

# ADOLESCENTI A RISCHIO DI DIPENDENZA

Professione

FRANCO BAGAGLI  
Medico Generale, Torino

*Il mondo degli adolescenti è un mondo eterogeneo, variegato, quasi inaccessibile per gli adulti; è difficile darne un profilo definitivo; gli atteggiamenti e gli interessi sono molteplici, talvolta sfumati; e ciò non solo perché essi sono il riflesso di una società ampia e complessa, ma anche e soprattutto perché l'adolescente stesso è per sua natura portatore di una condizione "aperta", esposta alla sperimentazione e al cambiamento ...*

Nel suo viaggio verso la maturità, intesa come cambiamento fisico definitivo, ricerca e conquista dell'identità sessuale e conseguimento dell'indipendenza economica, l'adolescente segue "percorsi" che alcuni hanno descritto come "attraversamento del bosco" o "ponti di liane". Vi troviamo lo studio, il tempo libero, lo sport, l'alimentazione, la sessualità, il rapporto con le "figure guida" (i genitori, gli insegnanti), la vita all'interno del "gruppo". Spesso questi percorsi presentano ostacoli, a volte facilmente aggirabili, a volte insormontabili per il giovane, la cui ostentata sicurezza quasi sempre nasconde incertezze, dubbi, timori e sospetti.

È questo il caso della diffusione e dell'uso di sostanze, legali e illegali, in particolare delle nuove droghe.

Certamente il pattern di consumo è decisamente cambiato negli ultimi anni: allo stereotipo del tossicodipendente/bevitore "homeless", clochard, auto-emarginato, sociale, spesso criminale, ben noto ai sergenti, si è sostituito poco a poco quello del ragazzo "di buona famiglia", inserito nella scuola e/o nel lavoro, che per cinque giorni alla settimana non si fa assolutamente notare ma che al sabato si lancia in abusi di ogni genere, dalla "normale" bevuta di birra con gli amici sino ai rave-party più devastanti.

## SOSTANZE

La gamma di sostanze usate è quanto mai varia: alcol sotto vari aspetti, eccitanti, sedativi, farmaci e sostanze artigianali (*designers drugs*); i luoghi di consumo sono quelli di vita dei ragazzi: non solo le discoteche, ma anche la scuola, l'oratorio, il bar. L'approccio alle sostanze

avviene sempre più precocemente. I significati sottesi sono cambiati: si usano sostanze non tanto per evadere da un malessere o da un disagio, ma per amplificare il divertimento, per produrre eccitazione, per rendere più facile e fruibile il contatto con se stessi e con gli altri.

La sostanza non è il problema, ma la soluzione di un problema: il suo uso è normale, consente di "vivere la vita" del sabato sera, di rispondere ai bisogni espressi e inespresi. La ricerca del piacere e del benessere attraversa i passaggi dell'*agon* (lotta fra avversari), della *mimicry* (gioco di travestimento: io non sono io, ma quello che vorrei essere), della *vertigo* (perdita di controllo) e dell'*alea* (sport estremi, rischio allo stato puro). Il bisogno di trasgressione/autonomia, di differenziarsi dall'immagine infantile, di conquistare il tempo non strutturato della notte; l'appartenenza al gruppo, omogeneo per consumi, mode, ritualità ...

## MODELLI E BISOGNI

L'interazione fra una personalità "in formazione" ed una società che offre, per questa fascia di età, modelli di vita fragili e diversificati, immessi in un tempo di "parcheggio sociale" abnormemente prolungato, fa sì che l'adolescente possa essere definito "soggetto a rischio": rischio sociale e di pari passo rischio sanitario.



All'origine dei problemi di salute dell'adolescente è possibile vedere una serie di "bisogni" insoddisfatti, perché non conosciuti, non espressi, non presi in carico, presi in carico dai Servizi Sanitari in modo non adeguato.

I bisogni possono non essere riconosciuti a causa di mancanza di educazione sanitaria, di problematiche che fanno da schermo, della considerazione che la salute del giovane è sempre eccellente. Possono non essere espressi dai ragazzi per timidezza, ignoranza di possibili soluzioni, diffidenza, paura. I bisogni espressi e rilevati possono poi essere presi in carico in modo errato, a causa di eccessiva medicalizzazione/psichiatrizzazione dei problemi.

