

FARMACO DIPENDENZA E TOSSICOMANIA

Intendiamo per **droga** una sostanza non necessariamente adoperata come farmaco terapeutico che, assunta dall'esterno, può provocare, oltre a modificazioni psichiche e comportamentali, anche assuefazione e dipendenza.

L'abuso di droga conduce ad una condizione nota come **tossicomania**, termine comunemente adoperato per intossicazioni croniche voluttuarie.

Una condizione simile, intesa come abuso di un farmaco e sviluppantesi anch'essa attraverso una fase di assuefazione e dipendenza è la **farmacodipendenza**. Essa chiama in causa farmaci psicotropi o "psicofarmaci", sostanze usate, almeno in origine, con finalità terapeutiche.

Gli **psicofarmaci** hanno uno spiccato ma non esclusivo tropismo verso il Sistema nervoso centrale e le funzioni psichiche, sulle quali possono esercitare azione dipendogena.

Una classificazione dei fruitori di droga alla luce delle due condizioni fondamentali che causano dipendenza prevede la definizione di farmaco-dipendente e tossicomane.

Per **farmaco-dipendente** si intende colui che, malgrado l'uso non occasionale della droga, "riesce a mantenere interessi e legami con la realtà degli altri", espletando una vita molto vicina allo standard sociale.

Il **tossicomane** è invece colui la cui dipendenza dalla droga è assoluta e tale da monopolizzare i suoi interessi; il soggetto giunge ad assumere una serie di comportamenti tipici (stile di vita) che definiscono questo tipo di ruolo.

Sia il farmaco-dipendente che il tossicomane attraversano fasi specifiche per giungere alla dipendenza: la tolleranza e l'assuefazione alla sostanza d'abuso.

Per **tolleranza** s'intende una sub-sensibilizzazione ai normali effetti che la sostanza comporta (con conseguente "tolleranza" degli eventuali effetti dannosi).

Per **assuefazione** s'intende la capacità di sopportare quantità sempre maggiori di una sostanza dipendogena senza sviluppare conseguenze rilevanti, avvertendo, al contrario, la necessità di aumentarne la dose per ottenere gli effetti desiderati.

Perché si stabilisca l'assuefazione è necessario che aumenti la tolleranza per una certa sostanza. Questa varia notevolmente per le diverse droghe, nei singoli individui e nelle differenti condizioni d'uso. *(Ad esempio la dose letale di morfina in un soggetto non tossicomane è di circa 200 mg per bocca, ma si citano casi di tolleranza fino a 2 g).*

La tolleranza si sviluppa gradualmente, ma in alcuni casi può essere molto rapida. E' facilmente reversibile nel senso che si riduce fortemente dopo pochi giorni dalla sospensione della droga. (Morte per over dose di soggetti disassuefatti di recente). Attraversando dunque i passaggi obbligatori di assuefazione e tolleranza, in un consumatore abituale di sostanze dipendogene, s'instaura quindi la cosiddetta "Drug dependence". Questa consiste in uno stato di dipendenza psichica, fisica o psico-fisica da una sostanza, originantesi in seguito all'assunzione della stessa su base periodica o continuativa.

La **dipendenza psichica** (psicologica) può essere intesa come “un sentimento di bisogno assoluto e una tendenza psicologica che richiede una somministrazione periodica o continuativa della droga per produrre l’effetto desiderato o per evitare disagio”. (OMS) .

La **dipendenza fisica** (somatica) è probabilmente causata da una sensibilità neurormonale alle sostanze. Si manifesta con la comparsa di una “**Sindrome da astinenza**” ossia un insieme di sintomi contrari agli effetti solitamente prodotti dalla sostanza. La Sindrome da astinenza è innescata dalla brusca soppressione o dalla mancanza della droga alla quale il tossicomane è assuefatto.

Il termine droga va inteso, quindi, in senso univoco come “tossico” e non come farmaco; molte sostanze dipendogene infatti non sono affatto dei farmaci, mentre tutti i farmaci, quando danno dipendenza, hanno già acquisito una inevitabile tossicità.

I fenomeni da astinenza o da deprivazione variano notevolmente da soggetto a soggetto e dipendono non solo dalla droga usata (che comporta una dipendenza più o meno elevata), ma anche dalla durata dell’assuefazione.

