

TOSSICODIPENDENZA: UN PROBLEMA PEDIATRICO?

ENRICO SOLITTO

Pediatra di base, neuropsichiatra, operatore SERT, Firenze

ADDICTION AS A PAEDIATRIC PROBLEM
(M&B 4, 228-231, 1997)

Key words

Drug addiction, Primary paediatric care

Summary

The paper draws the attention of paediatricians on their role in the management of babies born from addicted mothers and of young adolescents who may develop drug addiction.

Today, drug addicted adolescents seek help at a later stage with comparison to the past. Severe social and family problems are usually present.

Paediatricians should be aware of the many determinants as well as of different clinical features and psychopathological pathways of drug addiction in young adults, in order to play a useful role in prevention and cure.

Il mondo dei pediatri e quello delle dipendenze tendono a incontrarsi sempre più spesso. Tre, in particolare, sono i campi in cui questo avviene: i figli dei tossicomani, i tossicomani adolescenti e i bambini "a rischio".

I figli dei tossicomani

La frequenza con cui capita di occuparsi di questi bambini è in aumento. Negli USA si stima che oltre il 10% delle donne gravide usi sostanze illegali: eroina nell'1-2% delle gravidanze, cocaina nel 3-4%, cannabinoidi nel rimanente. Il numero delle donne alcoliste è sicuramente maggiore¹. In alcune indagini, sempre negli USA, questi dati erano ampiamente superati^{2,5}. Quasi mai l'assunzione era riferita, neppure in questionari anonimi: risultava da esami urinari o del meconio.

La nostra è una situazione epidemiologica diversa. Tuttavia questi dati ci dicono che i figli dei tossicodipendenti sono una fetta importante di popolazione, che è in aumento, e di fronte alla quale ci troveremo sempre più spesso a confrontarci: non solo nelle divisioni neonatali, ma soprattutto nel territorio. Sono bambini che non solo presentano gravi problemi neonatologici^{3,6}, ma soprattutto, come dimostrato da una ricca letteratura a riguardo, costituiscono uno dei gruppi a più alto rischio per problemi comportamentali, scolastici e sociali (disturbi psichiatrici di vario tipo, basso rendimento scolastico), e infine, ma forse più importante, futuro abu-

so di alcool e droghe⁷. Molto si è discusso sulle cause di questo rischio, e in particolare dell'aumento di rischio di abuso futuro.

Oggi si concorda nell'indicare un'origine complessa e multifattoriale del problema. L'accento è stato posto negli anni '80 sulla presenza di fattori biologici che predispongono alla dipendenza: tutta una serie di studi su gemelli e sui bambini adottati ha evidenziato un rischio connatale, in parte da eredità genetica, in parte come effetto dell'esposizione in gravidanza⁸: variazioni del metabolismo delle droghe e dei neuromodulatori spiegherebbero una maggiore "vulnerabilità" di questi soggetti che sarebbero più sensibili degli altri all'effetto piacevole della sostanza. La cosa è meglio dimostrata per l'alcool, ma ci sono prove convincenti anche per gli oppiacei⁹. **Secondo i modelli più accettati questa predisposizione, comunque ereditata, è corretta o peggiorata dall'impatto ambientale successivo:** sono bambini con bisogni particolari e che invece vivono in ambienti familiari deprivati e poco disponibili per loro; i problemi genetici, come spesso succede, sono dunque aggravati dall'ambiente, in un circolo vizioso che moltiplica il rischio¹⁰.

L'impatto con il mondo scolastico, con la giustizia, con l'ambiente dei coetanei, è in questi bambini diverso dagli altri, e infine l'esito del processo dipende da uno spettro continuo di fattori di rischio e fattori protettivi¹¹. In alcuni paesi l'entità del problema ha fatto sì che venissero elaborati e realizzati pro-

getti di prevenzione di base. Da noi, di questi bambini si occupano via via gli operatori coinvolti nello specifico problema (pediatri, neuropsichiatri, insegnanti, giudici, assistenti sociali) senza, in genere, un vero coordinamento. Sarebbe opportuno per il bambino che si creasse un progetto sensato che, tenendo conto dei rischi cui è esposto, prevenga la catena di eventi che quasi inevitabilmente condiziona la sua vita.

Il nuovo tossicomane

Il mondo delle dipendenze è profondamente cambiato rispetto a qualche anno fa, e **il pediatra che si occupa di adolescenti deve conoscere le nuove droghe e i nuovi pattern di dipendenza**^{12,13}.

