

MANUALI

**Massimo Barra**

*Tossicomanie giovanili:*

*tecniche*  
*di*  
*recupero*

**Otto lezioni sulla droga  
ad uso di genitori, insegnanti, personale  
medico e paramedico**

**SAVELLI EDITORI**

## ***PREFAZIONE***

Quando espressi ai miei giovani colleghi l'intenzione di inserire nella biblioteca del nostro sito internet il libro di Massimo Barra: *Tossicomanie Giovanili*, pubblicato nel 1982; mi videro come un nostalgico che sfoglia le vecchie foto del suo album pieno di ricordi.

Ognuno di loro cercò di farmi rinsavire facendomi notare che ora si parla di "Riduzione del Danno" e non di espiazione di una colpa; che il presente è lo scambio di siringhe; il metadone, non più in dosi preconfezionate uguali per tutti; l'adeguare l'intervento ai bisogni del paziente e non viceversa.

Al mio sottile sorriso reagirono con foga: "Ora bisogna lottare perché il Narcan possa essere somministrato da tutti, possano averlo i tossici, le famiglie, i preti e guarda un pò anche le Ambulanze!!!".

"Giusto!" risposi alzandomi in piedi: "Ed è proprio ciò che viene detto nelle otto lezioni di questo libro!".

Calò un imbarazzante silenzio, ognuno di loro mi chiese una copia del testo e dedicò due ore del suo tempo a capire che il concetto di Riduzione del danno è destinato ad ampliarsi, ad aumentare la sua visibilità ed efficacia, perché nasce su solide fondamenta, realizzate venti anni fa da un giovane medico, Volontario di C.R.I., all'interno del Parco di Villa Maraini; quando tutti erano indaffarati a realizzare mastodontiche strutture, capaci di accogliere 100, 200 addirittura più di 1.000 'penitenti' ma poggiate sull'*io ti salverò* e non sull'*io ti curerò*.

*Marco Angeleri*

## Introduzione

Da circa dieci anni curo tossicomani: ne ho incontrati e conosciuti circa 2000, soprattutto giovani affetti da «malattia da eroina», dapprima come medico del Centro per le malattie sociali del Comune di Roma, il primo centro antidroga costituito in Italia all'inizio degli anni 70, quando tutti rifiutavano l'idea che anche nel nostro paese (notoriamente «sano») potesse diffondersi questa epidemia; poi come ideatore e responsabile di Villa Maraini, la comunità terapeutica diurna della Croce Rossa Italiana.

In questi dieci anni di frequenza pressoché quotidiana del mondo dei cosiddetti «drogati», ho sempre rifiutato l'idea di poter diventare «l'esperto che scrive»: prima di tutto per una mia forse patologica antipatia verso i tanti, troppi, che si sono cimentati nello scrivere un libro sulla droga, vomitando spesso certezze e sentenze; poi per la noia ingenerata dall'enorme massa di cose che su questo argomento sono state dette e scritte. Quello della droga è un argomento che ben si presta ad una visione multiangolare, e quindi tutti possono trovare un aggancio per dire la loro, anche senza aver mai incontrato o conosciuto un tossicomane. Mi sembrava che l'enorme profluvio di argomenti e di giudizi, non sempre disinteressati, e il più delle volte resi arroganti dalle loro certezze, frutto dell'appartenenza a questa o a quella rassicurante parrocchia, contribuisse ad emarginare ancora di più e ad aggravare la patologia di chi già sta male e non ce la fa a sopravvivere.

Etichettare, inquadrare, giudicare, spiegare, condannare, specie col filtro della propria sicurezza di essere diversi e migliori e della propria appartenenza *all'establishment*, tutto ciò possiede una notevole carica di violenza che aggrava la diversità, il malessere e l'angoscia degli «altri».

Col passare degli anni mi sono ritrovato, involontariamente, sempre di più dalla parte di quanti sono destinati a soccombere, a pensare e dire certe cose ascoltate con diffidenza e sospetto per la loro non preventiva inquadrabilità ideologica.

Queste considerazioni sono state l'oggetto di numerose lezioni tenute in vari ambienti, ed in particolare agli allievi capisala della scuola Agnelli della C.R.I. per infermieri professionali.

La rilettura della registrazione di queste lezioni mi ha convinto che valesse la pena, nonostante tutto, di pubblicare.

Nasce così questo *Tossicomanie giovani/i: tecniche di recupero*, in Otto lezioni, rivolto a tutti coloro che, senza paraocchi e strumentalizzazioni di parte, ne vogliono sapere di più sul fenomeno droga, ed in particolare a quanti, medici, psicologi, paramedici, insegnanti, volontari, si trovano ad operare in tale settore.

Sono considerazioni a ruota libera, in una forma che risente dell'origine parlata, ma con un chiaro intento didattico: spiegare il mondo della droga dal di dentro, dando voce a quanti ne sono coinvolti e ne soffrono, partendo dal presupposto che non si può svolgere un ruolo terapeutico se non ci si sforza di conoscere e comprendere. Sono una serie di riflessioni ad alta voce, alcune soggettive e contestabili, altre scientifiche e non discutibili. Manca del tutto quanto è già scontato e strapubblicato, e viene in genere aggiunto per «fare il peso», aumentando le pagine del libro ed il relativo prestigio dell'autore.

Sono, infine, idee e proposte originali, che non nascono dal metabolismo della rilettura degli altri libri sull'argomento, ma dall'ascolto e dalla partecipazione alla sofferta esperienza di chi della droga è vittima e protagonista, oggetto e soggetto, attore e comparsa.

*Massimo Barra*

## Prima lezione

Definizione di droga. Droga legale e illegale;  
leggera e pesante. Il problema dell'abuso dei farmaci.  
L'alcool. LSD.

Con la parola «droga» s'intende qualsiasi sostanza estranea all'organismo che, introdotta nell'organismo stesso, è capace di modificarlo.

Tale definizione è molto vasta, onnicomprensiva, per cui non dobbiamo pensare solo a quel gruppo di sostanze che ci permettono di definire con un aggettivo, usato in genere in senso dispregiativo, o comunque emarginante, «drogato», chi faccia più o meno regolare uso di dette sostanze.

Se noi prendiamo un libro di farmacologia, vediamo alla prima riga che droga è sinonimo di farmaco; quindi tutte le medicine devono essere considerate delle droghe, in quanto capaci di modificare l'organismo, così come droghe sono la nicotina contenuta nel fumo di tabacco, l'alcool, la caffeina ecc.

È bene allora fare una prima distinzione tra droghe legali e droghe illegali. Le droghe legali sono l'insieme delle sostanze estranee capaci di modificare l'organismo ed accettate dalla legge, mentre le droghe illegali sono quelle che, non avendo in alcun caso effetti positivi, o comunque accettabili, vengono rifiutate dalla legge e vendute al mercato nero. Tutti i farmaci, il tabacco, l'alcool, sono esempi di droghe legali; l'hashish, l'Lsd, l'eroina, sono esempi di droghe illegali.

Tale distinzione delle droghe in due grandi gruppi (legali ed illegali) non è peraltro così drastica e netta, e non esiste una frontiera ben stabilita e irreversibile tra di loro; né è sostenibile che il consumo delle droghe legali è utile e positivo, perché ammesso dalle leggi, mentre quello delle droghe illegali è dannoso perché contro legge, quasi che alla frontiera tra i due gruppi si passi dal mondo del bene a quello del male.

La realtà è più complessa e la stessa frontiera tra droga legale e droga illegale può variare a seconda di una serie di fattori, soggettivi od oggettivi. Tra i fattori oggettivi sono la dose e la via di somministrazione: se io di un farmaco regolarmente acquistato in farmacia con tanto di ricetta medica, prendo 30 compresse insieme anziché 1, come era la prescrizione, l'effetto che vado cercando non è quello terapeutico, per cui il farmaco era considerato droga legale, ma è un effetto di «sconvolgimento» e di modificazione intensa del mio rapporto col mondo, ciò che rende illegale il mio agire. Classico è l'esempio dei prodotti anoressizzanti, a base di amfetamine, usati per dimagrire e che, anziché alla dose terapeutica, vengono assunti in quantità molto maggiore per «sballate». L'altro fattore oggettivo è la via di somministrazione: se le stesse compresse di amfetamina le schiaccio, o le scioglio in acqua, e il tutto me lo sparo in vena, ancora di più l'effetto è quello di una droga illegale, anche se la sostanza era ammessa dalla legge.

Un altro esempio della labilità della distinzione riguarda la morfina che, a determinate condizioni di impiego, è droga legale (bassa dose, via intramuscolare, presenza di dolori non altrimenti lenibili, o di particolarissime condizioni morbose), mentre in altre condizioni diventa illegale (alte dosi, via endovenosa, consumo voluttuario, non legato a strette necessità terapeutiche).

Il fattore soggettivo, che interviene nel discriminare la legalità o meno dell'assunzione di droghe, è l'attitudine del consumatore, quello cioè che il consumatore va cercando dal rapporto con una sostanza, se un effetto terapeutico, legale, o uno sconvolgimento, illegale. E ci si può sconvolgere tranquillamente con una miscela di droghe legali, allo stesso modo od anche di più di quanto ci si sconvolge con una droga illegale. Basti pensare agli effetti di un

cocktail, ad esempio, di alcool e psicofarmaci, legali, che possono essere ben più sconvolgenti di quelli derivanti da una fumata di hashish o marijuana, illegali. Né va dimenticato che la legalità o meno di una sostanza varia a seconda delle culture, delle differenti aree geografiche e dei tempi. Il «cat», sostanza blandamente allucinogena, paragonabile all'hashish, nello Yemen del Nord è legale in alcune giornate particolari, mentre l'alcool è una droga rigorosamente illegale in Arabia Saudita o nel Kuwait.

Anche gli effetti di una droga saranno più o meno distruttivi, in funzione del grado di accettazione, e quindi di controllo sociale, della stessa. Si pensi agli indiani di America, che usavano normalmente degli allucinogeni per i loro riti religiosi e non conoscevano l'alcool. Quando lo conobbero ne ebbero effetti distruttivi, non essendo abituati ad avere a che fare con questo tipo di droga.

Ora, pensando all'insieme delle droghe, mi viene in mente una scala, la scala dell'intossicazione, in cui ogni droga rappresenta un gradino, dal gradino più basso, costituito dalle più leggere delle droghe legali, al gradino più alto, costituito dalla più pesante delle droghe illegali.

L'uso di una qualunque droga rappresenta sempre una sconfitta per l'organismo, il cui ideale per la sopravvivenza è il mantenimento della omeostasi, cioè della costanza dell'ambiente interno. Qualunque modifica esterna dell'ambiente interno (il cosiddetto *milieu intérieur* di Claude Bernard) è destinata a provocare sempre una reazione finalizzata al ripristino dell'omeostasi.

Alla luce di quanto sinora esposto, il cosiddetto problema della droga non è, entro certi limiti, tanto il problema della droga, quanto il problema dell'individuo che per sopravvivere o per illudersi di vivere meglio, ha bisogno del supporto di una sostanza che dall'esterno venga a modificarlo. Non tanto o soltanto c'interessa il tipo di modificazione indotto da ciascuna sostanza, quanto il perché ciascun soggetto ha sentito il bisogno di ricorrere ad un supporto esterno e il vero tossicomane non è tanto chi usa droghe, quanto chi non riesce a sopravvivere senza droghe. Prima di analizzare il meccanismo di azione delle droghe illegali, ed in particolare degli oppiacei, parliamo brevemente di alcool e di farmaci.

L'alcool è senza dubbio la droga più diffusa in Italia e quella i cui effetti sono socialmente più dannosi: i morti per alcool (direttamente o indirettamente) sono molto più numerosi dei morti per eroina. L'alcool è peraltro la droga accettata dalla nostra cultura che da secoli ha a che fare con i suoi effetti. A parità di azioni insensate, la gente si scandalizzerà sempre di più per quelle fatte da un «drogato», più che per quelle di un ubriaco che, se non inducono ad un compiacente sorriso, raramente sono oggetto di violente riprovazioni.

L'Italia è al secondo posto nel mondo per consumo alcoolico pro-capite. Contrariamente a quanto avviene in altri paesi, come ad esempio quelli nord-europei, in cui il consumo dell'alcool avviene generalmente a *poussée* (tipico l'assuntore del week-end, che per tutto il resto della settimana non beve) con conseguenti frequentissime intossicazioni acute, per cui è più facile trovare ubriachi per strada che da noi, in Italia non è raro trovare consumatori abituati a bere per anni 4-5 litri di vino a testa al giorno che non cadono mai in condizioni di ubriachezza ma sono destinati a morire per una cirrosi epatica, conseguente al ripetuto insulto tossico sul fegato.

L'alcool è infatti una sostanza molto tossica per la cellula epatica, più di molte droghe illegali, ed in medicina dello sport si usa ritenere 1/4 di litro di vino ai pasti la dose massima compatibile con l'esigenza di mantenere in piena efficienza la macchina umana. Già a tale dose inizia infatti la fuoriuscita, reversibile, di enzimi dal citoplasma della cellula epatica.

Dell'alcool non diremo null'altro, non essendo il tema che interessa la nostra trattazione, se non ribadire che la dipendenza da alcool è una vera e propria tossicomania, i cui sintomi non hanno nulla da invidiare persino alla tossicomania da eroina, la più pesante fra le tossicomanie e quella da cui è più difficile uscire.

Anche i farmaci sono al centro di una tendenza al progressivo aumento del loro uso, nella illusione che la medicina, qualunque medicina, faccia sempre e soltanto bene all'organismo. In realtà ogni farmaco, se da un lato produce un effetto positivo per l'organismo, chiamato effetto terapeutico o principale, contemporaneamente ne dà uno negativo, detto collaterale o

secondario. L'effetto finale è quindi la somma algebrica dell'effetto terapeutico e di quello collaterale.

Se l'effetto terapeutico è uguale a zero, se cioè quel fatto patologico poteva passare in altro modo che con il ricorso al farmaco, resta l'effetto collaterale, per cui la somma algebrica darà sicuramente segno negativo, e noi, usando il farmaco, avremo determinato un danno anziché un beneficio per l'organismo.

La medicina quindi non è sinonimo di benessere; anzi, il progressivo indiscriminato aumento dell'uso dei farmaci rappresenta un ulteriore motivo di preoccupazione per il mantenimento dello stato di salute. Alla base dell'abuso dei farmaci, problema ormai diffuso in tutto il mondo, ci sono molteplici fattori che potremo, per brevità, riassumere nei seguenti 4: la farmacomania, l'auto terapia, la cattiva educazione sanitaria, l'alterato rapporto medico-paziente.

La farmacomania risiede nell'opinione molto diffusa che la guarigione sarà tanto più rapida quanto più grande sarà stato il numero dei farmaci consumati.

L'autoterapia, cioè la tendenza a curarsi da sé, affonda le sue radici nella volgarizzazione di concetti medici e nella incessante pubblicità fatta dai mass-media ai farmaci; cosa che spinge al consumo indiscriminato, superando o ignorando il filtro posto dall'esperienza e dal criterio dei medici.

La cattiva educazione sanitaria, inoltre, fa sì che si possano usare farmaci solo perché hanno fatto bene alla vicina di casa o sono stati magnificati dalla portiera, senza che un freno all'abuso possa essere messo dal rapporto medico-paziente. In effetti, tale rapporto tende sempre più a spersonalizzarsi: spesso il paziente non si considera come una persona che ha bisogno di aiuto, quanto il fruitore di un servizio cui ha diritto, mentre il medico finisce per considerarsi come un tecnico del servizio che svolge. Ne consegue per entrambi la necessità di sostituire il rapporto interpersonale con il sostegno, non sempre inoffensivo o reale, di farmaci prescritti e presi in grande quantità. Così, il paziente domanda perché il medico dà, ed il medico dà perché il paziente domanda.

Alla base dei suddetti quattro fattori, che costituiscono altrettante concause di abuso, c'è:

- la ricerca della pillola magica, eterno desiderio dell'umanità, che permetta di ottenere la più ricercata delle vittorie, quella che abolirà la sofferenza, la malattia e la morte;
- la convinzione ancestrale e superstiziosa del potere magico dei farmaci, unita alla sottostante speranza di una panacea assurda e peraltro sempre possibile;
- la convinzione incosciente che il farmaco «deve» fare bene, sempre e in ogni occasione.

Molti farmaci sono oggetto di abuso, con conseguente insorgenza di una farmacodipendenza, le cui caratteristiche ricalcano quella di una vera e propria tossicomania da droghe illegali. Frequente è l'insorgenza di dipendenze multiple con soggetti che ingurgitano qualunque droga capiti loro a portata di mano, legale o illegale che sia. In generale, sono i farmaci «che fanno» quelli che poi sono oggetto di abuso, e questo è tanto più probabile quanto più è evidente l'effetto della sostanza assunta ed efficace la sua azione.

Torniamo alle droghe illegali, che possono essere divise in due grandi categorie: le droghe cosiddette «leggere» e quelle cosiddette «pesanti».

La distinzione è possibile in base ai concetti di assuefazione, dipendenza fisica e dipendenza psichica, nel senso che mentre le droghe pesanti danno assuefazione, dipendenza fisica e dipendenza psichica, le droghe leggere danno soprattutto dipendenza psichica.

L'assuefazione è l'abitudine di un organismo ad una sostanza estranea che dall'esterno viene a modificarlo. E detta anche mitridatizzazione, in ricordo di Mitridate, il re del Ponto che, nel timore di venire assassinato, prese quantità di veleno in dosi crescenti in modo da abituarsi all'effetto del veleno stesso e riuscì ad evitarne l'effetto letale.

La dipendenza fisica consiste nel condizionamento di una o più funzioni dell'organismo da parte di una droga, per cui la mancata assunzione della droga provoca un disturbo «da privazione» dell'organismo così condizionato.

La dipendenza psichica è la «voglia di farsi», la voglia cioè di assumere una determinata sostanza, ed insorge quando coscientemente o inconsciamente si ritiene che l'assunzione di quella sostanza porterà un benessere maggiore per l'organismo.

Vedremo nella seconda lezione le caratteristiche della assuefazione, della dipendenza fisica, della dipendenza psichica e di quel livello intermedio, fra le due, che si può ipotizzare per gli oppiacei e che chiameremo dipendenza psico-fisica.

Prima, però, è opportuno dare un rapido cenno alle droghe cosiddette «leggere» rappresentate essenzialmente dai derivati della canapa indiana: la marijuana e l'hashish.

Se le droghe leggere danno soprattutto dipendenza psichica, vuol dire che la sospensione dell'assunzione dell'hashish e della marijuana non determina una sintomatologia di astinenza.

Quando si dice hashish o marijuana, peraltro, non si definisce in maniera univoca il prodotto di cui si parla, perché non tanto riveste importanza l'eccepiante, quanto il suo contenuto in principio attivo, rappresentato dal tetra-idro-cannabinolo (Thc) soprattutto.

Sarebbe come dire: una «bevanda alcolica» senza ulteriori indicazioni, il che può significare: aperitivo (5°), vino (10°), whisky (40°), addirittura tintura imperiale (90°). È chiaro che dicendo «ho bevuto un alcolico» non se ne può conoscere l'effetto, che dipende dalla gradazione. Allo stesso modo, dicendo «ho fumato l'erba» non si è in grado di sapere quale sarà l'effetto di questa erba, perché dipende dalla gradazione, cioè dalla concentrazione di principio attivo, cioè di Thc. E questa concentrazione può variare nei diversi tipi di marijuana o di hashish come 1:100; il che vuol dire che una fumata di hashish può avere effetti 100 volte più potenti di un'altra fumata di erba.

Il contenuto di Thc varia a seconda della zona in cui la canapa indiana è stata coltivata, del clima, della stagione più o meno assolata, del modo in cui è stata trasportata. Il tutto sembrerà meno strano se si paragona a quanto avviene per il vino: il vino della Sicilia è più forte di quello della Vaj d'Aosta. Lo stesso avviene per il Thc.

Hashish e marijuana sono dei blandi allucinogeni, delle sostanze cioè che producono delle allucinazioni dal contenuto spesso piacevole. L'effetto finale, peraltro, non dipende solo dalla concentrazione di Thc ma anche dalla situazione del substrato nervoso dell'assuntore, il cui equilibrio può essere più o meno precario o consolidato. Quindi l'effetto di una fumata di droga leggera è sempre la risultante di un'azione oggettiva, intrinseca della sostanza e di una componente soggettiva del fumatore; il che spiega come anche con la stessa erba si possono verificare molteplici tipi di reazione.

Ciò è ancora più evidente con il più potente degli allucinogeni utilizzati in Italia, che è l'Lsd, comunemente detto «acido», trattandosi di un derivato dell'acido lisergico.

L'effetto dell'Lsd si chiama «trip», che in inglese vuol dire «viaggio»: è un viaggio all'interno della propria persona, con una serie di modificazioni dello stato di coscienza.

Queste allucinazioni possono assumere talvolta delle caratteristiche particolarmente violente e sgradevoli, con un senso di persecuzione ed una conseguente angoscia. L'Lsd modifica la percezione dello spazio e del tempo: un attimo diventa una eternità e l'eternità diviene un attimo. Quindi se l'attimo diventa eternità, l'allucinazione diventa perenne e l'angoscia non mi dà più scampo: è una angoscia dalla quale non potrò più uscire.

Si dice allora che il ragazzo ha «strippato», cioè ha fatto un cattivo «viaggio». In genere tutti quelli che prendono l'acido arrivano a strappare ed infatti l'acido è una droga che non ha un grande mercato in quanto chi strappa non lo prende più.

Uno degli effetti più caratteristici dell'Lsd è il cosiddetto «flash-back», il ritorno dell'acido. Anche dopo mesi dall'ultima assunzione ci possono essere dei ritorni di angoscia e di paranoia, come se l'acido fosse stato assunto pochi minuti prima. Evidentemente l'acido deve essere penetrato molto a fondo nel sistema nervoso, giungendo forse a denaturarne qualche molecola, il che potrebbe essere responsabile del ritorno d'acido.

L'acido può portare al suicidio, sia per la sensazione provata dall'assuntore di poter volare ed il conseguente salto nel vuoto, sia per un «cupio dissolvi», una vera e propria volontà di distruzione fino all'annullamento. Se l'eternità dura un attimo e un attimo dura un'eternità, l'unica soluzione dell'angoscia è la morte. Il ricordo facilita il flash-back. I tossicomani, in genere, sono molto restii a raccontare l'esperienza con l'acido e, se la raccontano, lo fanno con determinate cautele, in una certa atmosfera, in particolari momenti; di acido non si parla a tavola, non è un argomento sul quale si può scherzare. L'acido entra profondamente nella coscienza e non è davvero un'esperienza superficiale.

Con il termine di «escalation» si intende il passaggio dal consumo di droghe leggere al consumo di droghe pesanti; fatto, questo, da molti affermato come realtà inevitabile, da altri decisamente negato.

La realtà ci mostra che praticamente tutti i consumatori di droga pesante hanno iniziato con quella leggera, mentre non si può sostenere che tutti i fumatori debbano per forza poi passare a sostanze più forti. È anche molto difficile conoscere quanti compiono l'«escalation»: bisognerebbe compiere uno studio longitudinale, prendendo un campione di 100 fumatori, seguendoli per alcuni anni e vedendo poi, alla fine, quanti sono diventati eroinomani, il che è uno studio di realizzazione molto complessa.

Il rapporto tra droga leggera e droga pesante quindi non è legato tanto alla sostanza quanto all'individuo: l'escalation, quando avviene, non dipende da un effetto intrinseco delle sostanze sino ad allora assunte, ma piuttosto dalla situazione esistenziale del soggetto, ed è evidente che chi instaura una dipendenza psichica dall'hashish è più disponibile a farsi modificare dall'esterno anche da sostanze più forti di chi invece, non avendo tale dipendenza, è refrattario a modificazioni di tal fatta.

Anche il concetto di dipendenza psichica non è oggettivo e assoluto, ma relativo al singolo, potendo passare da una dipendenza assoluta e totalizzante di chi passa le sue giornate a fumare senza che altri interessi possano scuotere il suo stato sognante (è la cosiddetta sindrome amotivazionale dei forti consumatori di hashish) sino alla totale assenza di dipendenza che caratterizza il fumatore ricreativo occasionale o saltuario.

Già da quanto abbiamo detto sinora emerge che il cosiddetto problema della droga non è tanto, entro certi limiti, il «problema della droga», ma il «problema dell'individuo»: non è la maledizione che arriva dall'esterno, portata dall'untore o dal diavolo, ma un effetto intimamente legato alla situazione esistenziale del singolo.

Molti dicono: «Ai miei tempi la droga non c'era e quindi tutti questi problemi non esistevano. Eliminiamo ogni possibilità di trovare droga e tutti staranno bene».

È vero che se non c'è la droga non è possibile la tossicomania, ma è falso che, senza la tossicomania, tutti stiano bene. In altri termini, se non ci sono i tossicomani, ci saranno sempre gli emarginati: su 100 persone, 90 saranno più o meno inserite e 10 saranno disinserite, deboli, e soccomberanno in un altro modo, buttati giù dalla Rupe Tarpea, o con una malattia, oppure andando a finire legati in manicomio, come in passato.

La droga è spesso il tentativo di un debole di non soccombere, quasi un disperato tentativo di automedicazione e di sopravvivenza, la ricerca di un compenso che, col tempo, si mostrerà fallace, effimero e traditore, con l'aggravarsi di tutti i sintomi che sembrava curare all'inizio.



## Seconda lezione

Assuefazione. Dipendenza psichica, dipendenza fisica.  
La sindrome di astinenza da oppiacei.  
Agonisti e antagonisti.

### *Droga pesante*

Eroina (un derivato dell'oppio):  
1° giorno: certa dose - certo effetto;  
2° giorno: stessa dose - stesso effetto;  
3° giorno: stessa dose - effetto inferiore.

