

## L'ADOLESCENTE

### L'uso e l'abuso di alcol

Dr. M.Capriotti

La maggior parte degli studenti delle ultime classi delle scuole medie superiori, consuma alcool giornalmente; come riferito nel corso del dibattito tenutosi all'Istituto Superiore di Sanità, al convegno Alcool e prevenzione. Il gruppo di età più a rischio è quello dei giovani tra i 14 e i 17 anni, in cui ci sono quasi 5000 maschi che consumano oltre mezzo litro di vino al giorno, più di 500.000 quelli che bevono birra, più di 300.000 invece coloro che bevono liquori.

Tra le femmine, la tendenza non è meno preoccupante: quasi 11.000 dichiarano di consumare oltre mezzo litro di vino al giorno, circa 5000 più di mezzo litro di birra al giorno, 110.000 si dicono bevitrice di liquori e di amari.

Le conseguenze:

- l'alcool è la prima causa di morte tra i giovani europei che fanno registrare 59.000 decessi l'anno tra incidenti stradali, suicidi dovuti alla incapacità di disassuefarsi, avvelenamenti, omicidi.
- Circa 50.000 incidenti stradali all'anno dei 170.000 complessivi, sono dovuti all'alcool.

L'indagine ministeriale del 1998 ha evidenziato che la diffusione dei Disturbi del comportamento alimentare stimati in Italia ed in costante aumento, è di circa l'1,5% nella popolazione femminile (età tra i 15 e i 24 anni). A tale percentuale occorre aggiungere le forme miste, le forme subcliniche, i casi di Binge eating disorders ed i casi in aumento nei soggetti maschi. La stima di prevalenza si situa a sopra il 5%. Inoltre la anoressia nervosa presenta un alto rischio di mortalità (20% entro i primi 17 anni dalla diagnosi) e un'alta percentuale di esiti (cronicità nel 25% dei casi e guarigione con difetto nel 35% dei casi).

Molti studi evidenziano che la depressione lieve è presente nel 10% degli studenti delle scuole medie superiori, la Depressione moderata nel 6% e la grave nel 2%. Questi dati si riferiscono alla Depressione conclamata, mentre i disturbi sotto soglia (che precedono la Depressione con alto grado di disagio ed alto consumo di farmaci ma che non rientrano nei criteri della diagnosi di depressione per il DSM IV-ter o dell'ICI-10) hanno una frequenza incredibilmente maggiore: L'abuso di sostanze nei giovani è spesso l'automedicazione della depressione.

La maggior parte dei comportamenti suicidari giovanili dipende dalla depressione.

E' del tutto normale che genitori e figli adolescenti abbiano scontri e discussioni. I dissensi nascono poiché le posizioni in questa età, sono estremizzate, in quanto per i genitori, gli adolescenti rappresentano l'anticonformismo e per gli adolescenti, i genitori sono "l'autorità" a cui tutto va contestato. Questi atteggiamenti tendono ad affievolirsi intorno ai 18-19 anni.

Sono tre le aree principali di "tensione" adolescenziale che si verificano: nelle relazioni con i genitori, nei rapporti coi coetanei, nell'immagine che il giovane ha di se stesso come persona fisicamente matura.

Young distingue negli adolescenti, atteggiamenti definiti "comuni" da atteggiamenti definiti "non controllati" verso i quali dobbiamo porre attenzione.

Gli atteggiamenti **comuni** sono: criticare e discutere con i genitori, prevaricare i familiari e gli amici, provare sostanze come nicotina e alcool, fare "bravate" e atteggiarsi a "bullo", burrascose e a volte insolite storie d'amore.

Gli atteggiamenti invece definiti "**non controllati**" sono: rifiuto di frequentare la scuola, vandalismo e furti, abuso di droghe, promiscuità sessuale, disordini alimentari, depressione del tono dell'umore con rischio suicidario.

Quello che il MMG deve saper valutare nel giovane è la sensazione di inadeguatezza del proprio corpo che può sfociare in patologia, utilizzando il potenziale insito in ogni visita che esegue su un

adolescente (approccio opportunistico). Il nostro intervento sull'adolescente deve essere finalizzato a:

- far stabilire una precisa identità
- far acquisire fiducia in se stessi
- contribuire a sviluppare un codice morale personale
- far operare scelte anche professionali
- far raggiungere un comportamento sessuale da adulto
- far avere stima di se

Le caratteristiche **cliniche** dei Disturbi dell'Umore nei giovani come negli adulti sono: Periodicità e Polarità.

