

Tossicomanie: definizioni e classificazioni

Bruno SILVESTRINI

*Dipartimento di Farmacologia delle Sostanze Naturali e Fisiologia Generale,
Università degli Studi "La Sapienza", Roma*

Riassunto. - Alcuni aspetti elementari del problema della droga sono discussi in termini semantici, oltre che fisiopatologici: definizione di droga; tossicomania e tossicodipendenza; tossicodipendenza come risposta omeostatica; droga come strumento, utile o dannoso secondo l'uso che se ne fa. Ci si sofferma, quindi, sulle tossicomanie semplici e complicate, legate le prime a fattori contingenti, le seconde ad una malattia fisica o mentale, e sulle implicazioni pratiche di questo concetto. Si sottolineano le analogie tra tossicomania e suicidio, concludendo che il giudizio etico e le misure pratiche da adottare per arginare il fenomeno della droga richiedono un ulteriore approfondimento di questi aspetti, con particolare riguardo alla componente medica delle tossicomanie.

Parole chiave: droga, tossicodipendenza, droghe e malattia, droghe e suicidio.

Summary (*Drug addiction: definition and classification*). - Basic aspects of drug abuse are discussed, from a semantic and physiopathologic point of view: drug definition; drug abuse and drug addiction; drug as a tool, that produces adverse or beneficial effects according to its use, rather than its intrinsic features. Simple and complicated drug-related problems are discussed in some depth, the former being associated with external factors, the latter with organic or mental disease. Practical implications of this concept are exposed. Similarities of drug abuse and suicide are underlined. It is concluded that ethical judgments and measures require an additional evaluation of these aspects, with particular reference to the medical component of drug abuse.

Key words: drugs of abuse, drug addiction, drugs and disease, drugs and suicide.

Introduzione

A volte si ha l'impressione che i contrasti d'opinione su come affrontare il problema della droga nascano, oltre che da ragioni sostanziali, anche da motivi lessicali e semiologici che poi finiscono, se non sono chiariti, per apparire sostanziali. Per fare un esempio, il vocabolo "tossicodipendenza" è spesso usato in senso estensivo, come se la dipendenza fosse una connotazione costante della droga, mentre noi sappiamo che questo non è vero. Ciò contribuisce a polarizzare l'attenzione su un particolare aspetto del problema, rappresentato dalla disassuefazione, ed a trascurarne altri diversi, ma ugualmente importanti. Ancora, succede che si parli di "medicalizzazione della droga" senza precisare a quali condizioni mediche ci si riferisce, ingenerando così malintesi che stravolgono la discussione.

La prima parte di questa trattazione puntualizza alcune definizioni e classificazioni di base, tratte da un testo precedente [1], che a sua volta le ha ricavate da

documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [2, 3]. La seconda parte definisce altri aspetti, soffermandosi soprattutto sul rapporto tra droga e malattia mentale, che è un fenomeno noto e ben documentato in letteratura, ma meritevole di ulteriore approfondimento, soprattutto sul piano delle sue implicazioni pratiche. La terza parte espone alcune riflessioni etiche impiegate sulle analogie esistenti, in alcuni casi, tra droga e suicidio.

Puntualizzazioni

Si definiscono droghe, o sostanze d'abuso, "i composti naturali e di sintesi dotati d'effetti mentali piacevoli, desiderabili e talvolta utili, ma associati a rischi d'abuso, di tossicodipendenza, di tolleranza e d'altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale" [1]. Le droghe hanno, quindi, due caratteristiche distinte. Da un lato influenzano i processi mentali,

quelli che danno coscienza di sé e del mondo, contribuendo a determinare i comportamenti in maniera “piacevole, desiderabile e talvolta perfino utile”. Questa caratteristica rappresenta la prima motivazione al loro impiego. Dall’altro lato, esse comportano “rischi d’abuso, di tossicodipendenza, di tolleranza e d’altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale”. Per inciso si noti la parola “rischi”; che indica un pericolo solo potenziale, perché gli effetti delle droghe non dipendono tanto dalle loro caratteristiche intrinseche, quanto piuttosto dall’uso che se ne fa. Sui danni delle droghe, peraltro ampiamente noti, per ora non mi soffermo, salvo per la tossicodipendenza, sulla quale conviene fare chiarezza subito.

