

# Aspetti medico-psicologici della tossicomania giovanile

In questo articolo verranno schematicamente discusse, dal punto di vista psichiatrico, le forme cliniche di tossicomania riscontrate fra gli adolescenti e i giovani adulti, le tecniche terapeutiche e assistenziali, inoltre, l'attività dei servizi medicopsicologici cantonali in questo settore.

Dal lato clinico, è conveniente distinguere l'uso delle droghe in relazione con la loro specifica caratteristica farmacologica: droghe «leggere», con una quota d'assuefazione relativamente controllabile, e droghe «pesanti», con le quali l'assuefazione è molto intensa. Per comodità, tratteremo gli allucinogeni assieme alle droghe leggere (anche se, per altre loro caratteristiche farmacologiche, sono spesso considerati droghe pesanti) per il fatto che la loro assuefazione è relativa.

Le droghe leggere (hascisc, marijuana, allucinogeni ecc.) non sono legate a un quadro psicopatologico determinato e omogeneo, non provocano modificazioni caratteristiche e permanenti nella personalità, ma piuttosto effetti transitori, presenti al momento dell'uso (euforia o altri disturbi della sfera emotiva, perturbazione del rapporto con la realtà tramite disturbi ideativi o percettivi).

Il loro uso è frequente fra i giovani, in particolare nei gruppi che si sentono in situazione di rottura con l'ambiente familiare e sociale o si propongono di esserlo.

Le motivazioni generali che conducono a questo consumo sono intimamente collegate alla crisi evolutiva adolescenziale, che segna il passaggio dallo stato infantile a quello adulto con la conquista di una autonomia e di una individuazione nei confronti delle figure e delle immagini parentali, oppure, nei giovani adulti, a insuccessi di questa fase maturativa. La droga s'impone così come tentativo d'autoaffermazione, scelto tra le varie offerte circolanti nella società, secondo quei complessi determinanti che sono all'origine delle mode.

È quindi comprensibile che gli utenti di queste droghe si distribuiscano, dal punto di vista della loro personalità e della loro conflittualità, in una fascia psicopatologica molto diversificata, che va dalla normalità alla patologia più grave, senza che, per lo più, un collegamento regolare possa essere fatto con certe organizzazioni psicologiche particolari.

Infatti, l'esame psichiatrico mette in evidenza situazioni psicologiche nelle quali, molto frequentemente, il ricorrere alla droga non è che un aspetto sintomatico comune a situazioni conflittuali molto variabili: è l'organizzazione strutturale della personalità, quindi, che sarà determinante nella valutazione della prognosi sull'evoluzione della tossicomania.

In molti casi, la tossicomania appare come un fenomeno transitorio, occasionale, d'evoluzione favorevole nei casi di personalità più sane, facilmente sostituita da altri sintomi patologici nei casi più disturbati.

Le complicazioni non sono tuttavia poco frequenti. Per un certo numero di casi, le

droghe leggere rappresentano l'inizio del cammino che conduce alla tossicomania con droghe pesanti. L'evoluzione sembra legata a fattori specifici dell'organizzazione della personalità come, ad esempio, la prevalenza di meccanismi di negazione massiccia della realtà (prepsicosi, caratteri patologici), le tendenze auto-distruttive e autolesionistiche (personalità masochista), la ricerca disperata e vana di un rapporto affettuoso (personalità abbandonica). Frequente è anche una valutazione carente della realtà e del pericolo, dovuta a una insufficienza puramente intellettuale (debità leggera).

Infine, si riscontrano situazioni occasionali, che non sono certo da sottovalutare, che vanno dalla crisi momentanea di rivolta, con comportamento auto-distruttivo, alla semplice disinformazione del pericolo grave che costituiscono le droghe pesanti.

Un'altra complicazione che interviene con una certa frequenza è la distruzione momentanea e, qualche volta, duratura della personalità. Nel primo dei casi, si tratta di giovani molto fragili, che sotto l'effetto della droga perdono momentaneamente

il rapporto con la realtà (stati di confusione, allucinose acute, deliri interpretativi); nel secondo, la droga sembra agire come rivela-trice di una malattia mentale latente (schizofrenia).

