

**ULTIMO CONTRIBUTO
DEL PROF. VLADIMIR HUDOLIN
IN TOSCANA**

**(Articolo pubblicato negli Atti del “III Congresso Regionale dei
Club degli alcolisti in trattamento e Banca dati 1997-1998”
dell’ARCAT Toscana (2001))**

La produzione scientifica del Prof. Vladimir Hudolin è stata di tale rilevanza che ancora oggi molto del suo pensiero può ritenersi non ancora interamente conosciuto e completamente compreso. Alcuni dei suoi scritti poi non sono stati pubblicati prima della sua scomparsa e sono rimasti racchiusi tra le carte dei numerosi progetti che il Professore promuoveva e sosteneva in una visione dell’“alcologia” a 360 gradi, un’“alcologia ecologica” che diventava la porta di accesso per tutti i contesti dove gli uomini vivono e lavorano e strumento privilegiato di promozione della salute, di crescita personale, familiare e spirituale.

E’ importante riuscire a portare alla luce anche queste ultime “opere” del Prof. Hudolin per dare loro la rilevanza che meritano e poter essere conosciute e condivise da quanti sono oggi impegnati a portare avanti e sviluppare quell’originalissimo gioiello della tecnica e delle scienze umane che è “l’approccio ecologico sociale”.

Durante il corso di sensibilizzazione che si svolse a Siena dal 30 settembre al 5 ottobre 1996 (l’ultimo corso a cui partecipò il Prof. Hudolin in Toscana), nonostante ormai la malattia lo debilitasse, venerdì 4 ottobre partecipò ad una giornata di studio sui problemi alcolcorrelati all’interno delle Forze Armate. Questa occasione fu organizzata a Firenze al termine di un progetto di prevenzione dell’uso di sostanze psicoattive in ambito militare realizzato all’interno delle caserme della Toscana sotto la direzione del dott. Orlando Granati, durato tre anni, ed al quale aveva partecipato fin dalla sua progettazione in qualità di consulente scientifico.

Quanto segue è la relazione che il Prof. Hudolin presentò in apertura dei lavori: anche in quella occasione, nonostante si sostenesse con difficoltà e grazie all’uso di stampelle, alla presenza delle massime autorità militari della regione Toscana il Prof. Hudolin produsse una vera “lezione magistrale”. Poi ci consegnò questa bozza del testo per la pubblicazione degli atti della giornata e pochi giorni dopo ripartì per tenere due corsi al sud d’Italia (Calabria e Puglia), partecipare poi al Congresso nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento a Grado e far quindi ritorno a casa a Zagabria dove si spense il 26 dicembre

Grazie ancora Professore. Guido Guidoni

LA PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOL DROGA CORRELATI E COMPLESSI NELLA CASERMA

Firenze 4 Ottobre 1996

Vladimir Hudolin

Introduzione

Vi saluto tutti ringraziando per l'invito a prendere la parola all'inizio di questa importante riunione, che parla del progetto di ricerca e implementazione della prevenzione dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive nell'ambito della caserma.

Quando si parla delle sostanze psicoattive, sempre più spesso si intendono – oltre alle sostanze illegali – molti farmaci, l'alcol etilico (bevande alcoliche) e come si vede dal recente esempio americano, il tabacco. Io parlerò dei problemi alcol e droga correlati perché sono, quasi sempre, intimamente collegati, e molto spesso sono trattati insieme. C'è una forte tendenza ad affrontare in modo globale tutti i disagi all'uso delle sostanze e collegarli con la psichiatria.

Quando parlo dei problemi complessi, penso alle combinazioni causali e casuali dei problemi alcol correlati con l'uso delle altre sostanze psicoattive con i comportamenti aggressivi, asociali e a rischio, con i problemi psichici, psichiatrici o somatici, primari o secondari, o semplicemente con i problemi comportamentali specifici di un problema alcol o droga correlato, senza che sia presente una sindrome psichiatrica evidente. Possono esistere, in combinazione, varie altre sofferenze (mediche, famigliari, sociali, economiche, politiche, spirituali, esistenziali ed altre).

