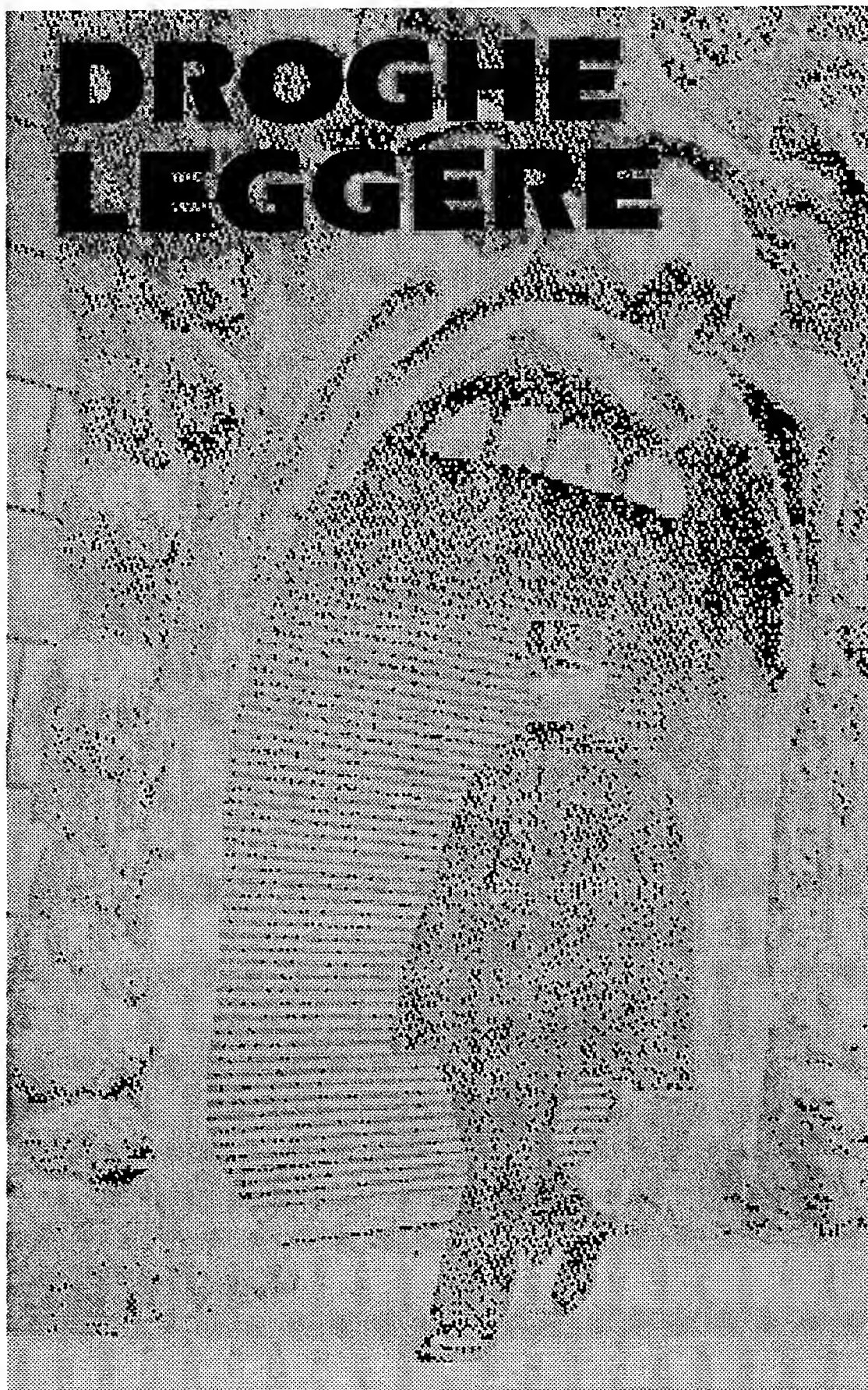


a cura di **ecn milano**

Centro Sociale Leoncavallo



Droghe leggere

Files provenienti dalla Bbs SIDAnet di Roma

INDICE DEI CONTENUTI

- | | | | |
|-------|--------------|-----------------------------|-----------|
| 1 | A12988.ITA | (23 / 05 / 92) (da SIDAnet) | 1 |
| <hr/> | | | |
| 2 | A64192.ITA | (26 / 08 / 92) (da SIDAnet) | 5 |
| <hr/> | | | |
| 3 | SPINELLO.TXT | (27 / 05 / 92) (da SIDAnet) | 14 |
| <hr/> | | | |
| 4 | LEGGERA.TXT | (10 / 05 / 92) (da SIDAnet) | 15 |
| <hr/> | | | |