Una terza complicazione è il passaggio dall'uso della droga irregolare, saltuario o per lo meno controllato, a un uso massiccio e regolare. Il consumo permanente dell'hascisc, per esempio, provoca con il trascorrere del tempo un quadro clinico molto simile all'alcolismo cronico, come ce lo riferiscono, segnatamente, medici del Nord-Africa, dove l'uso ne è più o meno endemico.

Le tossicomanie con droghe pesanti, dure, (morfina, eroina, cocaina ecc.; in misura minore amfetamine) si differenziano in modo radicale dalle precedenti e sono da considerare come stati patologici estremamente gravi. Di fatto, l'uso di queste droghe dà luogo a un'alterazione dei funzionamenti fisiologici e psicologici del tutto specifica e di fronte alla quale la conflittualità che ha determinato il ricorso alla droga (sociale, relazionale o di personalità) viene progressivamente cancellata. È noto che la caratteristica dominante e comune di questi tossicomani è quella di un modo di esistere sorretto dalla dipendenza alla droga: tutta l'attività del tossicomane è dominata dalla sua necessità di droga ed egli mette, per soddisfare il suo bisogno, lo stesso impegno, a volte la stessa ingegnosità e brutalità, che dimostra abitualmente l'uomo



per assicurarsi la sopravvivenza, la soddisfazione sessuale o altri bisogni essenziali. Il conflitto originario, interno nella persona o in rapporto con l'ambiente circostante, che ha portato al consumo della droga, viene riorganizzato e sostituito da una lotta fra tendenze che spingono a ricercare la droga, e tendenze che vi si oppongono (per noi, queste ultime sono le tendenze sane, evidentemente). Purtroppo, questa lotta è destinata a risolversi, a breve termine, a favore delle tendenze tossicofiliche: delle forze più sane rimangono allora solo le tracce sotto forma di tentativi sporadici e abortivi di riabilitazione, di decisioni rapidamente abbandonate, di dimostrazioni di buone intenzioni. Le procedure che permettono invece di soddisfare la tensione tossicofilica si differenziano, si perfezionano; ci troviamo finalmente di fronte a un importante rimaneggiamento della personalità e dei suoi fini istintuali, una sorta di nuova personalità innestata su quella primitiva che vien poi cancellata.

A questa modificazione se ne aggiunge un'altra, anch'essa comune ai tossicomani soggetti alle droghe dure: consiste in un progressivo livellamento e abbassamento delle funzioni intellettive di base: i contenuti mentali perdono in sottigliezza, diventano unilaterali e monotoni; i meccanismi di controllo cedono e si parla allora di «deterioramento mentale», di sindrome psicoorganica, diretta espressione dell'effetto tossico della droga sul sistema nervoso centrale.

Inoltre, la deviazione dei fini istintuali, indispensabili alla sopravvivenza, è anche indirettamente responsabile del decadimento fisico progressivo del drogato: le norme più elementari d'igiene vengono trascurate; l'alimentazione è insufficiente e inadeguata; la somministrazione della droga espone all'infezione (siringhe infettate ecc.) e malattie intercorrenti colpiscono di regola l'organismo indebolito del tossicomane.

L'emarginazione sociale accompagna questo decorso, testimone del disinvestimento delle attività socializzate e dell'impossibilità psicofisica a rispondere a uno sforzo implicante una certa continuità. Le complicazioni comportamentali medico-legali (spaccio, furti, aggressioni) si moltiplicano lungo questa strada che conduce molto frequentemente verso la morte.

Di fronte al tossicomane sentimenti paradossali e contrastanti si svegliano. La percezione della distruzione, che chiaramente lo minaccia, provoca reazioni di negazione, atteggiamenti di esclusione e di pietismo, che segnalano una profonda e spesso inconscia repulsione a identificarsi con lui.