Da noi la cocaina è ancora un fenomeno marginale rispetto all'eroina (almeno nella popolazione che affluisce ai servizi), così come l'uso di solventi e inalanti (molto diffusi invece nei paesi sottosviluppati e nelle popolazioni emarginate in Francia e in Inghilterra). Più importante è la diffusione di "ecstasy" (MDMA) e di alcool a scopo ricreativo, ma i dati più indicativi a riguardo provengono dai sequestri delle forze dell'ordine, piuttosto che dalla conoscenza dei servizi: per definizione que-

sta, pare immensa, schiera di saltuari non ha, o non ritiene di aver bisogno, di aiuto se non in maniera marginale. Almeno nella popolazione afferente ai servizi il problema principale è ancora l'eroina, ma con modalità diverse rispetto a qualche anno fa. Nel mio SERT abbiamo isolato le cartelle relative a chi si presentava per la prima volta a un servizio, relative agli anni 83/85 e 90/93 (Tabella I). Come si nota, l'età di esordio dell'uso di eroina non si è abbassata, mentre è diventato molto più lungo l'intervallo di tempo tra l'esordio e la prima richiesta d'aiuto: si domina meglio la sostanza, si mantiene molto più a lungo una facciata di normalità. Alle spalle di queste persone c'è una famiglia "rotta", per separazione o vedovanza, molto più spesso che nel resto della popolazione, e questo dato non è cambiato in 10 anni: dati identici si ritrovano in altre casistiche, italiane¹⁴ ed estere¹⁵; questi dati confermano l'ipotesi relazionale per la genesi delle tossicomanie come "scorretto" svincolo da una famiglia da cui non è possibile uscire normalmente.

I dati relativi all'abbandono scolastico meritano un commento: nel complesso l'abbandono nell'età dell'obbligo (segno di grave disagio sociale) è in forte diminuzione, ormai confrontabile con quello della popolazione generale

(su cui peraltro non sono disponibili dati certi, almeno a livello locale), mentre è ancora alto alle superiori. La nostra interpretazione è che nella nostra zona l'area di emarginazione socio-economica pesante sia in diminuzione, ma che il fallimento alle superiori sia ancora un indizio importante di uno sbandamento avvenuto prima dell'abitudine all'eroina. I nostri dati sono confermati da altre ricerche italiane^{15,16}, che sottolineano inoltre che, come emerso fin dalle prime ricerche sull'argomento^{17,18}, il tossicomane appare paradossalmente più fortemente legato alla sua famiglia che non ai suoi coetanei, restando a vivere in casa molto più a lungo, ovvero, se vive da solo, mantenendo comunque rapporti molto stretti con la famiglia di origine. In sintesi il nuovo tossicomane non usa eroina precocemente e chiede aiuto molto più tardi che in passato, negando il problema. Meno che nel passato proviene da aree di grave emarginazione, ma come in passato proviene spesso da "famiglie rotte". Difficilmente riesce a staccarsi dalla sua famiglia e non sembra desiderare farlo. Come in passato l'eroina segue un periodo di difficoltà personali e fallimenti scolastici e personali, ma l'inserimento lavorativo è migliore di quanto non si creda, almeno all'inizio, e la "facciata" viene mantenuta a lungo.

CAMBIAMENTI NEL TEMPO DEI NUOVI TOSSICOMANI

	Gruppo 82/85 (Medie IC 95%)	Gruppo 90/93 (Medie IC 95%)	Differenze tra i due gruppi (Medie IC 95%)	Popolazione di riferimento*
Numero	60	83		
Età inizio eroina	21,5 a (18,7-23,5)	20,5 (19,5- 21,5)	non significativo	
Periodo clandestino (anni)	2,98 (2,5-3,5)	6,8 (4,7-8,9)	3,8 (1,6-6,0)	
Genitori separati	6,7%	13,3%	non significativo	non rilevabile
Genitori vedovi	15%	10,8%	non significativo	2,49%
Abbandono nella scuola dell'obbligo	31,6%	8,4%	23,2 (9,5-35,7%)	8-5%
Abbandono nelle superiori	65%	39,3%	non significativo	25%

* I dati sulla popolazione generale, riferiti a genitori vedovi di ragazzi nell'età a rischio, sono stati forniti dal Comune di Firenze.

Le separazioni di fatto non sono note ma solo i divorzi dopo sentenza.

I dati sull'abbandono scolastico sono forniti dal Censis su dati Istat all'inizio e alla fine degli anni '80.

Tabella 1

I fattori di rischio

Se, come pensano molti operatori, la tossicodipendenza non è (quasi mai) qualcosa che piomba improvvisamente, ma è solo l'epilogo di una lunga storia di sofferenza e devianza, è possibile prevedere l'evoluzione futura?