È così definito “il bisogno irrefrenabile e cosciente, che si manifesta generalmente dopo più assunzioni, di assumere una droga non più solo per riprodurre gli effetti iniziali, ma per evitare i disturbi causati dalla sua mancanza e per mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e psichico” [1]. È un fenomeno noto, continuamente citato a dimostrazione della pericolosità della droga, ma poco conosciuto sul piano biologico. Nonostante le sue drammatiche conseguenze negative, la tossicodipendenza è espressione dell’omeostasi, un meccanismo difensivo che è alla base della vita in tutte le sue manifestazioni, anche le più elementari. Questa capacità consente di salvaguardare il proprio stato interiore mediante adattamenti funzionali, o fisiologici, atti a neutralizzare tutto ciò che tende a turbarlo. Per esempio, se la temperatura si alza troppo, l’organismo la riduce disperdendo il calore in eccesso mediante la sudorazione e la vasodilatazione periferica; se invece si abbassa, gli aggiustamenti sono di segno opposto. Lo stesso succede con le droghe. La loro caratteristica fondamentale, quella che le unifica al di là delle loro proprietà distintive individuali, è di liberare la mente dai vincoli che ci mantengono sul terreno forse angusto, ma ben collaudato e sicuro, dei comportamenti normali. Ne derivano, in maniera diversa secondo le droghe, sensazioni di piacere, di liberazione dalla sofferenza fisica e mentale, di forza e di fiducia in sé, d’evasione dalla realtà, che sono piacevoli, ma spingono ad abbandonarsi supinamente al corso degli eventi, a sopravvalutare le proprie forze, a perdere il controllo di sé. L’organismo avverte questi stati come un turbamento del proprio stato fisiologico ed attiva le misure tendenti a correggerlo. Lo fa in maniera e misura diversa secondo gli effetti esercitati da ciascuna classe di droghe.

Gli oppiacei calmano, rasserenano, attenuano la sofferenza fisica e mentale. Questi cambiamenti sono contrastati con aggiustamenti di segno opposto: ipereccitabilità contro sedazione, ipersensibilità alla sofferenza contro analgesia e così via. La cocaina e gli anfetaminici stimolano, eccitano, procurano una sensazione di potenza. L’organismo si difende rallentando e deprimendo i corrispondenti processi

mentali. Questi aggiustamenti omeostatici non sono avvertiti finché la droga è presente nell’organismo e li controbilancia. La loro presenza è dimostrata dal fatto che, con il progredire della tossicodipendenza, l’organismo diventa sempre più resistente alla droga, in quanto quest’ultima per esercitare i propri effetti deve superare le contromisure difensive poste in atto dall’organismo. Si instaura, cioè, il fenomeno noto come tolleranza. Un caso tipico è quello dell’eroina. All’inizio i suoi effetti si manifestano con pochi milligrammi, ma col passare del tempo possono richiedere quantità fino a 100 volte più elevate. Gli allucinogeni costituiscono un caso a sé, che commenteremo tra poco.

Attraverso le reazioni omeostatiche l’organismo recupera il proprio stato funzionale iniziale, ma lo fa attraverso aggiustamenti che devono essere controbilanciati, per conseguire l’effetto desiderato, da una forza di segno opposto. In altre parole, raggiunge uno stato d’equilibrio nuovo, diverso da quello iniziale, che per essere mantenuto richiede la presenza della droga. Se quest’ultima viene a mancare subentra la crisi d’astinenza, durante la quale l’aggiustamento funzionale dell’organismo non più controbilanciato dalla droga esce allo scoperto. Con l’eroina subentra uno stato d’ipereccitabilità ed iperalgesia, con la cocaina di prostrazione. Ci troviamo di fronte, quindi, a misure difensive che, paradossalmente, finiscono col generare uno stato di schiavitù a quello stesso agente contro il quale esse si attivano.