CLASSIFICAZIONE DELLE DROGHE D’ABUSO SECONDO CRITERI DIVERSI

- Criterio storico
- Criterio legislativo
- Criterio preparativo
- Criterio chimico
- Criterio sintomatologico

Le droghe d’abuso si prestano a diversi criteri classificativi. Da un **criterio storico** che ne prevede la suddivisione in “*antiche*” e “*moderne*” ad un **criterio legislativo** che le suddivide in 6 tabelle (Art. 12 L. S. n. 685/75) in base al loro grado di nocività. Un **criterio preparativo** le differenzia in “*naturali*”, “*semisintetiche*” e “*sintetiche*”, mentre uno **chimico** le raggruppa sulla base della similitudine strutturale. Esiste inoltre la possibilità di far riferimento ad un **criterio sintomatologico** che sottolinea le modificazioni psichiche in rapporto alla loro attività sul S.N.C..

In particolare alla luce di quest’ultimo criterio parliamo di:

Droghe deprimenti: alcool etilico, inalanti, solventi organici, narcotici (oppio, morfina, eroina), barbiturici;

Droghe stimolanti: cocaina, amfetamine e derivati, caffeina, antidepressivi.

Droghe psichedeliche: allucinogeni (LSD, mescalina, psilocibina, scopolamina), cannabinoidi (hashish, marijuana).

I fattori che influenzano gli effetti di una droga d'abuso sul consumatore, al di là di quella che è l'azione specifica della sostanza sul S.N.C., sono diversi e individuabili come fattori chimico-farmacologici e fattori sociopsicologici.

Fattori chimico-farmacologici: è importante, oltre alla dose e alla frequenza di assunzione della sostanza, lo stato chimico-fisico in cui viene assunta e la modalità di introduzione nell'organismo (parenterale, inalatoria, orale).

Fattori sociopsicologici: a variabili soggettive quali storia, personalità e aspettative del consumatore si associano variabili oggettive come l'ambiente e le circostanze in cui la droga è assunta.

SOSTANZE DEPRIMENTI

- Inalanti e solventi organici

Oltre alle ben note alterazioni somatiche, neurologiche e psichiche cui va incontro il tossicomane alcolista, che non saranno trattate in questa sede, esistono conseguenze ugualmente dannose legate all'abuso di altre sostanze deprimenti: inalanti e solventi. Entrambi questi composti sono utilizzati in ambiti ben specifici (industriale, medico) o in ambito sociale, e alcuni di essi hanno conosciuto una discreta diffusione come sostanze ad uso voluttuario in Italia.

Molti di essi sono responsabili di vere e proprie tossicomanie come ad esempio l'etere ed il cloroformio oramai in disuso, la benzina, il tricloroetilene (trielina).

Soprattutto i collanti però, forniscono materia per una tossicomania del tutto recente. I primi casi si sono verificati fra ragazzi americani di età compresa fra gli 11 e i 15 anni ed il fenomeno, noto come "glue sniffing" si è diffuso in particolar modo fra gli strati meno abbienti della popolazione. E' stato osservato che i ragazzi si riuniscono in veri e propri "parties" durante i quali aspirano i vapori di soluzioni collanti che servono per il montaggio dei giocattoli, contenute in sacchetti di plastica; ne deriva uno stato di ebbrezza piacevole. Talora si verificano stati d'intossicazione molto gravi, cui possono conseguire convulsioni ed anche coma mortale.

- Narcotici

Nell'ambito delle sostanze deprimenti una categoria a parte è rappresentata dagli oppioidi naturali, semisintetici e sintetici.

L'**oppio**, largamente impiegato fin dall'antichità come analgesico e stupefacente, ha conosciuto solo nell'800 una grossa diffusione, con insorgenza delle prime tossicomanie in Europa. Attualmente l'abitudine al fumo di oppio è largamente diffusa in India, Turchia ed Iran, ma in questi paesi il problema dell'oppio rimane intimamente collegato agli interessi sociali ed economici di queste regioni.

In Italia l'uso diretto di oppio è trascurabile, sostituito purtroppo da quello di morfina ed eroina.

