

Alcool e risposta comportamentale disadattiva

MARIA GRAZIA CASSITTO

Stress e Disadattamento Lavorativo, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Fondazione Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena, Milano

KEY WORDS

Alcohol intake; occupational alcohol-related risk; behavioural measures

SUMMARY

«Alcohol and disadaptive behavioural response». Background and objectives: *The knowledge of heavy drinking and dependence on working behaviour is known and reflect the general community opinion and therefore is known in its more general and/or extreme manifestations (weekend deaths, dementia, polineuropathies). Less known and rarely measured are alcohol effects in heavy drinkers who have a high level of tolerance and only show manifestations which for a long time can be considered normal or seen as subjective peculiarities.* Discussion and conclusions: *It is only in presence of serious accidents or dependence reactions that the drinking habit becomes evident. Cognitive, visuomotor and memory functions as well as personal and social behaviour should be examined but, it also appears that not all psychological measures are adequate to show the presence of possible cognitive deficiencies or behavioural dysfunction due to the fact that compensation mechanism can buffer for a long time alcohol behavioural effects. Two examples are described, reaction time measures and memory profiles.*

RIASSUNTO

La conoscenza dell'effetto dell'alcool sul comportamento individuale è noto soprattutto nei suoi aspetti generali e più evidenti ed è soprattutto noto nelle sue manifestazioni estreme, da una parte gli effetti acuti con le morti del sabato sera dovute non solo alla droga ma a forti dosi di alcolici con l'alterazione dei tempi di risposta e le reazioni comportamentali sia depressogene che aggressive e all'altro estremo i seri effetti cronici con le demenze, la sindrome Wernicke-Korsakoff, la sindrome amnesica, le polineuropatie tra le più conosciute. Meno facilmente individuabili sono le disfunzionalità cognitive e del comportamento in forti bevitori con elevata tolleranza all'alcool che per anni possono passare inavvertite sia dagli osservatori che dagli stessi interessati ed essere quindi alla base di variazioni del comportamento e della performance inizialmente saltuarie con rapido ritorno alla normalità e solo progressivamente e in tempi assolutamente individuali destinati a cronicizzare. Nelle realtà di lavoro dove molteplici fattori di rischio possono essere presenti diventa quindi essenziale soprattutto l'individuazione di questi soggetti a rischio. Due sono le aree da considerare quella dell'integrità cognitiva, i.e. memoria, funzioni visuo-motorie, capacità di analisi e quella del comportamento sia sociale che del controllo emozionale.

Pervenuto il 7.6.2007 - Accettato il 3.9.2007

Corrispondenza: Dr.ssa Maria Grazia Cassitto, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Fondazione IRCCS - Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, via San Barnaba 8, 20122 Milano - Tel. 02 5503 2643 - Fax 02 5503 2242

E-mail: m.cassitto@policlinico.unimi.it

INTRODUZIONE

Prima di analizzare il rapporto alcol-lavoro è necessaria una premessa: l'alcolismo è prima di tutto una condotta, condotta individuale, non subita ma adottata dall'individuo per sua libera scelta anche se con tutti i possibili fattori favorenti e/o predisponenti, il che significa che il problema non si riduce a considerarne gli effetti misurabili poiché in questi effetti rientra anche la motivazione sia normale che patologica che vi è alla base, il livello di tolleranza e l'acquisizione della dipendenza. Vi è a monte un terreno particolare su cui il bisogno di bere si sviluppa e si consolida accompagnato da fattori familiari, socioculturali e occupazionali che ne sollecitano, motivano, gratificano o giustificano l'uso e successivamente l'abuso (6).

Inoltre, la rilevanza del problema uso/abuso di alcool e le conseguenze sul comportamento lavorativo, così come viene vissuta a livello dell'opinione pubblica, riflette in realtà il modo in cui si considera questa sostanza nell'ambiente di vita e nelle varie età, il che porta a farne rientrare le conseguenze nelle cosiddette "cose che si fanno", perché si sa che chi beve troppo può provocare incidenti automobilistici, può attaccar briga per motivi futili o per nessun motivo, può essere confuso e non ricordare e nei casi più gravi e prolungati finire come un barbone o diventare demente. Ma si pensa anche che bere con moderazione fa bene, che è socialmente un legante ed è quindi abitudine positiva e che, in un paese come l'Italia, noto produttore di ottimi vini dalle Alpi alla Sicilia, bere rientra nella dieta alimentare nazionale, considerato non solo come dissetante ma nutrimento. Soprattutto dal punto di vista del consumo sociale questa valutazione positiva riguarda soprattutto il vino e secondariamente anche le acquaviti a tutti i livelli mentre l'uso/abuso dei superalcolici sia nazionali che esteri è più facilmente riscontrabile in alcune professioni e nelle fasce medio-alte della popolazione (2). Solo negli eccessi quindi la persona che beve è considerata genericamente un individuo pericoloso per sé e per gli altri e, tanto più pericoloso, quanto più nella sua vita esistono fattori che lo espongono a rischi, magari normali, ma pur sempre rischi. Si tratta dunque di un problema che chiunque conosce in questi

