abusa di cocaina. Ciononostante, la letteratura riguardante la cura per problemi di cocaina è relativamente scarsa paragonata a quella per problemi con oppiacei. Vi sono sostanziali divari fra la conoscenza dell'efficacia delle cure e il loro impatto sui problemi di abuso di stimolanti. La mancanza d'informazioni riguardo ai risultati per problemi con stimolanti ha impedito lo sviluppo di interventi e cure appropriate.

Alcuni tossicodipendenti non rispondono alle cure e ottengono scarsi risultati, ed è opinione diffusa che risulti particolarmente difficile ottenere una cura efficace per problemi causati da stimolanti. Pazienti in cura con il metadone che usano anche cocaina tendono ad essere più difficili da inserire e mantenere in cura, e vari studi indicano che non vi è un miglioramento nel tasso e frequenza di consumo di cocaina tra i pazienti trattati con il metadone (Ball and Ross, 1991; Hser et al., 1998). Nonostante il fatto che si rileva una riduzione del consumo di crack in pazienti dopo la cura, queste riduzioni possono mascherare l'esistenza di sottogruppi per cui l'esito è meno soddisfacente e per cui il crack rimane un problema. L'identificazione di tali sottogruppi può essere di aiuto per lo sviluppo di cure più efficaci.

Nel National Treatment Outcome Research Study (Studio per la Ricerca sugli Esiti delle Cure) (NTORS), uno studio longitudinale, prospettico di coorte su persone che abusano di droga in Inghilterra, Gossop et al. (1998) studiarono più di mille consumatori di stupefacenti in trattamento presso 54 centri di recupero residenziali o comunitari i quali furono selezionati per rappresentare le strutture di cura principali nel Regno Unito. L'andamento più frequente di consumo di stimolanti era tra i dipendenti da eroina, consumatori di più droghe, che usavano anche stimolanti. Alcuni tossicodipendenti assumevano stimolanti solo occasionalmente, anche se molti usavano stimolanti frequentemente ed in dosi più alte.

Anche quando gli stimolanti erano usati in maniera meno frequente, il livello relativamente basso di consumo di stimolanti da parte di questi pazienti era un fattore di preoccupazione ri-

levante per i servizi sanitari dovuto al fatto che si associa comunque ad altre reazioni problematiche.

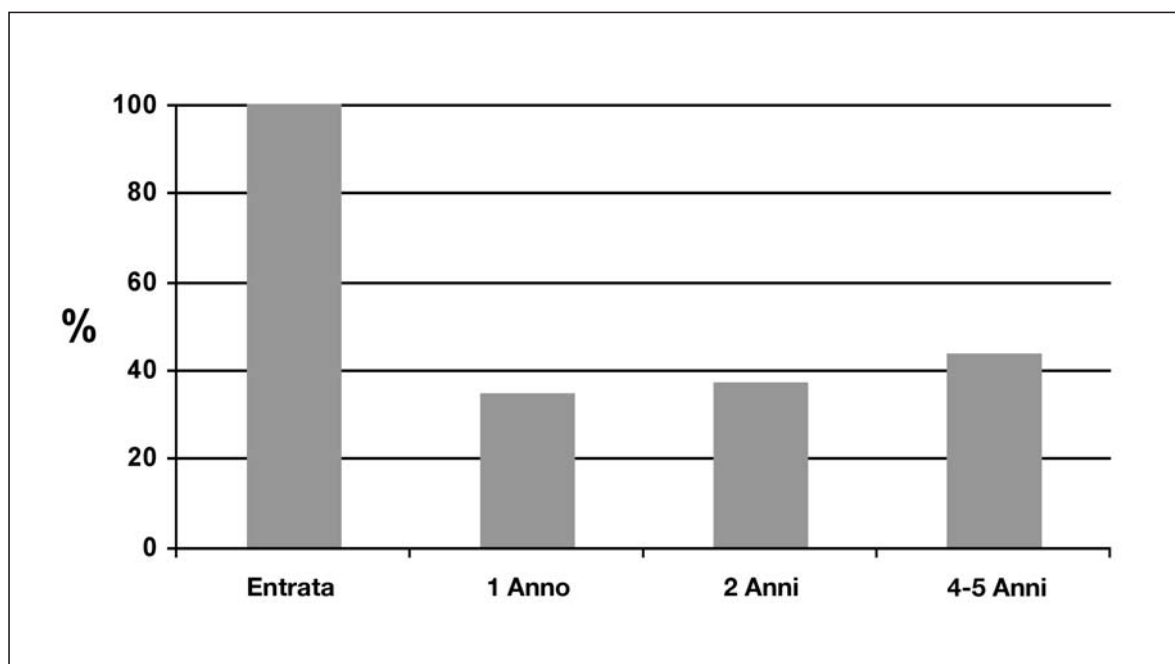
Problematiche casemix sono importanti per comprendere quanto la cura possa avere effetto sugli esiti in quanto i programmi residenziali tendono a trattare i casi più cronici e severi (Gossop et al., 1998). In effetti, è un'intenzione esplicita quella della cura disintossicante metodica di usare servizi terapeutici residenziali per i casi più difficili. In alcuni casi, i programmi residenziali concepiti disegnati per trattare proprio questi casi, come quei servizi che offrono programmi residenziali che trattano pazienti senz'altro afflitti da malattie mentali e tossicodipendenza.

ESITI RELATIVI AL CONSUMO DI DROGA

Gli esiti post-cura per consumatori di stimolanti sembrano essere incoraggianti. Notevoli riduzioni del consumo di cocaina, di altre sostanze, di criminalità e di altre materie problematiche furono riportati da Gossop et al. (2000a, 2003). Le riduzioni del consumo di crack dopo l'accesso al trattamento vengono riportate nella Figura 1.

Gli esiti delle cure per quei pazienti per i quali gli stimolanti erano la principale droga di consumo sono di particolare interesse. In questo gruppo, il consumo di cocaina, dopo una valutazione successiva di un anno, era ridotto a circa un quarto del livello rilevato all'inizio del trattamento. I consumatori di sostanze che, al momento dell'accesso alle cure, assumevano sia stimolanti che oppiacei mostrarono un altrettanto incoraggiante miglioramento per quanto riguarda la riduzione dell'uso di stimolanti e oppiacei. I risultati sono coerenti con altri studi i quali hanno dimostrato che i consumatori cocaina, nonché quelli di altre droghe possono ottenere esiti soddisfacenti con i servizi di cura esistenti (Kidorf and Stitzer, 1993; Simpson et al., 2002).