Questo avviene perché si sta sviluppando l'assuefazione; quindi, se io voglio ottenere lo stesso effetto, devo aumentare la dose. In questo aumentare sempre la dose, l'organismo tenta disperatamente di sviluppare un meccanismo di reazione, di difesa a questa sostanza estranea, che riconosce venire a turbare la sua omeostasi (cioè il mantenere costante l'ambiente interno, l'equilibrio fisico-chimico dell'organismo, ad esempio temperatura, pH ecc.; se c'è una variazione, l'organismo trova il modo per portarlo di nuovo ai valori normali); c'è un equilibrio nuovo in cui, su uno dei due piatti della bilancia è presente questa nuova sostanza.

Ammettiamo che ad un certo momento questa nuova sostanza venga meno: l'equilibrio che si era raggiunto salta; si ha cioè uno squilibrio. L'organismo si trova di fronte ad una nuova situazione, quella nuova omeostasi che si era venuta a creare e che teneva conto della presenza dell'eroina, non esiste più: questo squilibrio prende il nome di sindrome di astinenza.

### *La sindrome di astinenza*

È l'insieme dei sintomi che presenta un soggetto assuefatto ad una droga pesante, come un oppiaceo, soprattutto all'eroina, o alla morfina, che è la stessa cosa, in pratica, dal punto di vista dell'assuefazione e della dipendenza che dà, nel momento in cui questa gli viene bruscamente a mancare.

La durata d'azione nell'organismo è di circa sei ore per la morfina o l'eroina. Vuol dire che in sei ore l'eroina abbandona l'organismo; quindi dopo sei ore cominceranno i primi sintomi di astinenza.

Si può vivere qualsiasi malattia in maniera più o meno ricca di contenuti ansiosi. Per esempio se io ho un dolore fisico, e mi fanno un ansiolitico, come una fiala di Valium, il 50% del dolore sparisce; eppure il Valium non è un antalgico, cioè non interferisce minimamente sulla trasmissione del dolore; interferisce invece sull'elemento soggettivo del dolore, cioè sulla paura del dolore: la componente emotiva del dolore stesso. E si è visto che in un dolore fisico la componente emotiva interferisce per almeno il 50%. Questo per un qualunque tipo di dolore.

Calcolate, in una situazione squilibrata emotivamente, come quella del tossicomane, quanto la componente emotiva e soggettiva possa influenzare la sindrome di astinenza. Questo non vuol dire che la sindrome di astinenza non esiste, ma vuol dire che, nel momento in cui io la vivo, in maniera più o meno densa di contenuti drammatici, il sintomo che ne deriva è più o meno drammatico; ed io non posso snobbarlo, così come un isterico,

un'isterica, si crea la sua paralisi, e, nel momento in cui se l'è creata, ce l'ha sul serio, e ne soffre, anche se la terapia in questo caso sarà diversa da quella di una paralisi «vera»; quindi io non posso snobbare la sindrome di astinenza solo perché c'è anche chi, in particolari condizioni, può viverla in maniera non ricca di contenuti ansiosi, emotivi e drammatici.

Io devo vedere la sindrome di astinenza (s. di a.) in quel particolare soggetto, e la s. di a. varia da soggetto a soggetto.

Il concetto, apparentemente ovvio, in realtà non lo è affatto, tant'è vero che nella pratica assistenziale di tossicomani si sentono spesso medici dire, a proposito di metadone: «Io parto da 30, o io parto da 50». Ciò presupporrebbe l'oggettività del substrato, cioè presupporrebbe che, innanzi tutto, i tossicomani fossero tutti uguali e, in secondo luogo, che in tutti quanti, una situazione così delicata, come è la s. di a., si manifestasse in maniera uguale; sarebbe come dire: «L'Amplital, si dà 1 fl il x 3 e basta»; non è detto «si può fare 2 fl x 3, o 1 fl x 2, o 1/2 gr. x 2», cioè in rapporto al soggetto, al batterio, alla interazione tra batterio e soggetto.

E allora perché lo stesso discorso non deve valere in un settore in cui c'è una così grande componente emotiva, ansiosa e una così grossa possibilità di modifiche della situazione clinica?

Quindi, la s. di a. si modifica in funzione della soggettività del paziente, delle sue condizioni ambientali, esistenziali e di conseguenza della sua maggiore o minore componente ansiosa; è poi evidente che si modifica anche in funzione della dose assunta fino al momento dell'interruzione. Perché è evidente e intuitivo che, se io sono assuefatto a 100 mg. quotidiani di eroina, avrò una certa s. di a.; se sono assuefatto ad 1 gr. di eroina, avrò una s. di a. dieci volte maggiore. Quindi trattare tutti allo stesso modo è una forma di ignoranza, non tenere conto di una realtà che, se pure influenzabile soggettivamente, ha anche un substrato oggettivo.

Va dunque ricordato che la s. di a. è una vera sindrome, una vera entità patologica, va curata e può cambiare, può modificarsi da soggetto a soggetto, in funzione sia della dose di stupefacente assunta precedentemente, sia dall'attitudine del consumatore, cioè della sua componente ansiosa.

È chiaro che se io vivo la mia s. di a. con disperazione, in quanto, per esempio, penso che nessuno me la può far passare, oppure non ho la minima fiducia nel medico o nel paramedico che mi sta di fronte, perché lo ritengo imbevuto di schemi e di slogan, e quindi so benissimo che il trattamento che mi farà non sarà adeguato alle mie necessità, io vivo questa mia s. di a. in maniera ancora più drammatica e quindi quei sintomi che sono, in fondo, sintomi di distonia neuro-vegetativa, cioè di squilibrio tra simpatico e parasimpatico, vengono ulteriormente accentuati.

Una distonia neuro-vegetativa può essere provocata anche da una paura: nel linguaggio popolare, molte distonie neurovegetative vengono paragonate a fattori della vita quotidiana; il «farsela sotto» o l'«avere strizza» sono distonie neurovegetative per un gioco alterato tra simpatico e parasimpatico.

Io paragono la s. di a. ad un materasso a molle, perché è come se con il peso si determinasse una contrazione delle molle; quindi con il peso del 'eroina si determina uno squilibrio neurovegetativo in un senso, e quando il peso viene tolto, il materasso, la molla, non ritorna alla posizione iniziale ma va dall'altra parte; quindi tutti i sintomi di astinenza sono esattamente il contrario dei sintomi di «fattura», cioè dei sintomi di intossicazione. Perciò, se l'eroina, l'oppiaceo, determina miosi (pupilla contratta), la s. di a. porterà midriasi (pupilla dilatata); se porta stipsi, diarrea; se porta calma, agitazione; quindi esattamente il contrario, e nel momento in cui ci si ricorda di tutti i sintomi di astinenza contemporaneamente ci si ricorda quali sono i sintomi di «fattura».

Conoscere bene i sintomi dell'astinenza è importante per distinguere una s. di a. vera, da una pseudo s. di a. in quanto, nel rapporto con l'istituzione sanitaria, proprio per difendersi, per recuperare la sua integrità di fronte ad un qualcuno che è vissuto inizialmente come un nemico, il tossicomane avrà tutto l'interesse ad esagerare i suoi sintomi, specialmente se si trova di fronte qualcuno che è incompetente, e quindi farà una serie di manovre e di messe in scena atte a spaventare la controparte, partendo dal presupposto che la controparte sarà

sempre restia a riconoscere il suo stato di sofferenza.

Però esistono dei sintomi oggettivi che non possono esser simulati: il riconoscimento di quei sintomi rassicura l'operatore che, qualunque possa esser la sceneggiata, la diagnosi è un diagnosi corretta. E questo importante, soprattutto per ci che riguarda le terapie sostitutive, perché una terapia sostitutiva va data soltanto nella certezza di avere di fronte un tossicomane, altrimenti noi rischiamo di somministrare uno stupefacente ad una persona che non è tossico-dipendente; ed errori di questa natura ne sono stati fatti tanti in Italia nel passato proprio perché non c'erano esperienze in questo settore.

### *I primi sintomi di astinenza*

Il ragazzo comincia ad essere agitato, irrequieto; dopo sei ore sente che «gli sale la rota», come si dice in gergo (a Roma si chiama «rota», in altre città chiama in altro modo; e c'è tutto un linguaggio in proposito, tipico di una certa sottocultura).

A Roma si chiama «rota» in ricordo del '700 romano, quando i contadini alla berlina, alla gogna, venivano legati ad una ruota, che veniva fatta girare: era la tortura. In realtà in questa sub-cultura la s. di a. viene rapportata alla tortura, a quelli che potevano essere i sintomi di un condannato nel momento in cui la ruota venisse fatta girare; il ragazzo quindi è agitato, comincia a sudare abbondantemente (ricordatevi che chi «è fatto», chi «si fa», cioè chi è sotto eroina, è secco, ha una secchezza di tutte le secrezioni, sia cutanee e sia anche, per esempio, intestinali, e questo è uno dei co-fattori che determinano stipsi); ha lacrimazione; rinorrea (goccia al naso, comincia a «tirare su col naso» come se fosse raffreddato); midriasi.

Questi sono i primi sintomi; poi, con questa distonia, cominciano sbadigli, starnuti, un po' come se fosse influenzato: non gli funziona niente, gli manca qualche cosa, comincia a star male; tutto questo può passare miracolosamente con un'altra dose. Ma ammettiamo che quest'altra dose non esista: passano le ore e questa sindrome si aggrava; cominciano i sintomi a carico dell'apparato digerente con nausea, vomito, diarrea (sempre il contrario di ciò che succede quando «è fatto»), perché c'è un' aumentata eccitabilità dell'apparato gastro-enterico.

Tra l'eroina e la morfina esiste solo differenza di gusto: l'eroina è più forte della morfina perché ha una doppia acetilazione. L'eroina è solo più potente della morfina; ma in realtà il prodotto non cambia: è sempre un oppiaceo, è sempre un potente sedativo del sistema nervoso, che determina una sedazione di tutte le funzioni dell'organismo, perciò la sua mancanza determinerà un'eccitamento. Cominciano crampi, sempre per eccitamento neuromuscolare; dolori ossei, specie alla schiena e alla loggia renale, con senso di spezzamento; orripilazione; anche l'apparato cardiocircolatorio sarà eccitato, con conseguente tachicardia e, a volte, subentra anche un lieve rialzo della pressione, ma non è un sintomo costante.

Tutto questo aumenta progressivamente fino a raggiungere l'acme verso il terzo giorno di astinenza; poi, sempre in funzione di quel concetto per cui l'organismo tende all'omeostasi, anche senza dare terapie, la s. di a. comincia a decrescere: diminuisce costantemente finché, nel corso di una decina di giorni, non si hanno più sintomi fisici apparenti di s. di a. Il non avere più sintomi fisici apparenti vuoi dire che il tossico-dipendente, apparentemente è normale: avrà sempre la pupilla un po' dilatata, ma non tanto; non ha più nausea, vomito, diarrea, tachicardia, lacrimazione, sudorazione; è tornato apparentemente normale. Diciamo che ha superato la sua dipendenza fisica.

Questo fatto, per cui la mancanza di una sostanza determina la s. di a., ci indica che a questo punto il soggetto dipende fisicamente dalla sostanza, e se quella sostanza gli viene meno, sta male: questo vuol dire dipendenza fisica. E tutta la sua vita, a questo punto, ruota intorno all'esigenza di trovare la «roba», altrimenti sta male: ha la costante volontà di «farsi», la voglia compulsiva e coercente di «farsi», anche indipendentemente dal bisogno fisico; e tutto questo si chiama dipendenza psichica.

Normalmente lo psichico viene contrapposto al fisico, e si dice che la droga pesante è quella che provoca assuefazione, dipendenza fisica e dipendenza psichica, mentre la droga leggera è quella che provoca essenzialmente dipendenza psichica con il che s'intende che con

l'ashish e la marijuana non è necessario aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti perché non si ha assuefazione e che l'interruzione dell'assunzione della sostanza non determina una s. di a. o, quanto meno, non determina una rilevante s. di a.

Invece chi comincia ad usare droghe leggere svilupperebbe una dipendenza psichica, cioè una voglia di «farsi» e ciò avviene quando capisce che quando è «fatto» cioè quando è «fumato», sta meglio, o apparente mente meglio, di quando è normale.

La realtà, però, non è così soggettiva e semplice come le definizioni; negli ultimi tempi sono state fatte alcune scoperte capaci di rivoluzionare molti concetti. Tra le scoperte più importanti in tal senso dobbiamo ricordare quella della «Endorfina».

Si è visto che l'organismo nel sistema nervoso, produce una sostanza che strutturalmente, nello spazio, assomiglia alla morfina nella sua composizione chimica, tanto è vero che è stata chiamata morfina endogena o endorfina. Sarebbe che dalla presenza di endorfina dipenda lo stato di benessere o di malessere dell'organismo, nel senso che una normale produzione di endorfina determina una condizione di benessere, mentre una carente produzione di endorfina determina un malessere generalizzato.

Si è anche constatato che in alcune malattie mentali vi è un aumento della produzione di endorfina; perciò, in ogni caso, la mancanza, o l'eccesso, di endorfina determina una situazione squilibrata del sistema nervoso, e quindi dell'organismo in toto.

Questa è una scoperta fondamentale, che è avvenuta da pochi anni e che mette in crisi il nostro concetto di separazione netta tra dipendenza fisica e dipendenza psichica. Vediamo il perché.

Introduciamo innanzitutto il concetto di Feed-Back o interazione. Vediamo, a puro titolo di esempio e senza che c'entri nulla con l'endorfina che cosa succede nell'asse ipofisi-surrene: l'ipofisi produce ormone cortico-tropo; l'ormone cortico-tropo si scatena sul surrene; il surrene, sotto l'azione dell'ormone cortico-tropo, produce cortisone; il cortisone va nel sangue, quindi bagna l'ipofisi e dà a questa il messaggio di non produrre più l'ormone cortico-tropo; vi è cioè una interazione per cui un fenomeno influenza l'altro (esempio ipofisi-surrene), e il secondo fenomeno, determinato dal primo, reinfluenza il primo in senso negativo. Facciamo ancora l'esempio del' ipofisi, dove la presenza del cortisone dice di non produrre più l'ormone cortico-tropo, quindi l' ipofisi non produce più l'ormone cortico-tropo. Ma non producendo più l'ormone cortico-tropo, il surrene non è bagnato dall'ormone, e quindi non produce più cortisone, e l' ipofisi, che non è più bagnata dal cortisone, riproduce l'ormone cortico-tropo. Quindi si tratta di due fenomeni che si influenzano vicendevolmente. Il feed-back può essere positivo, quando il secondo influenza positivamente il primo, e quindi c'è sempre un aumento; oppure negativo, quando lo influenza in senso negativo.

Lo stesso sembra avvenire per il sistema endorfina-morfina. L'endorfina, strutturalmente, è della stessa razza della morfina o dell'eroina, (che sono la stessa cosa perché come abbiamo visto ciò che cambia è solo il gusto e la forza), e allora vediamo che cosa avviene quando mi «faccio» la morfina dall'esterno.

L'organismo ha il suo livello di morfina, e allora fa un feed-back negativo, cioè non produce più la sua endorfina. Se ad un certo momento io non prendo più la morfina dall'esterno, l'organismo rimane, per un certo periodo di tempo, scoperto sia di endorfina e sia di morfina; quindi sta male, ed è il periodo della s. di a.: a questo punto ricomincia a produrre endorfina, visto che non ha più morfina dall'esterno; ed infatti la s. di a., anche senza curare il tossicomane, tende a venire meno e, dopo un certo numero di giorni, non ho più la s. di a., cioè non ho più i sintomi clamorosi della s. di a.

Però il tossicomane «svezzato», disintossicato, non è una persona interamente «normale», non è uno che sta bene, non è uno al quale possiamo dire tranquillamente, secondo i nostri slogan mentali (che fanno ancora più male al tossicodipendente): «Adesso sei guarito, adesso stai bene, adesso reinserisciti, creati nuove amicizie, non tornare nel giro, metti un po' di buona volontà ecc.». Vediamo infatti che quello non ce la fa. È un fatto oggettivo che il tossicomane, una volta disintossicato, si ribuchi: è un fatto assoluto e sarebbe come dire ad uno che ha la malaria che quando non ha febbre è guarito, mentre poi la febbre gli ritorna, perché la malattia ha questa caratteristica.

Anche la tossicomania giovanile comporta periodi di intossicazione e periodi di svezzamento che sono, a loro volta, preludio ad altri periodi di intossicazione, secondo una regola costante, che evolve e si modifica però nel tempo: non possiamo assolutamente pensare che, una volta disintossicata, la persona non si «rifaccia». Importante tuttavia è il fatto che questo non è un circolo chiuso, ma cambia col tempo.

Ora vediamo perché il ragazzo si «rifà». Anche se, disintossicato, non ha più sintomi fisici clamorosi, è tuttavia un soggetto depresso, chiuso, che non vive bene; gli si possono dare tutti i farmaci possibili, tutti gli antidepressivi, ma gli sembra sempre che gli manchi un qualche cosa: se gli si dà un oppiaceo, qualunque esso sia, sintetico o naturale, metadone o morfina o laudano, anche diluito vedrete che la situazione cambia immediatamente: si vede il ragazzo tornare subito normale contento, normoformico, cioè né depresso, né esaltato.

Allora non è un azzardo pensare, anche se ancora deve essere ben chiarito, che in questa interazione tra endorfina e morfina, l'organismo riesce sì a riprodurre endorfina, non però al 100%, ma solo all'80-85-90%; cioè quel tanto che basta per tranquillizzare il sistema neurovegetativo (il gioco tra simpatico e parasimpatico), per non avere più distonie (il materasso a molle ritorna, grosso modo, alla posizione iniziale), ma non proprio al 100%: manca sempre qualche cosa.

Quindi nel tossicodipendente svezzato, quella che noi chiamiamo dipendenza psichica, in realtà è una dipendenza psicofisica. Questo non avviene per l'hashish o la marijuana; quindi non è così semplice dire assuefazione, dipendenza fisica, dipendenza psichica, perché c'è anche una via di mezzo, tra la dipendenza fisica e la dipendenza psichica, che è la dipendenza psicofisica, cioè la dipendenza in funzione dell'endorfina.

Io non ho più dipendenza fisica, non dipendo più da quella sostanza, se non l'ho non sto male, però non posso neanche dire di star bene: sto in una via di mezzo.

La dipendenza psichica del morfinomane è solamente qualcosa che dipende dall'ambiente circostante, dagli amici, dalla famiglia? O non c'è piuttosto un qualcosa di più oggettivo? Non c'è, per esempio, la carenza di un 10% di endorfina che mi permette di fare, apparentemente, una vita normale, ma non mi consente di stare completamente bene, non c'è quindi un difetto metabolico, la cui correzione consiste proprio nell'oppiaceo? Questo difetto di endorfine subentra solo dopo che l'individuo si è abituato alla droga, anche se non c'è nessuno che c'impedisca di pensare che, in alcuni soggetti, questo fatto possa essere già preesistente; oppure anche che si riesca a trovare un sistema per stimolare la produzione di endorfina: attualmente si è ancora a livello di ipotesi; però queste idee sono state formulate alla luce di alcuni fatti oggettivi, uno dei quali è rappresentato dall'agopuntura.

Si è visto che leggere s. di a. passano con l'agopuntura, cioè con l'applicazione di aghi in determinati posti: il soggetto sta meglio, è sedato, tranquillo; l'effetto dura un po' e poi si ricomincia a star male; si rifà l'agopuntura e sta meglio: ancora l'effetto dura 1-2 ore e poi scema rapidamente.

Ci sono alcuni paesi, ad esempio il Vietnam, in cui questa tecnica è particolarmente sviluppata, e in cui la s. di a. viene curata esclusivamente con l'agopuntura. Una ipotesi abbastanza attendibile sarebbe che l'agopuntura stimola la produzione di endorfina, tanto è vero che, se noi prendiamo due gatti e li mandiamo in astinenza, poi ad uno facciamo l'agopuntura e mandiamo il sangue all'altro gatto (circolazione crociata), quello che ha il vantaggio dell'agopuntura è il secondo, non quello che ha gli aghi; e ciò vuol dire che l'agopuntura libera un qualcosa che va nel sangue, ed è un qualcosa di oppiaceo, che assomiglia all'oppiaceo perché fa passare fisiologicamente i sintomi di astinenza.

Un altro esperimento è stato fatto con sostanze che si chiamano antagoniste. Mando l'animale in astinenza (cioè facendogli morfina, morfina, morfina e poi interrompendo la somministrazione), gli faccio quindi un antagonista, che è un anti-morfina.

Se è puro non ha anche effetti agonisti, ma solo antagonisti; quindi l'antagonista puro aumenta le crisi di astinenza, a patto che il soggetto non abbia già eliminata tutta l'eroina che ha in corpo, ma ciò è praticamente impossibile perché qualche piccola quantità rimane sempre; se invece l'avrà già eliminata tutta, non farà niente.

Poi pratico l'agopuntura, che non ha alcun effetto: questa è una ulteriore dimostrazione

che l'agopuntura stimola la liberazione di endorfina, cioè produce qualche cosa di oppiaceo, che però viene neutralizzato dall'antagonista e quindi non ha effetto.

Perciò, l'esperimento della circolazione crociata e l'esperimento della somministrazione di un antagonista, dopo agopuntura, sono due prove scientifiche a dimostrazione che l'agopuntura libera endorfina, la cui mancanza è responsabile della s. di a.

Tra il livello puramente psichico, che dipende da fatti dinamici, da rapporti interpersonali, da fattori sociali, ambientali, familiari, e il livello puramente fisico, indotto dalla somministrazione di un oppiaceo, c'è un livello intermedio, che chiamiamo psico-fisico, che non è fisico in senso macroscopico, non determina fattori oggettivi fisici cioè tutto il corredo sintomatologico della s. di a., ma è tale da non far star bene l'organismo. Allora si dice che la droga pesante, come l'eroina, determina dipendenza fisica, dipendenza psico-fisica e dipendenza psichica, oltre che assuefazione; mentre la droga leggera, come l'hashish, non determina assuefazione, non determina dipendenza psico-fisica, ma determina soprattutto dipendenza psichica.

Bisogna tuttavia chiarire cosa significhi «non determinare dipendenza fisica». In realtà anche il tabacco determina dipendenza fisica; infatti il forte fumatore, quando non fuma più, va in s. di a., anche se non clamorosa come quella dell'eroinomane. Però il soggetto, forte fumatore da tanti anni, il giorno che smette non sta bene: comincia ad avere tachicardia, extrasistoli, tratta male i familiari, comincia ad ingrassare perché ha una tendenza alla voracità ecc.; insomma, vive una piccola s. di a.

Questo vale anche per i forti bevitori di caffè i quali, non prendendone più, vanno in s. di a. da caffeina e, solo riprendendo la loro dose di caffeina, riequilibrano la loro piccola s. di a.: ciò dimostra che anche le sostanze più banali cui siamo abituati, nel caso naturalmente di sostanze che agiscono sul sistema nervoso, a qualunque livello, determinano, in fondo, una dipendenza fisica più o meno elevata; questa dipendenza fisica non è preoccupante, però ci dimostra come tutte le classificazioni abbiano il loro limite. L'hashish poi non dà dipendenza fisica solo entro certi limiti; il forte fumatore di hashish presenta una qualche dipendenza fisica, anche perché l'hashish, in genere, non si fuma puro ma mescolato al tabacco, perciò si sommerà anche la dipendenza dal tabacco.

Tutto questo conferma che non si passa dal bene al male in assoluto, o dal tossico al non tossico, come pensa la gente: il concetto «che non dà assuefazione», non è sinonimo di «innocuo»; e anche chiamare l'hashish «non droga» è una stupidaggine dal punto di vista scientifico; non sarà droga come la droga pesante, però è sicuramente una droga; e se noi chiamiamo droga il caffè, droga il tabacco, come possiamo chiamare «non droga» l'hashish e la marijuana?

Per le stesse droghe pesanti esistono distinzioni tra quelle più pesanti e quelle meno: la morfina e l'eroina sono le regine delle droghe, sono cioè sostanze considerate le droghe più pesanti proprio perché interferiscono sul sistema dell'endorfina. Mentre altre droghe, tipo cocaina, amfetamine ecc. causano altri tipi di danni, la morfina e l'eroina provocano un danno che è, molte volte, irreversibile.

Ogni droga è un fatto a sé, ogni sostanza ha la sua azione; però esiste un gruppo, rappresentato dagli oppiacei, cioè dai derivati dell'oppio, che ha caratteristiche peculiari: ogni droga è il gradino di una scala, la scala delle intossicazioni, e non c'interessa tanto la sostanza, quanto l'attitudine del consumatore, ad eccezione di alcune droghe che stanno all'ultimo gradino di questa scala, che hanno una capacità di indurre dipendenza, perché interferiscono sul sistema endorfinico.

La morfina fa stare bene, fa bene a tutto, tanto è vero che da tanti anni esiste e nessuno l'ha mai tolta. La morfina è il farmaco anti-depressivo migliore che esista: fa stare divinamente. Probabilmente fa bene a tutto proprio perché assomiglia alla sostanza che è prodotta dall'organismo, quindi non è proprio tanto estranea.

Il giorno che l'endorfina pura verrà sintetizzata e utilizzata in terapia non dovrebbe determinare un processo di assuefazione, perché è una sostanza uguale a quella dell'organismo, un po' come avviene per l'insulina nel diabetico. Ancora non si sa se l'endorfina sia presente in quantità uguali in tutti gli individui; si potrebbe, al limite, scoprire

che qualcuno ne ha di meno, e ciò potrebbe essere concausa scatenante il processo di dipendenza.

### *Gli antagonisti*

Un antagonista della morfina è una specie di anti-morfina, sostanza che, quando viene introdotta nell'organismo, annulla l'effetto dell'agonista, della sostanza che ha determinato quei particolari effetti.