È fondamentale premettere che non esiste una singola causa della tossicodipendenza: si tratta di una patologia multifattoriale, in cui il contesto sociale, culturale, familiare e statale sono fondamentali. Se non si tiene conto di questo, si cade nel vizio comune di attribuire a una singola causa (la famiglia, la società, le amicizie, il carattere...) la "colpa" della situazione.

Numerose ricerche, trasversali e longitudinali^{19,21}, hanno negli anni descritto tutta una serie di "fattori di rischio" associati alla futura tossicodipendenza (Tabella II). **Il precoce uso di alcool, tabacco e hashish, costituisce un effetto-cancello per le droghe maggiori, nel senso che chi non fuma tabacco o hashish ha scarse probabilità di usare altre sostanze.**

Non è vero il contrario: è vero cioè che solo una piccola percentuale di consumatori di hashish (il 5%)²⁰ diviene poi eroinomane^{24,26}.

A questa serie di dati vanno aggiunti i rilevamenti sulle caratteristiche della relazione dei tossicodipendenti con i loro familiari, dati costantemente segnalati fin dalle prime ricerche, in tutto il mondo, e a cui si è già accennato: **quel che appare comune in molte di queste storie è la difficoltà del giovane a staccarsi dal suo nucleo**; resta in famiglia molto più a lungo e, se ne esce, mantiene un contatto molto più stretto e assiduo degli altri: è un adolescente che non riesce a crescere davvero^{17,18}.

Il fenomeno è letto in maniera diversa a seconda delle varie scuole di pensiero e del punto di vista.

Per gli psicanalisti è disturbato il progetto di separazione/individuazione dell'io dall'oggetto materno: Olivenstein riprende l'idea della "fase dello specchio" di Lacan, introducendo il concetto di "specchio infranto". Il tossicodipendente riesce (a differenza dello psicotico) a staccarsi dalla madre, a "vedersi nello specchio", ma in modo doloroso, spezzettato, come appunto in uno specchio infranto, e solo l'uso della sostanza gli permette di recuperare l'unità perduta²⁷.

Gli studi sulle caratteristiche delle famiglie e dei tossicodipendenti sono nume-

I FATTORI DI RISCHIO

Sesso maschile
Fallimenti scolastici
Basso livello d'istruzione
Disoccupazione
Razza (nel senso di appartenenza a minoranza emarginata)
Precoce comportamento antisociale
Disordine psichiatrico di vario tipo
Genitori alcoolisti o tossicomani
Genitori vedovi
Genitori separati
Frequentazione di coetanei tossicomani
Uso precoce di hashish, tabacco, alcool
Difficoltà a svincolarsi dalla propria famiglia

Tabella II

rosissimi^{14,17,18}, e oggi la maggior parte degli approcci terapeutici cerca di intervenire su queste relazioni, che sono tali da impedire la crescita e quindi la separazione del giovane dal suo nucleo: l'uso di droghe diviene lo "svincolo scorretto", il tentativo patologico di autonomia. Tuttavia questi rilievi servono poco al clinico. Questi atteggiamenti, questi comportamenti, queste difficoltà personali hanno diverso peso e producono storie diverse in contesti diversi: la giovane prostituta eroinomane ha una storia diversa dallo yuppie che sniffa cocaina. Cerchiamo allora di dare ai dati un senso compiuto, per capire in che modo prevedere un futuro di devianza e tossicodipendenza sulla base di alcuni segni o sintomi, fisici, psichici, sociali e relazionali.

Ogni storia di tossicomania è una storia individuale, diversa da tutte le altre: ma all'interno di una comune situazione di tossicomania si possono però isolare delle situazioni che tendono ad assomigliarsi e che possiamo raggruppare in aree, le cui problematiche e caratteristiche cliniche sono in qualche modo comuni. Useremo la classificazione clinica delle tossicomanie secondo Cancrini²⁸.

Tossicodipendenze traumatiche

Si tratta di persone nel cui passato è avvenuto un evento traumatico cui sembra possibile ascrivere l'inizio della tossicomania. Si può trattare della separazione dei genitori (che possono usare il figlio come arma contro l'altro, intrappolandolo in un gioco per-

verso da cui il bambino non riesce a uscire), della morte di uno di essi (per cui il figlio può essersi trovato ad assumere il ruolo di sostegno del genitore rimasto), di gravi eventi, anche fisici (ricordiamo un caso di ustione a 3 anni, con ricovero lontano dai genitori per mesi; ustione per altrocausa dalla madre). È ben quindi tenere a mente le possibili ripercussioni nel tempo di un evento gravemente traumatico.

