

**L**a diffusione dell'uso della cannabis, che a partire dagli anni '60 ha investito massicciamente la popolazione giovanile, ha raggiunto il massimo livello nel corso degli anni '70. Da allora, si è assistito ad un progressivo declino. Secondo una delle più note indagini epidemiologiche sull'argomento, la High School Senior Survey (condotta sugli studenti delle ultime classi delle scuole superiori), nel 1969 il 20% degli intervistati aveva assunto cannabis almeno una volta nella vita. Nel 1979 la percentuale era salita al 60.4%, per poi ridiscendere, nel 1990, fino al 40.7%. Secondo la stessa indagine, la percentuale dei soggetti che facevano uso quotidiano di cannabis, e che possiamo pertanto considerare maggiormente a rischio, era passata dal 10.7% del 1978 al 2.2% del 1990.

Tra le ragioni di questa tendenza generale alla riduzione dell'uso di marijuana va annotata la modificazione dell'orientamento culturale ed in particolare la mutata percezione della pericolosità delle droghe.

L'uso della marijuana è stato storicamente associato ad una particolare cultura caratterizzata dalla perdita di interesse o anche dalla mancanza di riguardo per i simboli tradizionali della religione, dello stato, della famiglia e dell'autorità. L'atteggiamento dei giovani degli anni '60 e '70 era proteiforme e creativo, sebbene ansiogeno. La fine degli anni '70 e gli anni '80 sono stati caratterizzati invece da uno stile di vita più conservativo e controllato, dove la consapevolezza tra i giovani che il mondo non si può cambiare può avere reso meno desiderabile l'alterazione dello stato di coscienza prodotto dalla marijuana.

All'aumentata percezione della pericolosità della cannabis degli ultimi anni possono avere contribuito diversi fattori, quali la osservazione delle reazioni avverse negli amici che l'hanno utilizzata e il forte impegno contro le droghe manifestato dall'associazioni dei genitori e dai media con le loro campagne. È probabile che anche l'aumento del prezzo della sostanza possa avere contribuito alla riduzione dell'uso.

**Modelli d'uso.** Tra gli estremi dell'uso occasionale e di quello cronico, vi è una grande variabilità nella modalità di uso dei derivati della cannabis. Se considerazioni di carattere geografico, sociale e culturale sono importanti per la predisposizione, la frequenza e la modalità dell'uso dipendono invece fondamentalmente dalla interazione tra gli effetti psicoattivi della sostanza e le caratteristiche di personalità dell'individuo.

Nella vita dell'assuntore occasionale la marijuana svolge un ruolo marginale.

Dopo il boom degli anni '60,  
il consumo di marijuana negli Usa  
sta conoscendo una flessione  
Tuttavia l'uso di questa sostanza  
pone ancora seri problemi  
di carattere medico e sociale  
Quali i risvolti medici  
di un suo possibile abuso?

## Cannabis e Società Uso, abuso e trattamento

Robert B. Millman

Solitamente il consumo è ristretto ad incontri di gruppo, nei quali il rituale della preparazione e condivisione del "joint" è parte integrante dell'interazione sociale. In genere non si associa l'uso di altre sostanze.

L'uso continuativo può variare da quello di una sigaretta di marijuana al giorno, allo scopo di rilassarsi dopo la scuola o il lavoro, a quello compulsivo, nel quale la sostanza viene usata quotidianamente per tutto l'arco della giornata. Nel consumatore compulsivo, il procacciamento e l'assunzione della cannabis divengono le preoccupazioni dominanti della vita. Alcuni di questi individui sono dei "puristi", che usano solo cannabis; molti altri assumono anche una varietà di altre droghe.