Figure 1 – Riduzione dell'uso di cocaina crack al follow up.



Tra i tossicodipendenti trattati in programmi di trattamento residenziali a lungo termine e di degenza a breve termine negli Stati Uniti, furono rilevate riduzioni sostanziali nel consumo di droghe dopo una valutazione successiva di un anno. L'uso regolare di cocaina (il problema più comune) fu ridotto a circa un terzo del livello presente al momento della presa in carico tra i pazienti sia del programma a lungo termine che di quello a breve termine; lo stesso accadde per l'uso dell'eroina (Hubbard et al., 1997). Anche i tassi d'astinenza da droghe illegali migliorarono dopo la cura residenziale.

I risultati per il Regno Unito indicati da NTORS mostrano risultati diversi tra chi usava crack prima di entrare in cura e coloro che non lo usavano. Per quelli che adoperavano crack al momento dell'entrata in cura, i livelli di consumo furono più che dimezzati nel corso dei cinque anni di cura. In contrasto, tra chi non usava crack prima di entrare in cura, vi fu un lieve incremento nell'uso di questa droga. Un risultato inaspettato fu che due terzi di coloro che non usavano crack prima di entrare in cura ma che lo usavano al momento del periodo di valutazione erano consumatori nuovi (cioè non avevano mai fatto uso di crack prima di allora). Il consumo di crack durante il periodo di valutazione da non-consumatori può essere associato alla maggior disponibilità di crack e alla sua maggior prevalenza d'uso nel Regno Unito durante il periodo dello studio.

L'insorgenza del consumo di crack tra molti di coloro che non usavano la droga al momento di entrare in cura indica il bisogno di riconsiderare i metodi in cui vengono eseguiti la valutazione e l'identificazione di problemi per i consumatori di droghe. I consumatori che non usano crack al momento di entrare in cura potrebbero erroneamente credere che, non avendo avuti problemi con l'uso di crack quando hanno iniziato la cura, possono usarlo impunemente. I pazienti che entrano in cura con dipendenza da oppiacei o problemi concernenti l'uso di più droghe potrebbero non segnalare il loro uso di cocaina, e il bisogno di dare risposta a questioni associate all'abuso di cocaina potrebbe passare inosservata nel contesto del programma di recupero. In questa maniera è possibile che i consumatori di droga e/o i servizi per gli abusi stiano mirando al problema dell'abuso di droghe in maniera troppo restrittiva.

RISULTATI RELATIVI AI RISCHI ASSOCIATI ALL'INIEZIONE

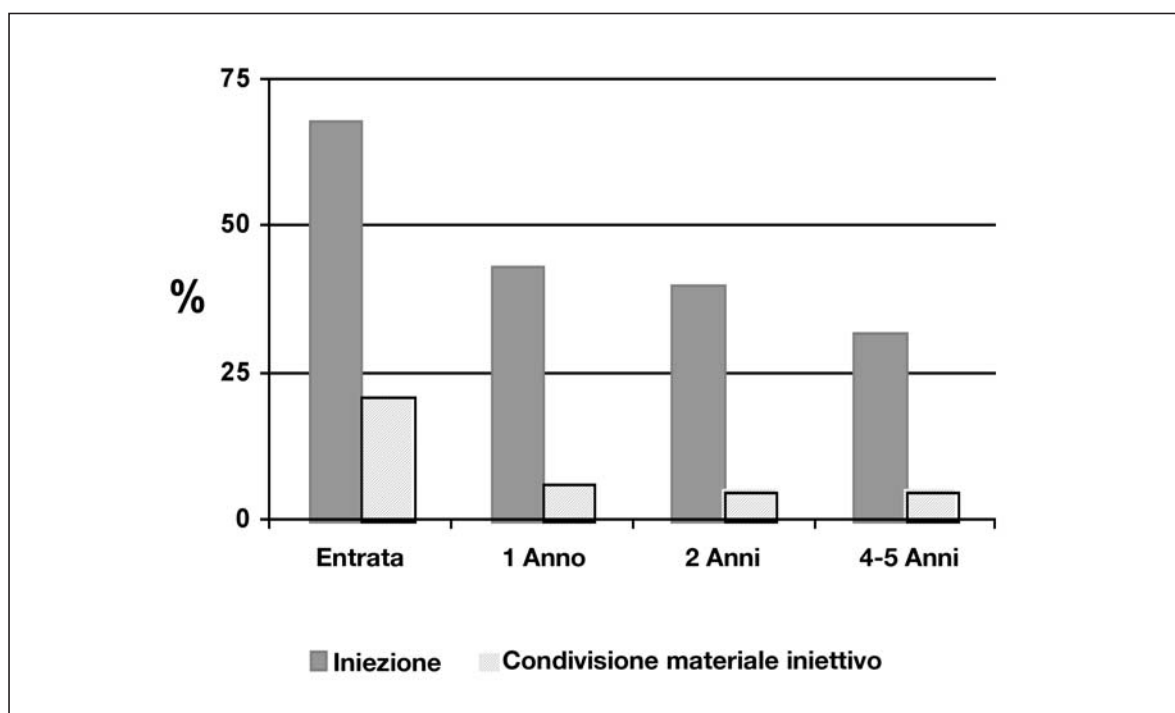
Nonostante la cocaina in polvere sia spesso consumata sniffandola, può essere assunta anche per iniezione, a volte mischiata con all'eroina. Un problema particolare è associato all'iniezione di crack. Ove il fumo è il metodo predominante per il consumo di crack, il 14% dei consumatori di crack presso NTORS indicarono d'aver iniettato la droga prima di essere entrati in cura. Prima del 1990, l'iniezione del crack era rara nel Regno Unito, ma durante i primi anni 90 furono segnalati notevoli aumenti nell'uso di crack e nella sua iniezione (Hunter et al., 1995).