È del tutto normale che genitori e figli adolescenti abbiano scontri e discussioni. Tutti, o quasi tutti gli argomenti possono essere fonte di confronto più o meno acceso. I dissensi nascono perché le posizioni sono estremizzate in quanto per i genitori gli adolescenti rappresentano l'anti-conformismo e per gli adolescenti i genitori sono "l'auto-

rità" per antonomasia a cui tutto va contestato. Questi atteggiamenti tendono a sparire dopo la fine degli studi medi superiori (intorno ai 18-19 anni). Young suddivide tali atteggiamenti in due categorie ben distinte e dà alla prima un carattere di normalità e alla seconda un carattere di comportamento "non controllato" e pertanto meritevole di maggiore attenzione (Tab. I).

Per la gestione di tali disordini comportamentali sono richiesti molto tatto e sensibilità.

È sempre meglio avere un colloquio privato e confidenziale con l'adolescente, preoccupandosi di raccogliere bene tutte le informazioni che riguardino le caratteristiche psicosociali del ragazzo e soprattutto le correlazioni con la famiglia. È buona cosa indagare sui rapporti familiari (maltrattamenti?), sulle relazioni con i coetanei (amici drogati?), sui problemi di salute presenti in famiglia. Il nostro intervento sull'adolescente deve essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi molteplici (Tab. II). Le discussioni educative che si svolgono in famiglia dovrebbero cominciare agli inizi dell'adolescenza. La strategia del colloquio può usufruire di alcune domande utili per il dialogo che possono essere proposte ai figli di diversa età.

Per i figli in età da scuola elementare le domande possono indagare in maniera identica sia il problema alcol sia il problema droga.

- Comprendi cosa significa la parola "droga/alcol"?
- I tuoi insegnanti non hanno mai parlato di droghe/alcol a scuola?
- Cosa hai imparato su droghe/alcol a scuola?
- Tu e i tuoi compagni non avete mai parlato di droghe/alcol?
- Perché gli adulti dicono che droga e alcol sono nocivi?
- Nessuno ha mai provato a venderti droghe/alcol o a incitarti con la forza a prenderli?

Per i figli in età di scuola media inferiore tali domande devono essere poste in maniera differente indagando non soltanto il livello di conoscenza ma anche valutando il grado di integrazione cognitiva che ognuno può essersi costruito.

- So che molte scuole hanno problemi di droga. La tua scuola ha un problema di droga?
- Molti dei tuoi amici bevono alcol o fumano marijuana alle feste?
- Alcuni dei tuoi amici usano droghe oltre all'alcol e alla marijuana?
- Dove ottengono la droga molte persone giovani?
- Fumi sigarette? Quante al giorno?
- Hai mai provato l'alcol? Marijuana? Altre droghe?
- Ti sei mai sentito male in seguito all'uso di droghe o di bevande alcoliche? In quali casi?
- Hai mai avuto guai con la legge in conseguenza dell'uso di droghe o alcol?
- Cosa direbbero i tuoi genitori se sapessero che hai usato ...?
- Sei mai stato turbato dall'uso di ...?

#### **TABELLA I** **Gli atteggiamenti "comuni"** **e "non controllati".**

##### **ATTEGGIAMENTI "COMUNI":**

- criticare e discutere con i genitori
- prevaricare i familiari e gli amici
- provare sostanze come nicotina e alcol
- fare "bravate" e atteggiarsi a "bullo"
- burrascose e, a volte, insolite storie d'amore

##### **ATTEGGIAMENTI "NON CONTROLLATI":**

- rifiuto di frequentare la scuola
- vandalismo e furti
- abuso di droghe
- promiscuità sessuale
- disordini alimentari quali la bulimia e l'anoressia
- la depressione con particolare attenzione al tentativo di suicidio

#### **TABELLA II** **Obiettivi dell'intervento sull'adolescente.**

- Far stabilire una precisa identità
- Far acquisire fiducia in se stesso
- Far sviluppare un codice morale personale
- Far operare scelte anche professionali
- Far raggiungere un comportamento sessuale da adulto
- Far avere stima di sé

- Hai mai guidato una motocicletta o un'auto dopo aver bevuto o dopo esserti ubriacato?

## L'INTERVENTO DEL MEDICO GENERALE

Se da questa inchiesta iniziale si deduce che c'è una storia di uso di alcol o droghe, diventa importante indagare sul tipo, la quantità, la frequenza e l'ambiente dove essi vengono usati. Dovrebbero inoltre essere indagati gli aspetti della relazione con i coetanei, il rendimento scolastico, le relazioni con la famiglia e con gli eventuali colleghi di lavoro e le relazioni sessuali.