termini e che, sempre nella sfera della generica conoscenza, dovrebbe portare alla conclusione che chi svolge attività di responsabilità, piccola o grande che sia, dovrebbe o astenersi o consumare alcool moderatamente. L'esperienza condivisa però dice anche che il comportamento dei bevitori e le conseguenze non sono comunque sempre le stesse ma vi sono differenze sostanziali nelle risposte comportamentali a seconda dell'età, del sesso, gli aspetti personologici, i fattori psicosociali e la presenza di altri tossici nell'ambiente di vita e lavoro. È proprio a partire da questa diffusa condivisione di conoscenza o pseudoconoscenza che è necessario partire per mettere a fuoco la relazione alcol-lavoro.

È dimostrato che quantitativi medio-bassi di alcool procurano un senso di rilassamento e di fiducia in se stessi ed una miglior capacità di socializzazione che procura benessere soprattutto in soggetti portatori di difficoltà a livello interpersonale. Collateralmente accanto a questa caduta di tensione, i reattivi specifici dimostrano un rallentamento dei tempi di reazione. Questo rallentamento in presenza di aumentata fiducia nelle proprie capacità ed una riduzione della capacità attentiva, sostiene la possibilità di aumentati comportamenti a rischio e la gravità delle conseguenze. L'alcol ha un effetto depressogeno sul sistema nervoso centrale ed è quindi anche un ansiolitico, effetto che, benefico in alcune occasionali situazioni, può portare soggetti in difficoltà a consumarlo come automedicazione in tutti i disturbi ansia-correlati con la conseguenza di favorirne la dipendenza.

Quanto detto riguarda genericamente il rapporto alcol-comportamento in bassi o occasionali consumi

Un aspetto importante nel rapporto alcool e comportamento riguarda inoltre la distinzione tra bevitori alcool dipendenti, bevitori a rischio e i forti bevitori abituali. Mentre prima o poi difficilmente i bevitori dipendenti possono passare inosservati, diverso è il caso dei bevitori a rischio e dei forti bevitori abituali, peraltro assai più numerosi, che ugualmente possono presentare comportamenti deficitari e/o pericolosi a lungo non avvertiti o mal interpretati.

Come è noto le disfunzioni neuropsicologiche causate dall'alcool possono suddividersi in acute, croniche e da astinenza.

Effetti acuti

L'alcool essendo come si è detto un depressogeno per il SNC, determina nell'intossicazione etilica un quadro clinico dose dipendente che può variare da una leggera sindrome mentale sino alla perdita di coscienza, al coma e alla morte. Inizia tuttavia con un effetto eccitante, euforico e disinibente e solo successivamente determina depressione, confusione, non capacità di giudizio, disturbi visivi e incoordinazione motoria e, nei casi più gravi, coma e decesso. Rapido consumo di notevoli dosi di etanolo può talvolta provocare *blackouts* o episodi di amnesia globale transitoria per ore senza modificazione nel livello di coscienza. Chi viene colpito è incapace di formare nuovi ricordi durante l'evento, mentre il richiamo immediato e la memoria a lungo tempo rimangono normali. I blackout alcolici non necessariamente si associano con altri disturbi neurologici: non alcolisti possono incorrere in queste manifestazioni in eccessi alcolici casuali.

Per questi effetti si parla di forti quantitativi di alcool anche se non va dimenticata l'esistenza di una forma di intossicazione idiosincrasica in cui effetti pesanti si verificano dopo l'assunzione di modesti quantitativi di alcool. Questo effetto può essere riferito ad un effetto combinato con altri tossici esogeni, per esempio i solventi.