L'uso del crack per endovenosa è una forma di abuso che non viene pienamente compresa. Pochi studi lo hanno esaminato, studiato le ragioni dell'iniezione del crack o osservato i rischi associati ad esso. L'iniezione del crack è un motivo particolare di preoccupazione perché può essere associato a più elevati livelli di rischi per la salute di quelli osservati per l'iniezione d'altre droghe. Coloro che si iniettano stimolanti potrebbero essere particolarmente a rischio di HIV e altre infezioni a causa dei loro comportamenti iniettivi e sessuali ad alto rischio. Si è verificato che chi inietta il crack è più propenso a condividere siringhe di coloro che iniettano altre droghe (Hunter et al., 1995). Anche l'iniezione di eroina e cocaina mischiate ("speedballs") può essere associata a rischi d'iniezione e rischi sessuali. L'iniezione di crack può causare problemi dovuti all'aggiunta di acidi per coadiuvare lo scioglimento del crack per l'iniezione e all'uso di

aghi più grossi per l'iniezione di soluzioni di crack. Nelle zone in cui avviene l'iniezione di cocaina e soprattutto di crack, dovrebbero essere realizzati programmi di vaccinazione anti-epatite rivolti a questi consumatori. Procedure di scambio d'aghi e siringhe potrebbero fornire un punto d'appoggio nonché un'opportunità per i servizi atti a ridurre il danno per tossicodipendenti i quali non avrebbero altrimenti nessun contatto con servizi di cura.

Gli esiti delle valutazioni NTORS mostrarono livelli più bassi d'iniezione e riduzioni nell'uso condiviso d'aghi e siringhe. I tassi d'iniezione alla valutazione quinquennale si erano dimezzati in relazione ai livelli pre-cura, e i tassi di condivisione furono ridotti ad un quarto di quelli pre-cura (Vedi Figura 2).

Figura 2 – Iniezione e condivisione di materiale iniettivo.



I consumatori di droga che più erano propensi ad iniettarsi e a condividere siringhe erano i dipendenti da eroina che facevano anche uso frequente di stimolanti. Quasi un quarto di questi pazienti riportarono d'aver condiviso aghi o siringhe durante i tre mesi prima di entrare in cura. Nonostante il tasso di condivisione in questo gruppo sia sceso al 9% in un anno, questo rappresenta ancora un livello preoccupante per questo comportamento ad alto rischio.

ESITI PER LA SALUTE PSICOLOGICA

Ansia e depressione sono più prevalenti tra i consumatori in cura che nella popolazione generale, e molta gente che si presenta per cure disintossicanti presentano questo tipo di problema. In NTORS, furono riscontrati alti livelli d'ansia, depressione, ideazioni paranoiche e psicosi tra i consumatori di stimolanti al momento in cui si presentavano per essere curati. Tossicodipendenti per cui gli stimolanti erano la droga principale riportavano indici di sintomi psichiatrici

particolarmente alti (Gossop et al., 2000). La gravità dei sintomi psicologici può avere effetti dannosi sugli esiti della cura sia tra i dipendenti da cocaina (Carroll et al., 1993) sia tra quelli da oppiacei (McLellan et al., 1983).

I tossicodipendenti in NTORS mostrarono riduzioni in una gamma di sintomi psichiatrici dopo essere stati ammessi a servizi terapeutici per tossicodipendenze (Gossop et al., 2006). Queste riduzioni accaddero rapidamente (durante il primo mese dopo essere stati ammessi) e furono mantenute secondo quanto valutato in seguito. Furono rilevate riduzioni in un numero di sintomi psichiatrici, e livelli ridotti di sintomi furono riscontrati sia tra pazienti in programmi ambulatoriali che tra quelli in programmi residenziali. La percentuale di pazienti che riportavano ideazioni suicide era più che dimezzato alla valutazione successiva.

Le rapide riduzioni di sintomi psichiatrici indicano che alcuni dei sintomi osservati al momento dell'ammissione alla cura sono associabili all'abuso, e in alcuni casi diminuiranno con l'astinenza dal consumo illegale di droghe. Una relazione tra sintomi psichiatrici e consumo di droga fu riscontrato anche a valutazione successiva, supportando ulteriormente questa ipotesi. L'associazione tra sintomi psichiatrici e uso illecito di droghe fu riscontrato per eroina, metadone non prescritto, benzodiazepine non prescritte e stimolanti.

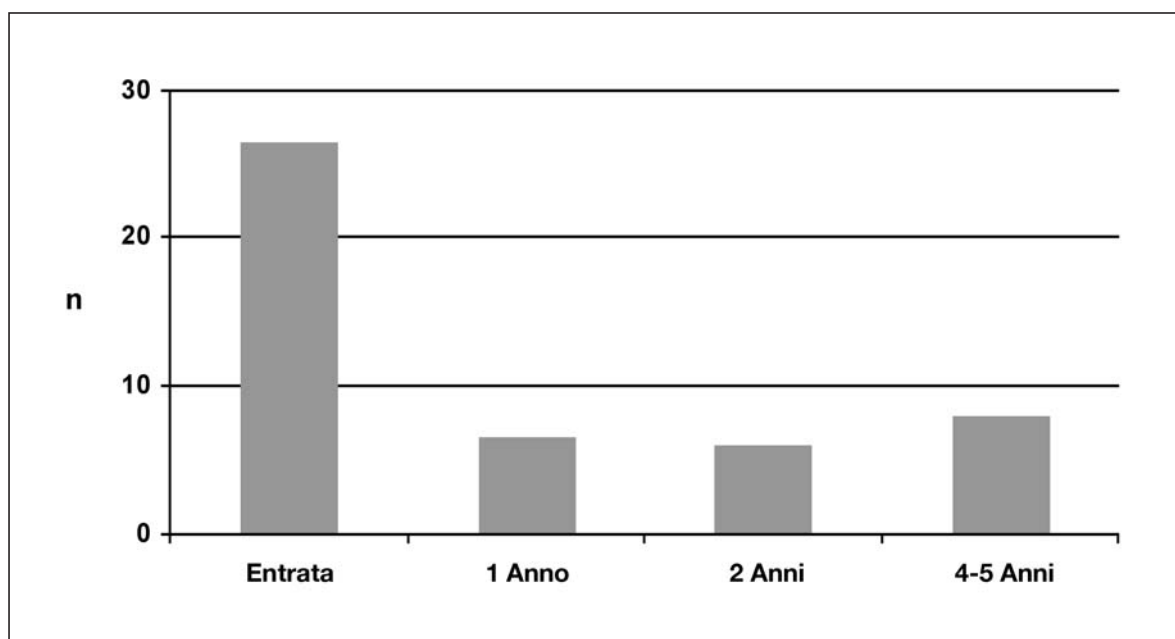
Laddove gli indici di sintomi psichiatrici dopo una valutazione di controllo sono mediati da riduzioni nell'uso di sostanze illecite, sono anche correlati alla condizione psichiatrica del paziente prima della cura. I pazienti aventi più sintomi psichiatrici al momento dell'ammissione alle cure tendono a riportare livelli più alti di sintomi psichiatrici al momento di successive valutazioni. Altri studi propongono che i sintomi depressivi tendono ad essere più alti prima e dopo la cura tra i pazienti dipendenti da cocaina con problemi di depressione più gravi (Kosten et al., 1988). I consumatori di crack riportano esiti di salute psicologica più scarsi rispetto a consumatori di cocaina in polvere.