L’intensità della risposta omeostatica che genera la tossicodipendenza è diversa da droga a droga. È massima con gli oppiacei, che agiscono su un meccanismo indispensabile per la sopravvivenza, rappresentato dal segnale d’allarme insito nel dolore fisico e mentale. È intermedia con gli psicostimolanti, attivi su processi mentali che l’organismo è abituato a lasciare oscillare abbastanza liberamente nei due sensi. È praticamente assente con gli allucinogeni, il cui punto d’attacco non è soggetto ad alcun controllo rigido: per capirlo basta pensare al sogno, durante il quale la mente vaga fisiologicamente, senza costrizioni di sorta, svincolandosi dalla realtà circostante.

Ne derivano due postulati, che chiunque si occupa di droga non può ignorare. Primo, la tossicodipendenza non è una connotazione costante della droga. Secondo, le droghe che la inducono sono più temibili per un verso, ma per un altro lo sono meno: lo sono di più, perché rendono schiavi della droga e possono spingere anche ad azioni criminali per soddisfare il bisogno compulsivo di assumerla; lo sono di meno, perché evocano un meccanismo difensivo che contrasta gli effetti diretti della droga, inclusi quelli nocivi. Ecco perché, a parità d’altre condizioni, uccidono più la cocaina e gli allucinogeni, che l’eroina.

Pertanto, mentre il termine “tossicomania”, o “tossicofilia”, può valere per tutte le forme di pulsione all’assunzione di droghe, incluse quelle che non

comportano tossicodipendenza, il termine “tossicodipendenza” dovrebbe essere usato solo in riferimento ad una particolare forma di pulsione, quella appena descritta.

Un'altra precisazione riguarda un elemento al quale si è sopra accennato solo di sfuggita. Le droghe appartengono alla grande famiglia dei farmaci, termine che designa “tutte le sostanze naturali e di sintesi che, introdotte in un organismo vivente, possono modificare una o più funzioni”. La qualità di questa modifica, chiamata “effetto farmacologico”, non dipende tanto dalle caratteristiche intrinseche del farmaco, quanto piuttosto dalla dose e dalle modalità d'impiego. Per esempio, l'insulina è un antidiabetico, ma a dosi elevate diventa un veleno mortale. Viceversa, la tossina botulinica è un potente veleno, ma se usata in maniera appropriata è un medicinale. La proprietà fondamentale degli agenti anticolinesterasici li può trasformare indifferentemente in medicinali, insetticidi, veleni o armi biologiche secondo come sono usati.

Questo principio vale anche per le droghe e comporta un importante postulato. Le droghe non sono buone o cattive di per sé, ma in relazione all'uso che ne è fatto. Per esempio, la morfina in alcune circostanze è nociva, ma si trasforma in un prezioso medicinale nel trattamento di dolori altrimenti insopportabili, oltre che in altre condizioni, come l'infarto o l'edema polmonare acuto. È sbagliato pensare, di conseguenza che le cosiddette “liste negative”, riguardanti le sostanze da bandire perché soggette a fenomeni d'abuso, possano risolvere da sole il problema. Da un lato molte di queste sostanze sono contraddistinte anche da impieghi leciti, spesso comuni, come nel caso di alcuni solventi industriali, che ne rendono pressoché impossibile la messa al bando. Dall'altro lato il tossicomane troverà sempre il modo di risolvere in altra maniera il suo bisogno. Un caso tipo, riguardante la cronaca dei nostri giorni, è quello della *Datura stramonium*, chiamata nell'antichità erba del diavolo o delle streghe per le sue proprietà allucinogene, che cresce libramente in molti terreni incolti.