La prevenzione dei disagi alcol e droga correlati

La prevenzione dei disagi alcol e droga correlati fa parte della protezione e promozione della salute mentale e della salute in generale, e si divide in tre settori: la prevenzione primaria, la prevenzione secondaria e la prevenzione terziaria. Talvolta si parla di igiene mentale. Ciò corrisponde a mettere in atto interventi per impedire l'apparizione di sintomi o di una malattia (prevenzione primaria): a un trattamento precoce se esistono già sintomi o la malattia (prevenzione secondaria): al miglioramento o la riduzione di una eventuale invalidità o danno definitivo (prevenzione terziaria). Tutti i tre settori della prevenzione dovrebbero essere attivati simultaneamente.

Mi ricordo delle visite alle caserme americane che avevano elaborato programmi per la prevenzione e il trattamento dei problemi alcol correlati. Sono rimasto colpito dal fatto che dove erano presenti militari di tutti i gradi non c'era vergogna o la tendenza a nascondere il problema, come spesso si vede in altri paesi.

Parlerò esclusivamente della prevenzione psichiatrica e addictionologica come gli americani hanno definito recentemente la branca medica che si occupa dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive (alcol incluso). Collegare la prevenzione psichiatrica con la prevenzione dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive corrisponde, tra l'altro, al fatto che i problemi alcol e droga correlati erano da sempre inclusi negli ambiti di competenza della psichiatria, e ancor oggi si trovano nelle sue classificazioni (1).

Teorie di base

Il lavoro pratico nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria dipende dalla base teorica alla quale fa riferimento. Esiste un gran numero di teorie che cercano di chiarire il problema, sia quando si tratta dei problemi psichiatrici, sia dei disagi legati all'uso delle sostanze psicoattive e le loro varie combinazioni: basti dire che in alcologia sono state descritte più di quarantacinque teorie

(2, 3, 4, 5, 6), fatto che dimostra che i problemi di base nell'alcologia non sono chiari. In psichiatria sono state descritte circa trentuno psicoterapie. Questo da solo, impedisce di parlare di una psichiatria, ma di un gran numero di sistemi psichiatrici.

Senza analizzare tante teorie sui problemi alcol e droga correlati e complessi, si può dire che esistono due gruppi principali. Del primo gruppo fanno parte le teorie mediche e psichiatriche secondo le quali i problemi alcol e droga correlati sono sempre malattie, per prevenire e curare le quali bisogna usare l'approccio medico. Il secondo gruppo ritiene che i problemi alcol e droga correlati siano causati da vari fattori interni ed esterni, sociali e spirituali, o meglio socio-culturali. In questo secondo gruppo è difficile parlare della prevenzione e della terapia nel senso esclusivamente medico classico, tantopiù che, se non esiste una prevenzione e terapia medica efficace per molti problemi psichiatrici, per i disagi alcol e droga correlati la situazione è ancora più difficile.

Per un momento potremmo analizzare i problemi dal punto di vista di tutti e due gruppi teorici. Se i problemi alcol e droga correlati fossero di natura medica, sarebbe facile: si introdurrebbe la prevenzione primaria con l'eliminazione dell'uso delle sostanze nocive, e con la cura medica precoce delle eventuali complicazioni somatiche e psichiatriche e la mobilitazione dell'invalidità o del danno definitivo, se esiste, si risolverebbe il problema. Le difficoltà nascono dal fatto che le sostanze non possono essere eliminate. Una parte di queste sono legali, sono presenti dappertutto (penso in particolare agli alcolici), e il loro uso è permesso e difeso dalla cultura sociale, e senza il cambiamento della cultura sociale non può essere eliminato.

Spesso si pensa alle misure repressive che sono state usate, come il proibizionismo totale o parziale. Gli Stati Uniti introdussero il proibizionismo nel 1919 con un emendamento della Costituzione. Questa misura non ebbe successo, e fu ritirata nel 1933. Ultimamente gli Stati Uniti stanno introducendo un altro tipo di proibizionismo nei confronti del tabacco.

Oggi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, invece della proibizione, suggerisce la riduzione dell'uso di tutte queste sostanze (incluso l'alcol) del 25% entro la fine del millennio, facendo riferimento alle ricerche che dimostrano che l'incidenza e la prevalenza di questi problemi dipende dalla quantità media pro capite usata annualmente in una popolazione (7, 8). In effetti, con questa proposta, l'OMS insiste sul cambiamento della cultura sociale esistente.