CRIMINALITÀ

I reati che comportano il furto sono tra i metodi più frequenti di ottenimento del denaro per la droga, e i crimini che generano guadagno sono associati specialmente alla dipendenza da droga. La coorte di più di 1000 tossicodipendenti nei programmi NTORS hanno riportato d'aver commesso più di 17000 furti durante il periodo di 90 giorni precedente l'entrata in cura (Gossop et al., 1998), e più della metà dei consumatori di stimolanti nel nostro campione aveva commesso almeno un furto durante il periodo di 90 giorni precedenti l'entrata in cura. I furti nei negozi erano il reato più comune, sia in termini di numero totale di crimini sia in termini di percentuale di consumatori che compivano quel determinante reato.

Gli effetti che il trattamento ha avuto sulla condotta criminale mostrarono una sostanziale riduzione sia nei crimini riguardanti furti che in quelli riguardanti spaccio di droga. La riduzione del tasso di furti commessi prima di entrare in cura fu riscontrata in tutti i gruppi di consumatori di stimolanti (consumatori occasionali, consumatori frequenti e consumatori dipendenti) alla valutazione dopo un anno. In generale i tassi di furto erano dimezzati a tutte le valutazioni successive durante i 5 anni dopo l'entrata in cura. I principali costi inflitti alla società da parte della dipendenza sono legati ai danni che subiscono le vittime di questi crimini, perciò questi livelli ridotti di condotta criminale rappresentano un risparmio notevole per la società nonché un beneficio importante per quanti riguarda la ridotta sofferenza psicologica per le vittime del crimine.

Figura 3 – Furti (media).



Comunque, il crimine e la dipendenza non vanno inevitabilmente associati. Metà dei pazienti ammessi al NTORS non aveva commesso alcun furto durante i tre mesi precedenti l'ammissione, e di quelli coinvolti in reati, la maggioranza era relativamente di "piccola criminalità". La gran maggioranza dei furti fu commessa da una piccola minoranza dei consumatori, il 10% dei quali aveva commesso 76% dei crimini (Stewart et al., 2000). Coloro che più erano coinvolti in crimini erano quei consumatori che erano più gravemente dipendenti da cocaina o eroina.

Reati in materia di spaccio di sostanze stupefacenti sono spesso uno dei tipi più frequentemente commessi da tossicodipendenti. La coorte NTORS ha riportato più di 39.000 reati di questo tipo durante il periodo di 90 giorni precedenti l'entrata in cura. Come per i furti, la maggioranza non era coinvolta nello spaccio di stupefacenti. Meno di un terzo riferirono d'aver venduto droghe, e per la maggioranza di chi vendeva droga, vendere era un'attività insolita ed occasionale.

La maggior parte dei reati per spaccio fu commessa da una minoranza dei consumatori di droga. Il coinvolgimento di questi consumatori nello spaccio era di natura diversa da quella d'altri consumatori che vendevano sostanze. Settantuno pazienti (7%) riferirono quasi 35 mila reati durante il periodo di 90 giorni previo all'entrata in cura. Questo è sicuramente un numero altissimo di reati.

Nonostante ci fossero significative riduzioni generali dei tassi di reati per spaccio tra i consumatori di stimolanti, alcuni dei consumatori assidui continuavano a vendere droghe. I motivi per questo fatto sono poco chiari, in quanto il loro consumo di sostanze illecite (sia di oppiacei sia di stimolanti) era sostanzialmente ridotto stando a quanto riportato da un'eventuale valutazione di controllo. Tuttavia il termine "spaccio di droga" si riferisce ad una gamma di diverse attività che vengono condotte da una gamma di diverse persone. È possibile che il coinvolgimento dei venditori più attivi rifletta il loro approccio più professionale al traffico. Il reddito prodotto dallo spaccio di droga può essere di gran lunga maggiore di quello ricavato da altri cri-

mini o da fonti legittime. I tossicodipendenti non possono essere visti come un gruppo omogeneo e alcuni continueranno a commettere reati indipendentemente dal fatto di essere o meno consumatori attivi.

ALCOL E COCAINA

I tossicodipendenti in cura disintossicante sono quasi sempre consumatori di più droghe, e l'uso di più droghe può significare l'uso concomitante o sequenziale di diverse sostanze. Possono essere consumate diverse droghe allo stesso momento per migliorare l'effetto psicoattivo. Possono essere combinate varie droghe per controbilanciare gli effetti sfavorevoli o indesiderati di una o più droghe. Inoltre il consumatore potrebbe assumere una droga diversa come sostituto della droga preferita se questa ultima non è disponibile.

Come parte integrante di questo schema di consumo di sostanze multiple, l'alcol potrebbe essere una componente importante. L'alcol è tra le sostanze "secondarie" più frequentemente usate da tossicodipendenti, e l'abuso di alcol è spesso riscontrato tra tossicomani dopo il trattamento per dipendenza. I problemi d'alcol sono spesso trascurati nel trattamento delle tossicodipendenze.