#### **Marijuana e droghe pesanti.**

L'uso di marijuana solitamente precede l'uso di altre droghe. Ciò non necessariamente significa che la marijuana porti alla dipendenza da altre sostanze. La maggior parte degli individui prima di assumere marijuana ha assunto vino, sigarette, caffè e perfino latte. Non per questo si può parlare di causalità. È comunque ipotizzabile che la marijuana, chiamata anche "droga d'ingresso", un qualche ruolo sull'uso di altre sostanze lo svolga. Gli effetti piacevoli della marijuana, la constatazione che il suo uso non è poi così pericoloso quanto i genitori o i media danno ad intendere, possono incoraggiare la sperimentazione di altre droghe. Inoltre, essendo l'uso della marijuana illegale, per l'assuntore possono essere minori le resistenze verso l'uso di altre sostanze illegali: la stessa attività di ricerca della marijuana facilita l'incontro con persone che usano altre droghe. Infine va segnalato anche l'aspetto finanziario: mentre il costo della cocaina e della eroina si è progressivamente ridotto,

quello della marijuana continua a crescere. I cosiddetti "nickel bags" (confezioni da cinque centesimi), che un tempo costavano 5 dollari, oggi costano tra i 10 ed i 20 dollari.

**La storia naturale dell'uso di cannabis.** Sebbene il modello di uso della marijuana nell'adulto non sia stato bene studiato, l'esperienza clinica suggerisce che con l'avanzare dell'età vi sia una tendenza alla riduzione dell'uso. La storia naturale del consumatore di cannabis sembra evidenziare un decremento dell'uso verso i 30 - 40 anni, quando la sostanza viene considerata meno attraente e fonte di effetti psicoattivi di tipo disforico. Noi abbiamo seguito un gruppo di persone che col tempo aveva ridotto significativamente la frequenza d'uso. Si trattava di persone di successo, appartenenti alla classe sociale media, di età compresa tra i 30 e i 50 anni e di razza bianca. Dopo molti anni di uso quotidiano costoro riferivano, non senza imbarazzo, che fumare quantità elevate di marijuana li rendeva ansiosi, irrequieti e paranoici. Continuavano ad affermare che a loro la cannabis piaceva, ma solo occasionalmente ed in piccole dosi. Col passare degli anni, per queste persone aumentava invece l'appetibilità di sostanze associate a sensazioni di potenza, di energia e di produttività, come l'alcol e la cocaina. Non importava se a queste sensazioni non si accompagnasse un reale miglioramento della performance. Ciò che contava era la sensazione prodotta.

L'intossicazione da marijuana è caratterizzata da una alterazione della percezione del tempo, che sembra rallentato, e da una ridotta capacità di concentrazione. È probabile che questo stato sia gradevole per i giovani che non devono confrontarsi con i limiti imposti dal tempo. Quando però l'indi-

viduo comincia a fare i conti col processo dell'invecchiamento e ad attribuire un qualche valore alla produttività e all'ambizione, la passività e la lassitudine indotte dalla marijuana possono essere causa di ansia. È anche possibile che l'aumento dei sintomi d'ansia e disforia che si osserva con l'uso cronico di cannabis, sia da mettere in relazione con i fenomeni di *kindling* e sensibilizzazione già ipotizzati per spiegare le convulsioni da cocaina e gli attacchi di panico nei disturbi d'ansia e nella depressione.

**Effetti psicoattivi.** Gli effetti psichici della cannabis variano in dipendenza della preparazione, della dose, della via di somministrazione, della personalità dell'assuntore, delle sue aspettative e del contesto nel quale viene utilizzata. È comune una alterazione della percezione dei suoni, dei colori, dei discorsi e del gusto. Anche l'umore viene interessato in modo variabile. Di solito viene sperimentato una sensazione di accresciuto benessere, ma talvolta anche di depressione ed ansia. Vi possono essere iperattività e ilarità o anche passività, apatia e sonnolenza. Il flusso ideativo può apparire accelerato e vi può essere un certo rilassamento delle associazioni. Gli individui possono diventare più loquaci o più silenti. Il tempo sembra trascorrere più lentamente ed il bisogno di attività è minore, ma senza sensazione di noia. I fumatori riferiscono di lunghi periodi di tempo trascorsi ascoltando musica o leggendo. I problemi possono apparire meno pressanti, sebbene si possa osservare anche l'opposto.

**Valutazione e diagnosi di dipendenza e abuso.** La valutazione di un individuo per il quale si sospetta l'uso di sostanze psicoattive, non può prescindere da una accurata raccolta anamnestica, dall'esame fisico e da una valu-

tazione psichiatrica.