Effetti cronici

Gli effetti cronici più noti sono la Sindrome Amnesica, la demenza, la sindrome di Wernicke-Korsakoff, la degenerazione cerebellare, la neuropatia retrobulbare, la polineuropatia alcol-correlata. Tutti questi quadri, quando gravi, sono di riscontro relativamente raro nel mondo del lavoro ma forme leggere si possono incontrare anche in apparentemente sani pesanti bevitori, p.e. la polineuropatia, segni sfumati di demenza con deficit sia cognitivi che del funzionamento sociale. Nel mondo del lavoro e in soggetti esposti ad agenti neurotossici (p.e. solventi) può essere difficile una diagnosi differenziale in presenza di una psicosindrome organica ma ugualmente è noto come l'alcol possa potenziare o talvolta tamponare l'effetto del tossico.

Sindromi da astinenza

Questi effetti insorgono a seguito di interruzione dell'assunzione di alcool inizialmente dopo 6-8 ore con la comparsa di disturbi gastrointestinali, ansia, tachicardia, ipertensione, tremori, irritabilità. Più gravemente dopo ca. 24 ore può svilupparsi un'allucinosi alcolica con allucinazioni visive e uditive che conducono ad alterazioni comportamentali o, ancor più seriamente dopo ca. 48 ore può instaurarsi il delirio da astinenza alcolica con convulsioni. di tipo epilettico, profonda confusione e disorientamento, con febbre, vivide allucinazioni (anche tattili), sudorazione, aumento della frequenza cardiaca, ipertensione. Il delirium tremens insorge generalmente dopo una settimana dall'inizio dell'astinenza e presenta un quadro molto più serio del precedente ma più o meno con le stesse caratteristiche.

Nell'ambiente di lavoro è la reazione iniziale che crea i maggiori problemi anche se è talvolta possibile lo svilupparsi una condizione di tolleranza che si configura come una sindrome alcol dipendente che provoca la reazione da astinenza ma con successiva prosecuzione del bere e sviluppo del quadro clinico del forte bevitore con significative difficoltà a livello terapeutico.

Alcol e lavoro

Il comportamento del bevitore nell'ambiente di lavoro è molto differenziato essendo, come si è precedentemente osservato, condizionato dalla presenza di fattori costituzionali e altri fattori interferenti o facilitanti. Anche se si tratta di una suddivisione artificiale, utile soprattutto alla diagnostica, gli aspetti disfunzionali si possono osservare ed analizzare a due livelli, il comportamento individuale e interpersonale ed il comportamento cognitivo.

A livello individuale e interpersonale l'aspetto suggestivo della presenza di un forte consumo alcolico è la comparsa di un cambiamento nel modo di essere e di rapportarsi del soggetto rispetto al passato. Purtroppo è talvolta difficile distinguere tra patologia alcol correlata e patologia psichiatrica da altra causa che ugualmente si manifesta come rottura, i.e. insorgenza di sindrome dissociativa, importante depressione, maniacalità che possono non aver a che

fare niente con l'abuso alcolico ma possono anche esserne fattore scatenante o coesistente. La variabilità del comportamento è comunque elemento fondamentale nell'abuso alcolico, il soggetto non è armonico nelle sue reazioni, può mostrare calma alternata a facile irritabilità, tolleranza verso reattività, socievolezza verso chiusura, lineare lettura degli eventi contro introduzione di elementi incongrui, suscettibilità, improvvise, anche violente, reazioni di intolleranza o gelosia. A livello soggettivo, si osserva una minor cura del sé, ancora non a livello dell'etilismo conclamato in cui è molto palese la trascuratezza, l'incuria (barba, capelli, trucco) e la sporcizia, ma che comunque rivela una non considerazione della propria persona e degli aspetti contingenti della situazione in cui si trova o del ruolo e della funzione che riveste. Un altro aspetto da osservare è il linguaggio, non chiaramente disartrico come nell'etilismo grave o nell'ubriacatura acuta, ma che evidenzia una mancanza di fluidità della parola, inciampi, discontinuità, perdita del filo conduttore del discorso con troppe deviazioni, aspetto quest'ultimo che si può ritrovare nella fuga del pensiero della maniacalità. Un aspetto caratteristico del forte bevitore è, quando messo di fronte all'esistenza del problema, la negazione, il non riconoscimento dell'abuso o, se costretto, il minimizzarne la gravità e la convinzione inattuabile di essere in grado di interrompere l'abuso in qualunque momento (3). È di fondamentale importanza non trascurare queste modifiche del comportamento individuale poiché a differenza dell'insorgenza della patologia puramente psichiatrica, le alterazioni del comportamento nel bevitore sono discontinue e vi possono essere periodi o momenti di assoluta linearità del comportamento (4).