Vi è una grande variabilità nel modo in cui consumatori di droga assumono alcol. Tuttavia, molti tossicodipendenti sono bevitori problematici. Nella coorte del NTORS, quasi un quinto dei tossicodipendenti erano codipendenti da alcol e molti altri bevono eccessivamente regolarmente. In media consumavano una quantità giornaliera pari ad una bottiglia. Molti altri bevevano pesantemente e regolarmente, o in maniera poco frequente, anche se in grandi quantità.

Consumare quantità esagerate d'alcol tra i consumatori di droga può aggravare altri problemi e avere effetti dannosi sugli esiti della cura. Pazienti con doppia dipendenza (droga e alcol) presentano esiti peggiori di chi non beve in modo eccessivo, e la codipendenza da alcol tra dipendenti da oppiacei nei programmi di cura con metadone sembra avere un effetto sulla risposta e sull'esito delle cure (Chatham et al., 1997). L'abuso cronico d'alcol viene spesso associato alla dimissione prematura di pazienti dai programmi di metadone. I dipendenti da cocaina con problemi d'alcol sono più propensi a ricadere nell'uso di cocaina dopo la cura, e il consumo d'alcol è spesso associato ad episodi di ricaduta (McKay et al., 1999).

I consumatori di droga che dipendono anche da alcol presentano una peggiore condizione di salute fisica e psicologica rispetto ad altri tossicodipendenti. I tossicodipendenti che erano severamente dipendenti da alcol presentavano maggiori problemi di droga quali accessi, vene segnate e overdose (Gossop et al., 2002). Overdose fatali e non-fatali hanno maggiore probabilità di includere l'uso combinato di alcool con altre droghe.

Nel caso di consumo multiplo di droghe, le droghe che vengono usate tendono ad essere una selezione non casuale delle sostanze disponibili. L'alcol e la cocaina sono spesso consumati assieme. Alcuni studi fatti negli Stati Uniti riportano che il 30-60% di pazienti dipendenti da alcol usano anche cocaina, e i consumatori di cocaina sono spesso forti bevitori. (Caetano and Weisner, 1995; Craddock et al., 1997).

Quando la cocaina e l'alcol vengono assunti insieme, le due sostanze interagiscono per produrre cocaetilene, una metabolita attiva che ha un'emivita tre volte più grande di quello della cocaina ed è più cardiottossico (McCance et al., 1995). L'uso combinato d'alcol e cocaina produce un'euforia soggettiva intensa e prolungata rispetto all'uso di entrambe le sostanze assunte da sole. L'uso combinato delle due sostanze potrebbe anche compensare alcuni degli effetti sedativi dell'alcol e ridurre la sensazione spiacevole che si ha quando cala l'effetto della cocaina.

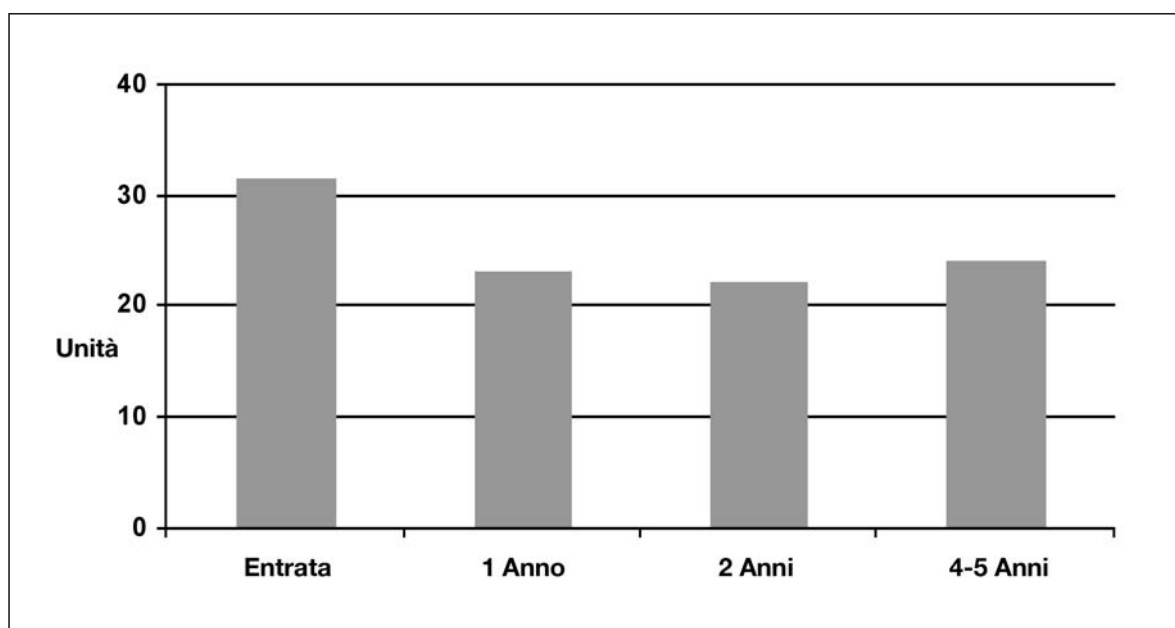
In uno studio dell'uso simultaneo di cocaina e alcol, Gossop, Manning e Ridge (2006) trovarono che quasi tutti i consumatori di cocaina in polvere segnalavano almeno un episodio d'uso esagerato di alcol nel mese precedente. Gli episodi di abuso di alcol spesso consistevano nel bere quantità eccessive d'alcol per periodi molto estesi. Quasi metà dei consumatori di cocaina in polvere segnalavano d'aver bevuto fortemente almeno una volta la settimana durante il mese precedente, e circa uno su sei ammetteva d'aver bevuto per una durata di più di 24 ore, e con livelli massimi di consumo d'alcol di 23 unità (equivalenti a circa 184 grammi d'etanolo). Il consumo regolare di quantità d'alcol così ingenti rappresenta un rischio serio per la salute di questi individui. Alla luce del fatto che oltre la metà dei consumatori di cocaina in polvere erano donne, viene ulteriormente enfatizzata la preoccupazione riguardo agli effetti negativi dell'uso pesante d'alcol in questa categoria di consumatori.