Periodicità: il 70% di pazienti affetti da Disturbi dell'Umore va incontro, dopo guarigione a nuovi episodi di malattia. Si parla così di ricorrenza. Si parla invece di ricaduta, quando il riemergere dei disturbi depressivi, avviene prima del pieno recupero funzionale.

Polarità: il paziente manifesta periodicamente solo episodi depressivi oppure alterna fasi depressive con fasi euforiche o maniacali.

Sulla base di questi due parametri (periodicità e polarità), distinguiamo:

1- DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI (depressione Maggiore, Distimia, Disturbo sotto soglia)

2- DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI (disturbo bipolare e ciclotimia)

La ciclotimia è caratterizzata dall'alternarsi di fasi ipomaniacali e fasi depressive, di minore intensità rispetto all'episodio depressivo maggiore e durata superiore ai 2 anni.

Nell'odierno panorama scientifico, vengono correntemente impiegati nella diagnostica della pratica clinica, il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e l'ICD-10 (International Classification of Diseases). Tali sistemi nosografici non si sono rivelati adeguati alla Medicina generale poiché non catturano l'intero spettro psicopatologico della popolazione generale.

La **diagnosi differenziale** di queste patologie, deve essere posta con:

1-Le Depressioni secondarie ad un disturbo d'ansia, ad un disturbo ossessivo-compulsivo, a una sindrome da attacchi di panico, la quale spesso evolve in una manifestazione di tipo depressivo.

2-I Disturbi da adattamento, in cui i sintomi conseguono ad un cambiamento importante nella vita del soggetto che mal si adatta alla nuova situazione e recedono dopo rimozione della causa.

3- Depressioni conseguenti a malattie organiche

L'Attacco di Panico, in aumento nei giovani, si manifesta come episodio acuto d'ansia (acme in meno di 10 minuti, durata da qualche secondo ad un'ora) con sensazione di paura, impotenza, minaccia alla propria incolumità fisica. Può accompagnarsi a manifestazioni neurovegetative e vissuto catastrofico. Prevalgono i fenomeni somatici e comportamentali, ma anche cognitivi (paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo). Spesso siamo portati a non prendere in considerazione i sintomi somatici denunciati dal paziente in quanto non indicano alcuna grave condizione, o viceversa reagiamo in maniera esagerata prescrivendo indagini eccessive ed inutili, o pensiamo ad un attacco di panico come sintomo psicotico;

L'Agorafobia può manifestarsi da sola o con il disturbo di panico ed è caratterizzata dall'ansia che il paziente prova quando si trova in luoghi o situazioni da cui risulta difficile uscire o in cui risulta impossibile ricevere soccorso. Agli attacchi si accompagnano ben presto uno stato di paura e di ansietà, sintomi neurovegetativi, ansia anticipatoria e stato di allerta con ricerca di rassicurazione.

Il 20% circa delle crisi di Panico sfocia in elaborazione Ipocondriaca, ossia ricorso a visite ed esami ripetuti ed al Pronto Soccorso.

. Negli attacchi minori ci sono spesso vertigini, palpitazioni, senso di irrealtà, vampate di caldo e brividi. La privazione del sonno aumenta gli attacchi. Il primo attacco consegue spesso a condizioni drammatiche come lutti, pericolo di vita, ipertiroidismo, disendocrinie, stupefacenti, e risulta di una intensità mai provata prima facendo temere al paziente l'infarto o l'ictus. La frequenza degli episodi critici è in media di 2-4 alla settimana. Il p. struttura così una Condotta di Evitamento,

associando gli attacchi a situazioni e luoghi specifici, giungendo a condotte di tipo agorafobico per evitare gli attacchi ed alla ricerca di rassicurazione.

Va rilevato anche il rischio di suicidio che nell'Attacco di panico è del 20% (nella Depressione Maggiore raggiunge il 15%).

Nella Fobia Sociale Primaria il paziente teme ed evita le situazioni che l'espongono al giudizio altrui. Non ha episodi critici di panico.

L'intervento **terapeutico** che coinvolge il Medico di Medicina generale è rivolto alla valutazione e delle fasi iniziali dell'aspetto clinico del disagio e della componente socio-ambientale in cui tale disagio è sorto. La conoscenza da parte del MdF dei familiari del paziente e spesso delle loro dinamiche psicopatologiche, gli conferiscono un ruolo primario nella gestione delle fasi precoci della Depressione e dei Disturbi ad essa correlati.