Tutto ciò avviene con meccanismo competitivo a livello dei recettori; questo significa che l'agonista, per agire deve legare a determinati recettori.

Ci sono dei «siti» nel sistema nervoso centrale nei quali l'agonista si incastra: nel momento in cui questo incastro avviene, si ha l'azione agonista. Quindi arriva la morfina, c'è il "sito della morfina", questa si aggancia e si ha l'effetto della morfina.

Ammettiamo che ad un punto arrivi una sostanza che ama il recettore di un amore più folle: quindi arriva l'antagonista che ama di più il recettore, sposta l'agonista e ci si mette lui.

Il recettore è occupato: l'agonista è come se non esistesse più; circola ancora nell'organismo, però circola nel vuoto, nel buio, perché non ha più il recettore su cui attaccarsi, e se non si attacca al recettore non dà effetto. Si tratta di un meccanismo competitivo, come avviene, per esempio, con l'ossigeno e l'ossido di carbonio; l'ossido di carbonio ha più affinità per l'emoglobina dell'ossigeno; quindi, di fronte all'ossiemoglobina, se arriva anche una piccola percentuale di Co, si ha carbossiemoglobina in quantità maggiore dell'ossiemoglobina: l'ossigeno viene scacciato dal legame con l'emoglobina e si ha l'asfissia, la classica fine di coloro che muoiono nel garage chiuso con una macchina con il motore acceso.

Questo antagonista quindi provoca un blocco: i recettori non sono più disponibili e immediatamente l'agonista, la morfina, non ha più effetto.

Questa maggiore attrazione dell'antagonista per i recettori è data da una sostanza che, grosso modo, nello spazio, è strutturata parzialmente come la morfina, e che quindi si aggancia negli stessi recettori, ma si può dire che vi entrano meglio, come per esempio ogni chiave che va bene solo per la propria serratura; questi antagonisti non sono prodotti dall'organismo, ma sono sempre assunti dall'esterno.

Tra l'antagonista puro e l'agonista puro esistono vie intermedie, cioè sostanze che sono, per alcuni versi, agoniste e, per altri versi, antagoniste; per esempio, il Talwin (cioè la pentazocina) è un agonista-antagonista: per alcuni aspetti è un antimorfina e per certi altri è un morfinosimile.

Questo è importante da sapere perché curare la tossicomania e la sua s. di a., con il Talwin, come è stato fatto, non è corretto in quanto, se il soggetto è in astinenza, il Talwin, che ha anche effetti antagonisti, l'aumenta; poi la copre con i suoi effetti agonisti, però è un sistema che non va.

Il Talwin, grosso modo, è della stessa famiglia degli oppiacei ed il metadone, che è pure della stessa famiglia, è l'unica sostanza che può far passare bene la s. di a. da Talwin.

L'antagonista è importantissimo perché se uno sta per morire per aver assunto troppa droga, basta una iniezione di antagonista per evitarne la morte, quasi miracolosamente: è una delle cose che dà più soddisfazione, per un medico, oltre allo zucchero nel coma ipoglicemico.

Tutte le crisi da overdose dovrebbero essere curate con un antagonista; il tossicomane dovrebbe portare una fiala di antagonista sempre in tasca, perché il suo effetto è solo curativo nella dose eccessiva. Questa dose eccessiva, che può portare alla morte, si chiama overdose.

L'antagonista puro si chiama Naloxone, ed è un farmaco che è stato introdotto in commercio in Italia solo di recente; proviene dall'America, e il suo nome commerciale è Narcan (costa circa 5000 lire la fiala). Il Narcan, ha il grosso pregio, in confronto agli altri antagonisti, di non fare niente e di non provocare effetti collaterali dannosi, nel caso in cui non si tratti di overdose da eroina.

Ora si sta verificando l'ipotesi che il Narcan sarebbe efficace anche in alcuni casi di shock

tossico di altra natura, e proprio perché, essendo antagonista, lo è anche per la morfina endogena; anche in una persona che non ha assunto dall'esterno un oppiaceo, va ad interferire sull'endorfina, e se il soggetto è in immediato pericolo di vita, sembra che questo, neutralizzando l'endorfina, possa essere utile ma questi sono soltanto esperimenti di questi ultimi mesi.

Il Narcan, quindi, introdotto in un soggetto che è in pericolo di vita, per una overdose da eroina, elimina completa mente il danno, anche se ha un'emivita inferiore a quella della morfina. Significa, cioè che esso si elimina molto rapidamente, e quindi, una volta che il soggetto sta meglio, va sempre controllato. Infatti mentre il Narcan si elimina rapidamente, resta la morfina, che si riappropria del recettore e può riprodurre l'overdose.

L'altro antagonista, che è stato usato fino ad ora, e che attualmente non è più usato perché il Narcan è migliore (per la legge per cui ubi maior, minor cessat), è il Norfin o Nalorfina sono tutte sostanze che assomigliano alla morfina alle quali però si toglie un gruppo, e questo piccolo cambiamento chimico determina la maggiore o minore affinità per il recettore. Il Norfin ha, rispetto al Narcan, due svantaggi:

- 1) che si elimina più rapidamente e, quindi, eventualmente se ne deve somministrare una dose ogni cinque minuti;
- 2) non è un antagonista puro, ma ha anche qualche effetto agonista e, per esempio, induce depressione respiratoria. Allora, se non si trattava di overdose pura, cioè causata solamente da eroina, ma, ad esempio, di una overdose da eroina più barbiturici (infatti l'eroina molte volte è tagliata), alla depressione respiratoria dell'eroina si aggiunge quella provocata dai barbiturici; se poi a quel soggetto si dà un antagonista che ha anche alcuni effetti agonisti, che cioè, oltre a neutralizzare l'eroina, induce depressione respiratoria, aggiungiamo depressione a depressione, e il paziente può morire.

Quindi il Norfin non è maneggevole e può essere pericoloso in mani non esperte. É perciò preferibile il Narcan, che è la sostanza in grado di salvare una vita. Anche nell'ambiente ospedaliero, se ci si trova di fronte ad un ragazzo, che «si fa» in bagno, e che noi sappiamo essere un tossicomane, e lo si vede in imminente pericolo di vita si chiama il medico e quello non arriva, l'infermiere, a mio giudizio, ha tutto il diritto di fargli una fiala di Narcan, indipendentemente dalla valutazione del medico, a patto sempre che il soggetto stia veramente per morire. Allo stesso modo nelle borse di Pronto Soccorso di personale non medico addestrato al soccorso d'urgenza (ad esempio i volontari della Croce Rossa) non dovrebbe mai mancare una fiala di Naloxone.



## Terza lezione

Evoluzione della tossicodipendenza in funzione del tempo  
Morte per droga. I tre obiettivi della terapia.

È assolutamente secondario nell'iter terapeutico del tossicomane, discutere tanto sul modo migliore di fargli superare la s. di a. per svezzarlo; consigliamo di fargliela superare nel modo a lui più accetto e secondo le sue condizioni in quel momento.

Infatti vi è quello che si trova in una fase di esaltazione e di euforia, che si vuole disintossicare ed è pronto a tutto, e sarà disposto a fare anche un «tacchino freddo»; mentre vi è quello che non ha nessunissima intenzione, e allora è perfettamente inutile imporgli la disintossicazione.

Il «tacchino freddo» è lo svezzamento, completamente senza farmaci, o comunque, senza farmaci sostitutivi, e si chiama così perché viene la pelle d'oca e il ragazzo assume la posizione di un tacchino, si rannicchia, e sta male. Il termine è stato inventato negli Stati Uniti. Chi ha ipotizzato il «tacchino freddo» gli ha sotteso una ipotesi oltremodo razionale (attenzione ad essere troppo razionali in tema di tossicomania!).

L'ipotesi razionale è questa: «Io faccio soffrire il tossicomane, e tanto più lui soffre tanto più, una volta superata questa sofferenza, si guarderà bene dal ricadere, per evitare di sperimentare di nuovo questa sofferenza». Questo discorso purtroppo pecca di eccesso di logicità e non vale per il tossicomane: l'atto del bucarsi infatti non attiene alla razionalità, ma all'emotività, alla istintualità, alla irrazionalità: «Io sto male, sto a rota, e allora a maggior ragione cerco di rifarmi adesso, poi domani si vedrà». Il «tacchino freddo» quindi serve solo quando è liberamente accettato ed in tal caso può essere un sistema per accrescere il senso di autostima del tossicomane, il quale fa un programma audace e lo porta a termine. È controindicato invece se non è accettato preventivamente dal tossicomane.

Lo stesso discorso sulla razionalità e irrazionalità vale nei casi in cui l'operatore riferisce al tossicomane che le sue condizioni sono particolarmente gravi, più di quanto lo siano in realtà, così da spaventarlo, con la speranza che la paura lo induca a non bucarsi. L'effetto è il contrario: «Sto male, ho il fegato "a pezzi"? E allora tanto vale che io continui a bucarsi, tanto ormai non c'è più speranza; quindi, per il momento, io mi buco e poi domani Dio provvede». Infatti, la morte può far paura a noi che vogliamo vivere, ma non a chi mette in preventivo la possibilità che ogni giorno potrebbe essere l'ultimo, e che probabilmente non si è ammazzato solo perché è un vigliacco; e, tuttavia, sa anche che il confine tra la vita e la morte è estremamente labile: quindi non è certo questo tipo di paura a bloccarlo.

Ecco dunque che, nel contatto con il tossicomane, le nostre buone intenzioni devono sempre confrontarsi con quello che è il suo vissuto: ci dobbiamo inserire in questo ambito, altrimenti otteniamo l'effetto contrario.

Sotto questa tendenza medica al «tacchino freddo», vi è anche un'intenzione di volontà punitiva, anche se inconscia: «Tu hai peccato, e quindi devi pagare; tu hai fatto qualcosa, che magari anch'io avrei voluto fare, ma che non ho avuto il coraggio di fare, quindi è giusto che tu paghi, è giusto che tu stia male. Questa tua malattia è la penitenza per ritornare pulito, per poter rientrare nella società». Quindi una volontà punitiva che non è propria solamente dei cattolici, ma di tutti i moralismi, partitici ecc. Infatti non si spiega perché il tossicomane venga spesso trattato male o, comunque, non adeguatamente curato per le sue necessità se non ci fosse, proprio a monte, nel sentimento collettivo, nell'opinione pubblica, una volontà sia pure in buona fede, catartica, catartizzante, di farlo espiare, di fargli pagare le sue colpe.

Il superamento della dipendenza fisica è solamente una tappa di un processo terapeutico

molto più lungo, in cui la ricaduta, cioè la riassunzione del tossico, è l'elemento costante. Quindi non si può dire: «Tu ti sei disintossicato, perciò sei guarito; poi hai ripreso la droga e sei ricaduto», perché questo è l'andamento della sua malattia; anzi, la sua malattia non è il drogarsi, perché quello è solo il sintomo di qualche cosa che non funziona, qualche cosa che egli tenta di sanare, assumendo una sostanza che dall'esterno gli permetta di sopravvivere e di andare avanti.

«Sto male perché mi drogo o mi drogo perché sto male?»

Allora il problema della terapia è un problema molto più vasto, e dobbiamo chiederci che cosa intendere per terapia del tossicomane e quali sono gli obiettivi che ci dobbiamo porre.

Uno degli errori che facciamo spesso è quello di considerare la tossicomania una realtà patologica oggettiva e costante: noi sappiamo che in realtà non esistono le malattie ma esistono i malati. Questo concetto ormai accettato universalmente per tutti i fatti morbosi, non sembra ancora esserlo per la tossicomania.

Noi abbiamo un'immagine del tossicomane stereotipa, del tossicomane che fa determinate cose e che va curato in un determinato modo. C'è chi ha il suo schema mentale, che deve andare bene per tutti; esempio: 30 cc. di metadone, a scalare, 2 cc. al giorno, come a dire che gli antibiotici vanno presi in modo e in dosi uguali per tutti.

I tossicomani, non soltanto sono ognuno diverso dall'altro, anche se esistono tra loro minimi comuni denominatori ma ognuno è diverso da se stesso in funzione del tempo passa, perché cambia il suo rapporto con la droga.

Vediamo qual è l'evoluzione della tossicomania in funzione del tempo.

Primi buchi di eroina: il ragazzo scopre finalmente uno stato di benessere a cui non era abituato; tutte le miserie della vita, tutte le sue difficoltà, tutti i suoi problemi ad un certo punto spariscono d'incanto e diventa la persona più potente del mondo; anzi, al di là del mondo, diventa onnipotente, diventa Dio, si identifica con la divinità, recupera la circolarità del suo essere. Non ha più bisogno dell'altro, non ha più bisogno del partner perché è perfetto, è uomo e donna, è maschio e femmina contemporaneamente; sta bene, si dice che sta *in luna di miele con la droga*, vive della droga gli aspetti più gratificanti: a questo punto non ci sono aspetti negativi. In questa fase è assolutamente impensabile che qualcuno smetta con la droga: «Perché dovrei smettere? Quanto più io sono un individuo di serie B, trattato male, emarginato, con i miei problemi a monte, familiari, ambientali e sociali, «calimero» della situazione, tanto più io, nel momento in cui mi faccio, divento forte, divento un dio, posso vedere il mondo dall'alto, ritorno in ambiente idrico materno, galleggio; per cui qualsiasi cosa che mi si opponga, prima di arrivare a me, viene ammortizzata *dall'amnios*, da questo ambiente idrico in cui mi sento: sto fatto, sto divinamente».

Bisogna entrare nella bellezza dell'eroina, altrimenti non si può capire il tossicomane (è perfettamente inutile che noi gli diciamo che droga è morte, droga è aberrazione), non si capisce come ci possano essere delle persone che vanno incontro alla morte: sono frasi fatte.

La droga è bella, anzi è troppo bella, ed evidentemente è talmente bella che non è un benessere consentito al genere umano; allo stesso modo di come Adamo ed Eva mangiano la mela del bene e del male e divengono onnipotenti, però poi vengono cacciati dal paradiso terrestre. Lo stesso avviene al tossicomane, per il quale tutta la vita non sarà altro che un ricordo disperato, martellante, di quell'attimo di onnipotenza iniziale, cioè di quel benessere delle prime 15-20-30 somministrazioni di eroina, che sono destinate a diventare un ricordo sempre più lontano, e ogni volta che si buca di nuovo cerca disperatamente di ritornare nel paradiso terrestre, da cui ormai è stato definitivamente cacciato. Passa il tempo, gli aspetti positivi tendono a diminuire e l'eroina comincia a chiedere conto di quello che ha dato e ci si accorge che, se manca, non si sta più bene, non funziona più niente.

Sorgono allora gli aspetti esistenziali negativi della droga: l'eroina costa cara, nascono gli impicci, gl'imbrogli, la dipendenza fisica, ma soprattutto la dipendenza dagli altri. Dipendere dagli altri vuol dire non poter più fare, per tutta la vita, quello che si vorrebbe fare; la vita è legata a qualcosa che è esterno da sé: «L'eroina costa 200.000 lire al grammo; non c'è problema: sarò un delinquente per 200.000 al grammo; costasse di più, farei il doppio, perché se non ce l'ho sto male».

Quindi quel sentimento di amore folle della luna di miele, si è stemperato in un *sentimento ambivalente, di amore e di odio*. «Io amo l'eroina perché mi ha dato tanto, e ogni volta che ritorno all'eroina sto tranquillo. Quando sono agitato, con l'acqua alla gola, a fare gli impicci, quando sto a rota, in astinenza, nel momento in cui mi faccio, non sto bene come all'inizio, però sono normale, ho riconquistato il mio equilibrio, la mia omeostasi. I miei organi non brontolano più, sono di nuovo protetto, mamma mi ha riaccolto nel suo ventre, mi protegge ancora, mi vuole ancora bene». Non per niente l'eroina viene chiamata la «grande mamma», questa madre cosmica che accoglie sempre nelle sue braccia e protegge.

Passano ancora gli anni, e il sentimento di ambivalenza diventa *odio franco*: non esiste tossicomane, dopo 10 anni di tossicomania, che non odi l'eroina, che non assuma un'attitudine protettiva (che potrebbe essere sfruttata terapeuticamente), nei confronti di uno più giovane. Il vecchio tossicomane si arrabbia se vede un ragazzino che comincia a bucarsi, dice le cose peggiori, è il giudice più severo.

Nel frattempo sono passati tanti anni e questa dipendenza dagli altri, dalla gente cattiva, dal mondo, questo continuo intossicarsi, e quindi questo sottoporre l'organismo ad uno stress continuo, che segni ha lasciato? Che male ha fatto? Si è ancora in grado di uscirne?

Ecco che allora nasce la disperata volontà di smettere, per cui è più facile che i tossicomani escano dall'eroina dopo 10 anni di tossicomania, piuttosto che dopo un anno; perché dopo un anno sono ancora in luna di miele, e dopo 10 anni, ormai, hanno toccato il fondo: paradossalmente, incredibilmente, bisogna che prima tocchino il fondo per poi tentare di guarirli.

Allora la guarigione non è, come la pensiamo noi, il passaggio dal nero al bianco, dal male al bene, in questa nostra visione schematica e moralistica; ci sono tanti altri passaggi tanti gradi intermedi, tante sfumature, per cui l'obiettivo della terapia e il parametro per giudicare se la terapia ha raggiunto o no il suo scopo, non è univoco non è solamente legato al fatto che non si buca più, perché se quello non si buca, è probabile che un certo giorno possa stare peggio di quando si bucava: in altri termini tra il bianco e nero ci sono svariate possibilità di grigio.

I parametri, quindi, sono tanti e si riferiscono, per esempio, al grado di reinserimento, al grado di comunicazione sociale, di lavoro, di delinquenza. Alla luce di questa evoluzione dobbiamo chiederci cosa succede dopo 10 anni di tossicomania.

Si è visto, effettivamente, che esiste una certa legge, che io chiamo *la legge del 33%* per cui, grosso modo, *1/3 dei tossicomani ha trovato un compromesso* tra la sua esigenza di tossicomania e l'ambiente circostante: non è più un tossicomane illegale, ma ogni tanto si buca, quando gli capita; oppure assume cocktail di farmaci, specie di psicofarmaci, oppure è *diventato un alcolizzato ed è comunque un emarginato, uno che vivacchia* ai margini della società.

Bisogna evitare, a questo punto, di fare divisioni nette, perché è tutta una scala, una progressione, perché non si può sapere dove finisce questo 33% e quando comincia l'altro 33%; però, in linea di massima, un altro 33% ha trovato un compromesso accettabile, e vive anche bene; si è disintossicato, si è fatto una famiglia, lavora; non sarà al massimo della felicità, ma chi è pienamente felice? Comunque, questo terzo *ha superato la dipendenza ed è guarito. L'altro terzo è morto*. Un terzo di morti potrebbe sembrare una cifra esagerata, rispetto a quella che è la nostra opinione corrente; però bisogna vedere come si muore di droga, perché non muore solamente quello che finisce sul giornale o nelle statistiche e le possibilità di morire di droga, direttamente o indirettamente, sono abbastanza numerose.

### *Morte per droga*

1. Morte classica per droga è la cosiddetta overdose pura. La overdose pura si verifica quando si assume una dose eccessiva di eroina, e questa dose eccessiva è letale. Ovviamente la quantità di droga necessaria per una overdose aumenta in funzione dell'assuefazione; se io sono poco assuefatto basterà una piccola dose per ammazzarmi, mentre se sono molto

assuefatto, anche una grossa dose non mi uccide. Però è da tener presente che nel momento in cui mi disintossico, cioè supero la dipendenza fisica dopo essere stato svezzato, la dose che io mi facevo prima, non la sopporto più e diventa una overdose; e ci sono molti ragazzi che vengono avviati, contro la loro volontà, agli ospedali, secondo il falso ragionamento per cui la tossicomania è una malattia grave, le malattie gravi si curano in ospedale, la tossicomania si cura in ospedale.

Questa costrizione è vissuta come una grossa violenza, come un non capire che la droga è un sintomo, e in realtà, agendo sul sintomo, la causa non è rimossa, e il sintomo stesso si rinforza. Quando obblighiamo qualcuno a disintossicarsi forzatamente, costui fa di tutto per continuare a «farsi», e quello che gli viene a portare la roba non è vissuto, come lo vive l'opinione pubblica, come lo spacciatore, l'uomo cattivo, il diavolo, che viene a traviare il povero agnellino avviato sulla strada della redenzione; no, è l'amico che l'agnellino chiama per dirgli: «Portami la roba, che questi pazzi mi fanno soffrire»; per cui viene vissuto come la Croce Rossa che arriva, che «viene ad aiutarmi, perché questi pazzi si sono messi in testa che io devo fare una cosa che non riesco e non posso fare; quindi i matti sono loro, non sono io».

Ed ha ragione, entro certi limiti; ed allora quando si rifà, chiuso nel bagno, muore. Oppure è tradizione che il giorno in cui esce dall'ospedale, si festeggia con un buco: questo buco può essere mortale; è l'overdose pura.

Per il tossicomane non esiste un limite, una dose che non può superare, perché tutto dipende dall'assuefazione; l'assuefazione fa fare le cose più assurde, anche assumere tranquillamente 1 gr. al giorno di eroina (1 gr. è 1000 mg, è 100 cg.: paragonata alla morfina, che usa in ospedale, che è 1cg.); quindi l'assuefazione è qualcosa di assoluto, di drammatico. Di tossicomania si muore per eccesso, mai per difetto: di «rota», di astinenza, non si muore; di «tacchino freddo» non si muore, anche se si sta male: se si morisse nessuno l'avrebbe mai inventato.

Noi c'illudiamo di guarire una cosa così drammatica come la tossicomania, con un comportamento coattivo, coercitivo, dimenticando che il coltello dalla parte del manico l'ha il tossidipendente. Già è difficile, anche volendo, guarire, perché chi è arrivato alla fine della parabola, all'odio più totale per la tossicomania, chi ne ha toccato il fondo, neppure costui ci riesce a volte pur volendolo, perché è difficile, perché c'è il meccanismo dell'endorfina ecc.

E noi pretendiamo che ad uno che sta «in luna di miele», solamente perché lo mandiamo in ospedale, del tutto incompetente per questo problema, trattato male, con tutte le prevenzioni possibili ed immaginabili, snobbato dai medici, solamente perché magari qualcuno, bontà sua, gli va a parlare, pretendiamo insomma che tutto ciò lo guarisca: ma siamo matti noi, non lui, quando poi si rifà. Sarebbe come se pretendessimo che un malato di tumore guarisca, e ci arrabbiassimo anche, perché si è anche fatto venire le metastasi!

Questi sono concetti poco popolari perché in Italia la tossicomania ha una dimensione che risale a 10 anni, e per creare un'opinione pubblica, un sentimento, una istruzione (la tossicomania, all'università, non si studia affatto), ci vuole molto tempo. Anche se lentamente queste idee cominciano a farsi avanti.

Oltre l'overdose pura, c'è l'overdose complicata dal problema del taglio. Vediamo di che si tratta. In genere, l'eroina non è pura: infatti se si taglia alla pari, cioè 100 mg. li si fanno diventare 200, si vendono 100 mg di eroina al prezzo di 200 mg., e quindi si guadagna il doppio.

Si può fare un taglio aggiuntivo con una qualunque polvere bianca, per es. il gesso (e pensate a dove va a finire il gesso iniettato in vena). Si deve sottolineare che molte volte il taglio è più dannoso dello stupefacente stesso. Questo concetto di tossicità, è diverso da tutti gli altri; infatti esistono molti prodotti farmaceutici, lo stesso alcool, che sono più tossici (per la cellula) dell'eroina.

Quindi il danno al fisico non è un danno legato alla tossicità della sostanza, ma a tutto un insieme di altri fattori, e cioè: alla tossicità del taglio, alla via di somministrazione e, soprattutto, al fatto che questa via di somministrazione può comportare il rischio di epatite.

Ognuno di noi ha avuto sempre remore a dare siringhe ai tossicomani; bisogna invece razionalmente rendersi conto che la siringa al tossicomane va data: a noi sembra di renderci

complici dando la siringa. Però non esiste tossicomane che non si buca perché non ha la siringa. Lui dice: «Mi buco con quella di un altro, vado nello scarico dell'ospedale, prendo la siringa più sporca che esista, oppure la nascondo sopra lo scarico dell'acqua nel bagno (quando siamo in ospedale, facciamo ogni tanto un giro per gli sciacquoni!), o sopra il davanzale». Quindi non esiste tossicomane che non si buca perché non ha la siringa, perché la siringa si trova sempre, a costo di fare come in carcere, dove prendono la penna Bic, che ha un forellino e, attraverso un sistema complicato, con il fuoco, pian piano affilano l'involucro della penna, e si bucano quando è diventato pungente a sufficienza.

Quindi, se il tossicomane si buca in ogni modo, è meglio che lo faccia con una siringa sterile, così almeno non prende l'epatite.

L'epatite la prendono molti perché, in genere, una siringa, dopo averle dato una leccata, se la passano in tanti e almeno uno con l'antigene Australia positivo c'è, per cui, passandosela, si trasmettono l'epatite, la quale si scatena su un fegato insufficiente, già depresso da un insulto tossico, legato, non tanto alla droga quanto all'eccezionale.

Il taglio viene fatto in due modi: uno con l'aggiunta di gesso, talco, lattosio, bicarbonato, e tutte le polveri bianche in genere, oppure il taglio che interviene nel processo di distillazione clandestina; clandestinamente, nella trasformazione dalla morfina all'eroina, c'è un passaggio chimico in cui interviene anche la stricnina. La stricnina è un eccitante del sistema nervoso, l'eroina è un depressore e, grosso modo, se il taglio è fatto bene, non succede niente, anzi la stricnina serve da analettico.