Nel momento in cui i problemi alcol o droga correlati sono presenti, non esiste una cura medica precoce, breve ed efficace. Se ciò è vero, di fronte alla presenza di problemi alcol e droga correlati nell'ambito della caserma, non c'è altra possibilità che dichiarare le persone con tali problemi non idonee al servizio militare.

Quando si tratta dell'uso di altre sostanze psicoattive - illegali o un loro uso illegale – la loro eliminazione è pure difficile, e non è di competenza della prevenzione medica. Inoltre, in quanto sostanze illegali, non si conosce la loro provenienza. Quando esiste già un uso di tali sostanze, poco può essere fatto dal punto di vista medico. La cura medica non esiste.

Negli ultimi tempi assistiamo a un grande cambiamento della cultura sociale, che si indirizza verso una accettazione di nuove sostanze (come cannabinoidi e talvolta anche la cocaina) ciò significa che la cultura sociale può svilupparsi in senso negativo. Speriamo possano essere introdotti anche cambiamenti positivi.

Esistono diversi sistemi alternativi all'approccio medico classico, con una durata non definibile e con risultati sconosciuti. Anche in questo caso non resta altro che dichiarare le persone che usano le sostanze psicoattive non idonee al servizio militare. Sarebbe opportuno studiare i dati epidemiologici per constatare il danno che questo porterebbe alla sicurezza nazionale per non parlare degli altri problemi.

Il concetto ecologico sociale

Dal 1964 abbiamo cominciato a sviluppare una teoria ecologico-sociale (che all'inizio chiamavamo psico-medico-sociale), secondo la quale i problemi alcol e droga correlati possono essere difficilmente considerati come malattie in senso classico. E' preferibile invece osservarli come tipo di comportamento, stile di vita che nasce sotto l'influenza di un enorme numero di fattori interni ed esterni come si può vedere nel seguente schema. Nell'ottica del concetto ecologico sociale, non si tratta di malattie nel senso tradizionale della parola, ma di un tipo di comportamento, uno stile di vita. In un certo periodo della vita le potenzialità di socializzazione, di comunicazione e di interazione normale possono essere ostacolate da vari fattori: questa potrebbe essere vista come un'interruzione della crescita e maturazione. Secondo tale approccio, il problema fa parte della cultura sociale, della spiritualità antropologica esistente, e la prevenzione, il trattamento e, se si vuol dire, anche la riabilitazione possono essere organizzati modificando la cultura sanitaria e sociale nella quale le persone e le famiglie vivono e svolgono le loro attività. E' un processo lungo e complicato, ma possibile, non è un processo medico tradizionale o terapeutico.

Le richieste che dovrebbero essere soddisfatte da una teoria per i problemi alcolcorrelati complessi

1. Chiarire l'eziologia dei problemi.
2. Offrire non solo ai professionisti ma anche ai volontari e operatori non professionisti una metodologia di diagnosi precoce.
3. Offrire la possibilità di un trattamento che garantisca i migliori risultati.
4. Descrivere il trattamento precoce.
5. Dare la possibilità di organizzare una rete territoriale di punti di supporto nella protezione e promozione della salute nella comunità locale (nel nostro caso la caserma).
6. Offrire un rapporto costi/benefici accettabile relativamente alla gestione del programma.
7. Rendere facilmente accessibile il trattamento a tutti i membri della comunità che ne hanno bisogno (rete territoriale).
8. Essere adeguato per un miglioramento della formazione universitaria e per l'aggiornamento di tutti gli operatori, professionali e non professionali, volontari e non.

I problemi alcol e droga correlati, come ho già detto, vengono spesso trattati insieme, per lo stretto legame che esiste fra questi due gruppi di disagi. L'inizio dell'uso delle droghe avviene in molti casi parallelamente al bere.

La prevenzione

Dopo questa introduzione generale, mi sembra sia necessario che in questo convegno siano discussi i seguenti aspetti della prevenzione:

1. Che cos'è la prevenzione.
 2. La prevenzione nell'ambito dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive.
- La prevenzione dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive nella caserma e nell'esercito.