Poiché la marijuana viene utilizzata spesso in associazione con altre sostanze, è inoltre importante verificare il tipo di relazione esistente. Per esempio, per chi abusa di cocaina la marijuana può servire per alleviare le sensazioni d'ansia da essa prodotte, mentre per chi abusa di eroina o alcol può servire ad aumentarne gli effetti.

In numerose circostanze il processo diagnostico può avvalersi di analisi tossicologiche per la ricerca delle sostanze d'abuso o dei loro metaboliti nei liquidi biologici. L'esame tossicologico delle urine, indicato quando si sospetti l'uso di cannabis, può aiutarci ad esempio a chiarire l'origine di uno stato di intossicazione acuto o di un improvviso cambiamento dello stato mentale, dell'umore o del comportamento.

A questo proposito va osservato che esiste una scarsa correlazione tra data ed entità del consumo di cannabis da una parte e concentrazione dei suoi metaboliti nei liquidi biologici dall'altra. A causa della loro elevata liposolubilità, il  $\Delta$ -9-

tetraidrocannabinolo (THC) ed i suoi metaboliti si accumulano nei tessuti adiposi e vengono eliminati dall'organismo molto più lentamente rispetto ad altre sostanze. Il principale metabolita, il 11-nor- $\Delta$ -9-THC-acido carbossilico, può essere rilevato nelle urine per 4-6 giorni dopo un uso acuto di cannabis e per 20-30 giorni dopo un uso cronico.

Sebbene con l'uso cronico di cannabis sia stata riportata la comparsa di tolleranza verso la maggior parte degli effetti prodotti, gli individui con dipendenza da cannabis solitamente non sviluppano dipendenza fisica. L'elemento centrale della dipendenza da cannabis è rappresentato dalla compulsione. Sintomi caratteristici, in accordo col DSM-IV sono: l'uso della sostanza durante tutto l'arco della giornata, per un periodo di mesi o anni; l'incapacità di ridurre le dosi o di controllarne l'assunzione; l'uso continuato nonostante la presenza di problemi fisici o psicologici causati o aggravati dalla sostanza; la compromissione di importanti attività scolastiche, lavorative o

ricreative a causa del suo uso.

La diagnosi di abuso trova posto laddove sia rilevabile un maladattamento, ma non siano presenti tutti i criteri necessari per la diagnosi di dipendenza.

#### **Reazioni avverse acute.**

*Disturbi d'ansia.* Le reazioni avverse più comunemente riportate sono l'ansia e gli attacchi di panico. Solitamente compaiono durante il periodo di intossicazione e si risolvono entro qualche minuto o qualche ora, persistendo solo raramente oltre le 24 ore.

È più facile che queste reazioni si manifestino fra i principianti, soprattutto se l'assunzione di marijuana avviene in un ambiente estraneo o minaccioso. L'intensità è variabile e va da uno stato di modesto disagio ad un franco quadro isterico, con sensazione di impedimento motorio e respiratorio o di imminente attacco cardiaco.

L'intervento più indicato consiste nella rassicurazione: in genere è sufficiente ricordare al paziente che i sintomi presentati sono abbastanza comuni, che sono prodotti dalla sostanza e che si risolveranno rapidamente. Talvolta può essere utile un ansiolitico, preferibilmente di rapido effetto e lunga durata d'azione, come diazepam, 10-30 mg, o lorazepam, 1-3 mg.

La persistenza dello stato ansioso è più probabile in individui psicologicamente predisposti.

*Psicosi.* Un quadro clinico di rara osservazione è il disturbo psicotico indotto da cannabis. Esso si sviluppa rapidamente dopo l'uso della sostanza e in genere recede entro uno o pochi giorni. Solitamente comprende deliri di persecuzione o di gelosia, mentre la presenza di allucinazioni è rara. Altri sintomi associati sono: ansia, labilità emotiva, depersonalizzazione e, al cessare dell'episodio, amnesia.



Tessera della associazione Consumatori Cannabis

I limiti tra stati d'ansia, attacchi di panico e disturbo psicotico indotto da cannabis non sono netti. Anche la comparsa di un disturbo psicotico dipende dalla dose assunta, dalla personalità premorbosa dell'individuo e dall'ambiente. In soggetti predisposti il disturbo psicotico indotto da cannabis può preludere ad una psicosi persistente.