Ma se di stricnina ce n'è troppa (e bisogna tener conto che si tratta di laboratori clandestini), il suo effetto eccitante, tetanizzante, supera l'effetto miorilassante dell'eroina e quindi si hanno contrazioni tetaniche (il tossicomane dice: «Stiri le zampe»); se queste contrazioni raggiungono il diaframma questo non si abbassa più e si muore per asfissia.

2. Un secondo tipo di morte del tossicomane è perciò la morte da taglio, ad esempio con stricnina; ma la morte può intervenire anche per un altro meccanismo, provocato da un qualunque sostanza da taglio, tipo un barbiturico, che provoca ulteriore depressione respiratoria (paralisi bulbare).

3. Un terzo tipo di morte frequente: io sono in astinenza e quindi in tachicardia, e non ho i soldi per comprarmi l'eroina, e mi capita di comprarmi la cocaina: penso che facendomi un pò di coca «sballo», e quindi supero più facilmente l'astinenza da eroina; mi faccio un buco in cocaina, ma questa è un eccitante, che va ad agire su un cuore che si trova già in tachicardia e può facilmente provocare fibrillazione ventricolare e morte.

4. Un quarto tipo di morte è legato ad una malattia intercorrente, soprattutto l'epatite e l'epatite virale fulminante. Se il soggetto è defedato per vari motivi, l'agente patogeno è ancora più virulento, e quindi una epatite virale che magari un altro potrebbe sopportare, per lui è fulminante e conduce alla morte (atrofia gialla acuta).

Un'altra malattia è l'epatite cronica attiva, che sfocia in cirrosi epatica, anche perché, nel frattempo, io ho continuato a farmi: vi è già un processo che va avanti per conto suo e che magari porterebbe alla cirrosi fra 20 anni, ma se io al fegato in queste condizioni aggiungo l'alcool e varie altre porcherie, questo processo evolve in maniera più rapida e porta alla morte.

Il ragazzo che muore per cirrosi non va a finire sui giornali ma si tratta pur sempre di un morto per droga.

5. Un quinto tipo di morte: gli incidenti stradali che possono avvenire sotto l'effetto della droga, e non tanto per l'eroina (perché l'eroina è sì un depressore, però, dato che in genere uno non se ne fa tantissima (per risparmiarla, perché costa cara, se ne fa solo quanto basta per rimanere normale), quanto invece per l'effetto di un allucinogeno, per esempio Lsd; il ragazzo dice, poniamo, di trovarsi a Piazza Venezia e di vedere tutti i cavalli del monumento che gli piombano addosso; se questo ragazzo si fosse trovato in macchina, si può facilmente

immaginare quello che sarebbe potuto accadere.

Ancora caratteristico dell'allucinogeno è il famoso «buttarsi dalla finestra» credendo di saper volare che, in realtà, spesso non è un «credere di saper volare» quanto un disgusto talmente grande per se stessi, una disperazione divenuta cosmica, cioè senza possibilità di evoluzione nel tempo, che porta il tossicomane a pensare: «Se io sono disperato adesso sono disperato per sempre, non c'è più speranza per me; quindi l'unica cosa logica che io possa fare è di ammazzarmi, perciò mi butto dalla finestra».

6. Una sesta causa di morte molto rara è l'endocardite settica: io mi sparo dei batteri in vena, questi possono andare a localizzarsi in ogni parte, anche nel cuore, e determinare la morte.

Come si vede esistono tante possibilità di morte, che giustificano abbondantemente quel 33% in 10 anni, e considerate tutte le porcherie che i tossicomani si fanno, quelli che muoiono, obiettivamente, sono anche pochi; pensiamo solo ai cocktail più strani di cui fanno uso:

«Ho preso 35 Roipnol, poi mi sono fatto 3 fl. di Valium, poi ho anche bevuto». L'organismo ha una capacità enorme di resistenza, specialmente in funzione dell'assuefazione, e quello che a un non tossicomane potrebbe procurare la morte, non lo fa ad un assuefatto (dato che l'assuefazione non avviene solamente per gli oppiacei, ma è un fatto universale in natura).

Possiamo dire che la tossicomania è una crisi acuta di adattamento della durata media di 10 anni. Allora, se dopo 10 anni è più probabile guarire il tossicodipendente e l'handicap deriva dalle sue condizioni dopo 10 anni, chiediamoci quali sono gli obiettivi della terapia.

Il primo obiettivo della terapia non è certo quello di negare il fatto, ma è quello di evitare l'irreparabile, cioè evitare che il soggetto, per il fatto che usa una droga, si ammazzi, oppure contragga un fatto patologico tale che anche quando abbia superato la sua condizione di dipendenza, e quindi sia guarito, muoia per una malattia contratta prima del momento in cui aveva deciso di smettere.

È evidente che non esiste una ricetta miracolosa; però si è visto che chi è seguito in terapia, statisticamente ha meno probabilità di morire di chi non segue alcuna terapia idonea.

Dal punto di vista tecnico ci può essere un fatto propriamente fisico, di rinforzamento aspecifico dell'organismo: il soggetto defedato, cachettico, stressato, ridotto male, che viene rifocillato, curato, ecc., ha meno probabilità che in seguito un data dose diventi per lui una dose mortale.

Ma forse c'è qualcosa di più profondo, psicologico, quasi che la morte spesso non sia che un rifiuto inconscio della vita, un volontà di farla finita e quindi un atto di assoluta, totale disperazione.

Per esempio quell'incidente automobilistico che io inconsciamente ho desiderato, in una volontà assoluta di farla finita, perché tanto non esiste più speranza (questa mia disperazione esistenziale, cosmica, irreversibile).

A questo punto sembra quasi che l'aggancio terapeutico (il terapeuta, chiunque esso sia) possa rappresentare l'ultimo appoggio in aiuto, l'ultimo mancorrente a cui attaccarsi per evitare di uccidersi.

Questa forse è una spiegazione valida del perché chi viene curato adeguatamente muore con minore frequenza (statisticamente molto meno di chi non viene curato).

Il secondo obiettivo è il problema della felicità. Cioè la terapia deve tendere a farti star meglio, e se tu stai meglio, farai una vita meno infelice di quella che faresti se fossi lasciato solo, perché la vita del tossicomane è una vita infelice.

Dice Claude Olivenstein, uno psichiatra francese che si occupa di questi problemi, che «non ci sono drogati felici». Il n'y a pas des drogues heureuses è appunto il titolo del suo ultimo libro.

Questa è la sintesi assoluta, ed infatti se esistesse un drogato felice sarebbe inutile tutto quello che stiamo dicendo e facendo: il problema è che non esiste un drogato felice.

Infatti il benessere della droga è un qualcosa che è al di là delle condizioni possibili: io ottengo un bene che però poi pago; quindi la droga è una fregatura, razionalmente è una fregatura, perché mi dà il massimo, ma concentrato nel tempo, cioè mi concentra nel tempo quel benessere che fisiologicamente dovevo aver diluito, e se me lo ha concentrato, io dopo non ce l'ho più, me lo sono giocato tutto.

L'intervento terapeutico deve tendere a consentire una vita meno infelice. Ma come? Deve intervenire giorno per giorno; non ha senso un trattamento terapeutico di una sola settimana.

Questo povero «pacco postale» che gira per i vari ospedali e che ogni volta deve ricominciare da capo, con tutte le domande, sempre le stesse che si fanno per l'anamnesi: «Quanto è che ti buchi?», «Vuoi smettere?», ed altre banalità simili.

Proviamo a metterci, almeno una volta, dalla controparte: «Io ho provato a smettere, e per dieci volte mi sono visto la psicologa che viene, con l'aria contrita e compunta a dirmi che mi vuole aiutare, magari con il trip missionario e redentore o con il narcisismo caratteristico dell'operatore».

Il narcisismo dell'operatore: «Io sono l'operatore, ti do il mio amore e tu devi lasciare quella donnaccia dell'eroina per me».

«Se questo non lascia la donnaccia dell'eroina, allora offende me, perché non gli basta il mio amore, e io non sono onnipotente come pensavo; allora tu devi pagare, sei cattivo: torna dalla tua donnaccia, non sei degno del mio amore».

Questo è un discorso manicheo, che rende vano qualunque tipo di effetto terapeutico, se non stiamo molto attenti.

Quante volte il terapeuta si sente ferito nel suo narcisismo perché l'ammalato non guarisce: «Ma come? Io ho fatto il possibile per te; ti ho accudito, ho fatto di tutto, dovresti ricompensarmi e tu continui a preferire la droga; quindi non mi ami. Allora vattene, sono geloso dell'eroina, perché l'eroina è più forte».

Da qui la giustificazione dei comportamenti anche inconsciamente punitivi, magari mascherati da impellenti necessità burocratiche!

Terzo obiettivo fondamentale della terapia è la riscoperta di alternative. Vuol dire che un intervento terapeutico deve catalizzare, cioè accelerare qualcosa che, fisiologicamente, avverrebbe comunque ma in tempi molto più lunghi.

Il processo terapeutico deve catalizzare la riscoperta di alternative; l'alternativa è tutto ciò che non è legato alla droga, cioè qualunque cosa per la quale valga la pena di vivere indipendentemente dal ricorso alla droga.

Può essere un amore, un lavoro, un interesse, una contemplazione, un hobby cioè qualcosa che abbia un'intensità emotiva ed un'attrattiva superiore a quella della droga; potrà anche esserci parità di valore, però siamo avvantaggiati dal fatto che l'attrattiva della roba, fatalmente, è destinata a diminuire, per il processo di assuefazione e di abitudine, per il passaggio dalla luna di miele all'amore-odio e all'odio.

Quindi, se all'inizio io non ho alternative, man mano che passa il tempo le alternative inevitabilmente compaiono, perché incontro la gente, perché vivo, perché maturo, perché invecchio; e quelle mie condizioni psico-patologiche che erano alla base del mio bisogno di droga, man mano che il tempo passa si modificano ed io stesso mi modifico, mi rassegno, mi abituo, faccio altre cose.

Il bello della droga tende a diminuire e, quando si arriva a questo punto, si accende la lampadina. Solo ora noi possiamo anche pretendere che il ragazzo si disintossichi e sperare nella guarigione totale (che è pur sempre, peraltro, un compromesso).

Quindi l'obiettivo della terapia è fare in modo che questo processo, che normalmente può avvenire in 10 anni, possa avvenire in 7-8 anni e facilitare la riscoperta di alternative, fare in modo che il ragazzo collabori attivamente. Però noi lo dobbiamo aiutare. Lui ha la sua psicopatologia di base che gli impedisce di sopravvivere senza un supporto esterno, un farmaco antidepressivo (l'eroina), (una stampella, una grucciona) e si trova in un circolo vizioso dal quale non è in grado di uscire da solo.

La droga è il cemento che riempie i vuoti del suo io. Quindi la terapia è un lungo cammino, da percorrere insieme, il tossicomane e chi regge le fila della terapia, cioè la

persona che riesce ad entrare in rapporto con lui, in uno scambio empatico di vibrazioni.

I radicali delle vibrazioni che due individui si scambiano possono essere positivi o negativi: il radicale negativo porta l'antipatia, e quindi la chiusura del rapporto prima ancora che questo si instauri; mentre il radicale positivo fa nascere una scintilla di simpatia, di pathos da condividere, da mettere in comune, la possibilità, quindi, di intervenire in maniera terapeuticamente valida.

Di conseguenza il terapeuta non è necessariamente il medico o lo psicologo, ma una persona che sia in grado di rappresentare un modello di identificazione e di influire positivamente sui comportamenti del ragazzo, cercando di non pretendere l'impossibile, ma tentando sempre di osare l'osabile, in relazione al singolo; e quindi, ogni volta, rimettendo in discussione i propri comportamenti ed anche le proprie abitudini terapeutiche.

Concludendo, nella terapia della tossicomania tutto è relativo; non esiste il Vangelo, non esiste la verità, tutto è utile o non lo è in funzione dell'individuo e quello che serve oggi può non servire domani; quindi l'abilità del terapeuta consiste nel capire quel ragazzo in quel momento, e che cosa si possa giocare (metadone / non metadone, ospedale / non ospedale, comunità terapeutica / non comunità terapeutica, un viaggio, ecc.) sapendo però sicuramente che tutto potrebbe essere destinato all'insuccesso momentaneo, e quindi tenendo sempre una carta di riserva: quando manca questa carta di riserva c'è solo la disperazione che può portare alla morte.



## Quarta lezione

Tossicomania giovanile come «malattia nuova».

Il metadone: limiti dello svezzamento.

*La tossicomania giovanile* è una «malattia nuova», rispetto alla tossicomania classica, che è sempre esistita da che mondo è mondo, reclutando i suoi adepti tra il medico, che si prescriveva ricette di morfina, o il frequentatore di certi ambienti letterari e salotti, che consumava cocaina; oppure, in altre culture e tradizioni, il contadino dell'estremo oriente, che masticava o fumava l'oppio, il sud-americano che evitava di sentire i morsi della fame masticando le foglie di coca. In ogni caso la tossicomania classica era ed è sempre limitata ad alcune cerchie di persone ben definite. Con la tossicomania giovanile la cerchia si è estesa appunto alla categoria dei giovani.

Alcuni anni fa la curva di massima frequenza del fenomeno, in funzione dell'età, cadeva tra i 18 e i 25 anni; ancor oggi la situazione è sostanzialmente identica.

In passato si poteva dire che il fenomeno era recente, appena sorto, e che bisognava aspettare alcuni anni in modo che i soggetti crescessero e si avesse uno spostamento *a destra* della curva in cui si può sintetizzare l'andamento del rapporto tra numero di casi ed età: invece ciò non è successo, vale a dire che, a trent'anni, di tossicomani ce ne sono molti di meno. E qui torna la cosiddetta legge del 33 % di cui abbiamo parlato in precedenza, per cui a 30 anni 1/3 dei ragazzi è guarito, cioè ha trovato un compromesso tra le sue esigenze e quelle dell'ambiente che lo circonda, 1/3 rimane ai margini della società da tossicomane più o meno legale, e 1/3 è morto.

Di conseguenza la tossicomania giovanile deve essere considerata una malattia nuova, proprio perché è concentrata nella fascia di età tra i 18 e i 25 anni, quindi per un criterio epidemiologico, e anche per un criterio fisico, perché la sintomatologia, cioè la s. di a., non è poi così grave come quella che veniva descritta nei libri; questo perché, in genere, l'eroina che viene smerciata e comprata per strada è sempre un'eroina da taglio e in realtà la quantità di sostanza che viene effettivamente iniettata non è enorme e non determina un'enorme dipendenza, né un'astinenza particolarmente rilevante quando viene a mancare. Ciò non vuol dire che la s. di a. non sia un fatto doloroso, una sintomatologia acuta, una sindrome, quindi un fatto patologico, e che come tale vada curata: ma non è esattamente come quella tradizionale descritta nei libri.

Probabilmente ci stiamo avvicinando oggi ai tossicomani veri e propri, dal momento in cui è invalso l'uso di somministrare loro morfina, perché la morfina medicinale è pura, e come tale dà s. di a. sempre più grave, in quanto questa è tanto maggiore quanto maggiore è la quantità reale di sostanza assunta, e quanto maggiore è la durata dell'assunzione. Chi si droga con eroina da strada non è mai in grado di sapere esattamente a priori quale sia il grado di purezza della droga che si inietta, e quindi la reale quantità di sostanza che assume.

Da una serie di analisi effettuate su diversi campioni di eroina, sono emerse percentuali che vanno dal 5 al 100% di purezza; il che vuol dire che tra un campione e l'altro, a parità di peso, ci può essere un'attività ben venti volte maggiore. Nel giro della mala, la vendita un tantum ad un tossicomane, divenuto scomodo, di eroina pura può essere un buon sistema per farlo fuori, facendolo morire di overdose.

In assenza di un criterio oggettivo preventivo, la discriminazione tra i campioni di eroina è lasciata a criteri soggettivi a posteriori, per cui i vari tipi di eroina sono classificati a seconda della bontà e della potenza degli effetti.

Se dunque nemmeno il tossicomane sa quanta eroina assume al giorno, per un medico che

debba curarlo è del tutto inutile far riferimento alle quantità anamnesticamente riportate. Ciò è tanto più valido in quanto il paziente avrà tutto l'interesse ad esagerare le quantità riferite («Mi faccio un grammo al giorno! Due grammi al giorno!») nella speranza di svoltare una terapia sostitutiva più vantaggiosa, e dovendo tener sempre in preventivo che la controparte farà a priori una tara.

Di conseguenza si instaura un meccanismo analogo a quanto avviene con le compagnie di assicurazione in caso di incidente automobilistico: l'infortunato si fa sovrappagare il danno, partendo dal principio che la compagnia di assicurazione opererà sicuramente un taglio del 50%. Quanto più il tossicomane avrà la sensazione di avere di fronte un medico ignorante, tanto più tenderà a sopravvalutare la sua sindrome, proprio per evitare che il trattamento sia inadeguato, ed anche perché la mancata fiducia nella controparte di per sé agisce come fattore ansiogeno e quindi di aumento della sintomatologia astinenziale.

Il ritrovamento di percentuali variabili di sostanza pura nella droga da strada attorno agli anni '75 ha fatto sì che non si tenesse conto in modo adeguato del fenomeno della tossicomania. Culturalmente, poi, se noi osserviamo l'evoluzione del fenomeno (che è nato in Italia attorno al '72-'74), vediamo che all'inizio l'opinione pubblica l'ha rifiutato.

Come l'ha rifiutato? Nel momento in cui si vedevano i primi tossicomani, proprio perché non vi erano quei sintomi clamorosi di astinenza descritti dai libri o raccontati nei film, c'è stata la negazione del fenomeno, per cui tutti i politicanti, con il concorso di medici, hanno detto che la tossicomania giovanile in realtà non esisteva, chiamando il fenomeno pseudoeroinismo giovanile ed affermando che non si trattava di tossicomani, ma di gente che credeva di essere tossicomane e che si faceva dell'eroina talmente tagliata che, in realtà, in pratica non era eroina. Quindi non ci poteva essere s. di a., e non si doveva curarla con farmaci sostitutivi ma bastavano il Valium e qualche flebo.

Questa veniva perciò considerata una crisi solamente a livello psichico.

Gli anni successivi hanno abbondantemente smentito questa visione da struzzi, che peraltro tante inutili sofferenze ha portato a chi avrebbe più adeguatamente dovuto essere curato e non lo è stato.

Dopo che tanta acqua è passata sotto i ponti, possiamo considerare tutto ciò come una forma di rifiuto culturale da parte dell'opinione pubblica e dei suoi più zelanti interpreti nei confronti dell'esistenza di questa nuova forma di tossicomania, che chiamiamo giovanile.

Il ragazzo veniva ricoverato in ospedale e nessuno gli faceva una terapia di svezzamento corretta, ma veniva trattato, per esempio con flebo: e noi sappiamo bene che fare una flebo ad un ragazzo in s. di a. vuol dire farlo stare peggio, e cioè aumentare la s. di a., perché si sottopone l'organismo ad una diuresi forzata.

Questo è un errore grave, commesso tuttora, perché alla flebo viene attribuito un valore catartico, di purificazione; tutto ciò si fa senza pensare che non è questo il vero problema, ma è quello di far superare la sintomatologia dolorosa di astinenza, in maniera più o meno accettabile, ricordando sempre che quando io supero l'astinenza, in qualunque modo io la superi, il risultato non cambia, il prodotto è uguale; e cioè ho superato la dipendenza fisica, ma mi rimane quella psichica e quella psico-fisica, che sono le più gravi e importanti.

Il fatto che i genitori mandino il figlio in una clinica in Svizzera e spendano milioni, è solo frutto di ignoranza, e siccome i genitori hanno in materia abbondanti sensi di colpa, più spendono e più sembra loro di riparare al fatto di avere un figlio tossicomane.

Nella realtà non esiste nessun metodo che possa contemporaneamente far superare, oltre alla dipendenza fisica, anche quella psico-fisica, perché questa deriva dal meccanismo dell'endorfina, per il quale non è stato ancora inventato nessun sistema di contrasto; quindi tanto vale far superare la dipendenza fisica nel modo più accetto al tossicomane, perché se noi gliela vogliamo far superare a modo nostro, cioè con la costrizione, lui ha in mano la possibilità di vanificare tutti i nostri sforzi, perché «si rifà», e noi, invece, dobbiamo cercare di aiutarlo, e possiamo farlo con la terapia.

## La terapia

La terapia è un grosso coacervo in cui dobbiamo cercare di evitare l'errore di mettere in contrasto, e in antagonismo tra di loro, interventi terapeutici completamente differenti e che hanno differenti obiettivi. Il discutere se un metodo è migliore di un altro (ad esempio metadone o comunità terapeutica) significa considerare oggettivo e costante il substrato su cui la terapia si pratica, il che è impossibile, perché non esiste un tossicomane uguale ad un altro o uguale a se stesso in relazione al tempo che passa.

Il metadone è una droga pesante, legale, sintetica che appartiene, grosso modo, alla categoria degli oppiacei. Se noi per oppiaceo definiamo una sostanza che deriva dall'oppio, il metadone, che è sintetico, non può essere definito un oppiaceo; ma se ad oppiaceo diamo un significato più ampio, anche il metadone lo è. Noi lo definiamo tale, insieme ad altre sostanze con le quali dà il fenomeno della dipendenza crociata: cioè, se io dipendo da una sostanza di questa famiglia, automaticamente dipendo dalle altre; vuol dire che se io vado in astinenza per una certa sostanza, l'astinenza mi può essere sanata da un'altra delle sostanze della stessa famiglia.

La differenza fra queste sostanze è di forza, e questa dipende dal loro contenuto di principio attivo; ad esempio il laudano è molto diluito, tanto che si dà anche ai bambini, l'oppio è la sostanza «bruta» e contiene una grande quantità di eccipiente, la morfina è più forte, e l'eroina è ancora più forte, perché nasce dalla diacetilazione, cioè da due acetilazioni della morfina.

Il metadone, come terapia dei tossicomani, nasce attorno alla metà degli anni '60, negli Stati Uniti d'America, per iniziativa di uno scienziato, un certo Dole, il quale osserva che, rispetto agli altri oppiacei, il metadone ha alcuni vantaggi: primo, ha una emivita più lunga, cioè si elimina dall'organismo con una velocità minore e copre l'organismo per 24 ore, mentre l'eroina lo copre per 6 ore; secondo, è attivo per via orale, contrariamente all'eroina e alla morfina, che sono poco dosabili per via orale; quindi la somministrazione di metadone decondiziona dal «buco»; terzo, dà una minore assuefazione, non che non ne dia, ma ne dà di meno, per cui se io comincio oggi, per esempio con 10 mg. di morfina, e 10 mg. di metadone, e continuo tutti i giorni, dopo un anno, per ottenere lo stesso effetto, di metadone dovrò prenderne 30 mg. e di morfina dovrò prenderne 1/2 gr.

L'assuefazione è legata parzialmente anche al gusto, e il gusto della sostanza presa per bocca è diverso da quello di una sostanza assunta per vena: per vena per ottenere il gusto, cioè per dare il «flash», si deve più drammaticamente aumentare la dose, altrimenti si prende una dose di mantenimento che però non dà piacere.

La sostanza, presa per bocca non mi dà piacere ma mi fa stare discretamente, o normale. Per questi motivi, secondo l'ipotesi di Dole, il metadone è preferibile alla morfina e all'eroina; ma vi è anche un quarto motivo: mentre la morfina e l'eroina da strada sono tagliate, il metadone è puro.

Dole ha anche pensato che, visto che il ragazzo svezzato continua a star male, forse la terapia, invece di essere disintossicante, potrebbe dover essere intossicante, al fine di cristallizzare la situazione ed evitare guai maggiori: «tanto vale dare una dose elevata di metadone, che faccia stare bene il soggetto, in mantenimento».

Quindi il metadone nasce come ipotesi di terapia di mantenimento, e vi sono due aspetti generali della terapia metadonica, due concetti completamente diversi che non hanno niente a che vedere l'uno con l'altro: la terapia metadonica di svezzamento e la terapia metadonica di mantenimento.

La terapia che viene usata attualmente in Italia, in genere è terapia di svezzamento e si ottiene dando una certa quantità iniziale di metadone e diminuendola nei giorni successivi.

In quanto tempo? Purtroppo si seguono schemi prefissati mentre si dovrebbe tener conto soprattutto delle possibilità del paziente.

La gente confonde i due tipi d'intervento e in generale, parlando di metadone, s'intende una realtà omogenea. Si tratta invece di una realtà completamente disomogenea, ed è completamente diverso il concetto di svezzare uno in 20 giorni da quello di mantenerlo per

degli anni alla stessa dose.

Vediamo quali sono i principi dell'uno e dell'altro e come si fa a metterli in pratica.

### *Svezzamento con metadone*

Se si chiede ad un bambino delle elementari come si disintossica un drogato, lui risponderà: «Togliendogli la droga un po' per volta».

Quindi se perfino un bambino sa questo, non si capisce perché gli adulti si debbano ostinare a cercare i metodi più strani per svezzare un tossicomane quando il prodotto finale non cambia.

E qui torna sempre a galla la volontà punitiva, cioè di far pagare il tossicomane per quello che ha fatto, per i suoi peccati da espiare con la sofferenza.

La terapia idonea bisogna concordarla con il ragazzo, senza basarsi sull'anamnesi, ma su dati obiettivi.

Prima di tutto non si deve mai prescrivere una terapia sostitutiva se il paziente non si trova in astinenza, altrimenti si corre il rischio di drogare inutilmente una persona; infatti, anche l'eroinomane più assuefatto può trovarsi in una fase in cui non ha bisogno di terapia sostitutiva e poiché non ci dobbiamo fidare dell'anamnesi, se lui ci dice che si fa, per esempio, 1 gr. al giorno, si aspetta finché sta male, finché entra in crisi di astinenza.

Non è necessario aspettare che faccia grandi scene, perché esistono segni oggettivi per riconoscere la s. di a., ed infatti le scene le riserva agli ignoranti, ma le evita se trova qualcuno che lo rassicura e che conosce la materia.

