

Droghe leggere: quando l'uso ricreativo diventa distruttivo

Fabio Madeddu
Antonio Prunas

PSICHIATRIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
MILANO

Il consumatore occasionale o ludico di cannabinoidi potrebbe essere a rischio di dipendenza da sostanze in generale; ciò imporrebbe cautela nella prescrizione di ansiolitici.

I dati dell'ultimo rapporto annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze (<http://www.emcdda.europa.eu>) confermano che la cannabis rappresenta la sostanza illecita più frequentemente utilizzata in Europa. Negli anni Novanta il consumo di questa sostanza, in particolare tra i giovani, è cresciuto praticamente in tutti i paesi. Si calcola, in maniera conservativa, che la cannabis sia stata utilizzata almeno una volta da quasi un quarto degli europei tra i 15 e i 64 anni. La percentuale sale al 29,3 in Italia, dove le cifre relative al consumo nell'ultimo mese e nell'ultimo anno sono, rispettivamente, del 5,8 e dell'11,3 per cento.

La cannabis gode dello status di «droga leggera» che può portare chi ne fa ricorso a sottovalutare i rischi e, qualora sia motivato a smettere, a rifiutare un intervento troppo patologizzante: è questo, plausibilmente, uno dei motivi per cui la paziente rifiuta psichiatri e psicologi. Conseguen-

IL CASO

Lucy in the sky with diamonds

Qualche giorno fa mi è stata fatta una richiesta che mi ha trovato impreparato. Antonia B, una ventenne che è mia paziente da meno di un anno, mi ha chiesto di aiutarla a smettere di usare cannabinoidi. Devo aver fatto una faccia stupita: non mi aspettavo che facesse uso di hashish e marijuana. Il più delle volte, per pudore o per inibizioni, non vengono toccati argomenti scottanti come uso di droghe e inclinazioni sessuali e nemmeno io avevo indagato su questa abitudine, raccogliendo l'anamnesi; inoltre, non mi aspettavo che una ragazza venisse a chiedere aiuto a me, su una questione del genere. Anche se ho sempre pensato che aiutare gli adolescenti in difficoltà, sia nella prevenzione, sia nel superamento della dipendenza già acquisita alla droga dovrebbe essere uno dei compiti del medico curante, in tanti anni di lavoro non mi era mai successo di esercitarlo. Antonia aveva deciso di ridurre il fumo gradualmente, anche stimolata dalla disapprovazione del suo nuovo ragazzo e dal fatto di aver trovato finalmente lavoro, ma, alla sera, veniva presa dall'ansia e dall'insonnia, per cui ricorreva ancora alle sostanze che avrebbe dovuto lasciare. Non ero neppure in condizione di deviare la richiesta di aiuto a uno specialista, perché la ragazza non voleva avere a che fare con psichiatri o psicologi; dovevo trovare da me una soluzione e, così, le ho prescritto una terapia con alprazolam per ovviare all'ansia. Quando lei è uscita, però, ho cominciato a chiedermi se con le benzodiazepine non le avrei indotto una dipendenza diversa e se non sarebbe stato meglio indagare di più su eventuali aspetti del suo umore, per i quali sarebbe stato più opportuno prescrivere antidepressivi. La mancanza di esperienza nel campo e anche di una preparazione almeno teorica (ma esistono, poi, linee guida da seguire?) mi rende impreparato a gestire situazioni di questo tipo.

temente, si imporrà sempre più spesso la necessità di assistere questo tipo di pazienti nell'ambito della medicina generale e può essere difficile per il non specialista definire con chiarezza il limite che separa l'uso ludico/ricreativo della sostanza da quello patologico, da inquadrare in termini clinici.

Nel caso raccontato dal collega emergono alcune lacune nella raccolta della storia di malattia di Antonia e delle motivazioni che la spingono ora ad abbandonare il ricorso alla sostanza. Non-

OCCHIO AL CONCETTO

Addizioni

- ▶ **Possibile coesistenza tra abuso di sostanze e disturbi psichici.**
- ▶ **Possibile coesistenza tra abuso di cannabinoidi e abuso di alcol.**

stante le comprensibili esitazioni. E', invece, necessario essere espliciti sui temi scottanti con adolescenti e giovani, proprio per la diffusione di condotte di abuso o di promiscuità sessuale.