Il Medico Generale deve porre particolare attenzione ai sintomi, anche se nascosti, di possibile "dipendenza" quali un comportamento coercitivo, i tremori, l'agitazione, la perdita di peso, la cefalea e i cambiamenti caratteriali. Tutto questo deve indurre il medico a sottoporre l'adolescente a esami mirati per una valutazione in tal senso e deve indirizzare il paziente presso strutture specialistiche adeguate.

Diventa quindi importante riuscire a capire, abbastanza precocemente, quando si ha il sospetto che un proprio figlio abusi di sostanze stupefacenti, cosa dover ricercare in casa, nella sua stanza, o tra le sue cose.

Inutile ricordare che i maggiori problemi sono legati all'astinenza da tali sostanze e questo provoca un comportamento caratterizzato da atteggiamenti "sentinella" quali per esempio improvvisi sparizioni di oggetti, o il fatto che il giovane trascorra molto tempo nella stanza da bagno chiusa a chiave, o la sua incapacità a frequentare regolarmente la scuola o a mantenere un lavoro, o il rifiutare o essere rifiutati dai vecchi amici, o usare un gergo da tossicodipendente.

Alcuni consigli pratici:

- offrire ai genitori e al giovane il tempo per esporre separatamente e in privato le loro opinioni;
- creare un'atmosfera di fiducia;
- prendersi un tempo sufficiente e "diverso" per il dialogo con l'adolescente (al limite persino al di fuori dell'ambulatorio, o comunque in un momento separato dalle normali attività);
- dare assicurazioni, dirette e indirette, che il punto di vista del ragazzo viene considerato;
- dare garanzie di segretezza professionale (tutt'altro che risaputa presso i giovani);
- apparire più "confidente" che medico, stabilendo un rapporto di fiducia, che deve essere salvaguardato anche nel trasmettere ai genitori dettagli circa i problemi scaturiti durante il colloquio;
- astenersi da commenti moralistici e da giudizi perentori;
- offrire spiegazioni esatte ma semplici circa le problematiche adolescenziali, con linguaggio chiaro e usando se del caso la terminologia del giovane;
- evitare analogie e confronti con precedenti esperienze personali (il ragazzo le vive come lontane, inutilizzabili o addirittura create apposta al momento);
- non considerare necessario giungere ad un accordo fra vedute ed opinioni differenti: il ragazzo non ne ha bisogno, e spesso apprezza un valido contraddittorio;
- educare il giovane segnalandogli possibili pericoli derivanti dal suo comportamento e suggerendogli la strada per il "successo", lasciandolo sempre libero di valutare le sue scelte ed offrendo comunque una propria disponibilità.

## CONCLUSIONI

L'informazione deve ridurre la casualità nelle decisioni del giovane; la libertà non è casualità, ma scelta responsabile. "Conoscere" per poter trasmettere messaggi chiari e validi, per poter entrare in concorrenza con i messaggi dei giovani, per poter comunicare loro competenza e cultura. Agire come gli insegnanti di scuola guida!

## Bibliografia

- Atti del Seminario "Nuove e vecchie sostanze". Bergamo 10.02.2000
- Master di Formazione "Adolescenza: il corpo, la mente". Ascoli Piceno 8.3.2002
- Atti del Convegno "Alcol e nuove droghe". Società Italiana di Alcolologia, Pavia 25.11.2000
- Bagozzi F. *Generazione in ecstasy*. Gruppo Abele 1996.
- Burbatti G. Castoldi I., *Il pianeta degli adolescenti*. Mondadori 1998.
- Cormack J, Marinker M, Morrell D. *Pratica clinica in Medicina Generale*. CIS 1996;2:283-95.
- De Toni E, et al. *Adolescenza: verso un approccio multidisciplinare*. Editeam 1992.
- Murtagh J. *Professione Medico Generale*. McGraw-Hill 1995:732-5.
- Norman J, Montalto DO. *Implementing the guidelines for adolescent preventive service*. Am Fam Physician 1998;57:2181-90.
- Taylor RB. *Fondamenti della Medicina di Famiglia*. Springer 1997;parte I:26-31.
- Young D. *The troubled adolescent*. Aust Fam Physician 1991;20:395-7.