I consumatori di cocaina potrebbero usare altre sostanze per controbilanciare l'agitazione e gli altri effetti sgradevoli che possono aver luogo durante l'uso prolungato di cocaina. In questa maniera, l'abuso d'alcol da parte dei consumatori di cocaina in polvere, e l'uso d'eroina e/o benzodiazepine da parte dei consumatori di crack potrebbero essere veicoli farmacologici diversi per ottenere lo stesso effetto. Le ragioni per l'uso simultaneo d'alcol o altre droghe con la cocaina rappresentano una questione importante che merita ulteriore ricerca.

RISULTATI RELATIVI ALL'ALCOOL

Molti dipendenti da stimolanti che chiedono un trattamento riportano d'essere bevitori pesanti al momento dell'ammissione alle cure, e i dipendenti da droghe per i quali gli stimolanti sono la droga principale tendono ad essere i bevitori più forti. Gli effetti del trattamento sul consumo d'alcol tra i tossicodipendenti tendono ad essere meno soddisfacenti di quelli per l'uso di droghe illegali. Nel campione NTORS, i consumatori di stimolanti riportarono una lieve riduzione nella quantità d'alcol consumata alla valutazione annuale.

Figura 4 – Consumo di alcool all'entrata in cura e al follow-up.



Tuttavia, la riduzione nella quantità d'alcol consumato non fu mantenuta. Alle valutazioni dopo 2 e dopo 5 anni, i livelli di consumo d'alcol non erano significativamente diversi da quelli precedenti la cura (vedi Figura 4). Altri rapporti hanno notato che gli esiti per l'alcol dopo la cura disintossicante sono spesso scarsi con molti dei bevitori che non dimostrano cambiamento alcuno nel livello di consumo d'alcol pre-cura (Gossop et al., 2000b, 2003). Anche dove vi furono riduzioni nell'uso d'alcol, erano spesso insoddisfacenti in quanto erano principalmente riduzioni da consumo molto forte a consumo forte, piuttosto che a livelli di consumo moderati. Questo livello di consumo d'alcol rappresenta un rischio serio per la salute di questo gruppo, particolarmente perché molti di loro presentano già malattie del fegato e funzionalità epatica compromessa (per esempio a causa di Epatite C).

La relazione tra il consumo d'alcol e quello di droghe illegali non viene ben compreso. Si è dimostrato che in alcune circostanze, può esistere una relazione inversa tra la frequenza d'uso d'alcol e droghe (Marsden et al., 1998). Il bere può essere associato all'uso di diversi tipi di droghe. Si è verificato che i consumatori di droga dipendenti da alcol consumano meno frequentemente eroina e crack e consumano più frequentemente stimolanti quali cocaina in polvere e anfetamine, nonché benzodiazepine non prescritte (Gossop et al., 2002). Lehman e Simpson (1990) scoprirono che il consumo forte d'alcol era associato all'uso di droghe non oppiacee e Chatham et al. (1997) trovarono alti tassi di problemi di cocaina tra consumatori di droga dipendenti da alcol.

L'ininterrotto e pesante consumo d'alcol da parte di molti pazienti dopo la cura contrasta con i diffusi cambiamenti e i sostanziali miglioramenti trovati per quanto riguarda la riduzione dell'uso di droghe illegali. I cambiamenti nell'uso di droghe illegali e gli esiti del consumo d'alcol possono essere indipendenti, con il consumo d'alcol di tossicodipendenti dopo la cura che si avvicina di più all'uso d'alcol pre-cura (Gossop et al., 2000b).

I problemi d'alcol ricevono spesso insufficiente attenzione nel trattamento di tossicodipendenti. I tossicodipendenti e lo staff clinico possono deliberatamente o involontariamente incentrarsi su ciò che può essere considerato come la droga problematica principale (in particolare, eroina o cocaina) e disinteressarsi o minimizzare l'uso d'altre sostanze. La portata e la gravità del forte consumo d'alcol tra tossicodipendenti sia prima che dopo la cura è una questione clinica molto importante. Tali problemi richiamano l'attenzione sulla necessità di sviluppare programmi e interventi che siano specificatamente orientati alla risoluzione dei problemi correlati all'alcol per questo gruppo di pazienti.

I FATTORI CHE AGISCONO NEL PROCESSO DI TRATTAMENTO

Nel trattamento della dipendenza da cocaina (come per altre cure disintossicanti), un'importante questione di ricerca è il controllo dei fattori e dei processi del trattamento. L'identificazione delle procedure di trattamento che sono correlate all'esito ha un valore clinico pratico in quanto aiuta a differenziare gli ingredienti del trattamento "attivi" da quelli "inerti" (McLellan et al., 1997).

La durata del trattamento è uno dei fattori che più predice un esito post-cura favorevole. I tempi del trattamento ha dimostrato di essere correlato ad esiti positivi sia in confronto agli stessi comportamenti di base del paziente prima della cura che rispetto a gruppi di controllo (Simpson, 1997).

Pazienti i quali rimangono in cura più a lungo e che completano un corso di terapia hanno dimostrato di avere più probabilità di ottenere i risultati migliori, a prescindere da come viene misurato l'esito. Conclusioni simili sono state riportate da studi su programmi residenziali e

ambulatoriali, programmi di metadone, metadone più degenza giornaliera, programmi di terapia comunitaria e programmi residenziali di recupero dall'alcol.

Etheridge et al. (1999) trovarono che la durata del trattamento era legata a migliori esiti in uno studio sul trattamento di problemi di cocaina. In uno studio su 21.000 pazienti con problemi di tossicodipendenza, Moos et al. (2000) trovarono che i pazienti che ricevevano trattamenti di durata superiore miglioravano di più rispetto a coloro che permanevano meno. In alcuni studi su dipendenti da alcol, durate più lunghe di permanenza nonché il completamento del trattamento hanno dimostrato di diminuire largamente l'uso d'alcol per quanto riguarda il consumo post-cura, anche dopo aver controllato la gravità dell'alcolismo prima della cura (Moos, Finney, and Cronkite 1990).