E' inoltre importante valutare anche le relazioni familiari: ci sono buoni rapporti? i genitori sanno o sospettano? cosa farebbero se venissero a saperlo? E' infatti frequente che la reticenza sia legata anche a questi fattori.

Riguardo al caso di Antonia, mancano, dunque, le importanti informazioni sul dosaggio abituale e sulla frequenza delle assunzioni: il cosiddetto uso ricreativo della sostanza si connota come infrequente (di solito meno di una volta alla settimana) e occasionale (quando la sostanza è disponibile fra amici). I fumatori abituali fumano da tre a cinque volte alla settimana, di solito in circostanze specifiche; diviene un problema di salute pubblica la pratica giornaliera (da 1 a 20 sigarette al giorno).

L'aumento progressivo del dosaggio nel tempo è indice di tolleranza alla sostanza e di dipendenza fisico-psichica. Possono essere poi significative le circostanze di consumo, da soli o in compagnia, nei fine settimana o nei giorni lavorativi. Tali aspetti dovrebbero essere indagati in una prospettiva diacronica, tenendone presente la possibile evoluzione (vedi la tabella 1).

La paziente riferisce di aver già compiuto sforzi, rivelatisi inutili, di ridurre gradualmente il consumo di cannabis. Questa informazione ha un valore prognostico circa le sue risorse e probabilità di riuscita nel nuovo tentativo. Sono riferiti i sintomi psicologici e fisiologici che accompagnano l'interruzione della sostanza o la riduzione del suo uso (l'ansia e l'insonnia); si impone un'indagine accurata circa la loro relazione temporale con la condotta di abuso di cannabis. Se, infatti, una lieve sindrome astinenziale caratterizzata da umore irritabile o ansioso, tremori, sudorazione,

TABELLA 1 - CAVEAT

- ◆ **ricorso quotidiano alla sostanza**
- ◆ **compromissione del funzionamento generale**
- ◆ **tentativi falliti di ridurre o interrompere l'uso**
- ◆ **tolleranza**

nausea, anoressia e insonnia è stata documentata negli abusatori abituali di cannabis, è altrettanto possibile che l'interruzione dell'assunzione possa aver riportato in superficie un quadro clinico psichiatrico che prima era mantenuto silente, dato che l'abuso di sostanze psicotrope può avere la funzione di automedicare il disagio psichico (vedi box 1 a pagina 7).

Ricerche trasversali condotte su ampi campioni statunitensi (Stinton 2006) hanno rilevato tassi di coesistenza non trascurabili tra abuso/dipendenza da cannabis e disturbi dell'umore (in particolare, disturbo bipolare), disturbi d'ansia (in particolare, disturbo da attacchi di panico e disturbo d'ansia generalizzato) e disturbi di personalità (verso la dipendente e l'antisociale).

Indagare accuratamente le motivazioni che hanno portato all'uso della sostanza permette quindi una comprensione dell'abuso, più utile ed efficace di una condanna.

Non risulta infine trascurabile l'ultimo quesito circa le motivazioni alla base della scelta di smettere. La paziente ha trovato lavoro: forse si è resa conto di non essere sufficientemente lucida per svolgerlo o di avere deficit cognitivi che le impedirebbero di farlo al meglio. Forse il medico può puntare sulla relazione col fidanzato come risorsa ai fini dell'intervento terapeutico. Queste leve motivazionali danno anche indicazioni che permettono ancora una volta di distinguere tra un uso ricreativo della sostanza e un quadro patologico meritevole di attenzione.

ELIMINARE L'ABUSO SENZA SOSTITUIRLO

Suscita qualche perplessità il dubbio del collega di poter indurre una nuova dipendenza da benzodiazepine, senza però («per pudore o inibizioni») un'indagine su altre condotte di abuso già presenti. Per quanto, a differenza di quanto →

Cannabis e psicosi

BOX

Una recente review pubblicata su *Lancet* (Moore 2007) ha segnalato un incremento significativo del rischio di sviluppare disturbi psicotici negli individui che avessero fatto ricorso alla cannabis (OR 1,41), con una relazione dose-effetto, dopo aver controllato i possibili fattori di confondimento. Relativamente al rischio di disturbi dell'umore, di ideazione suicidaria e di disturbi d'ansia, i risultati appaiono meno consistenti: gli autori concludono che ci sono ormai prove sufficienti per mettere in guardia i giovani.