Il trattamento di questo disturbo può includere, oltre agli interventi già enunciati per le reazioni d'ansia, l'uso di un neurolettico (aloperidolo 2-4 mg).

**Delirium.** La comparsa di delirium, con obnubilamento della coscienza, confusione, depersonalizzazione e alterazione del pensiero, spesso consegue all'ingestione di grandi quantità di cannabis in una delle sue numerose forme. Vi possono anche essere compromissione della memoria, allucinazioni visive ed uditive, paranoia e comportamento bizzarro o violento. Sono stati riportati quattro casi nei quali si associava mutismo. La durata del disturbo varia da poche ore a pochi giorni. La relazione di questo quadro con la psicosi schizofreniforme rimane poco chiara. Per il trattamento si usano farmaci ansiolitici e neurolettici.

**Flashback.** Il flashback consiste nella transitoria ricomparsa di sensazioni e percezioni sperimentate sotto l'effetto di una sostanza psichedelica. Fumare marijuana può fungere da fattore scatenante il flashback. Altri fattori scatenanti sono la fatica, lo stress emotivo e l'alterato funzionamento dell'lo. Il flashback può durare secondi o ore e può essere vissuto come piacevole o terrifico. Spesso sono presenti distorsione visiva, alterazione dello stato affettivo, depersonalizzazione e sintomi fisici.

L'uso continuato di cannabis o di sostanze psichedeliche può aumentare l'incidenza di



Preparazione dello spinello

flashback. Anche per questo quadro l'intervento comprende la rassicurazione e la terapia ansiolitica. Anche la psicoterapia può essere utile. In casi estremi può essere indicato il trattamento con neurolettici.

**Uso cronico di cannabis e psicopatologia.** Come per le altre sostanze d'abuso, le manifestazioni psicopatologiche che si osservano dopo l'uso cronico sono la conseguenza dell'interazione fra psicobiologia dell'assuntore e effetti psichici della sostanza. È ovviamente difficile verificare quanto l'uso della marijuana sia la conseguenza della psicopatologia di base del soggetto e quanto ne sia invece la causa.

**Autoterapia.** L'abuso e la dipendenza da cannabis sono spesso associati alla presenza di disturbi psichiatrici come i disturbi dell'umore, la schizofrenia, i disturbi di personalità. L'uso autoterapico della marijuana nei portatori di patologie affettive, ben si accorda con le sue proprietà ansiolitiche e sedative. Essa può aiuta-

re il soggetto ad alleviare le sensazioni di depressione, rabbia, vergogna e solitudine solitamente associate agli stati di sregolazione affettiva. Poiché la cannabis ha comunque effetti psicotomimetici, è difficile capire come anche gli psicotici possano utilizzarla in senso autoterapico. Sicuramente altre sostanze, ad esempio l'eroina, sarebbero più utili allo scopo. In realtà gli schizofrenici spesso riferiscono che i farmaci antipsicotici producono sensazioni di vuoto, di passività, di sottomissione. In relazione all'uso di cannabis questi pazienti riportano una esperienza bifasica: la prima caratterizzata da sensazioni di rilassamento, di energia e di innalzamento dell'umore; la seconda caratterizzata da deterioramento psichico, da disorganizzazione e da aggravamento delle allucinazioni uditive. È probabile che i pazienti schizofrenici, pur di poter sperimentare dei fugaci momenti di euforia e di fuga, siano disposti ad accettare un peggioramento della sintomatologia. È anche

possibile che gli effetti anticoli-nergici della cannabis riducano l'efficacia dei neurolettici. Si è osservato che una delle cause più frequenti di ricovero per i pazienti schizofrenici è l'abbandono delle terapie neurolettiche e l'uso di cannabis.

Il tipo di trattamento da instaurare nei confronti di pazienti con disturbi mentali e abuso di cannabis deve tenere conto dello specifico quadro clinico. Vanno affrontate le tematiche della autoterapia e della razionalizzazione. In tal senso può essere utile coinvolgere questi pazienti in terapie di gruppo. I pazienti in trattamento neurolettico devono essere specificamente avvertiti del pericolo legato all'uso di cannabis.