La tossicomania e il tossicomane suscitano anche volentieri fantasie irrealistiche e infantili d'emancipazione e di liberazione, non sprovviste di fascino e di seduzione, che conducono a sentimenti irrazionali d'invidia (per questo motivo, l'argomento della droga è spesso affrontato passionalmente, in una oscillazione fra condanna morale e compiacimento, quasi sempre in uno stato di sensazione di colpa proiettata lontano da sé; l'informazione stessa, in questo settore della patologia, difficilmente raggiunge un soddisfacente grado di obiettività, impedendo i tentativi di comprensione e, di conseguenza, una possibilità d'intervento ragionevole sul fenomeno). A livello dell'intervento terapeutico, il clinico o l'operatore sociale è di conseguenza

chiamato a portare una particolare e sottile attenzione alle proprie risposte affettive (il contro-transfert, nell'accezione larga del termine) per poter scegliere lucidamente le vie assistenziali più confacenti. Il problema centrale da considerare è allora quello del rapporto fra il drogato e i suoi soccorritori: si tratterà di determinare su quale base una alleanza terapeutica si potrà realizzare. Nel miglior dei casi, frequente con i tossicomani di droghe leggere, raro nel caso della droga dura, esiste un conflitto accessibile all'interno della personalità del paziente, con la possibilità per il terapeuta di trovare nel suo assistito forze in lotta contro le tendenze tossicofiliche.

Molto frequentemente, il conflitto non è più reperibile; il terapeuta non avrà altra soluzione, per lo meno transitoriamente, che quella di assumere globalmente il ruolo mancante all'interno del suo paziente e dovrà rispondere ai problemi adattivi più urgenti che gli si pongono. I tentativi, le soluzioni assistenziali fatti in questa direzione sono diversificati: tutti implicano però interventi attivi da parte dell'operatore nella vita del tossicomane, tesi a ricuperare anche transitori, subordinati alla ricerca di riconflittualizzare il tossicomane relativamente alla sua tossicomania.

#### Aspetti terapeutici e preventivi

In prospettiva di terapia e di prevenzione, quanto detto sinora a proposito degli aspetti clinico-psicopatologici può essere riassunto nei punti seguenti:

— La tossicomania giovanile instaurata, soprattutto quando si tratti di droghe dure, costituisce un quadro clinico definito e di particolare gravità sia sul piano psicopatologico, sia su quello somatico.

— L'ingresso nella tossicomania avviene in condizioni differenti, nelle quali le variabili relative alla personalità, all'età, al sesso, alla situazione socio-ambientale e familiare agiscono in senso determinante, molto diversificato nel loro interferire reciproco.

— Gli episodi di abuso di droga «morbida» possono costituire soltanto un'espressione della crisi evolutiva dell'adolescenza.

— È improprio, e pericoloso per molti aspetti, considerare la tossicomania esclusivamente come fenomeno a sé, senza cioè tenere conto del suo inserirsi nel quadro generale della psicopatologia giovanile insieme alle referenze di ordine sociale che detta patologia comporta nelle sue cause come nelle sue manifestazioni.

In breve, la terapia e la prevenzione nel settore della morbilità tossicofilica investono — allo stesso tempo — l'ambito specifico di questa stessa patologia insieme a quello più vasto delle perturbazioni di personalità nel corso dell'adolescenza. Vale a dire che occuparsi di terapia e di prevenzione in questo specifico settore, pone l'operatore di fronte a un'area ben più ampia di quella delimitante la tossicomania giovanile, e ciò anche a livello di valutazione diagnostica.

Nella pratica, l'approccio terapeutico multidimensionale (medico-psichiatrico, psicoterapeutico, sociale e pedagogico presso consultori esterni o centri di internato o semi-internato) usuale presso i moderni servizi di psichiatria per l'età evolutiva, viene impiegato nella casistica di cui ci stiamo interessando. Inoltre, sono qui necessari prov-