a cura di

ecn milano

LE ULTIME RICERCHE SULLA CANNABIS

A cura di Giancarlo Arnao
1 Giugno 1988

SOMMARIO: Scheda sugli effetti dei derivati della canapa indiana sul sistema immunitario, sull'apparato respiratorio, sul sistema cardiocircolatorio e sulla capacità di guida.

Il "Journal of Psychoactive Drugs" di San Francisco ha dedicato il suo numero di gennaio-marzo ad una rassegna monografica delle ultime ricerche sulla marijuana.

Tali ricerche riguardano gli argomenti più controversi sull'uso della sostanza, e cioè:

- a) gli effetti sul sistema immunitario;
- b) gli effetti sul sistema respiratorio;
- c) gli effetti sul sistema cardiovascolare;
- d) gli effetti sulla capacità di guida dei veicoli.

A) EFFETTI SUL SISTEMA IMMUNITARIO

L'ipotesi che la marijuana danneggi il sistema immunitario è stata proposta da diversi AA già negli anni 70, attraverso ricerche di laboratorio che erano state messe in discussione per la metodologia adottata (cfr. Arnao: "Erba proibita", Feltrinelli 1982, pp.105-107 e 213).

Sul JPD l'argomento viene affrontato da due studi, rispettivamente di Hollister (docente di psichiatria e farmacologia alla Texas University) e di Wallace-Tashkin-Oishi-Barbers (in una ricerca sovvenzionata dal National Institute of Drug Abuse).

RICERCA DI HOLLISTER - Gli effetti sulla funzione immunitaria vengono valutati in base a quattro parametri: immunità cellulare mediata, meccanismi bio-umorali, difesa cellulare e attività immunogenetica.

L'Autore arriva alle seguenti conclusioni:

"Nonostante la letteratura piuttosto vasta sviluppata negli ultimi 15 anni, un effetto dei cannabinoidi sul sistema immunitario è ancora da dimostrare. Le prove sono contraddittorie, in quanto si è stabilito un certo livello di attività immunosoppressiva soltanto da esperimenti in vi-

tro, falsati dagli altissimi dosaggi impiegati, e dalla mancanza di confronti con possibili effetti analoghi di altre sostanze. Più gli studi sperimentali si sono avvicinati alle reali situazioni cliniche, meno convincente era l'evidenza di un effetto immunosoppressivo" (Hollister: "Marijuana and Immunity", in "Journal of Psychoactive Drugs", vol.20/1, Jan-Mar 1988, p.7).

D'altra parte, l'interesse dei ricercatori, che era stato molto attivo negli anni 70, è svanito negli anni 80. Il che dimostrerebbe, secondo l'Autore, che ulteriori studi su questo soggetto non hanno prospettive di novità interessanti.

Rispetto al rapporto fra uso di cannabis e AIDS, l'Autore scrive che "non vi è alcuna prova clinica né alcun dato epidemiologico che dimostri un legame fra uso di marijuana da una parte e contagio con l'HIV o sviluppo dell'AIDS dall'altra" (op.cit. p.5).

Anche per i soggetti affetti da HIV, non vi è alcuna prova che l'uso di marijuana o di alcool aumenti il rischio di contrarre l'AIDS (op.cit.,p. 7).

RICERCA DI WALLACE, TASHKIN, OISHI, BARBERS - In questa ricerca gli effetti della marijuana vengono confrontati con quelli del tabacco. La funzione immunitaria viene valutata analizzando l'attività linfocitaria. Sono stati considerati tre gruppi di soggetti:

NS: non fumatori

TS: fumatori di solo tabacco, consumo medio di un pacchetto al giorno per 24 anni

MS: fumatori di marijuana, consumo medio di almeno 10 spinelli alla settimana per almeno 5 anni

MTS: fumatori di marijuana (in dosaggi analoghi al gruppo precedente) e di tabacco (un pacchetto al giorno per almeno 16 anni).