Allora il medico, un pò per il racconto anamnestico, un pò per un criterio oggettivo, gli somministra una dose di metadone che, ad occhio, per esperienza, ritiene sia giusta in quel particolare caso, e può essere una quantità X: poi si aspetta 24 ore.

A questo punto ci sono tre possibilità: che la dose sia troppo bassa, che sia eccessiva o che sia giusta. Se la dose è bassa, dopo un certo numero di ore il ragazzo comincerà a star male e allora si dovrà aumentarla; se la dose è eccessiva, sarà sconvolto, cioè sarà «fatto», sarà bradipsichico, e si gratterà (il fatto di grattarsi, specie il volto, quando si è «fatti», è un discorso profondo: è un fatto di godimento, è un tornare in fondo nel ventre della madre; infatti il bimbo, quando sta bene, si gratta, e altrettanto, nelle stesse condizioni, fa la scimmia. È un fatto ancestrale, di ritorno in un'altra dimensione, una dimensione trascendente); la terza possibilità è che sia coperto per una ventina di ore e che poi ricominci ad avere gli stessi sintomi, nella stessa quantità che aveva prima: questo è un segno che la dose era giusta.

Perciò in due giorni, si trova la dose giusta: lo si fa stare tre giorni tranquillo, cioè gli si dà la stessa dose; dopo di che si comincia a scalare.

Bisogna scalare in funzione della dose iniziale e della capacità del paziente (ad esempio, partendo da 30 mg. e scalando di 2 mg. al giorno). Però può capitare che, per un qualunque motivo, il ragazzo non sopporti la diminuzione: ammettiamo che la componente soggettiva e ansiosa, per un fattore esogeno, esterno, aumenti. Allora quella dose non gli basta più.

A questo punto ci sono due possibilità.

La prima è che si parta dal presupposto che il medico è depositario della verità, e quindi deve continuare a scalare. Ma se al ragazzo la dose non basta più, va a farsi un buco, e questo è molto drammatico perché, per una sorta di reazione anamnestica (come il vaccino, in cui il richiamo determina la reazione anamnestica dell'organismo, e vuol dire che il tempo di liberazione degli anticorpi, alla seconda somministrazione, è nettamente inferiore a quello della prima, perché c'è lo stampo, in cui l'organismo è già programmato, cioè si ricorda, e libera gli anticorpi), l'organismo ricorda quale era il suo livello di assuefazione, e quindi basta un solo buco per ritornare alla condizione iniziale.

Così, mentre il medico continua imperterrito a scalare il metadone, tutto il suo lavoro non serve più a niente.

La seconda possibilità è quella di seguire il paziente giorno per giorno, adeguando lo scalare alle sue possibilità; e quando si sarà arrivati alla fine, nulla vieta che gli ultimi 5-10

mg, che non hanno un grosso significato farmacologico, ma solo un valore protettivo, possano continuare ad essere somministrati se al ragazzo servono per sentirsi protetto.

C'è la cosiddetta legge dei 21 giorni, che consiste nel concludere lo svezzamento entro questo periodo: è una legge americana e nasce da una situazione tipica di quell'ambiente; perché in America chi entrava in mantenimento, dava diritto all'Agenzia, che provvedeva al mantenimento, di ricevere una sovvenzione giornaliera da parte dello Stato; ed è quindi un fatto puramente economico.

In quella fase occorre un criterio oggettivo per stabilire quale fosse la differenza tra svezzamento e mantenimento: si stabilì quindi che tutte le terapie che si concludono entro le tre settimane devono essere considerate di svezzamento, mentre le terapie che si protraggono più di tre settimane diventano di mantenimento.

Tutto questo nella legislazione italiana non esiste; quindi nessuno vieta che lo svezzamento duri un mese o un mese e mezzo; come pure che duri tre giorni: può durare solo pochi giorni quando il soggetto è fortemente motivato.

Allo stesso modo niente vieta che lo svezzamento si faccia con la camomilla, o con l'acqua fresca, o con niente, e questo serve al ragazzo per dimostrare agli altri, ma soprattutto a se stesso, che è capace di fare qualcosa di positivo.

Nella terapia del tossicomane tutto è relativo, bisogna ipotizzare tutto e il contrario di tutto e l'abilità del terapeuta consiste nel capire quale sia, per quel ragazzo, in quel momento, la cosa migliore, stando sempre pronti a cambiare radicalmente il giorno dopo.

Ritornando allo svezzamento con il metadone, diciamo che anche quando la terapia sta per finire, è utile un appoggio con altri farmaci, ad esempio gli ansiolitici, come il Valium e il Lexotan; gli antidepressivi, come il Laroxil e il Limbitril; gli antalgici, come il Flectadol o l'Aspegic 1000, i miorilassanti, come il Lyseen.

Noi, contemporaneamente, facciamo in genere una fiala di Valium e due di Flectadol 1000 e 1 di Lyseen: il Valium, oltre all'effetto ansiolitico, rinforza l'effetto miorilassante del Lyseen, nel mentre è stato dimostrato che l'acetilsalicilato di lisina (Aspegic o Flectadol) aumenta nel soggetto la concentrazione di endorfina.

Quindi lo svezzamento si può fare in tanti modi; il più corretto è quello eseguito con una terapia sostitutiva, cioè con metadone, scalando e adeguando questo alle possibilità del paziente, ed aiutandolo anche, specialmente quando la quantità di terapia sostitutiva viene meno, con un altro tipo di farmaci. Questi possono anche essere i sonniferi da usare la sera, anche associandoli con un antistaminico, ad esempio il Fargan; l'importante è che il ragazzo dorma, stia tranquillo, stia bene.

Alla fine potrebbe essere utile anche l'agopuntura, per superare il momento dello stacco completo, perché sappiamo che questa funziona con il meccanismo di liberazione di endorfina. Nulla vieta che, anche nel corso del trattamento, quando diminuisce il metadone, oltre la terapia sostitutiva, si possa fare dell'agopuntura, per il suo effetto ansiolitico, rilassante.

A questo punto abbiamo ottenuto che il ragazzo, che senza droga si trovava in s. di a., senza droga sta normale, o apparentemente non male: ma in realtà abbiamo ottenuto molto poco.

A questo punto dobbiamo inventare qualche cosa che consenta di farlo sopravvivere; e questo dovrebbe avvenire prima dello svezzamento, perché è inutile svezzare, eliminando questo farmaco antidepressivo che è l'oppiaceo, chi non ha nessuna motivazione per desiderare di essere disintossicato.

Se poi il soggetto resta disintossicato 1, 3 o 6 mesi, è un fatto secondario, anche se positivo, perché nel periodo in cui è svezzato, il fisico finalmente respira. Però l'esperienza insegna che il soggetto disintossicato prima o poi ricomincia; si disintossica e poi ricomincia, e poi finisce in galera; poi si mette a spacciare e così via, cioè la sua vita, in genere, passa tra la piazza, l'ospedale e la galera: c'è gente che ripete questo ciclo 10-15 volte.

Allora gli americani si sono domandati, e anche noi ci domandiamo, se si debba continuare, come se fosse sempre la prima volta, ad illuderci, col proporre al ragazzo sempre lo stesso modello, dal momento in cui questo modello è foriero di un successivo

incarceramento, di un successivo andare in piazza, di un successivo tornare a «farsi»; tutto questo è assurdo, e si deve allora trovare un altro modello.

E qui torna la questione della durata della tossicomania: se la tossicomania giovanile - diciamo - ha un arco di durata di 10 anni, e se noi ammettiamo che l'atto di bucarsi è solo il sintomo di un malessere più generalizzato, a monte, non ha alcun senso curare solo il sintomo. Se noi focalizziamo tutto sul sintomo, questo si rinforza. Noi mandiamo al tossicomane questo messaggio: «Tu stai male perché ti fai», mentre lui sta male perché non riesce a sopravvivere senza droga, ed è questa la sua malattia. Si droga perché sta male, più che star male perché si droga. Quindi è inutile che noi, a priori, gli neghiamo l'ultimo anello di questa sua malattia, cioè la droga, che spesso è una sorta di compenso alla sua incapacità a vivere.

Partendo da questo presupposto nasce l'ipotesi del mantenimento, che è un'ipotesi molto seria ma che viene ancora, attualmente, poco considerata in Italia. Penso però per poco tempo. Infatti tutto avviene sotto la pressione dell'opinione pubblica; nel momento in cui esistono solo tre tossicomani, anche se soffrono, se vanno in galera, se muoiono, ecc., alla massa non importa niente; ma quando i tre tossicomani diventano tremila, e quindi hanno decine di migliaia di parenti, questo crea l'opinione pubblica. Si è già visto infatti come è cambiato l'atteggiamento nei confronti del problema e come ora vi sia una maggiore sensibilità sociale.

Alla base del mantenimento c'è questa ipotesi: «Io ti assicuro la tua quantità di droga giornaliera, così tu puoi dedicarti alla ricerca di alternative (che è il terzo obiettivo della terapia), e non hai «l'acqua alla gola», fai una vita meno infelice perché sei coperto, non dipendi dagli altri. Così facendo, diminuisce anche il numero dei morti.»

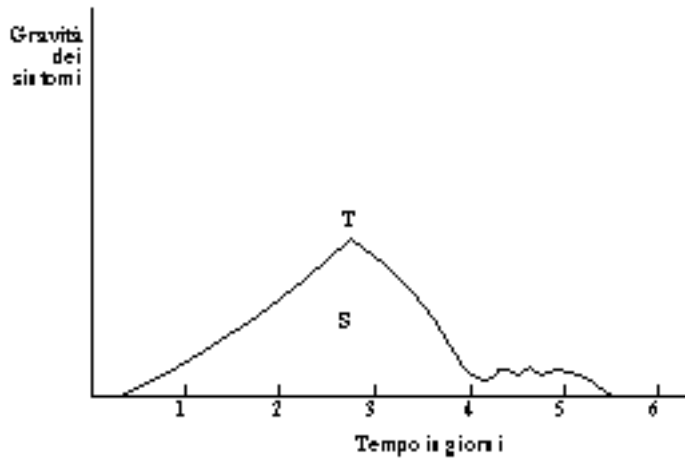
Infatti si è visto che i ragazzi in mantenimento metadonico, al contrario di ciò che può pensare la gente, muoiono molto meno di quelli che sono scoperti; ciò avviene perché se si somministrano, per esempio, 80-100 mg. di metadone al giorno, che è una dose forte, si intossica il ragazzo e, se questo poi si buca, non è vero che l'overdose sia più facile, forse perché subentra probabilmente il fenomeno del blocco dei ricettori, che sono già impregnati tutti della forte dose di metadone. Tanto è vero che la teoria iniziale di Dole affermava che il metadone doveva essere dato in alte dosi proprio per determinare l'effetto blocco, e diceva che il ragazzo, così saturo di metadone, una volta che si fosse bucato, non avrebbe sentito niente, cosa che avrebbe prodotto un decondizionamento (Teoria della Impregnazione metadonica).

Poi è sorta un'altra corrente, che propone il metadone in mantenimento alla dose minima capace di non sviluppare una s. di a.

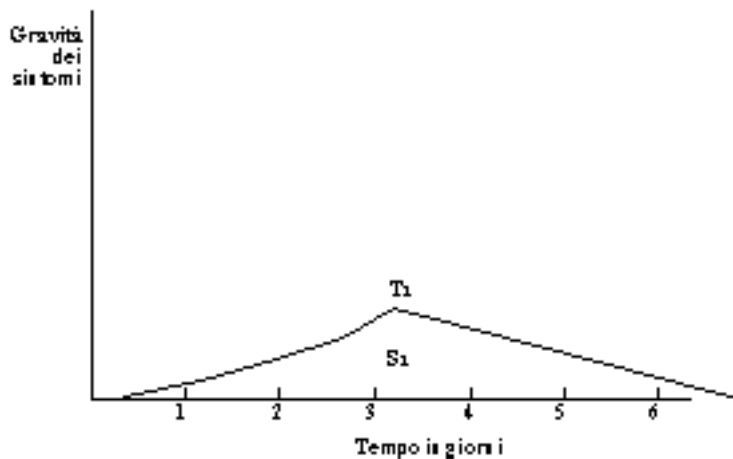
Quindi ci sono due correnti diverse. Ma assolutamente secondario, anche se è il vanto di molti medici, è di aver ridotto le dosi di metadone: è come quel contadino che aveva abituato l'asino a mangiare sempre di meno, ed era riuscito a svezzarlo completamente fino a non farlo più mangiare; solo che però dopo l'asino è morto.

La stessa cosa avviene spesso con la droga.

### Sindrome di astinenza da eroina



### Sindrome di astinenza da metadone



La s. di a. da metadone, rispetto a quella da oppiacei, è antipatica e se facciamo un grafico vediamo che nell'astinenza da eroina la linea sale progressivamente fino a raggiungere un punto dal quale con la stessa frequenza con cui è salita, scende, e poi c'è la coda.

Con l'astinenza da metadone, la curva del grafico sale, non raggiunge un'acme tanto elevata come l'oppiaceo, però, quando quella della morfina è arrivata a zero, questa continua. Quindi è meno acuta ma più prolungata.

La superficie dell'area, che è sottesa in queste due curve è uguale; cioè, il complesso di sofferenza che si deve pagare all'eroina, è uguale a quello che si deve pagare al metadone, solo che per l'eroina è concentrato, e nell'altro caso è diluito.

Tutto ciò avviene se il trattamento metadonico viene protratto per un lungo periodo; ma se la s. di a. viene eliminata in poco tempo, cioè con lo svezzamento, non basta il tempo per determinare una dipendenza forte dal metadone e, in realtà, quella s. di a. da eroina con un

trattamento metadonico si ammortizza, si diluisce in 20 giorni anziché in 5, e quindi quel poco di sofferenza che ne consegue è accettabile: in realtà, un po' di sofferenza ci sarà sempre, perché non esiste un metodo capace di far superare l'astinenza senza un minimo di sofferenza.

Parlare perciò di metadone, senza dire se è metadone di mantenimento o di svezzamento, non ha senso.

Dallo svezzamento non ci possiamo aspettare che il ragazzo guarisca, ma che riesca a stare per un certo tempo senza prendere droga, senza stare «a rota».

Quindi lo svezzamento con il metadone, con il Catapresan, con il guru Maraji, con il «tacchino freddo», con la camomilla, con il Valium, con le flebo, ha un'importanza secondaria ai fini della prognosi futura: ha invece un'importanza rilevante per il paziente.

Il guru è il santone dal quale si può sviluppare una dipendenza psichica: ci si mette a contemplare il santone, oppure una persona dalla forte personalità, e qualsiasi cosa dica di fare si esegue, fosse anche il «tacchino freddo». Quindi la componente soggettiva della s. di a. viene diminuita, e non tende verso l'aggravamento dei sintomi, bensì dalla parte opposta perché si desidera superare i sintomi e la dipendenza da una certa persona porta a fare qualsiasi cosa per lei.

Molti sono guariti in questo modo, ma, in realtà, la dipendenza psichica dalla droga si è trasferita su una persona: è questo il meccanismo che si cerca di applicare nelle comunità terapeutiche, specialmente quelle chiuse; cioè passare dalla dipendenza da una sostanza, alla dipendenza da un ambiente, da una persona, da un'istituzione, da un'ideologia.

Le comunità terapeutiche, specie quelle fortemente caratterizzate ideologicamente, hanno buon effetto, sia che l'ideologia si rivolga a Gesù Cristo, che alla rivoluzione comunista, o al guru Maraji: sono sempre elemento di coesione, di protezione, che stimola il sistema nervoso del ragazzo, il quale è un debole e quindi un plagiabile, un influenzabile, e lo rivolge in direzione opposta a quella dell'oppiaceo, favorendone la capacità di reazione.

Per dire se un ragazzo è guarito non vi è un criterio unico di giudizio. Tutto consiste nel mettersi d'accordo su che cosa vuol dire «guarito».

Anche quello che ha seguito il guru, e lo si trova sulla piazza a suonare il tamburo ripetendo in continuo una cantilena, vestito da indiano, non si sa se definirlo guarito o malato: tanto più che al momento di uscire dal Gruppo rassicurante c'è sempre la possibilità di riprendere a bucarsi, soprattutto se viene meno la dipendenza psichica dalla istituzione «terapeutica» in senso lato.

Più era stato folgorante l'insorgere di tale nuova dipendenza, più possibile e facile sarà la delusione successiva, una volta che sia venuta meno l'iniziale infatuazione.

Un altro termine fondamentale che non è stato mai chiarito, né mai potrà esserlo, se non per convenzione, è per quanto tempo il soggetto non debba bucarsi per essere considerato «guarito».

A me è capitato di vedere rifarsi ragazzi che per ben quattro anni avevano condotto una vita accettabile, e comunque senza eroina. Certamente questi ragazzi nelle aride statistiche sarebbero finiti tra i successi.

Quindi non si può affermare che esista un criterio oggettivo per stabilire chi sta male e chi sta bene; possiamo solo dire che la guarigione ha una serie di parametri, i quali sono, ad esempio, il grado di inserimento sociale, la frequenza o meno di attività criminali, l'uso o meno dell'eroina, l'aver o meno un lavoro, l'aver o meno una famiglia. Questi sono i parametri a cui potremmo assegnare, al limite, un punteggio e dire per esempio che fino a 60 non si può considerare guarita una persona e da 60 in avanti sì.

Statistiche simili perciò possono servire solo ad una opinione pubblica assetata disperatamente di miracoli, che cerca la panacea, che cerca, di fronte ad un fatto apparentemente insormontabile, un elemento rassicurante, senza sapere, o forse inconsciamente sapendolo, che la panacea non esiste.



## Quinta lezione

Mantenimento metadonico. La terapia di morfina.  
La normativa sui trattamenti sostitutivi

### *Metadone e mantenimento*

Consiste nella intossicazione del soggetto con metadone; si può attuare partendo dal presupposto che esiste un certo numero di ragazzi che, disintossicati, non riescono a star bene, e forse non vi riescono perché il loro livello di endorfina non è normale o comunque in quel momento non è tale da consentire la sopravvivenza senza l'involucro protettivo, rassicurante e antidepressivo dell'oppiaceo.

Allora si tratta di scegliere il male minore, che è sicuramente il metadone, perché ha delle caratteristiche particolari che lo avvantaggiano rispetto agli altri oppiacei.

Come abbiamo accennato nella precedente lezione, sul dosaggio del metadone vi è una discussione tra due correnti americane: la prima, enunciata da Dole, e la seconda, posta come emendamento della prima.

La prima corrente propugnava il mantenimento metadonico a dosi elevate, a 80, 100, 120 mg. di metadone al giorno, per arrivare alla «impregnazione metadonica» e, probabilmente, al blocco dei recettori, per cui, se anche il ragazzo si fosse fatto una iniezione di eroina, non ne avrebbe sentito l'effetto: questo trattamento non porta significative differenze nei tempi di reazione, ed è del tutto compatibile con una vita normale (anche con il guidare una macchina).

La seconda corrente propugna il mantenimento metadonico alla dose minima necessaria per non far comparire i sintomi dell'astinenza.

Questo perché il mantenimento metadonico non è considerato da nessuno una condanna a morte, contrariamente a quanto avviene in Italia, dove si pensa ancora che rappresenti una condanna irreversibile nel senso che qualcuno a sangue freddo, decide che l'altro per tutta la vita, dovrà essere un tossicomane metadonomane; questo non è vero perché il metadone, come viene dato, così può essere tolto come qualunque altro oppiaceo, naturale o sintetico; anche se è vero che può essere difficile toglierlo, e scendere da 100 mg. a zero è un'impresa che comporta la necessità di almeno 6 mesi di tempo, mentre scendere da 40 mg. a zero è evidentemente un'impresa più facile.

Contrariamente a quello che si pensa l'overdose è più facile quando la copertura metadonica non è totale e, praticamente, si è visto che questi ragazzi muoiono più facilmente di quelli che hanno una impregnazione metadonica, specie se la dose di metadone è inferiore a quella necessaria per «coprire» del tutto il soggetto.

### *Terapia di morfina*

Recentemente, si è sviluppata una polemica sull'impiego della morfina, tanto che in Italia si sono subito creati il partito della morfina, il partito dell'eroina e il partito del metadone; tutto questo si basa sull'assoluta ignoranza della morfina e del metadone, perché la cosiddetta terapia di morfina è assolutamente insostenibile dal punto di vista tecnico-scientifico, almeno nei termini in cui è stata presentata: cioè come morfina a scalare; in realtà la morfina, come l'eroina, dà una grande assuefazione e, a mano a mano che continua la terapia, l'organismo ha bisogno di dosi crescenti non per sentirsi «fatto», ma per sentirsi normale; quindi è

assolutamente impossibile protrarre una terapia di morfina, addirittura per mesi, non aumentando e nemmeno mantenendo la dose, ma decrescendola.

Inevitabilmente, a forza di diminuire la dose, arriva il momento in cui la morfina non è neanche sufficiente a sanare la sintomatologia dell'astinenza. Questo anche perché la morfina, data in mano al soggetto, è un richiamo troppo forte perché lui non se la inietti endovena; ed è anche perfettamente inutile richiamarlo al senso di responsabilità, alla prova di fiducia, ecc.; è come dare la chiave della cassaforte in mano al ladro e dirgli di non rubare. È un atteggiamento presuntuoso, e quindi, dare una fiala di morfina o una dose di eroina in mano ad un tossicomane, equivale a sapere che la farà in vena; così come dare dei soldi in mano ad un tossicomane equivale a consegnargli dell'eroina.

Quindi, non bisogna mai dare soldi al tossicomane, anche se racconta una storia patetica e inventa chissà quali difficoltà, perché questo rientra nelle sue necessità vitali, cioè il procurarsi la roba.

La «pera», l'oppiaceo fatto per endovena, aumenta l'assuefazione per la sua componente psichica legata al piacere, mentre la somministrazione orale non determina piacere particolare, così come quella intramuscolare; ciononostante provocano ugualmente una grande assuefazione.

Allora è da escludere completamente la terapia di morfina?

Direi di no. A chi riservare la terapia di morfina, così come la terapia di eroina? Come andrebbe eseguita una terapia di morfina? Prima di tutto chiamandola con il suo nome, cioè è un mantenimento con una terapia sostitutiva che è uno dei metodi di cura usati in Inghilterra, dove alcuni medici sono autorizzati a prescrivere eroina. Vi è però un problema sociale, come si è dimostrato anche nei mesi in cui in Italia c'è stato il boom della morfina: se si adotta la terapia di morfina, fatalmente questa eserciterà un richiamo enorme anche per tutta un'altra fascia di tossicomani o addirittura di aspiranti tossicomani, per i quali sarebbe bastato un intervento diverso.

Se per ipotesi mettiamo in fila 100 tossicomani, prima abbiamo quelli per i quali basta un intervento non farmacologico, tipo una comunità terapeutica, o una psico-terapia, o altro, e sarà un certo numero, e sono quelli meno gravi; quanto a possibilità di recupero poi, a mano a mano che andremo da 0 a 100, avremo quelli per i quali basta un intervento terapeutico aspecifico farmacologico, cioè una terapia a base di farmaci non stupefacenti, non oppiacei: è anche questa una fascia di persone alle quali è criminale dare del metadone o un altro oppiaceo, e sono i ragazzi che hanno appena cominciato, e probabilmente non arriveranno alla dipendenza fisica vera e propria o per i quali il fenomeno di interferenza con l'endorfina non si è ancora scatenato; andando avanti avremo la fascia di persone che può essere svezzata con un metadone a scalare; poi ci saranno quelli che sono refrattari a tutti questi tipi di intervento e per i quali non ci sono altre possibilità realistiche se non mantenerli a metadone, in attesa che si accenda la lampadina; ci sarà infine una piccola frangia, forse 3, 4 o 5 ragazzi su 100, che sono tossicomani che rifiutano anche il metadone perché vogliono il buco, vogliono il flash.

Realisticamente, dobbiamo prendere atto che, a questi ultimi o noi diamo la droga oppure vanno sicuramente a rubare e diventano degli spacciatori, a meno che non li rinchiudiamo, con un ricovero coatto, prolungato, come avviene in tante parti del mondo, ricovero di cui non sono un sostenitore.

E, violenza per violenza, tutto sommato, penso sia meno violento mantenerli a morfina, piuttosto che rinchiuderli in un carcere, perché, mantenendoli, possono fare una vita non particolarmente dolorosa, e certamente meno triste che se fossero rinchiusi.

Ma se noi ammettiamo questa possibilità, inevitabilmente essa si rifletterà in senso tossicomanigeno, cioè generatore di una vera tossicomania, anche su quell'altra fascia di ragazzi, e finché si riflette su quelli che fanno metadone in mantenimento o in svezzamento, oppiaceo per oppiaceo, tutto sommato poco male, al massimo si intossicheranno di più e sarà più complicato lo svezzamento; ma il tragico è che si risolve in senso tossicomanigeno anche su quelli che avrebbero potuto forse evitare la tossicomania con un trattamento farmacologico aspecifico, oppure solo con un trattamento d'appoggio psicosociale.

Anche perché, fatalmente, siccome la morfina dura sei ore nel sangue, se la somministriamo direttamente, obblighiamo il paziente a recarsi quattro volte al giorno in un centro clinico e gli impediamo così praticamente di fare una vita normale; se invece gli consegniamo la fiala in mano, è come se consegnassimo una buona merce di scambio che viene inevitabilmente ad alimentare il mercato nero, o il cosiddetto mercato grigio, che è il mercato clandestino degli oppiacei di provenienza ufficiale.

Infatti a Roma, nel momento in cui c'è stato il boom della morfina, si trovava, e si trova tuttora, morfina a non finire a 5000 lire la fiala, con medici che ricettavano anche 10-20 fiale di morfina al giorno alimentando un mercato enorme, che si sommava al mercato nero, in conseguenza del quale ragazzi che stavano appena all'inizio, sono diventati dei veri morfinomani, sempre per il principio avanti accertato secondo cui la facilità di reperimento della droga agevola la diffusione della tossicomania.