A livello della funzionalità cognitiva bisogna subito sottolineare che le funzioni intellettive e la capacità di giudizio possono rimanere a lungo inalterate. L'osservazione e la valutazione vanno fatte soprattutto a livello della funzionalità mestica ed attentiva, del coordinamento visuomotorio e dei tempi e modi di risposta agli stimoli. La valutazione complessiva di queste funzioni può non essere rivelatrice di deficit e anche il valore assoluto di prove specifiche può non evidenziare deficit. I reattivi più frequentemente utilizzati in queste valutazioni sono

i tempi di reazione, la tremometria, le scale di memoria, le prove di motricità. Ad eccezione delle situazioni di grave deterioramento cognitivo, il valore assoluto di queste prove può non essere probante per un'iniziale compromissione. La prova dei tempi di reazione ne è un tipico esempio. È una delle prove principali della funzionalità psicomotoria ma il valore medio di questi tempi può non dare un'indicazione corretta in quanto può rientrare nell'ambito della normale variabilità inter e intra individuale. Si dovrà invece porre attenzione alla variabilità delle risposte, alla presenza di tempi di risposta sia troppo rapidi che troppo lunghi che, nel forte bevitore, potranno essere rivelatori di una discontinuità attentiva e reattiva potenzialmente rischiosa in compiti quali la guida in situazioni non ottimali, in lavori in quota, emergenze, ecc. e che non compare in tutta la sua evidenza in un comportamento routinario (1).

Ad esempio, si è visto che anche con tasso alcolemico di 0,2 mg/ml un guidatore sperimenta euforia che porta a non considerare i tempi né di frenata né di sorpasso e ad aumentare la velocità e incontra difficoltà a suddividere l'attenzione tra due o più fonti di informazione. Anche con un ulteriore piccolo aumento dei livelli (0,3-0,4 mg/ml), si riduce la capacità di effettuare manovre anche elementari ma non automatiche e a 0,5 mg/ml si la visione laterale è meno accurata e ne consegue fatica a distinguere e riconoscere i segnali stradali. Con alcolemie di 0,6-0,8 mg/ml si possono verificare gravi errori nella guida con difficoltà nel coordinare il rapporto tra velocità e distanza di sicurezza e anche i livelli attentivi sono fortemente compromessi (ministerosalute.it - 23 aprile 2004). La memoria è funzione multidimensionale e multifattoriale, vari ne sono gli aspetti. Per limitarci ai più semplici e funzionali al nostro discorso consideriamo una memoria meccanica di riproduzione semplice ed immediata ed una memoria cosiddetta di lavoro. Dati elementari, come delle cifre, che possono essere brevemente memorizzate e richiamate e poi immediatamente dimenticate, oppure dati leggermente più complessi, che richiedono un minimo di strategia di memorizzazione, che vengono riprodotti e successivamente dimenticati, sono misure di memoria meccanica in cui spesso non si osservano valori insufficienti alcol-correlati.

Esiste poi una memoria di lavoro che richiede una maggior elaborazione dei contenuti ed un processo di fissazione delle tracce ed ancora una funzione di rievocazione che esige il richiamo dei dati, la loro rielaborazione e riproduzione vuoi verbale vuoi in atti comportamentali. Diverso è quindi il livello di prestazioni richieste, un'attività cognitiva più dinamica che richiede l'integrità di più funzioni in sequenza, ossia una iniziale fissazione riuscita delle tracce mnestiche, un richiamo ed una ristrutturazione e rielaborazione ed infine la riproduzione. Sappiamo come l'attività mnestica sia legata all'età, alla scolarità ed al livello di attivazione anche per quanto riguarda la memoria meccanica. Questo ci consente una discriminazione, per quanto superficiale, tra deficit da limitate capacità cognitive e deficit alcol-dipendenti. Nel caso dell'alcolismo, la riproduzione meccanica può essere integra o comunque rientrare nell'ambito di una variabilità normale mentre nel caso della memoria di lavoro le prestazioni decadono soprattutto nella fase di rielaborazione e riproduzione tanto più in quanto l'etilista tende a compensare la difficoltà con contenuti confabulatori.

Un esempio della necessità di differenziare i vari tipi di memoria è dato da un reattivo ormai classico e molto sperimentato (Rey PRM) (5) in cui la funzione mnestica viene esaminata attraverso sei subtest nelle componenti di memorizzazione semplice, riconoscimento, memoria di lavoro, memorizzazione a breve termine, a lungo termine e di rievocazione verbale.