Il concetto di prevenzione in generale

La prevenzione serve a proteggere e promuovere la salute creando i presupposti per una qualità migliore della salute, in altre parole, una migliore qualità della vita. La salute, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Significa *un benessere psico-fisico-sociale, una qualità migliore della vita e non semplicemente l'assenza di malattia o di sintomi. Quanto migliore è la salute tanto più importante diventa la prevenzione: si può proteggere solamente uno stato esistente.*

La salute può essere vista come un tipo di comportamento, uno stile di vita, specialmente quando si tratta dei problemi psichici e quelli legati all'uso delle sostanze psicoattive. Nel lavoro di prevenzione si tratta di controllare i fattori eziologici che potrebbero danneggiare la salute e questo richiede il cambiamento della cultura sanitaria e generale, una crescita e maturazione personale, familiare e della comunità. In questa nostra discussione per comunità possiamo intendere la caserma.

La prevenzione in psichiatria è un campo relativamente recente. Di psichiatria scientifica si può parlare negli ultimi duecento anni, mentre della prevenzione primaria in psichiatria sembra difficile parlare tutt'oggi. All'inizio, le attività preventive erano limitate all'educazione sanitaria, educazione alla salute. Ancor oggi l'educazione alla salute è la base della prevenzione. Questo tipo di prevenzione ha dato risultati positivi quando si trattava della prevenzione delle malattie infettive delle quali si conosceva l'eziologia. Già il lavarsi regolarmente le mani ha dato ottimi risultati, tali risultati si possono ottenere solo se quanto imparato (lavarsi le mani) diventa parte della cultura sanitaria e generale.

La prevenzione dei disagi psichici e dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive

I problemi psichici e quelli legati all'uso delle sostanze psicoattive sono sfuggiti e sfuggono ancora alle attività di prevenzione. Anche nel recente grande trattato italiano di psichiatria (in tre volumi) la prevenzione primaria è quasi assente, come se si dicesse che nello stato attuale la prevenzione primaria in psichiatria non fosse possibile.

La territorializzazione della prevenzione

Negli ultimi tempi si tenta di migliorare i risultati della protezione e della promozione della salute con programmi di territorializzazione del lavoro. Anche il lavoro in caserma potrebbe essere considerato come una territorializzazione della protezione e promozione della salute (prevenzione sul territorio della caserma). Nonostante la territorializzazione la prevenzione primaria dei disturbi psichici, alcol e droga correlati incontra difficoltà enormi.

Questi due ambiti, psichiatria e problemi droga correlati, hanno molti punti in comune, fra questi due gruppi, da una parte nel gruppo dei problemi psichici e dall'altra in quello dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive (compresi gli alcolici) esistono molte affinità, tra le quali:

1. l'eziologia del disturbo poco chiara:
2. diagnostica molto difficile per tutti e due i disagi:
3. mancanza di una terapia causale: esiste soltanto la terapia sintomatica, empirica:
4. i problemi di questi due gruppi di disagi si manifestano in un tipo di comportamento, uno stile di vita. Beigel, in un suo editoriale all' *American Journal of Psychiatry*, definisce la psichiatria come branca medica che osserva il comportamento umano e cerca di cambiarlo (9). Lo stesso fa anche la branca che si occupa dei problemi alcol e droga correlati: osserva il comportamento e cerca di cambiarlo. In altre parole, si potrebbe dire che in questi due gruppi si tratta di un problema comportamentale, di uno stile di vita:
5. in ambedue gruppi esiste la tendenza alla ricaduta.

Anche osservando lo sviluppo della personalità, con le sue caratteristiche comportamentali, si presenta una complessità per quanto riguarda della eziologia, la prevenzione e il trattamento di questi due gruppi di disagi.

L'eziologia dei problemi psichici, la loro prevenzione e poi la terapia o trattamento sono in grado di dare risultati solo se si cambia la cultura sanitaria e sociale nella famiglia e nella comunità nella quale l'individuo e la famiglia vivono e svolgono le loro attività. In altre parole, si possono ottenere i risultati solo se si riesce a cambiare il loro comportamento, lo stile di vita.