*Psicosi.* È stata ripetutamente segnalata la comparsa di episodi psicotici prolungati (giorni o settimane) e psicosi croniche scatenati dall'uso di dosaggi elevati di cannabis per lunghi periodi. I tentativi di distinguere queste sindromi dalla schizofrenia classica non sono stati coronati da successo. Non è chiaro se possano presentarsi anche in individui non psicopatologicamente predisposti. La nostra impressione clinica è che al termine di un episodio psicotico acuto scatenato dalla cannabis, possa persistere per lunghi periodi una sintomatologia psicotica attenuata, con pensieri paranoidi e allucinazioni uditive.

I quadri psicotici scatenati dalla marijuana, se i sintomi persistono, dovrebbero essere trattati come psicosi funzionali. Nel nostro centro, quando la componente ansiosa è predominante, usiamo gli ansiolitici (diazepam 40-60 mg al dì in dosi refratte), nel tentativo di far "abortire" l'episodio psicotico. In seguito, se è necessario, somministriamo dosi appropriate di farmaci neurolettici.

*Sindrome amotivazionale.* In utilizzatori cronici di cannabis è

stata descritta una sindrome amotivazionale, caratterizzata da apatia, riduzione delle attività finalizzate, incapacità di gestire nuovi problemi, distraibilità, compromissione del giudizio e delle abilità comunicative. Questa sindrome è stata utilizzata per spiegare il deterioramento della personalità e la compromissione della performance scolastica osservati nei giovani assuntori. Si tratta comunque di osservazioni non controllate e non replicate in altri studi sull'argomento.

Data l'azione farmacologica della cannabis, che include sedazione, compromissione della attenzione e della memoria a breve termine, è possibile che in alcuni giovani vulnerabili il suo uso possa essere responsabile di un ottundimento dell'ambizione e dell'iniziativa e di una compromissione della performance scolastica. In altri giovani comunque, sebbene l'uso di cannabis si associ a profondi cambiamenti nell'abbigliamento e nel comportamento, il grado di intraprendenza appare notevole, purché valutato rispetto al perseguimento di obiettivi che hanno un valore nel loro contesto sociale.

È probabile che la sindrome amotivazionale sia semplicemente una variante del disturbo da dipendenza già descritto precedentemente.

**Trattamento dell'abuso e dipendenza da cannabis.** Il trattamento si articola nelle diverse fasi della disintossicazione, della remissione e della riabilitazione. Spesso il primo problema col quale ci si confronta è la tendenza del paziente a negare il suo stato di dipendenza e ad accettare il trattamento. Nella prima fase è importante aiutare il paziente a riconoscere che la sostanza sta interferendo significativamente con la sua vita. L'esecuzione di regolari test tossicologici urinari sono particolarmente

utili in questa fase: oltre che costituire un indice obbiettivo dell'andamento della terapia, aiutano anche il paziente a controllare l'atteggiamento di negazione, sollevandolo dalla responsabilità di dover riferire regolarmente al terapeuta sull'uso della sostanza.

Non vi è accordo generale sull'esistenza di una sindrome di astinenza da cannabis. Una sintomatologia caratterizzata da nausea, mialgia, irritabilità, nervosismo, irrequietezza, depressione ed insonnia è stata descritta sia nell'animale che nell'uomo, dopo la brusca sospensione di un uso protratto e ad alti livelli. Gli stessi sintomi non sono stati riportati con altre modalità di uso. Nella maggior parte dei casi la sintomatologia è modesta ed influenzata dalla personalità premorbosa. In genere il supporto e la rassicurazione sono sufficienti a facilitare il processo astinenziale.

Nella fase di remissione l'intervento può richiedere da 2 a 12 mesi. Il trattamento è finalizzato alla prevenzione della ricaduta ed allo sviluppo delle competenze sociali. Alcuni degli elementi critici da affrontare sono: il riconoscimento dei segni precoci di ricaduta; la discussione dei cosiddetti "ricordi euforici", consistenti nella tendenza a ricordare solo gli aspetti positivi dell'esperienza con le droghe; il superamento del desiderio di riguadagnare il controllo sulla sostanza; il rinforzo degli aspetti negativi della droga; l'evitamento delle situazioni condizionanti la riacquisizione di comportamenti tossicomani ("persone, luoghi e cose"); l'isolamento delle "cadute", così che non diventino delle "ricadute"; l'apprendimento di nuovi metodi di gestione degli stati emotivi che sono alla base del craving; lo sviluppo di alternative piacevoli e gratificanti.