Quindi per pura ignoranza, partendo da un presupposto sbagliato, e cioè che si possa disintossicare una persona con una terapia protratta di morfina, e non avendo il coraggio di chiamare questo trattamento con il nome di mantenimento, di considerare i tossicomani uno diverso dall'altro e quindi di limitare questo intervento solamente a quei 4 o 5 su 100 per i quali si è dimostrato inutile qualsiasi altro tipo di terapia, di fatto si è costretto alla tossicomania e alla morfinomania un certo numero di ragazzi che, probabilmente, non sarebbero mai diventati tossicomani.

Altro modo per usare la morfina: se non abbiamo nessun altro sistema migliore per svezzare una persona che ha una forte s. di a. si può, ogni tanto, interrompere l'astinenza con una fiala di morfina, ma a condizione di eliminarla tutta nell'arco di pochi giorni perché in questo caso l'organismo non ha il tempo di abituarsi: in questa situazione è possibile uno scalaggio rapidissimo; ma non lo fa quasi nessuno, anche perché il metadone è più maneggevole.

Sulla morfina si è venuta a creare una sorta di complicità inconscia (o cosciente), per cui essa ha immediatamente preso piede in Italia negli anni 1978 e 1980, anche perché gradita:

- 1) al tossicomane, al quale si dà della buona roba, che gli permette anche un certo grado di rispettabilità perché viene presentata come terapia e quindi può farsela senza rischi e senza clandestinità;
- 2) ai genitori perché, da un lato, possono tenere sotto controllo il figlio, cosa che in fondo hanno sempre desiderato, anche attraverso una sorta di complicità, per cui il genitore diventa il procacciatore di morfina, il propagandista e il propugnatore; dall'altro lato, la morfina è gradita perché si ha la gratificazione del fatto che è a scalare (anche se lui non sa che lo scalaggio è un imbroglio), e quindi l'illusione che se oggi ne fa 4 e domani 3,5, questo vuol dire che sta un po' meglio;
- 3) al sistema, perché così si tiene sotto controllo un certo numero di persone che, altrimenti, sarebbero clandestine;
- 4) ai medici che si levano di torno un paziente scomodo.

Su questa complicità tra tossicomane, medici, sistema e genitori, nasce la terapia di morfina. E allora, perché la morfina sì e il metadone no? Perché il metadone non assolve tutti questi rituali, e poi perché, storicamente, il metadone è stato introdotto in Italia molto precocemente, quando ancora non c'era una coscienza sociale per le tossicomanie.

La normativa sul metadone in Italia ha passato fasi diverse, a seconda delle reazioni dei vari Ministri della Sanità riguardo al problema. Inizialmente il metadone era prodotto dalla Wellcome, sotto il nome di «Physeptone», ed era una sostanza che veniva usata come analgesico-narcotico, in caso di tumori o altro. Il consumo di metadone, fino agli anni '70, era progressivamente diminuito, tanto che la Wellcome aveva deciso di ritirarlo dal commercio.

Successivamente, con i primi tossicomani, comincia l'uso del metadone come terapia sostitutiva e la vendita di questo prodotto tende ad aumentare: è una libera prescrivibilità, con una libera ricetta.

Con la nuova legge antidroga, la 685 del 1975, vengono stampati dei ricettari gialli, speciali per gli stupefacenti, e il metadone è ancora di libera prescrivibilità da parte di ogni

medico.

Però nelle statistiche che arrivavano al Ministero della Sanità, il consumo del metadone continuava a salire, e invece di capire che, evidentemente cresceva perché c'era richiesta, cioè perché c'erano tanti tossicomani, al ministero hanno pensato che la causa fosse l'effetto e l'effetto fosse la causa, cioè che i tossicomani aumentassero perché aumentava il consumo di metadone; quindi il provvedimento è stato di impedire la libera prescrizione del metadone. Seguì un decreto (di Tina Anselmi) in cui si diceva che «il metadone poteva essere somministrato solamente in ospedale».

Naturalmente è seguita una confusione immensa, come quando un altro decreto impose il ritiro del Talwin e uscirono fuori tutti i talwinisti; lo stesso è successo per il metadone, perché tutti coloro che seguivano il trattamento metadonico, e perfino i centri antidroga che davano metadone, si sono trovati improvvisamente privi di metadone e impediti a continuare la terapia.

Come era prevedibile, dopo sofferenze e caos indescrivibili, passati alcuni giorni, il Ministro della Sanità a parziale modifica del suo decreto, emetteva un controdecreto, con il quale «autorizzava la somministrazione di metadone anche nei centri antidroga extra ospedalieri».

Dopo qualche tempo, un nuovo Ministro della Sanità emette un altro decreto, anche se il meccanismo è sempre lo stesso; una grossa casa farmaceutica aveva venduto 20.000 fiale di morfina in un anno, e l'anno successivo, in sei mesi, ne aveva già vendute 180.000: un bel giorno l'Italia è rimasta quasi senza fiale di morfina perché il Ministero della Sanità autorizzava un certo contingente ogni anno, basandosi sul consumo dell'anno precedente, e siccome nell'anno successivo il consumo delle fiale di morfina era sestuplicato c'è stato un momento in cui si è pensato di dover ricorrere alla morfina in dotazione militare.

In seguito a questo enorme consumo di morfina è uscito un terzo decreto ministeriale per il quale l'unico stupefacente abilitato per terapie sostitutive è il metadone «prescrivibile oltre che negli ospedali, e nei centri antidroga anche da parte dei medici privati, purché questi abbiano concordato preventivamente il piano terapeutico con il centro antidroga e sotto il controllo di quest'ultimo». Quindi chi dovrebbe decidere è il medico privato, il quale concorda la terapia con il collega del centro antidroga ed è sottoposto al controllo di quest'ultimo.

Il tossicomane può anche essere curato direttamente dal centro antidroga; se invece viene seguito dal medico privato va incontro a molte limitazioni. Ad esempio la ricetta deve essere quotidiana; perciò il tossicomane deve andare tutti i giorni dal medico, salvo casi eccezionali: tuttavia, non essendo indicato in che cosa consista la eccezionalità c'è sempre il dubbio di commettere un abuso. Con questo decreto tutti coloro che erano abituati alla morfina si sono ribellati; per cui, dopo pochi giorni appare un contro-decreto, il quale dice che, «oltre al metadone, si può prescrivere anche la morfina, ma con delle cautele», cioè a scopo sperimentale e con il medico in accordo con i centri delle Usl.

La situazione ora è questa ma a mio parere insoddisfacente, perché il medico deve recarsi spesso al centro cosa che, realisticamente, è molto difficile che avvenga; perciò, alla fine, la terapia la concordano solo coloro che hanno un interesse particolare a farlo.

Questo è un momento di transizione, di trapasso evolutivo, e mi auguro che possa subentrare una successiva fase in cui il metadone ritorni di libera prescrizione, anche perché la spinta, la pressione sociale, aumentano in funzione dell'aumentare del numero di casi; questo spiega il perché in alcuni paesi europei il metadone non viene somministrato, e si tratta di quelli che hanno meno tossicomani.

Ritengo che la diffusione del mantenimento metadonico sia l'unico procedimento valido per diminuire il numero dei morti per eroina a meno che non si voglia fare come a Singapore dove, in una notte di alcuni anni fa, decisero di arrestare tutti i tossicomani possibili: l'obiettivo era di isolarli per bloccare così il mercato ed evitare che ognuno di loro diventi un diffusore.

Indubbiamente questo ha determinato il blocco del mercato e l'arresto della diffusione della tossicomania perché, fin quando il tossicomane è libero, sia per motivi economici, che

per motivi psicologici, diventa un pro-cacciatore di altri tossicomani: per motivi economici perché vende per avere i soldi per mantenersi; per motivi psicologici perché «mal comune mezzo gaudio» e se io ho un senso di colpa che mi pesa 100, se lo facciamo in due, diventa 50 ciascuno, e se lo facciamo in tre, diventa 33,3 ciascuno; quindi ammortizzo il senso di colpa.

La disintossicazione è il punto di arrivo della terapia, non il punto di partenza: mentre tutti focalizzano sullo svezzamento io focalizzo sugli altri obiettivi; la terapia è uno strumento, un motivo di aggancio, un pretesto per instaurare un rapporto terapeutico, così come lo può diventare il metadone o il superamento di una dipendenza fisica: sfruttando questo, si può cercare di risolvere gli altri problemi, attraverso un lungo cammino, ed io la terapia la definisco un lungo cammino da percorrere insieme.

Nel corso di questo «lungo cammino» cadono un po' alla volta tutte le barriere e le difese reciproche per instaurarsi un rapporto di fiducia, profondo e privilegiato. In tale rapporto a due, che dura degli anni, anche se con delle possibili interruzioni, si viene a sapere tutto della vita del tossicomane, compreso chi gli vende la roba o addirittura se lui stesso si è messo a fare «movimenti». Questa relazione umana fra due persone costituisce la vera terapia e non potrà mai essere sostituita, per una forma di difesa dell'operatore contro i rischi di un temuto eccessivo coinvolgimento, dall'adempimento rutinario di obblighi burocratici, di per sé fine a se stessi. Il tossicomane va accettato, pragmaticamente, per quello che è, con i suoi aspetti gratificanti e con i più numerosi aspetti insostenibili. Sempre però va tenuto presente che nella sua scala di valori la droga si inserisce nettamente al primo posto, avanti a tutte quelle che sono le esigenze «vitali» degli altri, come il mangiare, il bere o il dormire. Solo se noi consideriamo questo, il loro mondo potrà diventarci comprensibile, anche se non giustificabile. Se tutto ci sembra assurdo, non possiamo ottenere nessun buon risultato terapeutico.

Le fasi di un buco sono quattro, e cioè il flash, la salita, la condizione di stato e la discesa. Il flash, secondo la definizione di un ragazzo, è «il passaggio dal buio alla luce», cioè l'atto del passaggio della sostanza in vena, momento in cui si ha questa «illuminazione divina», cioè lo stato di assoluto e totale benessere, indescrivibile, orgasmico; poi vi è la salita dello stato di benessere, che rimane per un momento stazionario («sto bene, sto fatto»), dopo di che comincia la discesa. Finché la discesa rientra nell'ambito delle sei ore, rimane l'equilibrio («non sto divinamente, ma sono equilibrato»), ma quando la eliminazione è totale, l'organismo comincia a soffrire; a questo punto, o c'è un altro buco o c'è la s. di a.

Ora, vi è una grossa ricerca di farmaci per far superare la s. di a. senza ricorrere a oppiacei: da tutto questo, i ragazzi sono abbruttiti e sconvolti, mentre, la s. di a. si può superare benissimo e in tanti modi diversi.

Questo insistere sul metodo per svezzare è assurdo perché lo svezzamento spesso è la cosa più inutile che esista, anzi può essere addirittura contro produttore e dimostra come noi siamo capaci di intervenire esclusivamente sul sintomo, forse proprio per l'impotenza di intervenire sulla situazione in generale.

Una volta superato il sintomo, cioè superata l'astinenza, in fondo ci sentiamo la coscienza a posto, nel senso di dire: «Io ti ho disintossicato, quindi non sono impotente, e quanto più io cerco metodi nuovi, tanto più mi sento gratificato, perché ti ho disintossicato in maniera diversa dagli altri; se poi ti rifai non è colpa mia, perché il mio dovere io l'ho fatto, anzi, l'ho fatto in modo diverso da tutti gli altri, perché non ho usato oppiacei, e quindi pretendo una maggiore considerazione».

Questo è un atteggiamento costante degli operatori, dovuto da un lato a una forma di narcisismo, e dall'altro, a una forma di difesa da un coinvolgimento globale, perché la terapia del tossicomane è una terapia globale in cui ci deve essere partecipazione, anche al possibile insuccesso: cioè è una forma di assicurazione contro l'insuccesso, da parte del medico e dell'operatore in genere. Però, operativamente, tutta questa battaglia è inutile e al tossicomane non serve a niente, perché il risultato finale è solo lo svezzamento, che può anche essere il preludio di un danno maggiore.

## Sesta lezione

Il reinserimento. Comunità terapeutiche aperte e chiuse,  
liberali e repressive.  
L'esperienza di «Villa Maraini».

Desidero ritornare brevemente sul problema della terapia che abbiamo già affrontato nelle precedenti lezioni, per parlare di quelle forme d'intervento terapeutico che vanno sotto il nome globale di Comunità Terapeutiche.

Secondo i più, lo scopo delle C.T. è quello del reinserimento dei tossicomani nella società, cioè fra i cosiddetti normali. A parte ogni considerazione sul termine «reinserimento», (è possibile reinserire chi può non essere mai stato inserito?) è a mio parere impossibile ogni distinzione tra ciò che attiene alla terapia e ciò che attiene al reinserimento. In altri termini, se la terapia è un «lungo cammino», è impossibile distinguere da essa il reinserimento, e terapia e reinserimento non sono che due sinonimi, due momenti contemporanei di uno stesso lungo processo.

In effetti il problema della terapia non si identifica con la disintossicazione, che può anche essere controproducente. È solo frutto d'ignoranza, un'ignoranza ancora giustificata dall'essere la tossicomania giovanile una malattia «nuova», e quindi poco studiata e conosciuta, ritenere che il primo e unico intervento terapeutico sia per tutti costituito dallo svezzamento, dal superamento cioè della dipendenza fisica.

In tal modo si considerano tutti i tossicomani uguali e affetti da una malattia oggettiva, l'unica malattia al mondo per la quale c'è una sola terapia. Sarebbe come affermare che la Tbc va curata unicamente col pneumotorace.

Come per tutte le altre forme morbose il passare del tempo ha dimostrato che esistono varie possibilità terapeutiche e che in realtà non esistono tanto le malattie quanto i malati, ognuno diverso dall'altro, si spera che anche per la tossicomania il passare del tempo e l'accrescersi delle conoscenze allontanino i dogmatismi e le false convinzioni che aggravano non poco la già infelice vita dei tossicomani. Trattare tutti allo stesso modo (si pensi agli scalaggi metadonici, i cui dosaggi, uguali per tutti, vengono stabiliti spesso da organi politici mediante circolari! Come se gli assessori regionali o i presidenti delle Usl imponessero per lettera l'antibiotico a 1f x 3 al dì nelle broncopolmoniti ed al medico non fosse permesso altro che l'attuazione di queste direttive!) senza considerare che ognuno è un caso a sé, unico e irripetibile, costituisce una grave violenza che viene perpetrata su soggetti deboli e indifesi, in quanto non più liberi ma dipendenti.

Anche il solito tran-tran delle frasi fatte: «E solo questione di buona volontà, dipende solo da te, cerca di mettercela tutta», oltre ad essere un 'inutile perdita di tempo, non fa che aggravare il senso di colpa e la conseguente depressione di chi invece dovrebbe essere aiutato a rivalutare l'immagine di sé, col tempo sempre più deteriorata.

È una imperdonabile ingenuità pensare che il tossicomane guarisca con la disintossicazione e poi ricada, quando in realtà la ricaduta non è che l'andamento costante del fenomeno, per modificare il quale non bastano le chiacchiere, ma occorre «un lungo cammino».

Ecco dunque che il concetto di terapia diventa quello di un percorso di un certo numero di anni in cui il rapporto con la droga è destinato a modificarsi, perdendo progressivamente quelle caratteristiche di esaustività che lo aveva reso totalizzante e apparentemente insuperabile.

L'obiettivo del lungo cammino è quello di riuscire a vivere in maniera decente senza dover ricorrere al supporto di sostanze esterne. Tutto avverrà per gradi, e l'abilità del

terapeuta consiste proprio nel capire in quale momento di evoluzione si trova quel tossicomane, cioè a quale livello di dipendenza, utilizzando di conseguenza lo strumento terapeutico più idoneo e sapendo in partenza che, dopo un certo numero di giorni, di ore o di mesi, tale intervento non sarà più idoneo e che quindi andrà modificato, in funzione di una patologia che è sempre estremamente mutevole.

In una ipotetica scala di interventi terapeutici entrano tante possibilità, dai trattamenti senza droghe a quelli con farmaci sostitutivi, dal metadone per esempio, alla morfina per endovena, dalle CT. liberali a quelle autoritarie, dal ricovero ad una vacanza che serva a cambiare aria, da un trattamento psicoterapico ortodosso ad uno «selvaggio».

Il fatto stesso che esistano tante possibilità di terapia indica che nessuna è risolutiva. Se ci fosse quella risolutiva, tutte le altre ne sarebbero annullate.

È necessario tener sempre presente che ogni intervento è temporaneo e limitato, e che è assurdo illudersi che risolva per sempre il problema. Ad ogni intervento terapeutico si può chiedere di aiutare il tossicomane a compiere una più o meno piccola parte del «lungo cammino», mettendo in preventivo fin dall'inizio che si andrà incontro, prima o poi, ad un momento di crisi che apparentemente potrà sembrare un fallimento.

In realtà, in quel momento la situazione sarà cambiata per tutte le interazioni che si saranno messe in movimento nell'intervento terapeutico, e che avranno contribuito a modificare il tossicomane e il suo rapporto con la «roba».

A questo punto è necessario tener pronto un altro intervento, un'altra carta di riserva, senza la quale l'insuccesso sarebbe totale e la morte potrebbe apparire l'unica soluzione possibile, l'unico modo per uscire da una situazione disperata e drammatica.

Molti pensano che non ci può essere terapia senza sofferenza: il tossicomane deve soffrire, deve espiare la sua colpa. È un atteggiamento moralistico tipico di una mentalità molto diffusa e che spiega le continue difficoltà, a volte ridicole, che le strutture pongono al tossicomane che ad esse si rivolge.

Si direbbe che, anziché favorire in ogni modo l'approccio e l'avvicinamento del tossicomane alla struttura che ha il compito di curarlo, questa faccia del tutto per respingere il paziente e porgli ogni sorta di difficoltà. Tutto ciò non può spiegarsi se non con una volontà, cosciente o inconscia, di punizione.

Il tossicomane, che già soffre in condizioni di base, e la cui normalità è sofferente, è ritenuto soprattutto un vizioso che si droga solo per piacere. Da qui la necessità che soffra. Un tipico mezzo messo in atto è quello di farlo star male con una terapia non idonea, ovvero con uno scalaggio standardizzato uguale per tutti, quasi che tutti fossero uguali e con la stessa capacità di reazione.

Se proprio vogliamo identificare la terapia con lo svezzamento, dobbiamo pensare che questo, in realtà, è il punto di arrivo del «lungo cammino» e non il punto di partenza.

Il reinserimento o riabilitazione allora consiste nel trovare un qualcosa che valga la pena di fare e che giustifichi una vita senza droga.

La riabilitazione si basa sulla riscoperta di alternative.

Che cosa sono le alternative? Tutto ciò che non è equivalente alla droga, tutto ciò che non è legato alla droga, tutto ciò che non è connesso o dipendente dalla droga è un'alternativa.

L'alternativa può essere la riscoperta di un interesse umano, lavorativo o affettivo, tutto quello che può riempire una giornata e può contribuire a restituire un ruolo, indipendentemente dal giro della droga.

Sono state fatte tante esperienze diverse di riabilitazione.

In genere, la riabilitazione si compie in ambienti che prendono il nome di Comunità Terapeutiche.

Le Comunità Terapeutiche sono tutto e il contrario di tutto perché qualunque tentativo comunitario... qualunque tentativo verso il superamento delle dipendenze psichiche è un intervento in un ambiente di Comunità Terapeutica.

La Comunità Terapeutica nasce in ambiente anglosassone come tentativo di superare una logica da manicomio. È un gruppo di persone che si ritrovano e fanno insieme un tratto di percorso che consiste nella riscoperta di alternative, nella ricerca di un nuovo equilibrio in cui

ognuno dà una mano all'altro.

Ci sono gli ex alcoolisti, gli ex dipendenti (come l'Anonima Alcoolisti), i quali se sono «ex» dimostrano con la loro presenza che è possibile.

«Puoi farlo solo tu, ma non puoi farlo da solo»: questa è la filosofia delle Comunità Terapeutiche; quindi diamoci una mano l'un con l'altro.

Vorrei accennare ad una visione schematica di tutte le esperienze di C.T. (che sono infinite perché nessuno ha la ricetta miracolosa; ognuno è alla ricerca di sistemi che funzionano solo nella misura in cui riescono a dare un risultato) che si possono dividere in due grandi gruppi: le esperienze di tipo «chiuso» e quelle di tipo «aperto».

L'esperienza di tipo *chiuso* è una C.T. che funziona 24 ore su 24. Le giornate e i mesi passano nell'ambito della comunità, mentre l'esperienza di tipo «aperto» viene fatta, in genere, per un periodo più limitato delle 24 ore.

Mentre la prima è un'esperienza di tipo «condizionante», comportamentistico, la seconda è più libera. Faccio un esempio di C.T. chiusa, che è un'esperienza condizionante; prototipi di tale C.T. sono le Comunità Daytop americane, dove il ragazzo entrando perde ogni diritto, deve compiere un iter di espiazione, di ricostruzione, è sottoposto quasi a un plagio, sia pure a un plagio costruttivo fatto, si presume, a fin di bene.

Evidentemente è sottoposto a tutta una serie di pressioni e di divieti: non può telefonare né ricevere telefonate, non può ricevere posta; vuol dire essere sottoposto alla volontà di un leader e a tutta una serie di umiliazioni, di punizioni in caso di infrazioni alla norma.

Man mano che il tempo passa, il ragazzo si può riappropriare di alcuni diritti, li può riacquistare in funzione del miglioramento delle proprie condizioni. Col passare del tempo quindi comincia a migliorare, a scoprire che ci sono tante cose belle da fare, riacquista la possibilità di avere dei contatti, di esistere, di passare dall'altra parte della barricata, di diventare un ex tossicodipendente, riproducendo lo stesso circuito come capo dei nuovi che arrivano.

Evidentemente tutto questo può andare bene per un certo tipo di ragazzi. Altri di fronte al metodo duro scappano, se ne vanno, anche perché poi se uno di loro ha un atteggiamento negativo è interesse della istituzione eliminarlo, non continuare a tenerlo per forza.

E necessaria allora una preselezione.

In che cosa consiste la selezione? Chi viene selezionato?

Viene selezionato *il motivato* e questa selezione di motivati avviene attraverso un processo di difficoltà che vengono messe di fronte al ragazzo: «Se vuoi entrare in questa Comunità, devi fare 10 giorni di colloqui, alle 18, un giorno sì ed uno no». Cominciano in parecchi, poi si contano e l'ultimo giorno può accadere che siano rimasti in due. Questi due la motivazione ce l'hanno, hanno superato la prova, sono rimasti, sono più forti.

Questi ragazzi devono essere disintossicati, devono arrivare preventivamente disintossicati; quindi quelli che vengono accettati costituiscono la crema dei motivati, e a loro viene applicato il metodo della C.T. chiusa, che dà buoni risultati.

C'è una serie di persone che, in fondo, proprio per la loro caratterizzazione tossicomane, non aspetta altro che poter trovare qualcuno che rappresenti una autorità, magari quella che non hanno mai avuto all'esterno; aspirano a questo, ed è quindi un sistema autoritario quello che inconsciamente vanno cercando.

Le Comunità chiuse sono anche estremamente gerarchizzate ed hanno una carica ideologica notevole. Sono tutte caratterizzate ideologicamente. Questo perché l'ideologia fa presa; l'ideologia rappresenta qualcosa di trascendente che può essere un minimo comun denominatore cui richiamarsi: valori che possono essere umani, religiosi, politici. Generalmente sono private, perché è difficile che un Ente Pubblico, che non può essere troppo ideologicizzato, e a senso unico perché raccoglie personale di varie tendenze, possa organizzare un sistema di questo genere.

Infatti negli Usa le Comunità sono tutte private, ed il Pubblico ha trovato un compromesso nel senso che offre finanziamenti in un regime di convenzione, quindi in realtà con denaro pubblico, gestito però da privati.

Questo tipo di Comunità fortemente ideologicizzato ha in genere alla testa un capo, capo



carismatico; intorno al quale tutto ruota e che è il punto di riferimento, la persona verso la quale i partecipanti all'iniziativa sviluppano una sorta di dipendenza.

Nelle comunità terapeutiche chiuse, in realtà, spesso si sostituisce la dipendenza psichica e fisica dalla droga con una nuova dipendenza, solamente psichica, dalla istituzione o dalla sua ideologia o da determinate figure operanti all'interno della C.T. Un buon processo terapeutico deve allora comportare un successivo superamento anche di questa fase con la riacquisizione di uno stato di totale indipendenza.

In realtà, spesso ciò non avviene e il soggetto, allontanato dall'ambiente fortemente caratterizzato in senso protettivo, si sente perso ed è destinato a soccombere. Per questo molti tossicomani, terminato il programma terapeutico, anziché abbandonare l'Istituzione rimangono legati ad essa e vengono utilizzati in ruoli terapeutici in qualità di ex tossicomani.

In America fare l'ex tossicomane è diventato per molti un mestiere e si passa da una C.T. ad un'altra, in funzione di un impegno maggiormente gratificante.

L'ex tossicomane, se da un lato svolge un importante ruolo terapeutico dal momento che ha coi residenti della C.T. quel minimo comune denominatore (l'essersi «fatto»), che gli altri terapeuti non hanno, dall'altro continua a ricevere il supporto di un ambiente particolare e protettivo che gli permette di non trovarsi scoperto ed alle prese col mondo aggressivo e violento dei cosiddetti normali.

Se per lui la droga è stata un involucro, una protezione, un guscio, questo viene sostituito dal senso di sicurezza che emana dal nuovo focolare, dalla nuova ideologia, tanto più efficace quanto più è particolare e caratterizzata. Se la caratterizzazione è eccessiva, la guarigione può anche essere folgorante: è il caso dei santoni, dei guru, in cui la nuova dipendenza che si viene a creare è totale e il plagio ancora più accentuato.