I due profili riprodotti e ricavati dal manuale del Rey mostrano, con le rispettive variabilità, i profili di soggetti normali (figura 1) e di alcolisti cronici (figura 2). Come si può osservare, nei primi subtest la variabilità degli etilisti si sovrappone a quella dei normali nelle fasce limite ma i due profili divergono poi nettamente soprattutto nei parametri che richiedono un'importante rielaborazione cognitiva degli stimoli memorizzati e la loro fissazione per un richiamo a medio termine.

CONCLUSIONI

Quanto sopra analizzato mette in evidenza come le disfunzioni comportamentali dei bevitori non sia-

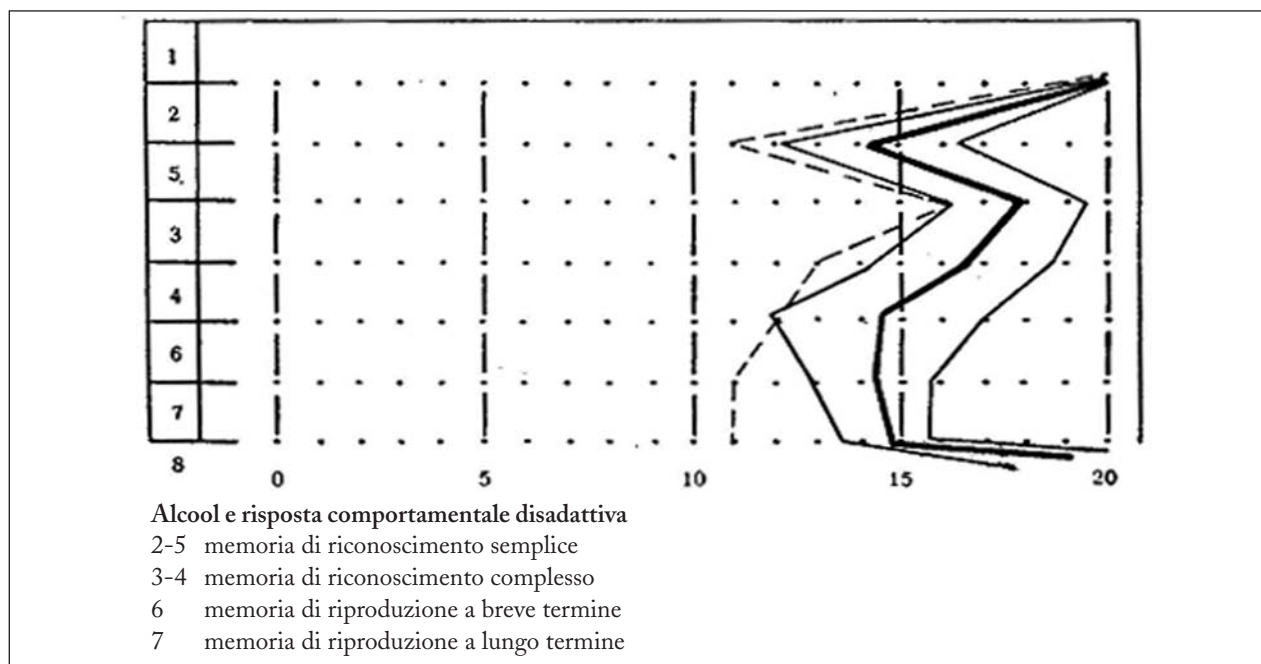


Figura 1 - Limite di tolleranza (linea tratteggiata). Profilo medio degli adulti di livello culturale primario (linea in grassetto); variazione media (linee sottili)

Figure 1 - Rey. PRM1: Average profile and variance of normal subjects in the six subtest, simple recognition, complex recognition, immediate reproduction, delayed reproduction