La ricerca ha dimostrato che l'uso di marijuana, a differenza di quello del tabacco, non ha un'azione inibitoria della risposta immunitaria. Questa differenza viene spiegata dagli AA con diverse ipotesi:

- a) che la marijuana non contenga gli agenti immunosoppressivi del tabacco;
- b) che la marijuana contenga fattori che contrastano l'attività immunosoppressiva;
- c) che la differenza di risposta dipenda dai dosaggi, i quali, pur corrispondendo alle modalità di uso più diffuse, sono per il tabacco superiori a quelli della marijuana.

Ciò significa in pratica che dosaggi di marijuana pari a quelli adottati dai ricercatori non determinano alcuna attività immunosoppressiva.

B) EFFETTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO

Gli effetti sull'apparato respiratorio sono stati analizzati da ricerche di Tashkin-Simmons-Clark (dell'UCLA) e di Fligiel-Venkat-Gong-Tashkin (sovvenzionata dal NIDA).

RICERCA DI TASHKIN, SIMMONS, CLARK - Questo studio prende in esame la iper-reattività bronchiale (sintomo di sofferenza dell'apparato respiratorio e fattore di rischio per l'instaurarsi di malattia cronica ostruttiva) comparativamente in tre gruppi di soggetti:

- 1) **MS**: fumatori di marijuana in dosaggi equivalenti a 3,3 spinelli al giorno per 20 anni;
- 2) **TS**: fumatori di tabacco in dosaggi equivalenti a 1,14 pacchetti al giorno per 20 anni;
- 3) **MTS**: fumatori di tabacco (0,76 pacchetti al giorno per 20 anni) e di marijuana (2,6 spinelli al giorno per 20 anni).

La iperreattività bronchiale si è rilevata soltanto nel gruppo MTS. Sul piano pratico, ciò significa che questo tipo di rischi non viene provocato con livelli di uso pari a quello indicato. C'è però un aumento di iperreattività se tabacco e marijuana vengono usati assieme, anche in dosaggi inferiori a quelli che risultano innocui se le sostanze vengono assunte separatamente (Tashkin et al: "Effects of Habitual Smoking of Marijuana Alone and with Tobacco on Nonspecific Airways Hyperreactivity", su op. cit., pp. 21-25).

RICERCA DI FLIGIEL, VENKAT, GONG, TASHKIN - attraverso una serie di esami istologici, esamina la patologia bronchiale di tre gruppi di soggetti:

MS: consumatori di marijuana che hanno fumato almeno uno spinello nell'ultimo mese e una media di uno spinello al giorno per almeno tre anni nel passato;

TS: soggetti che hanno fumato almeno una sigaretta al giorno per più di un anno;

MTS: soggetti che hanno fumato marijuana e tabacco.

Dall'analisi complessiva dei risultati, gli AA concludono che "il fumo di marijuana può essere altrettanto e forse anche più dannoso del fumo di tabacco per l'epitelio respiratorio" (p.41). Il massimo livello di tossicità è stato rilevato nel gruppo MTS.

Dai dosaggi analizzati nella ricerca, risulta chiaramente che il confronto fra marijuana e tabacco va inteso a parità di sostanza fumata, e non ai livelli di uso più comuni delle rispettive so-

stanze. Sul piano pratico, questa ricerca dimostra che il fumo di marijuana danneggia l'epitelio respiratorio in misura pari o forse superiore a quella determinata da quantitativi equivalenti di fumo di tabacco. D'altra parte, gli AA affermano che la potenzialità di queste alterazioni come fattori di rischio di malattia cronica o di cancro del polmone è tuttora sconosciuta, seppure non impossibile (Fligiel et al: "Bronchial Pathology in Chronic Marijuana Smokers" in op.cit., pp. 33-42).

C) EFFETTI SUL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

RICERCA DI TASHKIN, WU, DJAHED Lo sviluppo di ossido di carbonio (CO) è uno degli effetti collaterali della combustione, ed è una delle componenti di tutte le sostanze che vengono fumate. L'CO, a contatto col sangue, si lega con l'emoglobina, formando carbossiemoglobina (COHb), che è un importante fattore di rischio per la malattia coronarica.