vedimenti curativi di disintossicazione e di trattamento psichiatrico in ambiente ospedaliero per i frequenti casi di grave assuefazione, eventualmente accompagnata da manifestazioni di scompenso mentale. Occorre tuttavia segnalare che, se è vero che queste ultime tecniche di trattamento risultano in generale efficaci e di relativamente facile esecuzione, l'intervento medico-psicopedagogico e sociale di cui si diceva più sopra (quello cioè che mirerebbe a risolvere, o almeno a modificare, i conflitti profondi che stanno alla base dell'attitudine dipendente verso la droga), sembra avere ben poca presa su tali pazienti a causa della patologia proveniente dalla struttura di personalità di questi ultimi, nonché degli effetti generali, fisici e psichici relativi all'intossicazione cronica. Ne consegue che occorre procedere sperimentalmente, escogitando cioè modifiche alle abituali tecniche di intervento, con un costante lavoro di verifica delle ipotesi di interpretazione del caso, della metodologia terapeutica e dei risultati di quest'ultima; ma occorre sempre tenere presente, in modo altrettanto costante, la resistenza alla terapia dimostrata da questi ammalati, per non incorrere in attese troppo ottimistiche, alle quali segue la delusione, la quale può ingenerare a sua volta la risposta aggressiva nel rapporto curativo, ovvero lo spostamento della mortificazione terapeutica su obiettivi d'occasione (altri terapeuti, altre impostazioni tecniche, altre istituzioni, sino a investire, in maniera non realistica e troppo generica, la società interna), ovvero anche rafforzare le stesse illusioni terapeutiche su livelli emozionali e ideologicizzati, dunque tecnicamente scorretti.

Le stesse riflessioni valgono per l'attività di prevenzione diretta e indiretta: informazione, formazione di operatori, interventi di igiene mentale tendenti al miglioramento a tutti i livelli possibili delle condizioni psico-igieniche e sociali nelle quali vive e si sviluppa il giovane. In questo settore si può fare parecchio; molto è stato fatto o sta per essere fatto anche nel nostro Cantone. Ma non si creda che, qui o altrove, i risultati vengano immediati, macroscopici, proporzionati in quantità e tempo agli sforzi impiegati: basti pensare al tempo occorso per debellare la tubercolosi, alla lotta annosa contro i tumori, all'alcolismo... E la «droga», quanto a gravità e diffusione, non è certamente da meno rispetto a tali malattie.

#### Attività dei servizi medico-psicologici nel Cantone

La Sezione medico-psicologica dispone da circa tre anni di una équipe per adolescenti operante nel Sottoceneri con sede a Lugano e, da circa due anni, di un'altra équipe dislocata nel Sopraceneri con sedi a Bellinzona e a Locarno.

Dette équipes sono costituite in modo tale da poter affrontare l'esame e il trattamento dei casi nelle diverse dimensioni — medica, psicologica e sociale — che vengono a sintetizzarsi nei diversi quadri clinici manifestati dai casi stessi.

Da quanto detto risulta chiaro che la Sezione medico-psicologica cantonale, la quale si occupa di una casistica che va dall'infanzia ai limiti della maggior età, è dotata di una organizzazione diretta all'arco di quell'età adolescenziale nell'ambito della quale



si situano le tossicomanie giovanili, sebbene il raggio di azione non si limiti esclusivamente alla questione «droga».

La struttura e i metodi di lavoro sono configurati precisamente secondo gli obiettivi da perseguire: diagnosi, terapia e prevenzione dei disturbi del comportamento dell'età evolutiva; vale a dire la Sezione medico-psicologica cantonale e, per quanto ci interessa più direttamente, le équipes per adolescenti impegnate — come si è detto — sul fronte della «droga», rappresentano un'istituzione clinico-psichiatrica che lavora a livello ambulatoriale.

Per quanto concerne il settore «prevenzione», anche essa improntata a criteri medico-psico-sociali, la Sezione medico-psicologica cantonale interviene informando, proponendo iniziative e fornendo consulenze a diversi livelli, come, quando e dove ciò sia possibile.

Dal punto di vista quantitativo, durante lo scorso anno le prestazioni delle due équipes per adolescenti si sono estese a 555 casi, metà circa dei quali presentava più o meno decisamente problemi di droga.

Dal punto di vista diagnostico tali casi si distribuiscono in tutto lo spettro della psicopatologia adolescenziale:

nevrotici (195) - caratteriali (136) - psicotici (44) - tossicomanie gravi (60) - tossicomanie lievi (38) - debili (29) - epilettici (13).