Droga e malattia

La frequente presenza nei tossicomani di gravi disturbi mentali, soprattutto di tipo depressivo, schizofrenico, fobico, ossessivo e maniacale, è ampiamente documentata. Stabilire se e quando questi disturbi precedano o seguano l'assunzione di una droga non è facile. Nel primo caso essi possono fungere da fattore predisponente, perché un malato mentale è spesso più facile preda dello spacciatore rispetto ad una persona sana. Inoltre, egli può rifugiarsi nella droga cercandovi istintivamente un sollievo al proprio disagio. In effetti, in alcuni casi egli non

sbaglia, anche se alla lunga il rimedio si rivela peggiore del disturbo cui intendeva dare sollievo. Già Bleuler [4], uno dei padri della psichiatria moderna, aveva riconosciuto e riportato nel suo trattato fondamentale l'azione antidepressiva della morfina. Nel secondo caso i disturbi mentali sono la conseguenza dell'azione devastante che molte droghe hanno sull'organismo. Un'azione devastante che, per i motivi citati nel paragrafo precedente, è particolarmente spiccata con le droghe che non danno tossicodipendenza. Quello che qui interessa, tuttavia, non è tanto di stabilire se il disturbo mentale apra la porta alla tossicomania o sia la sua conseguenza, quanto piuttosto di sottolineare un dato di grande rilevanza pratica, oltre che teorica: l'esistenza di due diversi tipi di tossicomania, quella semplice e quella complicata.

La *tossicomania semplice* riconosce, come causa iniziale, una serie di motivi esterni e contingenti, d'ordine ambientale, sociale o culturale. La personalità del tossicomane può rimanere a lungo integra. La disassuefazione, di conseguenza, può essere risolutiva, purché attuata prima che la droga abbia prodotto danni irreparabili e siano eliminati i fattori contingenti che l'hanno innescata. Un caso tipico, da me ampiamente commentato in precedenza [1] e ripreso da Kornet *et al.* [5], è quello dei militari americani, il 40% dei quali durante il conflitto vietnamita aveva sviluppato una tossicodipendenza all'eroina, inizialmente non soggetta a restrizioni di sorta. Questo dato, in buon accordo con quello dell'epidemia di alcolismo scoppiata in Gran Bretagna quando la distillazione del gin rese disponibile l'alcol in grandi quantità ed a basso prezzo, conferma quanto sia elevata la percentuale della popolazione che, in determinate situazioni ambientali, può sviluppare una tossicodipendenza. Dopo il ritorno negli Stati Uniti, tuttavia, il 95% dei reduci riuscì a disassuefarsi. Questa percentuale, sorprendentemente alta rispetto a quelle cui siamo abituati, mostra che il recupero di tossicomani semplici, come erano certamente questi, è relativamente facile col venir meno delle condizioni, di stress o d'altro genere, che avevano determinato il ricorso alla droga.

La *tossicomania complicata* è contraddistinta da disturbi fisici o mentali che o spingono all'assunzione della droga o ne costituiscono la conseguenza. La disassuefazione, quindi, non rappresenta una misura risolutiva: al contrario, in qualche caso peggiora la condizione del tossicomane. Lo si capisce facilmente nel caso di un malato affetto da male incurabile, come un tumore, che ricorre alla morfina per alleviare le sue sofferenze. Non si capisce, o non si accetta, altrettanto facilmente nel caso di una grave forma depressiva, nella quale il ricorso alla droga può rappresentare, come abbiamo ricordato in precedenza, un rimedio altrettanto efficace. Anche questa, tuttavia, è una

malattia. Anche qui la sofferenza può raggiungere livelli intollerabili, al punto da spingere al suicidio. Il diverso atteggiamento di fronte alla malattia fisica e mentale potrebbe essere giustificato dal fatto che la depressione oggi può essere curata diversamente, con la psicoterapia o con i farmaci antidepressivi, ma in realtà nasce da una visione arretrata del disagio mentale, che va corretta. Sarebbe un errore, pertanto, ritenere che la disassuefazione possa costituire da sola una misura decisiva utile nel caso di una tossicomania complicata da una malattia mentale, come la depressione: al contrario, può fare esplodere una crisi dalle conseguenze drammatiche, come il suicidio. Ecco perché è così importante definire questa particolare forma di tossicomania, saperla riconoscere tempestivamente e trattarla in maniera appropriata.