E' ragionevole, però, pensare che il consumo di cannabis sia un fattore di rischio che possa portare alla manifestazione della patologia in sinergia con altri (quali una vulnerabilità genetica ed eventi ambientali avversi nelle prime fasi dello sviluppo).

La cannabis è stata associata a un peggioramento della sintomatologia della schizofrenia, soprattutto per quanto riguarda deliri e allucinazioni.

Drug Addiction*Occhio Clinico 2008; 2: 4***Key words:** Cannabis; Addiction**Summary**

The figures contained in the latest annual report from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EM-CDDA) confirm that cannabis is the most widely used illicit substance in Europe. Cannabis has a status as "light drug", which may lead those who use it to underestimate its risks. Moreover, when motivated to stop, users may reject an excessively "pathologising" treatment. It can be difficult for non-specialists to clearly define the boundary separating recreational use from pathological use, and describe it in clinical terms. How should doctors treat those who want to stop? Indeed, prescribing a pharmacological treatment ipso facto seems rather risky, as it can lead to addiction to other substances (such as benzodiazepine, for example). If appropriate, patients can be guided towards "Twelve step programmes" with self-help associations.

avviene per le altre sostanze psicoattive, nella maggior parte dei casi i consumatori di cannabis facciano ricorso a questa sostanza in maniera esclusiva, dati statunitensi suggeriscono che l'abuso di alcol interessa quasi il 55 per cento di chi «fuma» (Stinton 2006).

In alcuni casi, il paziente consumatore di cannabis può ricorrere all'eroina o alla cocaina allo scopo di sedare in modo più intensivo i propri disturbi psichici, in altri per trattare lo stato disforico e i disturbi indotti dall'uso prolungato e massiccio della cannabis stessa; i dati più recenti indicano inoltre una vera e propria interazione farmacologica tra il sistema oppioide e il sistema dei cannabinoidi.

Studi condotti su coppie di gemelli discordanti per l'uso di cannabis in adolescenza hanno mostrato che il ricorso alla marijuana, in particolare prima dei 18 anni di età, si associa a un ri-

schio da 2 a 5 volte superiore di sviluppare dipendenza da alcol e da altre sostanze psicoattive (Lynskey 2003).

TATTICHE DI INTERVENTO

Individuare i soggetti a rischio e intervenire precocemente sono considerate due importanti componenti di tutti i programmi di lotta al consumo di sostanze.

Gli studi su interventi terapeutici specifici per consumatori di cannabis sono fondati per lo più su esperienze statunitensi e australiane.

A livello europeo, oltre ai programmi attuati nelle scuole e attività a scopo preventivo, gli approcci terapeutici più diffusi in regime ambulatoriale sono interventi brevi e mirati, attraverso una combinazione di colloqui motivazionali o di impostazione cognitivo comportamentale.

In Italia non esistono strutture terapeutiche

Stadi del cambiamento e applicazione al caso di Antonia B.

TABELLA 2

Fase del cambiamento	Paziente generico	Strategie dell'operatore	Caso specifico
precontemplazione	l'individuo non ha alcuna intenzione di modificare il proprio comportamento in quanto non lo riconosce come dannoso	fornire informazioni che accrescano la consapevolezza del possibile danno	focalizzare l'attenzione sui possibili rischi per la salute o sul possibile scadimento del funzionamento cognitivo
contemplazione	l'individuo inizia a considerare la possibilità di un cambiamento, senza ancora intraprendere un'azione in tal senso	rinforzare le ragioni alla base della scelta di cambiare	l'inizio di una nuova attività lavorativa impone il cambiamento
preparazione	l'individuo si prepara a cambiare con l'intenzione di agire concretamente nell'arco del mese successivo	suggerire strategie efficaci, dare consigli concreti	fare ricorso al supporto del fidanzato; evitare tutte le situazioni e le compagnie che ricordano l'uso della sostanza; trovare alternative sane al fumo
azione	l'individuo passa ai fatti, modificando il proprio comportamento o l'ambiente circostante	aiutare a monitorare il cambiamento, verificare l'efficacia delle strategie scelte e superare le eventuali difficoltà che possono verificarsi	fissare incontri a cadenza ravvicinata in ambulatorio
mantenimento	l'individuo si sforza di mantenere a lungo termine il cambiamento raggiunto	rinforzare la convinzione di efficacia del cambiamento, promuovere il supporto dei familiari e della rete sociale	aumentare l'intervallo tra gli incontri senza però lasciarli all'iniziativa della paziente
ricaduta	l'individuo ricade nel comportamento abbandonato	ridurre la demoralizzazione, riavviare il processo di cambiamento	esaminare gli eventuali eventi peggiorativi della vita e scoprire nuove possibili motivazioni al cambiamento

specializzate per i consumatori patologici di cannabis, che possono essere inviati a servizi di aiuto ai giovani o ai SerT. In questi ambulatori si rischia però di esporre i giovani consumatori di cannabis al contatto con consumatori di altre sostanze psicoattive di maggiore età.