Sono pochi i programmi spe-

cificamente indirizzati al trattamento dei disturbi da uso di cannabis. Nel corso del trattamento a lungo termine il contratto può includere la semplice partecipazione alle sessioni settimanali di terapia di gruppo, allo scopo di rinforzare l'impegno nell'astensione, di migliorare le competenze relazionali e controllare la riemersione della negazione. Dovrebbe anche essere incoraggiata la partecipazione ai gruppi di autoaiuto. Nei programmi costruiti sull'esempio di quello degli Alcolisti Anonimi, gli individui vengono incoraggiati a considerarsi "in riabilitazione". Questo approccio, dimostratosi efficace per gli adulti, può non essere necessario nei giovani. Dopo un anno o più di astensione dall'uso di sostanze e di buon adattamento sociale, è meglio che i giovani vengano incoraggiati a considerarsi simili ai loro pari, sebbene a maggiore rischio. Le tecniche utilizzate durante queste fase possono includere varie forme di psicoterapia individuale e di gruppo, la terapia della famiglia, i programmi organizzati secondo il modello dei 12 passi degli Alcolisti Anonimi.

È ovviamente importante sottolineare che per molti adolescenti l'uso sperimentale o intermittente di marijuana è "normativo" all'interno del loro gruppo, esercita un minimo impatto sulla loro salute e nessuno sul loro adattamento psicosociale. Forzare questi giovani ad un trattamento può servire a rovinare le loro vite e le loro carriere scolastiche, rinforzare le insicurezze sulle loro capacità e stigmatizzarli. La valutazione dell'opportunità di un trattamento talvolta costituisce un difficile problema clinico che richiede un attento bilancio tra rischi e benefici.



**Robert B. Millman**

*Professore di medicina e psichiatria alla Cornell University, è direttore dei Servizi per l'abuso di alcol ed altre sostanze al New York Hospital Payne Whitney Psychiatric Clinic. Dopo aver studiato medicina interna e psichiatria al New York Hospital, ha dedicato la sua vita alla ricerca, al trattamento e all'organizzazione nelle aree dell'abuso di alcol e droghe, della psichiatria di comunità e della salute pubblica. Il Prof. Millman ha contribuito allo sviluppo di un range di programmi innovativi per il trattamento della tossicodipendenza sia negli adolescenti che negli adulti.*

#### **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

Beeder AB, Millman RB: Treatment of patients with psychopathology and substance abuse, in Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 2nd Edition. Edited by Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, et al. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1992, pp 675-690.

Brady JV, Fotin RW, Fischman MW, et al: Behavioral interactions and the effects of marijuana. Alcohol, Drugs, and Driving 2:93-103, 1986.

Frank B, Golea J, Simeone R: Drug Use Trends in. New York City. New York, New York State Division of Substance Abuse Services, 1991, pp 5-61.

Grinspoon L: Effects of marijuana. Hosp Community Psychiatry 34:307, 1983.

Alikas J: Marijuana use in psychiatric illness, in Marijuana: Effects On Human Behavior. Edited by Miller L. New York, Academic Press, 1974, pp 265-302.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG: Drug Among American High School Seniors, College Students, and Young Adults 1975-1990. Rockville, MD, National Institute of Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, 1991.

Khantjian EJ, McKenna GJ: Acute toxic and withdrawal reactions associated with drug use and abuse. Ann Intern Med 90:361-373, 1979.

Marlatt GA: Relapse prevention: a self-control gram for the treatment of addictive behaviors, in Adherence, Compliance, and Generalization Behavioral Medicine. Edited by Stuart RB. New York, Brunner/Mazel, 1980

Millman RB: Considerations on the psychotherapy of the substance of the substance abuser. J Subst Abuse Treat 3:10-109, 1986.

Millman RB, Sbriglio R: Patterns of use and psychopathology in chronic marijuana users. Psychiatr Clin North Am 9:533-545, 1986.