Questi casi rappresentano circa l'1,20% della popolazione totale del cantone in età adolescenziale, mentre il numero dei tossicomanie corrisponde al 18% della patologia riscontrata.

A questo proposito dobbiamo però notare che questi dati non possono essere presi come indici realistici della morbilità giovanile nel cantone, poiché esprimono soltanto quella frazione di giovani che vengono segnalati o richiedono spontaneamente l'intervento.

Il tipo di intervento ritenuto di volta in volta opportuno è definibile come psicodiagnostico in 178 casi, psicoterapeutico in 154, psicopedagogico in 119 e farmacologico negli altri 104.

Sul piano terapeutico l'aggancio dell'adolescente tossicomane è risultato estremamente difficile.

Come già riferito in precedenza la struttura psicologica dell'adolescente, già di per sé complicata, risulta estremamente resistente e a volte impermeabile al dialogo terapeutico qualora si complichino con il particolare assetto psicopatologico tossicofilico. In particolare abbiamo visto mancare nella maggioranza dei casi la consapevolezza di malattia che costituisce la premessa indispensabile per l'avvio e lo sviluppo del rapporto psico-terapeutico.

Si è potuto constatare come il consiglio di seguire una vera e propria psicoterapia sia raramente raccolto, in ogni caso soltanto saltuariamente e per brevi periodi.

Per quanto riguarda il tentativo di un inserimento sociale, è da sottolineare lo scarso desiderio di abbandonare un certo tipo di vita, a cui fa riscontro d'altro canto l'effettiva difficoltà nel reperire impieghi da parte dei tossicomanie.

Infine nell'ambito dell'approccio terapeutico, siamo stati indotti, pure sulla scorta di una letteratura scientifica sull'argomento, a impiegare in casi particolarmente gravi e cronici quel farmaco che risponde al nome di «methadone» (circa una trentina di casi). Si tratta di una tecnica terapeutica di sostituzione, mirante cioè a sostituire un farmaco controllato e controllabile alla droga, con la relativa possibilità di tentare la riduzione progressiva di quest'ultima, al riparo dai pericoli dell'astinenza, ponendo il paziente nella condizione di «tenere» sul piano del contatto con la realtà, realizzando infine una medicalizzazione del caso, la quale fra l'altro spesso rappresenta l'unica possibilità di ridurre le difese del paziente mediante la presa di coscienza di uno stato di malattia, il primo passo cioè per sperare nell'avvio di un rapporto psicoterapeutico.

L'impiego del «methadone» ha posto numerosi problemi relativi al controllo delle prescrizioni, della metodologia di somministrazione, al fine di evitare improprietà tecniche e abusi. Si è così pervenuti a stabilire una serie di criteri operativi attraverso il coordinamento di enti sanitari e farmaceutici ed oggi la terapia sostitutiva con «methadone» può svilupparsi in accettabili condizioni di sicurezza, grazie anche alla collaborazione di enti ospedalieri (presso l'Ospedale Italiano di Viganello funziona un centro di somministrazione controllata, che assicura ai pazienti trattati un'assistenza efficace sotto tutti gli aspetti).

Dal punto di vista della terapia in internato, prossimamente la Sezione medico-pedagogica cantonale disporrà di un centro socio-pedagogico in grado di accogliere un certo numero di giovani in via di reinserimento, o comunque affetti da forme non gravi. Un centro clinico, per casi di maggiore gravità, è previsto in tempi non lontani.

Il primo agosto è entrata in vigore nella Confederazione una nuova Legge sui prodotti stupefacenti, la quale prevede fra l'altro la responsabilizzazione dei Cantoni nell'assistenza ai giovani tossicomanie e nella attiva prevenzione della malattia. Il nostro Cantone da tempo si è dotato delle strutture base necessarie. Ora occorre soltanto perfezionarle, sulla scorta dell'esperienza acquisita: per quanto ci riguarda non dobbiamo che proseguire nel lavoro intrapreso.

L. Besso, P.M. Masciangelo  
S. Salvagni