La **morfina** è il principale alcaloide dell'oppio (oltre alla codeina, tebaina, papaverina e tanti altri). Fu impiegata per la prima volta da un farmacista dell'armata napoleonica come rimedio contro il dolore, dando inizio così alla più tragica farmacodipendenza o tossicomania dei tempi moderni. Nella nostra epoca la morfina è stata sostituita da un'altra droga da essa ricavata per sintesi: l'eroina.

L'**eroina** o diacetilmorfina è un prodotto di semisintesi ottenuto dagli alcaloidi dell'oppio.

Introdotta in terapia alla fine del secolo scorso per sostituire la morfina e combattere la morfomania (si riteneva fosse priva di effetti dipendogeni), in realtà l'eroina si è dimostrata essere una droga di gran lunga più pericolosa della morfina stessa. (l'effetto tossico-stupefacente è 5 volte superiore).

Le sue **modalità di assunzione** sono diverse; dalla via **endovenosa** che è la più diffusa in assoluto, a quella **sottocutanea**, alla via **inalatoria** (snorting) praticata o mediante il fumo di sigarette all'eroina (Ack-Ack) o con l'inalazione dei fumi ottenuti riscaldando su lastra metallica una miscela di eroina e caffeina (chasing the dragon).

L'eroina assunta per via **orale** si è dimostrata priva di significativi effetti farmacologici ad eccezione di una lieve farmacodipendenza osservata però a dosi molto alte.

La tossicità dell'eroina, oltre all'azione della molecola in sé, è legata alle sostanze con le quali è miscelata e venduta. Queste sostanze, organiche o inorganiche, sono conosciute come "sostanze da taglio". Dalle svariate analisi condotte sul contenuto delle "bustine da strada" si è messo in evidenza come oltre a sostanze inerti quali amido, lattosio, talco, vengano utilizzate per il "taglio" altre droghe (cocaina, amfetamine) o addirittura sostanze velenose quali stricnina o cianuro.

Principali miscele di eroina distribuite nelle "bustine da strada" sul mercato clandestino europeo ed americano

Tipo	Composizione
Eroina n. 4	85% di eroina pura
Eroina n. 3	40% di eroina pura
Speedball	eroina e cocaina
Bombitas	eroina e amfetamine e/o caffeina
Eroina cinese	eroina e caffeina

L'eroina è, fra le droghe maggiori, quella che induce dipendenza psichica e fisica più spiccate. La dipendenza psichica si manifesta come una prepotente spinta o una costrizione a continuare l'assunzione della droga, procurandosela con ogni mezzo. Oltre alla dipendenza psichica comune a tutte le droghe, sia pure con diversa

intensità, l'eroina procura una marcata dipendenza fisica. Questa aumenta con l'aumentare della dose e si sviluppa attraverso le classiche fasi della tolleranza e della assuefazione.

Instauratasi la dipendenza fisica, l'interruzione dell'assunzione della droga o la somministrazione di antagonisti specifici quali Naloxone o Naltrexone, provoca la comparsa di una sindrome da deprivazione molto accentuata. I fenomeni di astinenza nel consumatore cronico di eroina si manifestano poche ore dopo l'ultima assunzione della droga, raggiungono un picco massimo di intensità dopo 1-2 giorni, poi scompaiono rapidamente. Essi comprendono segni e sintomi clinici particolari quali: pupille midriatiche, polso rapido, nausea, vomito, diarrea, crampi addominali, spasmi muscolari e dolori localizzati prevalentemente al dorso ed alle ossa, tremori, tosse, aumentata sudorazione, agitazione. Ma se la sindrome da astinenza si manifesta in maniera così violenta, i principali sintomi e segni clinici da abuso di oppiacei non sono da meno: ad un'assoluta incapacità di concentrazione mentale si associano astenia degli arti inferiori, perdita completa dell'istinto sessuale (nella donna amenorrea ed irregolarità del ciclo mestruale), fotofobia, riduzione della temperatura, della pressione arteriosa e dei riflessi, depressione del respiro, alterazione delle funzioni gastrointestinali, spasmo delle vie biliari, dell'uretra e dei muscoli vescicali. Nei casi più gravi (overdose) subentrano edema polmonare, stupore e coma.