I tossico dipendenti dei programmi residenziali NTORS che rimanevano in cura più a lungo ottennero risultati migliori in un anno rispetto a chi abbandonava prima per quanto riguarda astinenza da stimolanti e oppiacei, riduzione d'iniezioni, e miglioramento della condotta criminale (Gossop et al., 1999). L'effetto del tempo nel trattamento fu confermato dopo aver controllato l'influenza d'altri eventuali fattori di predizione.

Studi su pazienti trattati per dipendenza da cocaina hanno anche trovato che maggior numero di servizi per la tossicodipendenza può migliorare gli esiti delle cure. Higgins et al. (1991) assegnarono a caso pazienti dipendenti da cocaina che cercavano trattamento o ad una terapia per tossicodipendenza standard e a Alcoholics Anonymous (Alcolizzati Anonimi), oppure ad una terapia di tipo multi-componente comportamentale integrante terapia a contingenza, iniziative di tipo comunitario, e terapia di famiglia. Questo tipo di terapia rinforzata tratteneva più pazienti in trattamento, produceva più pazienti astinenti e periodi più lunghi d'astinenza e produceva miglioramenti più notevoli per il funzionamento personale che nella terapia standard. Altri studi degli elementi della terapia hanno riscontrato che la terapia di famiglia (Higgins et al. 1994), incentivi (Higgins et al. 1993), e la terapia a contingenza (Higgins et al. 1991) hanno contribuito ciascuno a migliorare gli esiti.

Etheridge et al. (1999) trovarono che per i dipendenti da cocaina la terapia era associata ad esiti migliori, ma non riuscirono a trovare relazione alcuna né tra frequenza della terapia né fra la frequenza di adesione a Narcotics Anonymous / Alcoholics Anonymous (Narcotizzati Anonimi / Alcolizzati Anonimi) con migliori esiti. Questo indica che l'efficacia delle cure può essere meno influenzata dalla quantità di terapia in se che dall'erogazione d'interventi mirati specificatamente ai problemi del paziente individuale (Gossop et al., 2005). Gli interventi e i servizi di terapia dovrebbero essere adattati ai bisogni ed ai problemi dei pazienti.

CONCLUSIONI

Questi risultati scientifici i quali dimostrano esiti terapeutici migliorati sono molto importanti. Affermano che i tossicodipendenti da cocaina o altri stimolanti non richiedono servizi esistenti, o che chi abusa di stimolanti non traggono beneficio da tali servizi e richiedono programmi terapeutici particolari. Gli ampi e sostanziali miglioramenti nella tossicodipendenza, iniezioni, salute mentale e condotta criminale dimostrano gli esiti favorevoli tra i consumatori di stimolanti che sono stati curati da servizi per la tossicodipendenza in esistenza. I risultati ottenuti dal NTORS nel Regno Unito sono direttamente paragonabili a quelli riportati in un importante studio di più di 1600 dipendenti da cocaina trattati da programmi negli Stati Uniti (Simpson et al., 2002). Studi di valutazione a carattere naturalistico, multisito e multimodale come questi rappresentano pazienti e servizi reali che hanno una validità esterna altissima.

Tuttavia, i risultati richiamano l'attenzione anche su esiti meno soddisfacenti. Gli esiti relativamente scarsi per l'uso d'alcol tra i tossicodipendenti rimane una questione preoccupante. È facile che alcuni dipendenti da cocaina possano avvicinarsi all'alcol piuttosto che a servizi di cura, e i servizi per l'alcol dovrebbero essere consci dei problemi che possono essere associati all'uso concomitante di cocaina e alcol. Dato che tendono spesso ad operare veicoli sotto l'influenza d'alcol o droghe, è possibile anche che i consumatori di cocaina in Polvere siano a rischio maggiore d'incidenti stradali e possono essere trovati in reparti d'emergenza.

I problemi dei dipendenti da cocaina sono rilevanti anche per i servizi di cura primari. I medici hanno ampi contatti con pazienti che hanno problemi di droga o alcol. La politica nazionale attuale nel Regno Unito non che in alcuni altri paesi, è quella di incoraggiare ed espandere il ruolo dei medici in quest'area, e nonostante molti medici siano restii ad essere coinvolti con il trattamento di problemi di tossicodipendenze, i medici britannici sono tuttora sempre più coinvolti con tossicodipendenti. Tuttavia, molti medici sentono di non avere tempo a sufficienza per poter trattare tossicodipendenti e di non avere la preparazione adeguata. I medici potrebbero necessitare di una formazione avanzata per poter migliorare la propria abilità di rilevare, valutare e rispondere a chi ha problemi di cocaina. Sarebbe utile anche sviluppare interventi brevi che possono essere adoperati in primo soccorso e altri ambienti ospedalieri come mezzo per iniziare un cambiamento nel comportamento degli individui.

Molti servizi terapeutici per tossicodipendenze specializzati in Europa continuano ad essere principalmente orientati verso il trattamento di tossicodipendenti con dipendenze da oppiacei. Dovrebbero esistere più iniziative mirate a migliorare sia l'erogazione sia l'efficacia di servizi che sono rivolti in particolare a pazienti che abusano di stimolanti nonché chi abusa di più sostanze. Gli accertamenti scientifici sugli esiti delle terapie per dipendenti da stimolanti indicano che centri di recupero specializzati dovrebbero essere preparati ad offrire terapia a persone che presentano problemi di cocaina o altri stimolanti.

Dovrebbe essere prestata più attenzione alla natura multidimensionale degli schemi di consumo di droga nonché alle difficoltà dell'accuratamente descrivere e categorizzare gli schemi complessi e diversi schemi di consumo tra i tossicodipendenti. Molti centri categorizzano i loro pazienti come "consumatori di stimolanti" o "consumatori d'eroina" quando è evidente che quasi tutti i pazienti sono consumatori di svariate droghe. Servirebbero ulteriori distinzioni tra chi assume cocaina o altri stimolanti per differenziare chi usa stimolanti ma che sono principalmente dipendenti da oppiacei, alcol o altre sostanze, coloro che hanno gravi dipendenze da multiple sostanze e per cui l'abuso di stimolanti rappresenta un problema ingente, e coloro il quale problema è principalmente dovuto all'uso di stimolanti.