L'approccio familiare

A partire dagli anni cinquanta si è iniziata a sottolineare l'importanza della famiglia nella quale si manifesta un certo tipo di comportamento. Ciò richiede di introdurre nei programmi di prevenzione la famiglia e i gruppi che hanno una particolare importanza per la persona e per la famiglia stessa. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica che nel lavoro siano inseriti anche altri gruppi secondari, specialmente se a tali gruppi non è ammesso, o non è facile, l'ingresso nelle istituzioni o il contatto con quegli operatori che si occupano di prevenzione (ad esempio, la caserma e le comunità religiose).

In questi casi il cambiamento del comportamento, dello stile di vita, richiede il cambiamento della cultura sanitaria e sociale dei gruppi significativi. E' facile prevedere le resistenze di fronte a una tale richiesta. D'altro canto, come sarebbe possibile cambiare il comportamento individuale se non cambia il comportamento dell'ambiente? Questo lavoro rende necessario anche il cambiamento dello stile di vita del personale che opera in quei gruppi significativi (insegnanti, medici, infermieri, psicologi, sacerdoti, ufficiali ecc.). Basta citare la letteratura americana, secondo la quale un cittadino su sette ha un problema alcol correlato ed uno su venti un disagio droga correlato (10, 11, 12), nonostante le energie profuse nel campo della prevenzione verso la società americana, paese sviluppato e ricco, con esperienze molto ampie sui problemi legati all'uso della droga. I problemi droga correlati, infatti, sono presenti da più tempo nella società americana rispetto ai paesi europei.

La prevenzione in situazioni straordinarie

In periodi straordinari, come durante le guerre, la situazione peggiora, in modo particolare nell'esercito. E' sufficiente leggere le ricerche degli studiosi americani sulla situazione durante le guerre di Corea e nel Vietnam. Questi dati dimostrano l'importanza di pianificare con anticipo i programmi per affrontare questi problemi. Gli americani, nonostante disponessero di un esercito molto organizzato, non erano preparati di fronte a problemi di questo genere.

Un altro esempio è rappresentato dalla guerra nella ex Jugoslavia, che ha portato con sé molti problemi psichici e disagi legati all'uso degli alcolici e delle altre sostanze psicoattive, anche in questo caso inaspettati. In una guerra così anche i sistemi organizzati si rompono e non funzionano.

I programmi di prevenzione dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive nell'esercito devono essere attivi non solo nei periodi di pace, ma anche nelle situazioni di guerra e in occasione di disastri nei quali comunque l'esercito dovrebbe intervenire.

Si deve lavorare non soltanto con i soldati di leva, ma anche con il personale militare di carriera. E' difficile aspettarsi che i pochi medici operanti, non preparati a queste situazioni, siano in grado di fare qualcosa nel momento del bisogno.

La mancanza del sostegno familiare nell'ambito della caserma rappresenta un ulteriore ostacolo alla prevenzione di questi problemi, e per questo dovrebbe esser presa in giusta considerazione.

La prevenzione secondaria

Un aspetto molto importante è anche quello della prevenzione secondaria, cioè dell'identificazione, quanto più precoce possibile, delle persone e delle famiglie o comunità dove il problema già esiste. Ciò richiede sistemi di identificazione semplici e accettabili per quanto riguarda l'analisi dei costi (costi/benefici), in una fase nella quale non sono ancora manifesti disagi gravi e irreversibili o un'invalidità. Le ricerche epidemiologiche sui giovani dimostrano che i primi contatti con l'alcol, ma anche con altre sostanze psicoattive, avvengono già prima dell'entrata in caserma, mentre in caserma esistono le condizioni per incontrare ulteriormente la sostanza.

La prevenzione terziaria

Anche la prevenzione terziaria deve essere attivata se non altro per ridurre i danni già esistenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha spesso ribadito che bisogna assicurare a quei gruppi che nelle situazioni normali, e ancor più in circostanze di crisi, non possono essere assistiti dai servizi normalmente presenti nella società uno specifico programma di prevenzione. Il medico della caserma dovrebbe offrire un servizio medico di base e di medico di famiglia.

Alcol e droghe in caserma

Un accenno particolare meritano quelle situazioni legate all'uso di droghe, farmaci, sostanze psicoattive, alcolici. Nonostante l'esercito selezioni i giovani o più sani, non si può (e non si dovrebbe) impedire l'entrata delle persone che hanno esperienze con le droghe, per non parlare degli alcolici. Tali persone possono rappresentare una "bomba a tempo".