SOSTANZE STIMOLANTI

- Cocaina

Fra le sostanze stimolanti la cocaina è senza dubbio la droga utilizzata da più tempo. Da tempi immemorabili infatti, nei paesi dell'America del sud, si masticano le foglie della pianta di *Erythroxylon Coca*, per combattere la stanchezza, la fame e la sete. L'ingresso ufficiale nella farmacopea europea della cocaina avviene intorno al 1880 per opera di un medico che la usa come anestetico. L'assunzione della cocaina a scopo voluttuario è praticata attraverso la sostanza in polvere chiamata, in gergo, "la neve", "la polvere", "la bianca" etc. fiutata in una certa maniera.

Gli effetti in acuto della sostanza (nei soggetti abituati) sono: euforia fino all'eccitamento, elevazione dell'umore, loquacità, espansività. I soggetti avvertono un maggiore senso di sicurezza e di benessere, una piacevole vivacità delle sensopercezioni ed una facilità del corso ideativo. Gli effetti piacevoli durano 5-10 minuti, a meno che la cocaina non venga iniettata sotto cute: in questo caso gli effetti sono più duraturi. Fra i tossicomani che ne hanno la possibilità è molto comune l'uso di iniettarsi alternativamente cocaina ed eroina, o entrambe le sostanze nella stessa fiala: lo "speedball"; l'effetto euforizzante di quest'ultimo dura pochissimo ed è seguito da uno stato di depressione ed abulia che tuttavia non ha il carattere di una sindrome da deprivazione (*cf. eroina*). La cocaina infatti non provoca alcuna dipendenza fisica nel senso che anche dopo molti anni di assunzione, la sua mancanza non dà luogo ad alcun sintomo di astinenza. Come tutte le droghe però dà dipendenza psichica.

L'intossicazione cronica da cocaina, il cocainismo, dà luogo ad uno stato clinico-tossico più complesso: stati di confusione mentale con angoscia e paura, idee deliranti, ma soprattutto allucinazioni che danno l'impressione al "malato" di avere insetti sulla pelle e dentro le dita (pidocchi da cocaina); le pupille sono dilatate e reattive, la pressione arteriosa aumentata così come la temperatura e la frequenza cardiaca con concomitanti disturbi del ritmo. Con il tempo, pur senza presentare vere crisi di astinenza, il cocainomane va incontro ad uno stato di decadimento fisico e mentale gravissimo tanto da essere considerato un vero "malato cronico".

Sostanze stimolanti di particolare rilevanza, sia per la pericolosità degli effetti che per l'enorme diffusione fra i giovani, sono le amfetamine ed i loro derivati, in particolare l'Ecstasy. (*vedi fotocopie lucidi*).

PSICHEDELICI

- Allucinogeni

Gli psichedelici (psichedelico = rivelatore della psiche) provocano gravi alterazioni della sfera esperenziale, della percezione del reale, del tempo, dello spazio e della coscienza del proprio corpo e dell'Io.

Provocano una specie di rivelazione di contenuti psichici profondi ignorati nell'esperienza cosciente comune. Fra gli psichedelici sono contemplate sostanze classicamente definite "allucinogeni" quali la mescalina, psilocibina ed LSD. Queste sono infatti tutte sostanze in grado di esplicare una potente attività allucinatoria e, usate in quantità rilevanti, anche di originare vere e proprie sindromi psicotiche.

La **mescalina** e la **psilocibina**, entrambe ricavate da funghi allucinogeni dell'America centrale, rispettivamente il Peyote e la *Psilocybe mexicana*, sono state usate nelle svariate prove della psichiatria sperimentale. Attualmente il loro uso in Europa è praticamente scomparso.

L'**LSD**, dietilamide dell'acido lisergico, fu sintetizzata, per la prima volta, nel 1938 nei laboratori della Sandoz. Mentre la sostanza per uso laboratoristico è preparata in fiale da 100 mcg, quella per uso illegale è prodotta in pillole. In esse l'LSD, la cui dose efficace si aggira intorno ai 50 mcg, è sempre miscelata a sostanze da taglio.