Torniamo ora alla tossicodipendenza. La sua valenza medica è implicita nella definizione che riproponiamo nei suoi termini essenziali: la *tossicodipendenza* consiste nell'incapacità di mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e mentale senza il ricorso alla droga. In sé e per sé, quindi, è un'infermità, causata da uno squilibrio funzionale che trova nella droga l'elemento equilibratore. Quando questo elemento viene a mancare, allora interviene la crisi d'astinenza, con il suo drammatico corredo di sintomi che, se non con gli oppiacei, con altre droghe può addirittura portare al decesso. Sotto quest'aspetto la tossicodipendenza non è diversa dal diabete causato dalla mancanza d'insulina. È vero che, a differenza di quest'ultima malattia, la tossicodipendenza è spesso imputabile ad un'iniziale "colpa", se così la vogliamo chiamare, di chi ne è affetto: ma sul piano medico ed etico questo non fa differenza. Altrimenti noi dovremmo negare la qualifica di malato alla vittima di un incidente automobilistico dovuto ad una sua imprudenza, al canceroso che debba la propria infermità al vizio del fumo e così via. Questo non è, evidentemente, accettabile.

Riflessioni etiche

Riconoscere la componente medica di alcune tossicomanie e della tossicodipendenza non significa abbassare il livello di guardia. Al contrario, consente di combattere la droga in maniera più mirata e, quindi, più efficace. Permette di affrontare diversamente le tossicomanie semplici e quelle complicate, tenendo conto delle loro diverse caratteristiche. Spinge a puntare sull'informazione, sull'educazione, sui valori della solidarietà individuale e sociale, oltre che sulla repressione, per quanto riguarda le prime, mentre per le seconde induce a concentrare risorse sull'assistenza medica del tossicomane che è, innanzi tutto, un malato.

La disassuefazione è sempre auspicabile, perché la tossicodipendenza è in tutti i casi una forma di schiavitù, perfino quando si instaura in un malato di tumore in fase terminale. La sua rilevanza, tuttavia, cambia da situazione a situazione. È cruciale nel caso del tossicomane semplice. Se non ha successo, tuttavia, io ritengo sia eticamente lecito prendere in considerazione, come rimedio estremo, la medicalizzazione della droga, non solo per combattere la criminalità e gli altri danni legati al mercato clandestino della droga, ma soprattutto per consentire un'esistenza dignitosa e relativamente normale a chi non riesce a sottrarsi a questa schiavitù. Chi si rifiuta di accettare qualsiasi compromesso per ragioni di principio dovrebbe riflettere su quanto sia faticoso, per qualcuno, liberarsi dall'abitudine al fumo, che è anch'essa una forma di tossicodipendenza, ma enormemente più blanda di quella ad altre droghe, come l'eroina. L'argomento è troppo complesso, troppo carico di sofferenze e di drammi sociali ed individuali, perché lo si possa affrontare rigidamente, arroccandosi su posizioni contrapposte.

Vorrei concludere con una riflessione sulle analogie tra tossicomania e suicidio, che offre lo spunto per mostrare come il problema della droga si ponga in termini etici analoghi qualunque sia l'ambito nel quale lo si dibatte, laico o religioso.