A prima vista sembrerebbe semplice organizzare la prevenzione primaria e secondaria dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive in caserma. Qualcuno pensa che sarebbe sufficiente avviare programmi di educazione alla salute. I dati scientifici risultanti dalle ricerche di Ledermann nel 1956 in Francia dimostrano che *l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcol correlati dipendono dall'uso medio annuo pro capite da alcol in una data popolazione*, (egli si è limitato a prendere in considerazione i consumi di alcolici, ma lo stesso può valere per le altre sostanze psicoattive). I consumi degli alcolici possono essere rilevati, ma come misurare i consumi delle sostanze illegali? I consigli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono chiari:

Entro il 1995 in tutti gli stati membri si dovrebbe avere una riduzione significativa dei comportamenti dannosi per la salute, del consumo di alcol e di prodotto farmacologici, dell'uso di sostanze illecite e di prodotti chimici dannosi, della guida pericolosa e del comportamento sociale violento. La Regione Europea dell'O.M.S. raccomanda inoltre una riduzione dei consumi del 25% entro l'anno 2000.

Infine bisogna prendere in considerazione pure la psicologia presente nell'esercito, che non accetta la presenza delle droghe illegali nel suo seno.

Conclusioni

In conclusione si può dire che la caserma rappresenta una comunità specifica, che ha bisogno di studi sui problemi psichici e su quelli legati all'uso delle sostanze psicoattive.

E' necessario organizzare nella caserma la prevenzione primaria e secondaria, cercando di modificare la cultura sociale esistente al suo interno, e organizzare una rete territoriale per la protezione e la promozione della salute. Le ricerche dovrebbero fornire i

dati epidemiologici e dovrebbero essere valorizzati i programmi di prevenzione primaria e secondaria.

Bibliografia

- (1) Group for the advancement of psychiatry – Committee on alcoholism and addictions. 'Substance abuse disorders: a psychiatric priority'. American Journal of Psychiatry 148:1291 – 1300,1991
- (2) Tarter E.R., Schneider U.D. 'Models and theories on alcoholism ', in Tarter E.R., Sugerman A.A. Alcoholism interdisciplinary approach to an enduring problem. Advanced Book Program, Addison Wesley Pub. Comp. Reading, 1976.
- (3) Schuckit M.A., Haglund M'J'R. 'Ethiological theories on alcoholism', in Estes J.D. Heinemann E.M. Alcoholism. Mosby, St. Louis. 1982.
- (4) Don Calahan 'Foreword' in Chandron C.D., Wilkinson da: Theories on alcoholism Addiction Research Foundation, Toronto. 1988
- (5) Chaudron C.D., Wilkinson D.A. (ed) Theories on alcoholism. Addiction Research Foundation Toronto. 1988
- (6) Hillemand B., Joly L.P. 'Evolution des definitions et des conceptions de l'alcoolisation et de l'alcoologie' Alcoologic, 13:6, 1991
- (7) Ledermann S. Alcool, alcoolisma, alcoolisation. Vol. I Donnè scientifiques de caractère physiologique, economique et social. Istitute National d'Etudes Demographiques. Traveaux et Document Cah. N. 29. Presses Universitaires de France. Paris 1956
- (8) Ledermann S. Alcool, alcoolisma, alcoolisation. Vol. II. Istitute National d'Etudes Demographiques Traveaux et Document Cah n. 41. Presses Universitaires de France. Paris 1964
- (9) Beigel A. 'Editorial 'American Journal of Phisichiatry. 148: 1289- 1290. 1991
- (10) Robins I.N., Helzer J.E., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D.Jr., Regier D.A. 'Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites ' Arch. Gen. Psychiatry. 41:949-958 1984
- (11) Regier D.A., Farmer M.E. et col. 'Alcohol disorders in the comunity. A report from the epidemiologic catchment ares' in Rose R.M., Barret J (ed) Alcoholism: Origins and outcome New York, Raven Press Ltd. 1988
- (12) Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z.,Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. 'Comorbility of mental disorders with alcohol and other drug abuse' JAMA 264:2511-2518.1990.