Le Comunità di tipo *aperto* sono anch'esse comunità «protettive», cioè ambienti selezionati e protetti rispetto all'ambiente esterno aggressivo e violento. Tale protezione non è però così possessiva e totalizzante come nelle comunità di tipo chiuso.

Nelle C.T. aperte il processo terapeutico si basa non sul condizionamento comportamentistico, ma sulla responsabilizzazione del tossicomane e sulla riscoperta di alternative ottenuta come fatto attivo e non come fatto «immesso» e già confezionato.

Il paragone c'entra poco, ma rende l'idea. È un po' come la differenza tra siero e vaccino. Nel siero gli anticorpi sono già pronti e preparati da un altro organismo. Nel vaccino invece è contenuto lo stimolo perché l'organismo vaccinato crei autonomamente i propri anticorpi, che così sono destinati a durare più a lungo.

Le C.T. aperte sono meno ideologizzate delle chiuse e non hanno bisogno come queste di convincere nessuno di possedere la ricetta della verità. Come esempio di C.T. aperta con metodi liberali accennerò brevemente alla nostra esperienza di Villa Maraini.

Villa Maraini nasce nell'estate del 1976. C'era questo edificio abbandonato e proposi al Presidente della Cri di utilizzarne alcune stanze per 5 tossicomani affidati ad una persona di C.R., che aveva il compito di stimolarli in attività lavorative. Dopo pochi mesi ci si rese conto che era utopistico affidare 5 tossicomani ad una sola persona, che ne veniva letteralmente distrutta.

Allora abbiamo preso altre persone con esperienza di C.R., ma senza nessuna pratica di tossicomania, e le cose sono andate meglio.

L'esperienza non si fa sui libri, si fa solo sul campo, sulla propria pelle, anche commettendo errori. Per esempio nei primi tempi davamo i soldi in mano ai ragazzi per fare la spesa, oppure tenevamo i soldi nel cassetto di una scrivania, al riparo solo di una debole serratura. Naturalmente i soldi sparivano e abbiamo imparato che il nostro era un comportamento ingenuo e che tenere i soldi alla portata di un tossicomane è una cattiveria, oltre che una stupidaggine: come dare una rivoltella a chi si vuole ammazzare. Essere buoni e non giusti con un tossicomane significa fargli un danno.

L'obiettivo fondamentale di Villa Maraini consiste in una catalizzazione delle alternative, che è uno degli obiettivi della terapia di un tossicomane. Per alternativa, come è noto, intendiamo tutto ciò che non è legato alla droga, un interesse qualunque, per il quale valga la pena di sopravvivere, o di vivere, a prescindere dalla «roba».

Tutto in comunità viene fatto insieme, insieme a persone, gli operatori, che sono diverse da quelle della piazza, e in una atmosfera di *partnership* totale. Così potrà capitare di vedere il medico o lo psicologo impegnato assieme ai ragazzi a pulire la cucina o a zappare l'orto, anche se poi, nel momento della necessità, ognuno si riappropria del suo ruolo e della sua competenza specifica.

Tutti fanno tutto: è lo stare insieme che è terapeutico, il vivere alla pari, ognuno con i suoi problemi e con la sua realtà non camuffata dietro un ruolo preconfezionato, che il più delle volte non è che un meccanismo automatico di difesa, per cui si creano «la struttura» e «il paziente», come realtà antitetiche e opposte, «il sistema» con le sue regole, il più delle volte ingiuste e non finalizzate all'obiettivo per il quale la struttura era nata, ma fini a se stesse, e chi «il sistema» deve subire.

Le sole regole di Villa Maraini sono:

- 1) niente droga illegale nella Comunità;
- 2) niente furti;
- 3) niente violenza fisica.

Queste regole non possono essere messe in discussione. Tutto il resto può essere modificato e viene discusso nelle riunioni settimanali. In tal senso tutto è dialettico ed evolve in funzione delle differenti personalità che in quel momento compongono la C.T.

Lavorando insieme, nascono necessariamente dei canali di comunicazione preferenziale, stabilita sulla base di vibrazioni comuni positive e alternativa rispetto alla comunicazione della piazza, tutta polarizzata sulla roba e sui modi di procacciarsela. Così emergono le problematiche esistenziali che hanno portato alla droga e che si cerca allora insieme di superare. Qualche volta va bene; qualche volta va male.

In ogni caso noi non forniamo percentuali dei guariti, perché questa è una prassi che non serve al tossicomane, ma solo a chi fa le statistiche la cui obiettività è sempre dubbia. Anche perché per fare una statistica bisogna avere dei parametri fissi, che in tale situazione non esistono.

Le statistiche sono sempre poco attendibili, perché basate su criteri soggettivi. Io posso dire che il grado di realizzazione sociale ha avuto l'80% di riuscita. Che vuol dire? Che significato do' al grado di realizzazione sociale? Dipende da me, quindi è soggettivo: le statistiche servono al Centro per dimostrare la propria bravura, per ottenere finanziamenti, per dire «sono in grado di fare assistenza».

Che vuol dire poi «guarito»? Uno che non si buca mai? E se per caso, quando non si buca più, sta peggio, magari perché gli viene fuori una malattia mentale che prima la roba nascondeva, è guarito oppure no?

Ammettiamo che uno si droghi una volta al mese di eroina (è difficile ma succede), però lavora, si sente bene nella propria pelle, si è fatto una famiglia, ha un interesse, ha delle alternative. Ammettiamo invece che ci sia un altro che non si buca più di eroina, ma soffre perché questa sua decisione di non bucarsi più è il frutto di un atteggiamento isterico, oppure perché è il frutto di una ulteriore dipendenza che gli è venuta da altri fattori, per esempio da una persona, da un partito, da una istituzione o da qualunque altro avvenimento intorno a lui e dal quale lui comincia a dipendere. Chi è più guarito: il primo o il secondo?

Il criterio non è univoco; il primo si buca, il secondo no. La risposta non è solo legata al bucarsi, perché il bucarsi è il sintomo. «Io mi buco perché sto male» più che «Io sto male perché mi buco»; quindi la terapia non è nel non bucarsi, ma nel cercare il sistema di stare bene, perché quando si sta bene non c'è motivo di bucarsi. Nella realtà tra il bianco e il nero ci sono tante possibili sfumature di grigio e bisogna anche sapersi accontentare di obiettivi ragionevoli. La definizione di «guarito» è banale e insufficiente di fronte alla complessità del fenomeno, ed il nostro obiettivo principale è che chi viene a Villa Maraini «stia meglio nella propria pelle», sia meno angosciato, meno infelice. Qualunque cosa possa favorire questo obiettivo è terapeutica in senso lato. Poco importa se il metodo è ortodosso o no, secondo i canoni (imposti da chi?) o meno. L'importante è il risultato finale, mettendo sempre in preventivo che, nella maggioranza dei casi, esso non è che il risultato di una tappa e che altre tappe saranno necessarie per arrivare al termine del «lungo cammino» della terapia.

Bisogna sempre ricordarsi che il tossicomane è un depresso e che ciò che viene fatto in buona fede per la sua terapia rischia di aggravare la sua depressione. L'errore è focalizzare tutto sul sintomo «droga», quando tutti sanno che focalizzando il sintomo lo si rinforza. Tutti dicono che la droga di per sé non è la malattia, ma il segno che qualcosa non va. Poi però tutti vogliono intervenire prioritariamente ed esclusivamente sul sintomo.

«Se vuoi, puoi.» Quando il ragazzo si accorge che non può, perché non ce la fa, questo è un ulteriore motivo di frustrazione che aggrava la sua depressione. Che c'è di meglio allora del miglior farmaco antidepressivo che esista (cioè l'eroina)?

Anche l'ossessionante catena di mortificazioni cui va incontro il tossicomane per trovare i soldi, e la continua martellante tiritera dei familiari («Mi hai rovinato, hai rovinato tutti, ci hai distrutti») non agiscono che da inutili, anzi negativi elementi di ulteriore depressione.

Stesso effetto ottiene il medico che riferisce condizioni del fegato più gravi di quanto siano in realtà, nell'illusione che spaventare il tossicomane sulle sue condizioni di salute valga a farlo desistere dalla droga. Illusione questa fondata su un meccanismo razionale, mentre il farsi non affonda le sue radici nel razionale ma nell'assoluto irrazionale ed emotivo. «Sto tanto male? Motivo di più perché io mi faccia; domani è un altro giorno».

Quanto più la struttura assistenziale si caratterizza con i suoi rituali, tanto più ricaccia nel suo ruolo il tossicomane, lo obbliga a comportarsi secondo gli stereotipi della tossicomania. Tanto più lui è tossicomane, tanto più è un maledetto e un buono a nulla, tanto più basso è il suo senso di autostima. Questo causa altra depressione e il modo migliore per uscire dalla depressione è drogarsi. E evidente che tanti errori si possono commettere pur essendo in assoluta buona fede.

Tutti coloro che si presentano vengono ammessi a Villa Maraini senza una preventiva selezione attitudinale. Rifiutiamo la presuntuosa selezione dell'«esperto» o dell'«équipe» di chi è «motivato» a smettere, nella convinzione che, se è giusto curare «il motivato», ancora più giusto è curare chi non lo è e che, in tal caso, procurare in lui la motivazione rappresenterebbe già un bel successo. Se chi vuole smettere è considerato un malato, chi non vuole smettere mi sembra che debba essere considerato ancora più malato e, quindi, bisognoso di cure.

In questo Villa Maraini si differenzia da ogni altra struttura antidroga attualmente esistente, sempre alla disperata ricerca del motivato, e costantemente in atteggiamento di disprezzo e di rifiuto verso chi non ha tale motivazione.

Se l'ambiente offerto da Villa Maraini appare interessante a chi ha cominciato a frequentarla, diviene allora incompatibile con la vita di piazza e con la totalizzante esaustività della droga.

Va sempre tenuto conto che, superato il periodo della «luna di miele», quello che piace non è tanto il buco, quanto il vivere in piazza, il partecipare ai «movimenti» finalizzati al recupero della roba, vedere chi ha il potere, cioè la droga, e tutto ciò riempie la giornata. Come nel «Sabato del villaggio», il bello è nell'attesa; il momento del buco, tanto atteso, quasi passa in secondo ordine e lascia, alla fine, l'amaro in bocca.

Passare tutto il giorno a Villa Maraini diventa incompatibile con la necessità di fare vita di piazza. Allora è necessario fare una scelta: «Mi va la piazza, me ne vado, continuo a farmi. Mi va la comunità, rimango, accetto il rischio di un cambiamento. Se un giorno arrivo «fatto» in Comunità, devo sopportare l'aggressione degli altri, che è un'aggressione dialettica e, in quanto tale, terapeutica».

L'aggressione non avviene in nome di un regolamento scritto che dica «Non bisogna venire «fatti», ecc.», ma per la necessità di sopravvivenza di chi non è «fatto»: per chi sta in astinenza, la cosa che più disturba è vedere uno «fatto».

Di qui la reazione e dallo scontro dialettico, opportunamente rinforzato e canalizzato dall'operatore, la possibilità di un effetto terapeutico valido. «Non mi va di essere aggredito, mi adeguo alle regole della casa, non mi faccio».

E il momento dello svezzamento che, quindi, segue l'intervento terapeutico; non lo precede, come comunemente si ritiene in una visione schematica e disinformata della tossicomania. Ed è uno svezzamento che nasce da una propria necessità e volontà, come

risultante di un processo dialettico e terapeutico, non uno svezzamento imposto da esigenze altrui. Ciononostante va sempre messa in previsione la successiva riassunzione di droga, per un'altra tappa del «lungo cammino».

Le attività proposte a Villa Maraini si distinguono in quelle di routine e quelle individuali: poiché nella C.T. non esiste personale di servizio, le attività quotidiane abituali (pulizia dei locali, spesa, cucina, ecc.) vengono svolte a turno da tutti.

Accanto a queste esigenze di base per il buon funzionamento della Comunità, ciascun ospite può e deve dedicarsi, secondo libera scelta e capacità, ad attività individuali che preferenzialmente sono orientate verso il settore artigianale: cuoio, ceramica, pittura su materiali vari, bigiotteria, maglieria.

Villa Maraini dispone anche di un appezzamento di terreno che viene coltivato ad orto, di un pollaio, e sta strutturando una piccola tipografia, per ampliare il ventaglio delle possibilità lavorative. Spesso vengono organizzate attività sportive (pallavolo, partite di calcio tra Pionieri della CRI e V.M., ecc.).

I servizi di cui Villa Maraini dispone sono rivolti, oltre che a coloro che la frequentano come C.T., anche agli ambulatoriali: ciò richiama, oltre i tossicodipendenti e molti malati mentali, anche genitori, operatori di strutture varie connesse con il problema della droga, e persone che generalmente richiedono consulenze sull'argomento. Si prestano così visite mediche, terapie specifiche con somministrazione di farmaci non stupefacenti, cicli di fleboclisi, sedute di agopuntura per il trattamento della sindrome di astinenza, psicoterapia di gruppo, familiare o individuale, consulenze nelle scuole e nei quartieri.

Recentemente è stata effettuata una sperimentazione su di una metodica per lo svezzamento mediante una tecnica di tipo mesoterapico che sembrerebbe in grado di stimolare la liberazione di endorfina, il cosiddetto «metodo Tamburrino», dal nome della dottoressa che per prima lo ha proposto. Si praticano delle microiniezioni, in particolari punti del naso e dell'orecchio, di una miscela di farmaci a base di iodio, vitamina B e procaina, ottenendo una significativa remissione dei Sintomi dell'astinenza.

Ovviamente, questa impostazione così atipica e liberale ci ha provocato enormi difficoltà di accettazione, che peraltro hanno fortificato e unito Villa Maraini, svolgendo anch'esse, paradossalmente, un ruolo terapeutico per il principio che un nemico esterno cementa e unisce, fa «cittadella» e «gruppo».

Tutte le attività di Villa Maraini avvengono senza registri, schedature, timbri tondi o quadrati, certificati di residenza, libretti Saub, file agli sportelli, in un'atmosfera informale e disponibile, che si rifà alle esperienze delle *Free clinics* di Los Angeles.

## Settima lezione

Le concause: individuali, familiari, sociali.  
Il problema della prevenzione.

Una delle domande che spesso vengono rivolte ai cosiddetti esperti, in particolar modo dai genitori, è se esista un metodo sicuro per riconoscere che un figlio si droga. Analoga richiesta viene periodicamente formulata da autorità politiche o scolastiche alla ricerca di improbabili mezzi di accertamento diagnostico di massa.

Tutti i metodi di indagine ipotizzati, in realtà, a poco servono ed è perfettamente inutile vagheggiare esami di urine collettivi per tutti gli studenti; anche perché alcune delle metodiche più comunemente usate non permettono di rilevare tracce dei derivati dell'oppiaceo oltre le sei ore dopo l'ultima assunzione, e quindi basterebbe che il ragazzo si fosse bucato 7 ore prima per dare una falsa negatività.

Sempre, in tema di tossicomania, qualunque accertamento diagnostico di laboratorio ha un valore molto relativo e secondario rispetto al criterio clinico. Il ricorso al laboratorio (tipico dei centri che distribuiscono il metadone per controllare l'eventuale assunzione contemporanea di altre droghe) è sempre il segno di un rapporto terapeutico insoddisfacente, basato sul reciproco sospetto e sulla diffidenza, forieri di reciproci disprezzo e antipatia.

Tra l'altro, il numero di eroinomani che frequenta regolarmente la scuola è estremamente basso, proprio per la natura stessa della malattia, difficilmente compatibile con un tenore di vita «normale».

Se un genitore o un insegnante non sono in grado di «percepire» che c'è qualcosa di nuovo che non va nel comportamento del figlio o dell'alunno, è inutile che vadano alla ricerca di succedanei di laboratorio ponendo in essere un atteggiamento che contribuirebbe ad approfondire un fossato evidentemente già scavato.

Esiste tutta una serie di segnali di allarme che non vanno sottovalutati anche se, preso ognuno per sé, non sono necessariamente indicativi di una dipendenza in atto. Se facciamo il grafico del comportamento di un giovane, non avremo mai una linea retta, ma sempre una linea ondulata, indice di continui mutamenti legati al cambiamento di età e di umore ed, entro certi limiti, assolutamente fisiologici. Il giorno che queste ondulazioni dovessero diventare eccessive, a dimostrazione di grossi sbalzi d'umore e di comportamento, questo potrebbe essere un segno di pericolo da non sottovalutare, anche come semplice indicazione di rischio ammesso che l'incontro con la droga non sia ancora avvenuto.

La vita di un tossicomane è sempre un alternarsi drammatico di momenti antitetici che non riescono a trovare una sintesi di compromesso: «up o down»; «bene-bene o male-male»; «fatto o a rota»; «in paradiso o all'inferno»; «onnipotente o impotente». Per inciso, ricordiamo che la guarigione consiste proprio nella conquista della via di mezzo, che non sarà così divina, come quella della roba, ma neanche così illusoria, o portatrice di disperazione e traditrice.

L'errore in cui tutti incorriamo nel descrivere gli ipotetici segni che permettano il sollecito riconoscimento di una incipiente dipendenza è di considerare obiettivo e «normale» l'osservatore, nel nostro caso il genitore o l'insegnante. Nella realtà anche questo ha diritto ad una sua patologia che nella fattispecie del riconoscimento di una tossicomania può oscillare dalla assoluta *voluta* incapacità di interpretare ed analizzare i fatti (non c'è peggior cieco di chi non vuol vedere né peggior sordo di chi non vuol sentire!) fino alla più sfrenata paranoia, per cui elementi insignificanti assumono il valore di assolute certezze e inducono conseguenti reazioni. Per questo motivo ribadisco che l'elenco dei «segni di pericolo» assume un valore

molto relativo, anche se per un osservatore distaccato, come potrebbe essere l'«esperto», i detti segni possono rappresentare, nel loro insieme, una prova sicura. Basta una lettura anche superficiale dei vari manuali e libretti da più parte stampati per analizzare i diversi aspetti della tossicomania per rendersi conto di quanto poco significativi siano i singoli dati suggeriti.

Così la sparizione di oggetti di valore in casa; la continua, disperata richiesta di soldi, giustificata con le scuse più astruse e cangianti, ma sempre presentate in modo plausibile ed accettabile, quasi per la comparsa di una abilità diabolica che rende facile il recupero di quanto serve ormai per la sopravvivenza; la pupilla ristretta e tonica caratteristica di chi ha assunto eroina; le maniche lunghe per nascondere i segni dei buchi; la sparizione dalla cucina dei cucchiaini (il cucchiaino è un «ferro del mestiere» essendo necessario per sciogliere la polvere); il ritrovamento dei cucchiaini o cucchiaini anneriti nella parte inferiore (la reazione di solubilizzazione di un tipo di eroina molto diffuso, il cosiddetto «brown sugar» non avviene nella velocità desiderata a temperatura ambiente, onde la necessità di accelerare il processo, riscaldando con una candela messa sotto il cucchiaino); il ritrovamento di siringhe da insulina o di fiale di acqua distillata (usata come solvente); le macchie di sangue sulle camicie; le periodiche permanenze anomale in bagno (luogo privilegiato per i buchi in casa, con le siringhe nascoste sullo sciacquone); le telefonate «strane» dei rivenditori che non lasciano detto chi è, o quelle minacciose dei creditori; i buchi nelle lenzuola o nelle coperte causati dai mozziconi di sigaretta fatti inavvertitamente cadere nello stato di torpore del sistema nervoso centrale indotto da dosi particolarmente elevate di droga; il deperimento; la stipsi; l'epatite virale.

Tutti fatti di per sé insufficienti, ma che, combinati insieme, possono risultare di un qualche valore. Una volta venuto il sospetto, è inutile mettersi a fare gli Sherlock Holmes da strapazzo, alla ricerca della «prova», né è auspicabile una politica dello struzzo. Sempre meglio giocare a carte scoperte, evitando gli isterismi e le reazioni scomposte. Se il primo tentativo di approccio andrà negativo, prima o poi è interesse del dipendente dividere con qualcuno le proprie angosce, per cui è probabile che, anche in uno stadio precoce, qualcuno in grado di dare una mano (genitore, parente, amico, insegnante, medico, ecc.) venga coinvolto.

Ci sono pochi fatti che dispongono male chi ha bisogno di aiuto, più dell'arroganza e delle certezze di chi tale aiuto dovrebbe erogare: nel nostro caso è da evitare la contrapposizione tra genitore sano e inserito e figlio malato e deviante, ma ci deve essere quanto meno la disponibilità ad accettare l'ipotesi di una propria patologia che interseca, condiziona ed è condizionata, a volte provoca quella del «drogato». Ciò posto, è improbabile poter uscire da soli da tale incontro di patologie, ed è quindi auspicabile il concorso di qualcuno in grado innanzi tutto di fare diagnosi, poi di consigliare, aiutare e partecipare al «lungo cammino» della terapia.

Bandite le inutili scenate, gli atteggiamenti moralistici o teatrali, i guardacomemihairidotto, la paura del vicino di casa che non deve sapere, la vergogna del figlio drogato, ma anche le attitudini inconscie alla copertura se non alla complicità, le alleanze più o meno perverse, le 20.000 date perché se no soffre, è bene che i genitori si preparino ad affrontare un certo numero di anni in cui la droga, direttamente o indirettamente, accompagnerà e condizionerà la vita della famiglia, con la certezza, peraltro, che non esiste dipendenza, anche la più drammatica, che non possa, alla fine, essere superata.

Il primo approccio con una istituzione terapeutica avviene in genere sulla spinta di un bisogno immediato da soddisfare: può trattarsi di overdose, che porta il tossicomane in ospedale, suo malgrado, o, all'inverso, di una situazione di astinenza, non meglio sanabile per propria scelta o per le «sfavorevoli» circostanze.

È interesse dello Stato fare sì che tale primo approccio, a volte occasionale e involontario, sia foriero di un successivo instaurarsi di un solido rapporto terapeutico. Purtroppo tutto ciò ancora non avviene, anzi spesso si direbbe che l'ottica d'intervento sia rivolta ad obiettivi del tutto opposti. Così, superata l'overdose, il paziente viene immediatamente dimesso od indotto a firmare ed uscire, ed anche nella situazione opposta è più frequente il rifiuto

dell'accoglienza, essendo sempre disponibile (come ai tempi di Azzecagarbugli) una qualche norma burocratica o l'ultima circolare dell'assessore che giustificano, anzi impongono, il mancato intervento.

Si direbbe che l'istituzione terapeutica ufficiale faccia di tutto per non soddisfare le richieste ed allontanare il dipendente, ed è evidente che, se tale comportamento è costante, ci devono essere alla base tutta una serie di motivazioni che lo determinano o, quanto meno, lo facilitano.

La paura del tossicomane; la mancata accettazione del ruolo di malato, ciò che mette in discussione il ruolo del terapeuta; la volontà di fare espiare chi ha peccato; i sensi di colpa emergenti nel praticare una terapia a base di droga legale, si mescolano spesso alla mancanza di sicurezza, frutto di inesperienza e foriera di aggressività ed arroganza, alla frustrazione derivante dai precedenti insuccessi nei primi casi affrontati con l'entusiasmo di un trip missionario e redentoristico, alla eventuale patologia cui anche il terapeuta ha diritto.

Tutte le norme burocratiche, spesso opposte fra di loro in funzione del tempo che passa, ben si prestano ad essere utilizzate come filtro frapposto tra la struttura ed il tossicomane che ad essa si rivolge. Clamoroso è l'esempio della territorializzazione selvaggia adottata in molte Regioni (definita da Olievenstein «il nuovo feudalesimo dell'igiene mentale»), per cui ogni paziente è *obbligato* a rivolgersi al centro della propria zona, onde il rapporto terapeutico non nasce sulla base di una fiducia o di una scelta ma su quella molto più squallida di un certificato di residenza, con buona pace della norma di legge che prevede la possibilità dell'anonimato e la libera scelta del medico e del luogo di cura. Senza calcolare che questi ferrei vincoli topografici vengono imposti ad un soggetto che non è in grado di «sopportarli» anche perché particolarmente disorientato nel tempo e nello spazio, proprio come effetto delle pesanti sollecitazioni cui il suo sistema nervoso è sottoposto e perché abituato nella maggior parte dei casi ad essere cittadino errante del mondo. È peraltro pensabile che, col passare del tempo ed il diffondersi di maggiore consapevolezza, i fenomeni lamentati vengano progressivamente meno.

Tutte queste remore, che vengono arbitrariamente fraposte alla nascita di un sano e disteso rapporto terapeutico, nel loro insieme possiedono una notevole carica di violenza, resa ancora più subdola dal velo di legalità di cui si ammantano. Quando si biasima la cosiddetta violenza del tossicomane, bisognerebbe sempre chiedersi quanto i gesti di ribellione e di aggressività in realtà non siano provocati dalla violenza delle Istituzioni e dei più zelanti interpreti di queste ultime. Io sostengo che soprattutto l'eroinomane non è un violento, anzi per definizione è un debole, reso ancora più sereno e pacifico dall'assunzione rassicurante della roba. Gli eventuali gesti di ribellione sono sempre secondari o ad una provocazione o alla necessità di soddisfare un bisogno vitale non dilazionabile. Se tutti i tossicomani fossero curati, come è possibile e doveroso fare, ognuno per la sua particolare patologia, la violenza sarebbe enormemente ridotta e resterebbe solo quella di chi è violento di suo, indipendentemente dalla droga.

L'incompatibilità spesso manifestatasi tra istituzione terapeutica ufficiale, specialmente ospedaliera, e tossicomane, incompatibilità foriera di reciproca diffidenza, è stata anche il frutto di scelte strategiche sbagliate.