Alcune forme di tossicomania e di suicidio si configurano come fuga dalla vita, realizzata nel primo caso con strumenti illusori, che alla lunga possono aggravare le difficoltà anziché alleviarle, nel secondo con la soppressione volontaria della propria persona. Entrambi sono fermamente condannati dalla Chiesa cattolica, seppure in maniera diversa, in base al principio del rispetto della vita: "Ciascuno è responsabile della propria vita davanti a Dio che gliel'ha donata. È lui che ne rimane il sovrano Padrone. Noi siamo tenuti a riceverla con riconoscenza e a preservarla per il suo onore e per la salvezza delle nostre anime. Siamo gli amministratori, non i proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo" [6].

Sul suicidio, quindi, il Catechismo si esprime in questi termini: "Il suicidio contraddice la naturale inclinazione dell'essere umano a conservare e a perpetuare la propria vita. Esso è gravemente contrario al giusto amore di sé. Al tempo stesso è un'offesa all'amore del prossimo, perché spezza ingiustamente i legami di solidarietà con la società familiare, nazionale e umana, nei confronti delle quali abbiamo degli obblighi. Il suicidio è contrario all'amore del Dio vivente."

Fatto questo preambolo, così prosegue: "Gravi disturbi psichici, l'angoscia o il timore grave della prova, della sofferenza o della tortura possono attenuare la responsabilità del suicida. Non si deve disperare della salvezza eterna delle persone che si sono date la morte. Dio, attraverso le vie che egli solo

conosce, può loro preparare l'occasione di un salutare pentimento. La Chiesa prega per le persone che hanno attentato alla loro vita.”

Il riconoscimento della malattia e di altri fattori come causa del suicidio, che ne attenuano o cancellano la colpa, è implicito in questo testo, ma è una conquista relativamente recente, frutto di un percorso lungo e sofferto.

Ecco, invece, come è tuttora formulato il giudizio sulla droga: “L'uso della droga causa gravissimi danni alla salute e alla vita umana. Esclusi i casi di prescrizioni strettamente terapeutiche, costituisce una colpa grave. La produzione clandestina di droghe e il loro traffico sono pratiche scandalose; costituiscono una cooperazione diretta, dal momento che spingono a pratiche gravemente contrarie alla legge morale.”

Sembriamo ancora lontani dalla comprensione e dal riconoscimento della possibile componente medica di alcune forme di tossicomania, nonostante essa sia ampiamente documentata, altrettanto o forse ancora di più di quella del suicidio. Vi si potrebbe vedere un accenno nelle “prescrizioni strettamente terapeutiche”, che però probabilmente riguardano un aspetto diverso, cioè le circostanze in cui la droga cessa automaticamente d'essere tale, per trasformarsi in medicinale (due casi tipici: l'impiego della morfina nel dolore e degli anfetaminici negli stati ipercinetici del bambino).

Il dibattito sulla droga acquisterebbe in chiarezza e concretezza se ognuno si impegnasse, ovviamente nell'ambito della sua sfera d'appartenenza, delle sue competenze e responsabilità, in una definizione più appropriata di questi aspetti elementari, ma fondamentali. In questo senso, il loro approfondimento da parte della comunità scientifica acquista una valenza etica, oltre che pratica.

Lavoro presentato su invito.

Accettato il 13 maggio 2002.

BIBLIOGRAFIA

1. Silvestrini B. *Malati di droga*. Como: Lyra ed.; 2001.
2. World Health Organization. *La jeunesse et la drogue*. (Série de Rapports Techniques, n. 516). Genève: WHO; 1973.
3. World Health Organization. *Responding to drug and alcohol problems in the community. Annex 1. Commonly abused substances*. Grant M, Hodgson R (Ed.). Genève: WHO; 1991.
4. Bleuler E. *Textbook of psychiatry*. New York: McMillan; 1924.
5. Kornet LMW, Niesink RJM, van Ree JM. Drug use and addiction: human research. In: Niesink RJM, Jaspers RMA, Kornet LMW, van Ree JM (Ed.). *Drugs of abuse and addiction: neurobehavioral toxicology*. USA: CRC Press LLC; 1999.
6. *Catechismo della Chiesa Cattolica*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1992.