Il medico di medicina generale dovrebbe, dopo un adeguato inquadramento, proporre sempre l'invio allo specialista di soggetti adolescenti o già noti per disturbi psichici.

L'impostazione, ipso facto, di una terapia farmacologica appare infatti piuttosto rischiosa, alla luce della possibilità di indurre dipendenza da altre sostanze (quali per esempio le benzodiazepine). Il ricorso a questi farmaci dovrebbe essere adeguatamente monitorato (controllando la frequenza di richiesta di nuove prescrizioni) e dovrebbero essere preferite molecole a lunga emivita, il cui potenziale in termini di sviluppo di dipendenza è ridotto.

Nei casi di poliuso, va valutata la necessità di un percorso di disintossicazione in regime di ricovero presso una struttura specializzata.

Va eventualmente proposta al paziente l'adesione al «Programma dei dodici passi» presso associazioni quali Alcolisti anonimi (<http://www.alcolisti-anonimi.it>) o Narcotici anonimi (<http://www.na-italia.it>), che ormai godono di una consolidata tradizione anche in Italia e sono diffuse in tutto il territorio nazionale.

Nei casi come quello proposto dal collega, in cui il quadro clinico apparentemente non è complicato e c'è una motivazione di fondo della paziente a interrompere la condotta d'abuso, è plausibile attuare un intervento di tipo motivazionale, secondo il modello dei sei «stadi del cambiamento» (vedi la tabella 2 a pagina 6).

In assenza di un'adeguata alleanza terapeutica su obiettivi condivisi è impossibile iniziare qualsiasi trattamento efficace: l'inquadramento iniziale completo della situazione può contribuire a promuovere questa alleanza.

Le tecniche dell'intervista motivazionale, poi, incoraggiano e danno supporto al paziente, aiutandolo a esplorare e risolvere le sue ambivalenze (Miller 2004). ♦

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Lynskey MT et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA* 2003; 289: 427.
- ♦ Miller WR et al. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Trento: Centro Studi Erickson, 2004.
- ♦ Moore TH et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319.
- ♦ Stinson FS et al. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med* 2006; 36: 1447.

SECONDO PARERE

Tossicodipendenze nell'ambulatorio del medico di famiglia

Fabrizio Valcanover

MEDICINA GENERALE
TRENTO

La legislazione italiana riserva il trattamento del tossicodipendente esclusivamente ai centri autorizzati, i SerT. Al medico di medicina generale spetta solo il compito (per altro obbligatorio per qualsiasi medico) di intervenire in caso di intossicazione acuta. Ai servizi spettano anche la prevenzione e la cura delle patologie organiche correlate all'uso di sostanze psicotrope.

Se questa situazione incontra il favore di molti medici che vedono di buon occhio l'essere sollevati da un compito difficile, povero di gratificazioni professionali e umane, il ruolo di prima linea della medicina generale implica comunque un contatto con i soggetti dipendenti o consumatori occasionali di sostanze psicotrope.

Con relativa frequenza si affrontano situazioni forse ai margini della professione, come i primi con-

tatti di adolescenti con sostanze psicotrope, le preoccupazioni dei genitori, le richieste pressanti di psicofarmaci da parte di dipendenti da eroina di vecchia data, eccetera.

Anche se la diffusione nel mondo giovanile è inquietante, non bisogna dimenticare che l'adolescenza è un periodo del ciclo vitale caratterizzato da sperimentazione e ricerca che espongono il soggetto a molti rischi, tra cui l'uso di sostanze tossiche (come l'alcol). Questa osservazione comporta un diverso approccio, centrato sul contesto e sulla personalità del giovane.

Un discorso a parte merita l'uso dei derivati della cannabis, probabilmente la sostanza psicotropa più consumata al mondo (140 milioni di consumatori secondo stime ONU), che non presenta tossicità acuta. Da più di cento anni nel →