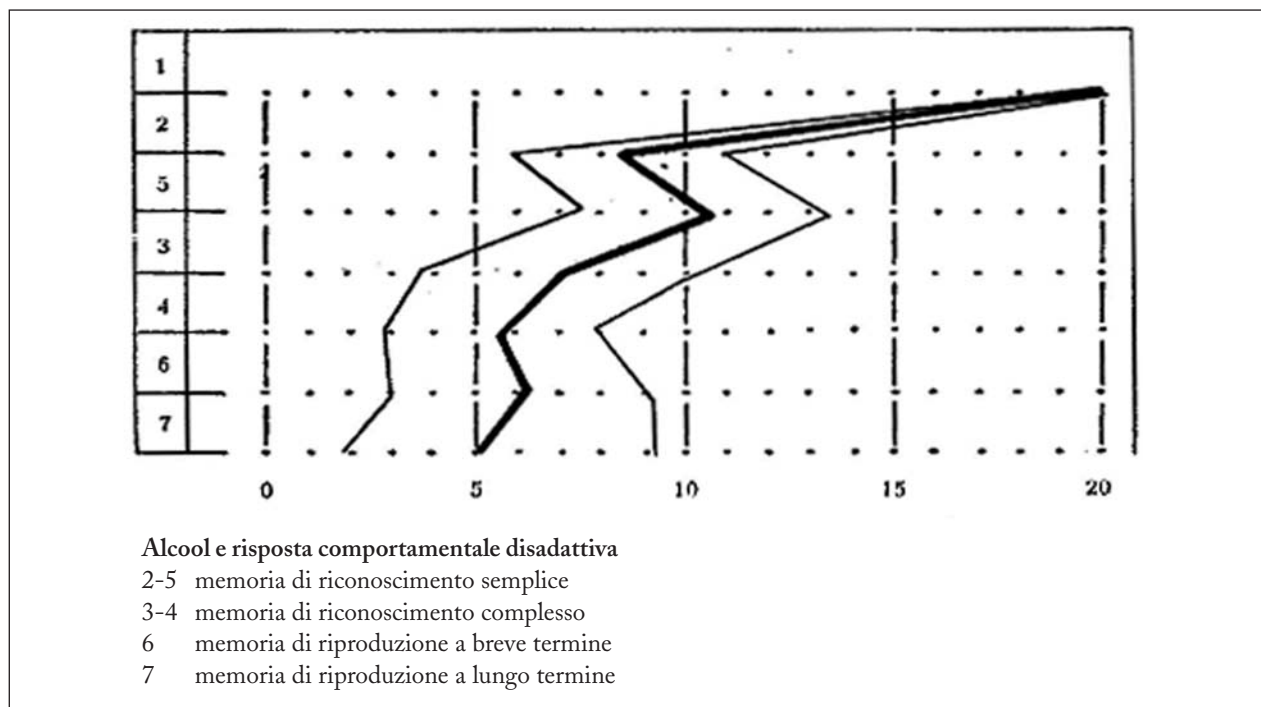


Figura 2 - Gruppo di deteriorati mnestici nell'alcolismo cronico: profilo medio

Figure 2 - Rey. PRM5: Average profile and variance of chronic alcoholic subjects in the six subtest, simple recognition, complex recognition, immediate reproduction, delayed reproduction

no solo quelle percettivamente evidenti a tutti e che, in molti casi e, soprattutto nel mondo del lavoro, la condotta alcolica possa esporre non solo il soggetto ma terze persone e strutture a rischi infortunistici imprevedibili. Inoltre, non va dimenticato che l'alcolismo è comunque una patologia della personalità e comporta una regressione ad uno stadio primitivo di sviluppo della persona, ad una fase in cui il bisogno è immediatamente soddisfatto dall'introduzione di cibo. Solo in una personalità la cui maturazione è solidamente avviata il soggetto accetta che il bisogno sia condizionato e ritardato dal rapporto con l'altro riconosciuto diverso da sé o dalle contingenze non strumentali alle sue esigenze.

Il bevitore ha mantenuto o riacquisito questo bisogno di soddisfacimento immediato e in situazioni anche di moderato disagio e compulsivamente ricorre al bere che lo riporta alla fase fusionale tra nutrimento e benessere.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. CASSINA T, VERGA A, GERMAGNOLI L: Patologie Difficili e lavoro: l'alcol. L'esperienza del Medico Competente. Relazione presentata al Convegno *Le Idoneità Difficili*, Abano Terme, 2002
2. HEAD J, STANSFELD SA, SIEGRIST J: The psychosocial work environment and Alcohol dependence: a prospective study. *J Occup Environm Med* 2004; *61*: 219-224
3. HOWLAND J, MANGIONE TW, LEE M, et al: Employee Attitudes toward Work-site Alcohol Testing. *JOEM* 1996; *38*: 1041-1046
4. MANGILI A: *Alcol e Lavoro*. Relazione alla Scuola di Specializzazione in medicina del Lavoro. Università di Brescia, 16 aprile 2003
5. REY A: *I disturbi della memoria ed il loro esame psicometrico*. Firenze: Ed. OS, 1968
6. WHO EXPERT COMMITTEE: *Health promotion in the workplace: alcohol and drug abuse*. Geneva: WHO Technical Report Series, 1993