Tossicodipendenze da nevrosi attuale

Sono le più frequenti, caratterizzate da particolari rapporti relazionali. In sintesi, **l'organizzazione familiare ostacola, i tentativi del figlio di realizzare un vero sviluppo e ad assumersi la responsabilità adulta**. Il padre è in genere una figura "evanescente", periferica, che spesso ha a sua volta sperimentato una precoce aduttizzazione: delega ogni decisione interna, ottenendo deresponsabilizzazione e libertà in cambio di questa perdita di potere.

La madre è in genere la vera regista delle decisioni, è legata con un legame di stretta complicità col figlio, il quale si trova ad avere un potere molto superiore al suo ruolo gerarchico. La patologia del figlio diviene funzionale agli equilibri di tutta la famiglia, contraddittoriamente e disperatamente.

Di qui i punti comuni a tante situazioni: la cecità di quel che avviene, la negazione del pericolo, la patologia psichica di altri familiari che peggiora col miglioramento del figlio e, viceversa, gli interventi della famiglia di ostacolo ai tentativi terapeutici ecc. È ovvio che questo gioco di relazioni è del tutto inconscio e si estrinseca negli anni in modo diverso: ma il meccanismo base è riconoscibile con gli anni. **La devianza del figlio e la sua sofferenza sono coperte e negate, dalle bocciature ai primi furti, fino alla tossicomania vera e propria.**

Senza voler entrare nello specifico di queste situazioni, forse le più comuni, resta il fatto che un osservatore esterno come il pediatra vedrà strutturarsi lentamente la devianza del bambino in queste relazioni e può rendersi conto del disagio espresso dal bambino, e dalla famiglia con lui.

Proprio perché la devianza "serve", essa avrà molte facce, e solo alla fine quella dell'eroina. Il ruolo del pediatra, credo, sia in questo caso quello di rendersi conto, magari col tempo, che i problemi che gli vengono presentati so-

no parte di un problema più grande, e di accompagnare la famiglia verso una terapia: compito, come sappiamo, terribilmente difficile.

Tossicodipendenze di transazione nevrotico-psicotica

È il problema della "doppia diagnosi", dell'uso di sostanza in quadri psichici già sofferenti: fenomeno che tende a crescere man mano che gli psichiatri accettano di lavorare con i tossicomani^{11,26}. In questi casi spesso l'eroina funge da "automedicazione" e diventa la risposta che il paziente e la sua famiglia trovano di fronte alla sofferenza psichica. Qui troviamo quadri naturalmente molto diversi da caso a caso. Il pediatra avrà osservato, prima della tossicomania, l'emergere nel bambino e nella sua famiglia di importanti disturbi psichici di vario tipo (non esistono disturbi psichici più di altri esposti al rischio tossicomano).

La diagnosi precoce del disturbo e il lavoro in comune ai servizi di neuropsichiatria infantile sembrano qui la migliore prevenzione possibile.

Tossicodipendenze sociopatiche

Sono caratterizzate da emarginazione globale, povertà economica e culturale, fallimenti scolastici precoci, disoccupazione, criminalità, spesso precedenti l'inizio della tossicodipendenza, stile di vita deviante e antisociale: è quella delle periferie degradate, delle minoranze ecc., ragazzi, spesso figli di alcolisti, vivono in una famiglia problematica e non all'altezza delle loro problematiche: tendono a cercare una soluzione proiettandosi all'esterno, in gruppi di amici che diventano bande, identificano l'essere adulti nei comportamenti delinquenti e antisociali³⁰.

È ancora una fetta importante della popolazione tossicomana, anche se in calo rispetto a qualche anno fa. In queste realtà il problema non è identificare i casi a rischio, che sono lampanti, quanto quello di fare qualcosa.

Al di là delle ovvie considerazioni sulle politiche economico-sociali da adottare in queste aree, il pediatra si trova di fronte a bambini in qualche modo destinati a una vita di emarginazione e droga.

A rischio di sembrare banali crediamo che non ci sia altro da fare che iniziare a lavorare in modo coordinato con gli altri operatori pubblici in progetti obiettivo-specifici³¹.