## La triade di Khatzian

substance abuse as a self-regulation disorder", a triad:  
*the person, the pain, and the drug"*

1) **Abuso di sostanze come tentativo di Coping.** (prospettiva adattiva: auto-adattamento). L'abuso di sostanze è un tentativo adattivo, per compensare una parte non sviluppata della persona per cercare di affrontare problemi di vita. L'uso di droghe indirizza a deficit emozionali e disregolazioni comportamentali e sono fallimenti di autocorrezione, per cui è importante esplorare con i pazienti che **"cosa la droga fa per te" piuttosto che "cosa fa a te"** (non quale effetto ti fa, ma in cosa ti aiuta). In genere non hanno un inconscio desiderio autodistruttivo.

2) **Abuso come Auto-Medicazione.** Le droghe alleviano la sofferenza umana.

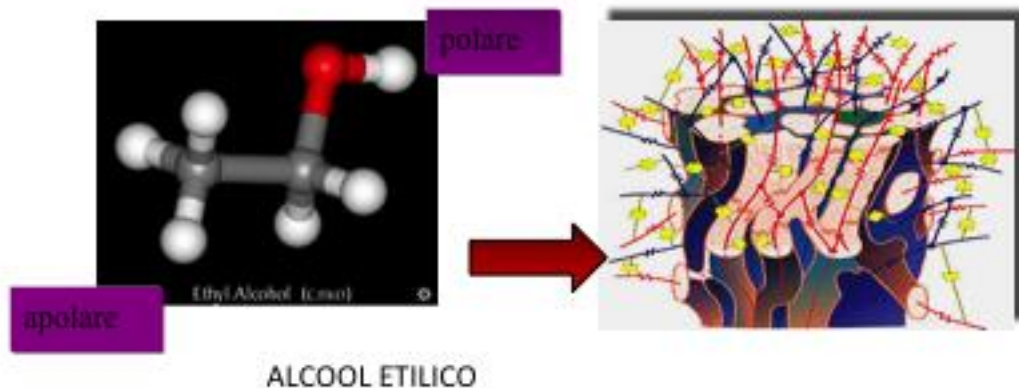
Ci sono SPECIFICHE TIPI DI DROGHE che aiutano i pazienti a sentirsi e funzionare meglio. I pazienti autocurano le sofferenze, che possono o no rispondere ai criteri del DSM IV. Questo ci porta alla **persona, al dolore, alle droghe** e alla loro interazione.

3) **Abuso come un disturbo della Regolazione del Sé (Auto-Regolazione).**

La vulnerabilità all'addiction è mediata da fattori che regolano il Self.

- a) Disturbi dell'autostima
- b) Disturbi delle relazioni
- c) Disturbi emotivi
- d) Disturbi della cura di Sé

Questi disturbi di base del Sé rendono la persona tendente all'acting, tendente all'attività e iperattività, circumstantiality, alla ricerca di stimoli continui, alla ricerca del rischio. Non anticipano il pericolo e il danno e hanno una capacità scarsa di prendersi cura di sé stessi. Sono soggetti vulnerabili, controfobici, tendenti alle bravate, tendenti all'aggressione difensiva, defensive self-reliance, e atteggiamenti di "non chalance".



Le monoamine cerebrali, noradrenalina, dopamina e serotonina coinvolte dall'alcool  
 Effetto bifasico: inibizione sui recettori degli aminoacidi eccitatori (NMDA)  
 incremento della azione GABAergica e della acetilcolina;  
 il release di dopamina, insieme con la secrezione dei peptidi oppioidi sarebbe responsabile  
 della azione gratificante dell'etanolo e della sua capacità di indurre dipendenza.  
 esposizione cronica: compromissione della trasmissione GABAergica e un prevalere di quella  
 glutamatergica, forse responsabili della tolleranza, e un deficit dell'attività colinergica  
 probabilmente connesso con i problemi della memoria.  
 attivazione dei recettori oppioidi in relazione alla sua azione sulla fluidità della membrana neuronale



HPA, GH, PRL  
 Tiroide endocrino s. immunitario

Il giorno 11 aprile 2013 nel liceo Campana di Osimo le dottoresse Marilena Capriotti, Vania Catozzo e Lucia Vella della Società Italiana di Medicina Generale hanno incontrato gli alunni del IV anno del Liceo Scientifico, per informarli sui rischi relativi al consumo di alcol, al fine di stimolare una riflessione e promuovere una scelta personale consapevole.