Così, con la scusa di non «emarginare», l'ospedale è stato privilegiato come luogo di cura con una scelta sbagliata, frutto di provincialismo e di mancata considerazione delle esperienze internazionali.

Nella realtà l'emarginazione non è la conseguenza di un attributo topografico, ma la risultante dei rapporti interpersonali che si creano: le continue umiliazioni, i rifiuti, i vari «è così, se no puoi andartene; se vuoi ammazzarti fai pure, rubi il posto a chi è veramente ammalato», l'arroganza del personale medico e paramedico, uniti alla intima certezza di essere costretti a subire il più delle volte una disintossicazione inutile, tutto ciò ha rinforzato l'emarginazione già implicita in chi può sopravvivere solo con la droga, contribuendo ad aggravarne la depressione ed i già scarsi sensi di autostima.

Comunque avvenga l'approccio, più o meno volontario o condizionato, è importante in che modo esso viene condotto. È bene sempre che l'operatore ricordi di avere di fronte un

soggetto particolarmente vulnerabile, sia che si trovi in astinenza, per il venir meno degli effetti rassicuranti e protettivi dell'eroina, sia anche che si trovi ancora in uno stato d'intossicazione in atto, per la carica ansiogena rappresentata dall'incontro, in un ambiente nuovo, con un personaggio nuovo, vissuto come futura sicura causa del temuto abbandono.

È quindi necessario che l'operatore agisca da elemento tranquillizzante, innanzi tutto mostrando di aver capito a colpo d'occhio in quale situazione si trova il paziente nei confronti della roba, se cioè è «fatto» o «a rota». La pupilla tonica e ristretta, l'atteggiamento bradipsichico, la secchezza della cute e delle mucose e le stereotipie del comportamento permettono facilmente il riconoscimento di una «fattura» in atto. Analogamente, la pupilla abnormemente dilatata, in un occhio umido e acquoso e l'abbondanza di tutte le secrezioni consentono, in un soggetto eroinomane, di diagnosticare con certezza una astinenza.

Nella gerarchia delle cose da fare, il soddisfacimento immediato del bisogno primario e vitale viene al primo posto: l'«esperto» deve essere in grado, operando in prima persona o comunque facendosi carico di indirizzare a chi può, di mostrare che la sofferenza della privazione viene adeguatamente valutata e rispettata e che è possibile ritrovare l'equilibrio perduto, senza dover ricorrere all'eroina.

L'operatore deve farsi carico del problema, quasi lo coinvolgesse in prima persona, tralasciando per il momento ogni altro adempimento di ordine burocratico, che serve alla struttura più che al ragazzo (anamnesi particolareggiata su eventi non riguardanti la dipendenza, riempimento di schede o cartelle cliniche, richiesta di certificati od attestati; tutte cose, queste, che possono anche venire, ma in un secondo momento) ed instaurando così un rapporto privilegiato a due, che renda possibile uno scambio di «vibrazioni».

Questo rapporto empatico può essere di tale intensità da proporsi come adeguato sostituto del «flash» e del piacere rassicurante della roba. Terapeuta e dipendente si trovano così alleati, in una relazione che potrà protrarsi per anni, a trovare di volta in volta, insieme, la soluzione ai problemi di varia natura che il progredire della tossicomania inevitabilmente comporterà. Si tratterà, dunque, di una «presa in carico» globale, in cui non tanto sembra necessario il ruolo o la qualifica professionale dell'operatore, quanto la sua capacità di farsi coinvolgere in un rapporto interpersonale privilegiato, intenso e non sempre privo di rischi.

In questo primo particolare rapporto a due, è importante per l'operatore «fare diagnosi», capire cioè, delle tante situazioni patologiche che può presentare un assuntore di droghe, quale è quella particolare del proprio attuale interlocutore. Assuntore sporadico e occasionale o tossicomane? Eroinomane o polifarmacodipendente? In luna di miele o nella fase di odio? Motivato a smettere o non motivato? Vittima o delinquente-coatto?

È evidente che per ognuno l'intervento terapeutico da porre in atto è diverso, in funzione della diversità della sindrome.

Metadone o no? Svezamento o mantenimento? Comunità terapeutica o no? Aperta o chiusa? Ricovero volontario o ricovero obbligatorio? Terapia ambulatoriale o viaggio di piacere? Morfina o catapresan?

La risposta oggettiva e uguale per tutti ovviamente non esiste, e tutto risulterà valido o non valido a condizione di essere scelto per il soggetto giusto al momento giusto o per quello sbagliato al momento sbagliato. Così per un tossicomane tenacemente non motivato sarà più indicata una terapia sostitutiva protratta piuttosto che uno svezamento, mentre per il ragazzino sperimentatore occasionale e non ancora dipendente potrebbe essere sufficiente un allontanamento dal proprio ambiente per un numero adeguato di mesi o addirittura di anni. Dare metadone o morfina a quest'ultimo sarebbe un errore terapeutico, così come dare la penicillina per un banale raffreddore. In tal caso, però, non è il metadone o la morfina che sono «sbagliati» o inadeguati, ma l'uso che se ne fa, così come nessuno si sognerebbe di parlar male della penicillina, solo perché si può utilizzare in maniera non corretta.

La scelta dell'intervento deve sempre tener conto il più possibile del volere dell'interessato e delle sue capacità di reazione, mettendo comunque costantemente in preventivo che qualunque tentativo, di per sé, molto probabilmente non sarà risolutivo e che bisognerà sempre tener pronta un'altra carta di scarto. Ciò non vuol dire che il tentativo sia fallito, ma solo che ha provocato un risultato parziale, che va completato con altri interventi, anche



perché, nel frattempo, il rapporto con la droga si sarà anch'esso modificato. In ogni caso, per ognuno ci deve essere una risposta, la cui eventuale mancanza (tipica delle istituzioni che selezionano solo i «motivati») è foriera solo di disperazione e di comportamento antisociale.

Qualunque terapia deve dimostrare che è possibile e realistico rifare nuovamente una vita «normale» o comunque accettabile e vivibile, di cui approfittare per «prendere fiato» ed aggiustare il resto della patologia. Sempre va tenuto presente ed adeguatamente valutato che si ha di fronte un soggetto costantemente in bilico tra la vita e la morte e in cui il raggiungimento della rassegnazione, frutto di un compromesso tra le proprie esigenze e quelle del mondo circostante, è forse l'unica speranza o possibilità di sopravvivenza.

## Ottava lezione

Che cosa fare in famiglia e nella Istituzione Sanitaria per aiutare un giovane eroinomane.

La causa che spinge al consumo di droga non esiste come realtà unica ed oggettiva, valida per tutti. Quello della ricerca della causa è un campo in cui molti si sono cimentati, privilegiando ognuno il proprio settore di competenza. Così c'è chi ha parlato di patologia prevalentemente psichiatrica, oppure di eziologia esclusivamente sociale (È colpa della società...!) o familiare (È colpa della famiglia...!).

Se vogliamo essere realistici, dobbiamo ammettere che le cause sono molteplici, tanto da poter parlare di «concause», che si articolano sul singolo in maniera percentualmente diversa.

Le concause principali possono essere raggruppate in tre grandi categorie: 1) individuali, 2) familiari, 3) sociali.

Condizione necessaria perché, in presenza di una o più di tali concause, nasca una tossicomania, è ovviamente che ci sia la droga. Se la droga non c'è, oppure il suo rifornimento è incerto o oltremodo difficoltoso, non potrà esserci tossicodipendenza, anche se la patologia data dalle concause rimane, potendosi manifestare in forme diverse dall'abuso di droga, ad esempio con una patologia psichiatrica conclamata e non mascherata dall'effetto farmacologico delle droghe.

Non c'è dubbio che nel mondo occidentale di droga ce n'è tanta, e non è prevedibile che l'offerta possa diminuire in futuro. L'aumento frenetico degli scambi internazionali, e soprattutto delle comunicazioni aeree, rende oltremodo facile l'invio della droga dai luoghi di produzione. Una volta indotto il bisogno con un buon numero di tossicodipendenti, il mercato tende inevitabilmente ad auto propagarsi per un fenomeno di *feed-back* positivo. La droga allora arriva per soddisfare una richiesta del mercato.

Ovviamente tutto il meccanismo, dalla prima induzione di dipendenza al successivo inevitabile auto propagarsi, è sorretto dagli enormi profitti economici che determina e che è illusorio pensare di poter spezzare.

Si calcola che in tutto il mondo le forze di polizia riescano a sequestrare solo il 10% della droga circolante. Raddoppiando gli organici e l'impegno economico si potrebbe quindi arrivare al 20%, sempre una percentuale irrisoria del circolante, che lascerebbe in giro droga sufficiente a rendere dipendenti tutti quelli che vogliono provare.

L'unico provvedimento serio, in grado di ridurre l'offerta di droga, sarebbe di natura economica: la non convertibilità della moneta, con relativo mercato nero della divisa. Se la droga viene acquistata con una moneta che ha un cambio fittizio, artificialmente sopravvalutata dal Governo, ma che sui mercati internazionali rende 1/3 o 1/4 del proprio costo ufficiale, come avviene in alcuni paesi dell'Est europeo, è chiaro che una organizzazione alla ricerca di un utile economico mediante la vendita di droga non ha interesse ad invadere quel mercato, in cui i profitti si ridurrebbero del 75 %, ed il gioco quindi non varrebbe la candela.

E evidente che tale sistema non è attuabile in Italia. Così come è impensabile un blocco delle frontiere, con controlli così minuziosi da impedire l'ingresso di droga nel Paese. Dobbiamo quindi rinunciare alla illusione che il problema della droga possa risolversi con misure di polizia. L'unica misura di polizia in grado di ridurre il mercato sarebbe l'isolamento assoluto di tutti i tossicomani, come è stato fatto, ed esempio, a Singapore, cosa che di colpo eliminerebbe buona parte del consumo e tutta la auto propagazione del fenomeno.

La misura peraltro è inattuabile in un sistema democratico e liberale; per cui dobbiamo concludere che il rifornimento di droga è una costante con la quale il nostro mondo occidentale avrà sempre a che fare (né è pensabile che diminuisca la produzione all'origine. Per chi non ha da mangiare la coltivazione di droga rappresenta un mezzo di sopravvivenza, a volte l'unico).

Così, scontato che il rifornimento di droga non manca né mancherà in futuro, passiamo agli altri termini del problema, cioè alle concause.

La concausa individuale è presente in tutti i tossicodipendenti e consiste nella fragilità e nell'estrema sensibilità del carattere. Il rapporto col mondo è vissuto in maniera piena di radicali angosciosi e drammatici. E poiché modificare il mondo per renderlo più accetto alle proprie esigenze costa impegno e fatica, per chi non ce la fa può essere attraente la modifica dell'altro polo del rapporto, cioè la modifica di se stessi che per debolezza, non arriva in genere alle estreme conseguenze del suicidio, ma si limita alla modificazione transitoria, ma efficace, data dalla droga.

L'«io debole e sensibile» non nasce peraltro come una maledizione o come un fiore in un prato, ma è la risultante di tutte le azioni che si sono scatenate sul singolo dal momento del suo concepimento. Se non c'è ipersensibilità e debolezza, non c'è neanche la necessità di compensare tale alterato rapporto col mondo con qualcosa che dall'esterno venga ad aiutare, avvolgendo in una rete che copre i problemi che hanno angosciato fino ad un minuto prima. Non si può escludere a priori che l'io debole possa esser tale anche per un difetto metabolico preesistente, ad esempio, per un deficit congenito di endorfine, così come tale ipotetico deficit umorale potrebbe essere acquisito come risultato di fattori esogeni ed esistenziali.

Tutte queste sono solo ipotesi, ed in realtà non abbiamo nessuna prova che l'io debole abbia una componente umorale e non sia solo la risultante di fattori esogeni e dinamici. Peraltro abbiamo molti esempi di come azioni esterne determinino tempeste umorali nell'organismo, basta pensare a quanto avviene a livello surrenale nella cosiddetta «reazione di allarme», per cui non è assurdo pensare che il deficit delle endorfine e di tutti gli altri mediatori chimici del sistema nervoso centrale, prima fra tutte la serotonina, possa anche essere facilitato o indotto da quanto avviene a livello dei rapporti interpersonali del soggetto.

Sicuramente, l'«io debole e sensibile» è intimamente legato alla seconda concausa, quella familiare. La famiglia del tossicomane è, spesso, una famiglia patologica e patogena, generatrice cioè di altra patologia. La famiglia patogena delega un suo componente a pagare per tutti, ad espiare con la sua malattia le colpe dell'intero sistema. Così il più debole dei componenti del sistema si ammala e paradossalmente con la sua sofferenza permette alla famiglia di mantenersi tale.

Quindi in realtà la malattia non è la malattia di uno, ma la malattia di tutti, e perciò anche la terapia non potrà essere che rivolta alla intera famiglia che va globalmente coinvolta per ridiscutere e ricollocare i ruoli di ciascuno. La tossicomania, in tale situazione, è la risultante delle interazioni che si scatenano nella famiglia: l'elemento più debole paga con una malattia psicosomatica, cioè riportando su un organo bersaglio la sua situazione patologica, oppure con una malattia mentale, cercando così un rifugio, un'oasi allo stress ambientale, oppure una tossicomania, in cui il compenso ricercato è di natura farmacologica.

Una famiglia patologica e patogena è quella in cui non c'è il rispetto dei ruoli: tipica generatrice di tossicomani è la famiglia in cui la madre è «dominante» ed il padre «assente». Il padre può essere assente perché morto, oppure divorziato, oppure perché non conta niente o perché non può contare in quanto troppo preso dai suoi affari e dai suoi interessi esterni. Lo spazio lasciato dal padre viene così riempito dalla madre onnipresente e onnipotente. A volte può accadere l'inverso (padre dominante e autoritario e madre assente), ma tale situazione si verifica più raramente.

Se dal microcosmo familiare passiamo al macrocosmo ambientale, troviamo alcune delle possibili concause che genericamente raggruppiamo nella concausa «sociale». Se un ragazzo sta in una classe scolastica dove tutti fumano haschish, è evidente che sarà sottoposto ad una «spinta sociale» a fumare. Se lo stesso frequenta un giro di persone che cominciano a drogarsi, o è tanto strutturato e forte da potersi permettere di essere autosufficiente, o

fatalmente si aggregherà. Quanto più forte è la spinta del gruppo, tanto più il singolo è portato ad assumere un atteggiamento omogeneo con quello del gruppo.

Altra concausa sociale è quella di una condizione «limite» di vita, per eccessivo malessere, squallore, routine grigia senza ideali, senza aperture al mondo, per continua assoluta condizione di miseria e di emarginazione. In tali condizioni di sofferenza, la droga può sembrare un buon compenso. Peraltro, la patologia sociale non è solo quella data da un eccesso di povertà, ma può essere anche il frutto di un eccesso di ricchezza. Per chi sempre ha avuto troppo e vive nella noia, la droga può rappresentare l'unica evasione.

Una volta abbiamo fatto su di una carta topografica di Roma un puntino nero su tutte le strade in cui abitavano i ragazzi in terapia, per vedere come era la distribuzione nei quartieri, soprattutto se c'erano addensamenti nei quartieri poveri e nelle borgate. Abbiamo notato una distribuzione omogenea a tappeto su tutta Roma, con alcuni addensamenti localizzati in quartieri di diversa estrazione sociale, in corrispondenza di zone che sapevamo essere di spaccio. Ci siamo allora domandati se c'era un maggior numero di tossicomani perché c'era lo spaccio o se c'era lo spaccio perché c'era un alto numero di tossicomani. L'uovo o la gallina? Penso che le due cose coesistano, perché indubbiamente lo spaccio avviene dove c'è richiesta, ma è anche da considerare che la disponibilità di droga facilita il consumo, come abbiamo detto in precedenza.

Le tre sopraindicate concause, come abbiamo detto, si articolano in maniera percentualmente diversa per ogni singolo soggetto. Così, mentre per uno la concausa familiare potrà essere influente per un 10%, mentre quelle sociali e individuali incideranno ciascuna del 43%, per un altro potrà essere il contrario e, al limite, una delle concause potrà essere totalmente ininfluyente, in presenza di un'altra capace di determinare al 100% una storia di tossicomania.

Ciò che è sicuro è che la tossicomania (sempre da non confondersi con un uso saltuario o sporadico di una droga o di un'altra) non nasce per combinazione o per miracolo nello spazio di una notte, come un fungo in un bosco, ma trova sempre una serie di cofattori che ne giustificano abbondantemente l'insorgenza.

La storiellina della «caramella drogata» subdolamente offerta dal perfido spacciatore al candido scolaro che esce da scuola, che così diventerebbe tossicomane, è più un ricordo di Cappuccetto Rosso che una possibilità reale, anche se trova ancora molta gente disposta a darle credito.

Tra l'altro, la storiellina è utilissima come elemento di scarico di coscienza individuale e collettivo, per cui, se la tossicomania nasce per elementi trascendenti, verso i quali ognuno di noi non può fare niente (semmai è il Governo che deve intervenire... perché il Governo non fa niente?...), ciò vale ad escludere ogni nostra colpa. Se c'è un untore che dall'esterno viene ad infettare, il diavolo che mette la droga nelle caramelle, io non ho nessuna colpa se mio figlio diventa un tossicomane.

In realtà, la storiellina della «caramella drogata» (con che droga, poi? Non con l'eroina, che non si fa per bocca. Forse con l'hashish o l'Lsd? Ma queste non creano dipendenze fisiche. E allora?) è un ottimo elemento di deresponsabilizzazione, un fantasma che serve a nascondere o a prevenire i propri sensi di colpa, quasi a mettere le mani avanti. In ogni caso, la colpa è degli altri. Io non c'entro.

Tra l'altro, se un ragazzo ha un primo rapporto con la «droga», magari per sbaglio, perché l'amico lo fa fumare, non diventerà mai tossicodipendente se non ha un substrato tale da permettergli di rimanere dipendente. Se non agisce nessuna concausa, tale da farmi ritenere, coscientemente o inconsciamente, che quando sto «fatto» sto meglio di quando sto normale, l'assunzione di droga resta un fatto isolato, anche perché nel 99% dei casi il primo contatto con la «droga» avviene a livello di sostanze che non hanno, al contrario degli oppiacei, un potere tossicomaniogeno intrinseco.

Da qui, una ulteriore conferma che il cosiddetto «problema della droga», in realtà, è più il «problema dell'individuo» alla ricerca di un compenso alla sua infelicità. E da qui anche la considerazione che quanto viene abitualmente spacciato per «prevenzione» in realtà non lo è, se per prevenzione intendiamo l'evitare che un ragazzo che potrebbe drogarsi vada in ef-

fetti a drogarsi.

L'informazione sulla droga, sui suoi effetti e sui suoi pericoli, non è che un elemento secondario, trascurabile e, a volte, addirittura controproducente, in presenza di un soggetto in cui le concause hanno raggiunto una percentuale sufficiente. Può essere controproducente, sia perché è facile cadere in eccessi descrittivi, che ottengono l'effetto opposto, facendo perdere credibilità all'autore dell'informazione (basta dire una cosa non vera, magari a fin di bene, per far perdere di valore tutti i successivi messaggi), sia per una stimolazione della curiosità, data anche dal fascino del proibito.

Può valere anche in questo campo il principio dell'«anche male, purché se ne parli», tanto caro agli uomini politici. Sicuramente il *black out* su ogni notizia relativa alla droga avrebbe un effetto preventivo maggiore dell'orgia sfrenata di considerazioni e pareri cui assistiamo allo stesso modo di quanto si ipotizza per il terrorismo.

Peraltro, ciò realisticamente e impossibile in un sistema aperto e liberale come il nostro, in cui non esiste nessuno che possa decidere di che cosa si deve o non si deve parlare. L'effetto moltiplicatore dei mezzi di comunicazione di massa, anche quando pretende di agire in senso contrario, in realtà agisce da veicolo pubblicitario della droga. Posto comunque che di droga se ne parla, perché i tossicomani esistono e non sono isolati, sarebbe meglio che se ne parlasse in maniera non strumentale e scientificamente corretta.

Certo, non possiamo illuderci che il cartellone, il manifesto, i filmini o i dépliants antidroga impediscano ad un emarginato, che ha i suoi bravi motivi e le occasioni per drogarsi, di andare a drogarsi. Anche perché quel film, quel cartellone e quel messaggio saranno recepiti da chi è inserito, non da chi è emarginato. Chi va a vedere i filmini antidroga? Non chi sta ai margini. Per chi sta ai margini ci vogliono altri messaggi, un altro modo di comunicare, un altro linguaggio, perché diverso è il linguaggio degli emarginati. La comunicazione verbale spesso diventa secondaria rispetto a quella non verbale, vibrazionale ed emotiva, in cui tutto è relativo ed incerto, e non può essere recepito il messaggio sicuro, certo, a volte arrogante per le sue certezze, del manifesto.

E poi tale messaggio viene, guarda caso, dall'autorità, dallo stato, dal comune, dalla provincia, da chi si occupa della droga, da tutte quelle istituzioni che formano il sistema; ma se io sono emarginato, scapperò piuttosto che adeguarmi a quanto mi viene indicato dal sistema, perché il livello dell'angoscia aumenta, diventa insopportabile.

Peraltro anche le campagne di sensibilizzazione antidroga, se non riescono ad impedire un incremento del numero dei tossicomani, obbediscono ad una logica di tipo ansiolitico-sociale: l'opinione pubblica è allarmata, ha paura della droga. Ecco quindi che il vedere che istituzioni rassicuranti come il Rotary o la Croce Rossa fanno qualcosa, intervengono, arginano il male dilagante, determina un certo effetto di tranquillizzazione sociale e di rasserenamento. C'è qualcuno (forse più forte del male?) che si occupa, per noi, anche di questo problema!

Quindi è chiaro che quasi tutto quello che viene spacciato per prevenzione, in realtà è confacente al sistema, è confacente alle persone «per bene», alle persone inserite, alle persone «normali», non agli esposti realmente al rischio.

Una volta persa l'illusione che l'informazione sui rischi e i pericoli sia di per sé valido elemento di prevenzione, ci accorgiamo paradossalmente che uno dei più importanti fattori di prevenzione è la terapia, l'evitare cioè che un soggetto, in quanto dipendente, sia obbligato a diventare un rivenditore per trovare i soldi che lo porteranno alla droga, ormai indispensabile. Rivenditore fortemente vincolato, in tal caso, ad allargare il giro, reclutando sempre nuovi adepti, per un meccanismo di necessità economica, ma anche psicologica, per ammortizzare i propri sensi di colpa. (Se la colpa ce l'hanno tutti, non è più una colpa ma un «fatto sociale»).

E poiché abbiamo già visto che la vera terapia non è tanto la disintossicazione, cioè lo svezzamento, provvedimento inutile, se il soggetto è incapace di sopravvivere, non avendo superato la patologia che l'ha portato a drogarsi, quanto piuttosto il reinserimento, vale a dire la riscoperta di alternative, dobbiamo concludere che prevenzione, terapia e riabilitazione sono tre facce dello stesso processo, in cui sarebbe difficile stabilire una cronologia, intersecandosi più volte i tre momenti tra di loro.

Per l'altro polo del rapporto, il singolo, soprattutto giovane, esposto al rischio di un

contagio da droga, vale, più che l'informazione, il non instaurarsi o il superamento delle concause, ad esempio il vivere in una famiglia non patologica, il crescere con un adeguato supporto educativo e il realizzarsi in una società non ostile.

Su questi temi non ci soffermeremo ulteriormente, in quanto già è stato detto e scritto da altri tutto ciò che era possibile dire e scrivere.

Quanto abbiamo affermato in questo breve corso di lezioni in tema di prevenzione, terapia e riabilitazione, vale esclusivamente per i veri tossicomani.

Non tutti i consumatori di droghe possono essere considerati veri tossicomani: vanno esclusi i consumatori saltuari, i consumatori «ricreativi» o viziosi, i delinquenti abituali o «coatti».

E chiaro, ad esempio, che chi si droga per delinquere è molto diverso da chi delinque per drogarsi; il primo è un delinquente (un «coatto»), il secondo un tossicomane. Le due categorie non hanno molti punti in comune, anche se negli ultimi anni si assiste ad un progressivo imbarbarimento della tossicomania, con la conseguenza di confini sempre meno netti tra tossicomania e delinquenza.

I consumatori occasionali, i ricreativi o viziosi, i coatti, non vanno visti in un'ottica di fondo di autoterapia, non obbediscono ad una logica di compenso di una debolezza esistenziale dell'io e di un'angoscia profonda che affonda le sue radici nelle concause, ciò che invece è caratteristica di un vero tossicomane.

## Indice

Prefazione	<i>di Marco Angeleri</i>	2
Introduzione	<i>di Massimo Barra</i>	3
Prima lezione:	<i>Definizione di droga. Droga legale e illegale; leggera e pesante. Il problema dell'abuso dei farmaci. L'alcool. Lsd.</i>	4
Seconda lezione:	<i>Assuefazione. Dipendenza psichica, dipendenza fisica La sindrome di astinenza da oppiacei. Agonisti e antagonisti.</i>	9
Terza lezione:	<i>Evoluzione della tossicodipendenza in funzione del tempo Morte per droga. I tre obiettivi della terapia.</i>	17
Quarta lezione:	<i>Tossicomania giovanile come «malattia nuova». Il metadone: limiti dello svezzamento.</i>	25
Quinta lezione:	<i>Mantenimento metadonico. La terapia di morfina. La normativa sui trattamenti sostitutivi.</i>	33
Sesta lezione:	<i>Il reinserimento. Comunità terapeutiche aperte e chiuse, liberali e repressive. L'esperienza di «Villa Maraini».</i>	38
Settima lezione:	<i>Le concause: individuali, familiari, sociali. Il problema della prevenzione.</i>	45
Ottava lezione:	<i>Che cosa fare in famiglia e nella istituzione sanitaria per aiutare il giovane eroinomane.</i>	50

Stampato  
Maggio 1982