Bibliografia

1. Bays J: Substance abuse and child abuse. *Ped Clin North Am* 37, 881, 1990.
2. Schutzman DL, Frankenfield-Chernicoff M, Clapperbaugh HE, Singer I: Incidence of intrauterine cocaine exposure on a suburban setting. *Pediatrics* 88, 825, 1991.
3. Moser JM, Jones VH, Kuthy M: Use of cocaine during the immediate prepartum period by childbearing women in Ohio. *Am J of Preventive Medicine* 9, 85, 1993.
4. Ostrea EM, Brady M, Gause S, Raymundo AI, Stevens M: Drug screenings of newborns by meconium analysis: a large scale, prospective, epidemiologic study. *Pediatrics* 89, 107, 1992.
5. Bell GL, Lau K: Perinatal and neonatal issues of substance abuse. *Ped Clin North Am* vol. 42, 261-282, april 1995.
6. AAVV: Volume monografico su gravidanza, feto e tossicodipendenze. *Boll Farmacod Alcolismo* vol 6, 583-715, 1987.
7. Kumpfer K: Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency. In: *Children of substance abusers*. National Institute of Drug Abuse (NIDA): youth at high risk for substance abuse. 1987.
8. Goodwin DW: Alcoholism and genetics: the sins of fathers. *Archives of General Psychiatry* 6, 171, 1985.
9. Pani, Porcella: Basi genetiche dell'alcolismo e della tossicodipendenza. In: *Medicina delle tossicodipendenze*. SEMG, Firenze 1996.
10. Zuckermann B, Brown ER: Abuso materno di sostanze e sviluppo infantile. In: Zeana CH, *Manuale di Salute Mentale Infantile*. Guilford Press, Masson, 125-138, New York 1996.
11. Patton LH: Adolescent substance abuse: risk factors and protective factors. *The Pediatrics Clinics of North America* vol. 42, 283-294, april 1995.
12. *Ped Cl North Am* 2, 34, 1987, volume monografico.
13. Fulleer PG, Cavanaugh RM: Basis assessment and screening for substance abuse in the pediatrician's office. *The Pediatrics Clinics of North America* vol. 42, 294-315, april 1995.
14. Clerici: *Tossicodipendenza e psicopatologia*. Angeli, Milano, 1993.
15. Rosch D: *La famille du toxicomane*. In: *Entre dépendance et liberté*. Parigi, 1988.
16. Serpelloni G, Biasi D, Gomma M, Capra F, Parolin A, Bosco O, Venturini L, Mezzelani E: Analisi dei dati sociali, familiari e delle

abitudini tossicomane di 119 tossicodipendenti da eroina sottoposti a trattamento antiastinenziale. *Boll Farmacod Alcolismo* 1, 138, 1986.

17. Noone RJ, Reddig RL: Case studies on the family treatment of drug abuse. *Fam Process* 15, 325, 1976.

18. Stanton MD, Todd TC: *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York, Guilford Press, 1980.

19. Helzer JE: Specification of predictors of narcotic use versus addiction. In: *Studying Drug Abuse*. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 173, 1985.

20. Anthony JC, Chen VT: A study of suspected causes and risk factors for the drug abuse/dipendence syndromes. In: *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction*. Miller, Dekker inc., New York 1991.

21. Crum RM, Helzer JE, Anthony JC: Level of education and alcohol abuse in adulthood. A further inquiry. *Am J of Public Health* 83, 830, 1993.

22. Formica MM, Nerozzi D, Gianzi G, Mosticoni R, Concetti A, Costa F: Ricerca psicosociale per l'accertamento dei fattori ambientali e individuali che influiscono sulla genesi dei disadattamenti sociali in genere e delle tossicodipendenze in particolare in età preadolescenziale e adolescenziale. *Boll Farmacod Alcolismo* 5, 427, 1987.

23. Angel S, Angel P, Geberowicz B: Il tossicodipendente, la sua droga, la sua famiglia. *Psicobiettivo* 13, 61, 1993.

24. Fisher DG, MacKinnon DP, Anglin MD, Thompson JP: Parental influences on substance use: gender differences and stage theory. *J Drug Ed* 17, 69, 1987.

25. Hays RD, Widaman KF, Dimatteo RM, Stacey AW: Structural equation models of current drug use. *J Pers Soc Psychol* 52, 134, 1987.

26. Kandel D, Yamaguchi K: From beer to crack: development patterns of drug involvement. *Am J of Public Health* 83, 851, 1993.

27. Olivenstein C: *Destin du toxicomane*. Fayard 1983.

28. Cancrini L, Cingolani S, Compagnoni F, Costantini D, Mazzoni S: Juvenile drug addiction, a typology of heroin addicts and their families. *Fam Process* 27, 261, 1988.

29. Pozzi G, Bacigalupo M, Serretti A, Tempesta E: Prevalenza dei disturbi mentali tra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: studio multicentrico. *Boll Farmacod Alcolismo* 3, 45, 1993

30. Vaccarello D: Viaggio nella delinquenza minorile. *Medico e Bambino* 8, 534, 1990.

31. Cheli E, Renzini R: *Giovani a rischio e prevenzione ecosistemica*. Tipografia comunale di Firenze, Firenze 1995.