Inizialmente i ragazzi sono stati invitati a compilare un questionario sulle opinioni e gli atteggiamenti che hanno riguardo al consumo di alcolici e sulle loro conoscenze circa gli effetti degli stessi.

Secondo i dati nazionali, il consumo regolare di bevande alcoliche interessa circa il 30% dei giovani. Tale consumo inizia in un range di età intorno ai 12-16 anni. Circa il 40% dei giovani sperimenta episodi di ubriachezza; il 20-50% dei giovani dichiara di aver avuto incidenti in macchina o motorino correlabili al consumo di bevande alcoliche.

Le morti attribuibili all'alcol oscillano tra le 30.000 e le 50.000 per anno, basti pensare che il 30% degli incidenti stradali e che il 10% di tutti gli incidenti sul lavoro sono ascrivibili al consumo di bevande alcoliche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nella popolazione europea sia prodotto dall'alcol il 9,6% del carico di malattia ed il 15,6% di anni vissuti da disabili. I costi diretti ed indiretti che la società paga a causa dell'alcol, in senso generale sia di danni materiali a persone e patrimoni che in termini di costi sanitari, possono essere stimati tra il 2 ed il 5 % del PIL di ciascuna nazione.

L'alcol viene assorbito in 30-90 minuti e smaltito per oltre il 90% a livello del fegato con un ritmo medio di 8 g/ora. Gli effetti acuti dipendono dalla concentrazione di alcol nel sangue (alcolemia): 0,5 – 1% euforia (minor concentrazione, movimenti più incerti, maggiore tempo di reazione, instabilità emotiva); 1,5%: ebbrezza (rossore, aumenta la frequenza del respiro e dei palpiti, loquacità, confusione mentale); 2%: ubriachezza (incoerenza, mancanza di autocritica, incoordinazione motoria, insensibilità al dolore); 3%: ubriachezza grave (visione doppia, rallentamento grave dei riflessi, grave incoordinazione motoria,

confusione mentale); 4%: coma (perdita duratura della coscienza, assenza di sensibilità e dei riflessi); 5%: pericolo di morte.

Il pericolo maggiore è dato però dagli incidenti stradali, per i quali il fattore umano gioca un ruolo fondamentale. L'alcol porta a sottovalutare i rischi, riduce l'attenzione, riduce la visione laterale e quella notturna, aumenta il tempo di reazione e la sonnolenza. Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte in entrambi i sessi tra 15 e 34 anni (un decesso su quattro tra i giovani è dovuto all'alcol) e la prima causa di disabilità.

L'abuso alcolico inoltre è causa di altri problemi sociali (è correlato all'aumento di consumo di sostanze stupefacenti, causa in Europa il 40% di tutti gli episodi di violenza ed il 16% di tutti gli episodi di abuso sui minori, è associato a rapporti sessuali non protetti e gravidanze indesiderate).

È stato quindi affrontato il tema dell'alcolismo cronico. Il passaggio dal cosiddetto bere moderato, concetto ambiguo e non ben definibile, al bere problematico e all'alcolismo è molto sfumato e soprattutto non predeterminabile. Ai fini della tutela della salute è più adeguato parlare di quantità "a basso rischio". È da considerare a basso rischio una quantità di alcol giornaliera che non deve superare i 20-40 grammi per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne. Per gli adolescenti fino a 16 anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'astensione assoluta. Gli effetti a lungo termine dell'abuso alcolico comprendono una vasta gamma di disturbi a carico di vari organi e apparati. A livello dell'apparato cardio-vascolare comporta un aumento della pressione arteriosa con aumento del rischio di emorragia cerebrale, disturbi del ritmo cardiaco, cardiomiopatia dilatativa. A livello dell'apparato gastroenterico provoca esofagite, gastrite cronica e ulcere, pancreatite cronica, sindrome da malassorbimento, cirrosi epatica. Si manifestano inoltre ipotrofia muscolare, osteoporosi, impotenza e sterilità. Le donne, più vulnerabili agli effetti dannosi rispetto agli uomini, devono evitare il consumo di alcol durante la gravidanza: l'alcol infatti, passando attraverso la placenta, causa malformazioni craniofacciali e ritardo mentale (sindrome alcolica fetale).

(...)