BIBLIOGRAFIA

1. Ball, J., Ross, A. (1991) *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. Springer-Verlag, New York.
2. Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Diaz, A., Rodriguez-Artalego, F. (1998) Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 172-180.
3. Caetano, R. & Weisner, C. (1995) The association between DSM-III-R alcohol dependence, psychological distress and drug use. *Addiction*, 90(3), 351-359.
4. Carroll, K.M. (1993) Psychotherapeutic treatment of cocaine abuse: models for its evalua-

- tion alone and in combination with pharmacotherapy. In, F.Tims, C.Leukefeld (eds.) Cocaine Treatment: Research and Clinical Perspectives. NIDA Research Monograph No. 135. Rockville, MD.
5. Chatham, L.R., Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W. and Simpson, D.D. (1997) Heavy drinking, alcohol dependent vs. nondependent methadone maintenance clients: A follow-up study. *Addictive Behaviours*, 22(1): 69-80.
 6. Craddock,S., Rounds-Bryant,J., Flynn,P., Hubbard,R. (1997) Characteristics and pretreatment behaviors of clients entering drug abuse treatment: 1969-1993. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 43-59.
 7. Etheridge,R., Craddock,S., Hubbard,R., Rounds-Bryant,J. (1999) The relationship of co-counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 99-112.
 8. Ferri,C., Gossop,M. (1999) Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addictive Behaviors*, 24, 815-821.
 9. Gossop,M. Griffiths,P., Powis,B., Strang,J. (1994) Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *British Journal of Psychiatry*, 164, 660-664.
 10. Gossop,M., Manning,V., Ridge,G. (2006) Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and powder cocaine. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 121-125.
 11. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2000a). Treatment outcomes of stimulant misusers: One year follow up results from the national treatment outcome research study (NTORS). *Addict. Behav.* 25 (4), 509-522.
 12. Gossop,M., Marsden,J., Stewart,D. (2002) Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use, and health problems. *Addiction*, 97, 169-178.
 13. Gossop,M., Marsden,J., Stewart,D. (2006) Remission of psychiatric symptoms among drug misusers after drug dependence treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*,
 14. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P, Edwards, C., Wilson, A., Segar, G. (1998) Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *British Journal of Psychiatry*, 173:166-171.
 15. Gossop,M., Marsden,J., Stewart,D., Kidd, T. (2003) The National Treatment Outcome Research Study (NTORS):4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.
 16. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Rolfe, A. (1999) Treatment retention and one year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.
 17. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Rolfe, A. (2000b) Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers: 1-year follow-up results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19:45-50.
 18. Haasen,C., Prinzleve,M., Zurold,H., Rehm,J. et al. (2004) Cocaine use in Europe: a multi-centre study: methodology and prevalence estimates. *European Addiction Research*, 10, 139-146.
 19. Hatsukami,D.K., Fischman,M. (1996) Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? *JAMA*, 276, 1580-8.
 20. Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Badger, G.J. (1993). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 47-56.

21. Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F.E., Donham, R., Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
22. Higgins, S., Delaney, D., Budney, A., Bickel, W., Hughes, J., Foerg, F., Fenwick, J. (1991) A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224
23. Hser, Y., Anglin, M.D., Fletcher, B. (1998) Comparative treatment effectiveness. Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *J Subst Abuse Treatment*, 15, 513-23.
24. Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P., Anderson, J., Etheridge, R. (1997) Overview of 1-year outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279-293.
25. Hunter, G.M., Donoghoe, M.C., & Stimson, G.V. (1995). Crack use and injection on the increase among injecting drug users in London. *Addiction*, 90, 1397-1400.
26. Kidorf, M. and Stitzer, M.L. (1993) Congruent access to methadone maintenance treatment: Effects on cocaine use and mixed opiate cocaine abusers. *Experimental and Clinical Pharmacology*, 1(1-4): 200-206.
27. Kosten, T., Rounsaville, B. and Kleber, H. (1988) Antecedents and consequences of cocaine abuse among opiate addicts: a 2.5 year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 176-181.
28. Lehman, W.E.R., Simpson, D.D. (1990) Alcohol use. In: Simpson, D.D. & Sells, S.B. (Eds.) *Opioid Addiction and Treatment: A 12 Year Follow-Up* (pp. 177-192). Melbourne, FL: Kreiger
29. Lowenstein, D., Massa, S., Rowbotham, M., Collins, S., McKinney, H., Simon, P. (1987) Acute neurologic and psychiatric complications associated with cocaine abuse. *American Journal of Medicine*, 83, 841-846.
30. Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C., Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93, 1857-1867.
31. McKay, J.R., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., McLellan, A.T. (1999) The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 176-180.
32. McLellan A.T., Luborsky, L., Woody, G., Druley, K., O'Brien, C. (1983) Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
33. McLellan, A.T., Wood, G.E., Metzger, D.S., McKay, J., & Alterman, A.I. (1997). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable expectations, appropriate comparisons. In: Egerton, J.A., Fox, D.M., Leshner A.I, (Eds). *Treating Drug Abusers Effectively*. Oxford: Blackwell.
34. Moos, R.H., Finney, J.W., Cronkite, R.C. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. Oxford University Press, New York
35. Moos, R.H., Finney, J. W., Federman, E., Suchinsky, R. (2000) Speciality mental health care improves patients outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 704-713.
36. Simpson, D.D. (1997) Effectiveness of drug-abuse treatment: a review of research from field settings. In: Egerton, J.A., Fox, D.M., Leshner A.I, (Eds). *Treating Drug Abusers Effectively*. Oxford: Blackwell.

37. Simpson,D.D., Joe,G., Broome,K. (2002) A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 538-44.
38. Stewart,D., Gossop,M., Marsden,J., Rolfe,A. (2000) Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS) *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 10-20.
39. Stitzer,M., Chutuape,M. (1999) Other substance use disorders in methadone treatment: prevalence, consequences, detection, and management. In, E.Strain and M.Stitzer (eds.) *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
40. Wells, E., Peterson,P., Gaines,R., Hawkins,J., Catalano,R. (1994) Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 20, 1-17.