La sensazione più frequente dopo assunzione di questa droga è la leggerezza fisica che induce la convinzione di saper volare; frequenti sono anche sensazioni di trasformazione somatica. I fenomeni più gravi sono però a carico della sfera psichica: l'intossicato, durante l'esperienza lisergica, si estranea dai propri pensieri e perde il controllo del suo flusso psichico. L'LSD dà scarsa dipendenza fisica, ma è responsabile di dipendenza psichica. Con il tempo, il soggetto che ne fa uso, finisce per mostrare un grave deterioramento psichico con sensazione di onnipotenza e invulnerabilità.

Sotto la spinta di una sempre crescente richiesta di nuove molecole che sfuggano alla classificazione del decreto 685/75 e che, sia pur momentaneamente, acquisiscano

carattere di legittimità, il mercato degli stupefacenti si è arricchito di una nuova categoria di sostanze: i “nuovi psichedelici”.

Fra questi, ricordiamo la **DMT** (Dimetiltriptamina), prodotto semisintetico che produce fenomeni dispercettivi violenti e di breve durata, usato come liquido in cui viene immesso tabacco, marijuana o hashish. La mistura viene in genere fumata. L'**STP** (dimetossimetiletilamina) è uno psichedelico con forti effetti psicodislettici. Usato per 5-6 giorni, conduce ad un “bad trip” che può provocare convulsioni ed anche la morte.

- Allucinogeni – psichedelici

Sempre fra gli psichedelici ritroviamo sostanze quali i **cannabici**, soprattutto **hashish** e **marijuana** che, indicati più o meno impropriamente come allucinogeni, sono dotati di una attività psichedelica che supera di gran lunga quella allucinatoria. I cannabici sono prodotti vegetali derivati dall'arbusto della canapa (*cannabis indica*, *sativa*, *ruderalis*) di cui il più importante principio attivo è il Δ -9-Tetraidrocannabinolo (THC).

La canapa è utilizzata in due forme:

- la *resina* che si raccoglie dalle secrezioni della pianta, viene lavorata e ridotta sotto forma di bastoncini e tavolette; essa è ricca di hashish.

- le *escrescenze fiorite*, le *foglie essiccate* che sono triturate, ridotte in polvere e mescolate con tabacco comune o altri ingredienti; esse forniscono la marijuana.

La resina è molto più tossica delle foglie e dei rami.

La modalità di assunzione più comune di tutti i derivati vegetali della Cannabis è la via inalatoria.

Nome comune	Origine	THC (%)	Potenza relativa
mariyuana, kiff, dagga	Miscela costituita da varie parti (triturate e seccate) provenienti dall'intera pianta	0,5 – 1,5	1
bhang	Equivale alla mariyuana per attività e composizione ma è assunta come bevanda, (decotto) soprattutto in India	0,5 – 1,5	1
ganya	Omogenato di resina e di foglie provenienti dalla sommità della pianta	2 - 4	3
hashish, charas, chira	Resina relativamente pura estratta dalle sommità fiorite della pianta	3 - 7	5
olio di hashish	Estratto di resine pregiate ad elevato contenuto di cannabinoidi attivi	20 – 40	30

L'uso medio di marijuana è di 1-2 spinelli al giorno. Nel complesso ogni giorno si assorbono da 200 a 400 mg di THC.

L'esperienza comune dimostra che l'uso voluttuario della cannabis costituisce un problema sociale molto serio pur non comportando, per quantità non eccessive, una forte dipendenza psichica né una precisa dipendenza fisica. Essa infatti può dar luogo, quando l'assunzione non è sporadica, ad esperienze di netto tipo psichedelico e dispercettivo, oltre a modificazioni sostanziali della personalità.

La sintomatologia determinata dall'uso abituale, ma di quantità moderate di cannabici, si può sintetizzare in uno stato euforico associato ad una sensazione di benessere fisico e psichico, in una modificazione della percezione del tempo vissuto e dello spazio, in un abbassamento della soglia sensoriale, soprattutto per gli stimoli acustici e visivi.

Il quadro psico-tossico da cannabici si instaura quando la sostanza (soprattutto l'hashish) è assunta in forti dosi. Dal momento che la tolleranza ai derivati della Cannabis è elevata, questo è raro nei tossicomani abituali ed è più frequente nei neofiti. Esso assume i caratteri di una psicosi acuta confusionale con fenomeni deliranti, stati di depersonalizzazione, agitazione grave, allucinazioni con immagini paurose. Queste reazioni scompaiono nel giro di 4-5 giorni.