La ricerca ha valutato l'incidenza di questo rischio misurando i livelli di COHb nei fumatori di tabacco e di marijuana; sono stati analizzati separatamente gli effetti acuti (aumento immediato e transitorio della COHb provocato direttamente dalla singola dose) e gli effetti cronici (aumento permanente provocato dall'accumulo delle dosi).

Sono stati analizzati tre gruppi di soggetti:

MS (n. 115): fumatori di sola marijuana, a dosaggi equivalenti a 2,8 spinelli al giorno;

TS (n.52): fumatori di tabacco con dosaggi di un pacchetto al giorno;

MTS (n.104): fumatori di marijuana e tabacco (2,7 spinelli e 13 sigarette al giorno).

Ne è risultato che l'effetto acuto era per i MS quattro volte superiore a quello dei TS. Ciò sarebbe dovuto, secondo gli AA, al fatto che la marijuana viene aspirata più a fondo e più a lungo del tabacco. Poiché d'altra parte uno degli effetti del THC è quello di aumentare la frequenza delle pulsazioni, ciò significa un aumento di rischio di crisi acuta per coloro che hanno una preesistente situazione di sofferenza delle arterie coronariche. Gli effetti cronici sono invece inferiori per i MS, in cui il livello di COHb è inferiore a quello dei TS e dei MTS. Secondo gli AA, ciò dipende essenzialmente dalla differenza di dosaggio: i TS, a differenza dei MS, fumano ad intervalli troppo brevi per permettere uno smaltimento della COHb. Sul piano pratico, ciò determina un più alto livello di

rischio cronico, cioè permanente, nei TS e nei MTS.

La frequenza e la profondità dell'aspirazione, e il lasso di tempo in cui il fumo viene trattenuto nei polmoni sono quindi i fattori determinanti del rischio di aumento di COHb per uso di marijuana fumata. Il rischio è indipendente dalla potenza farmacologica, e cioè dal tasso di THC, ma è legato alla quantità di sostanza fumata.

La possibilità di aumentare la COHb appare, sul piano pratico, l'unico rischio realmente dimostrato dell'uso di cannabis fumata, limitatamente ai soggetti affetti da patologia coronarica.

Dal contesto della ricerca si può dedurre che tale rischio potrebbe essere ridotto (a) limitando la quantità di sostanza fumata (ad esempio evitando di fumare marijuana assieme al tabacco) e (b) fumando con una tecnica che attenui l'impatto del fumo sull'assorbimento polmonare (Tashkin et al: "Acute and Chronic Effects of Marijuana Smoking Compared with Tobacco Smoking on Blood Carboxyemoglobin Levels", su op.cit., pp. 27-31).

C) EFFETTI SULLA CAPACITA' DI GUIDA.

In che misura l'uso di cannabis incide sulla capacità di guida? A tutto il 1982, pochi studi avevano indagato a fondo la questione (cfr. Arnao 1982, pp.93-98 e p.220).

Una ricerca di Gieringer ha cercato di approfondire l'argomento, analizzando criticamente tutti gli studi finora eseguiti.

L'A inizia con una breve rassegna delle ricerche di laboratorio.

Studi al simulatore hanno constatato generalmente una diminuzione della capacità di guida, ma anche una tendenza ad abbassare la velocità e ad evitare comportamenti rischiosi; al contrario dell'alcool, che, come è noto, induce alla guida veloce e spericolata. Altra importante differenza sta nel tempo di reazione che con l'uso di alcool aumenta, e con quello di cannabis rimane inalterato.

Questi dati trovano conferma in una ricerca di Hansteen - Miller - Lonero - Reid, in cui 38 soggetti, sottoposti a diversi dosaggi di cannabis e di alcool, hanno affrontato prove di guida su vere auto in percorsi obbligati. Ne è risultato che un dosaggio di 5.9 - 6.8 mg di THC (pari a uno spinello di 600-700 mg di marijuana all'1%), determina complessivamente una diminuzione della capacità di guida di livello inferiore ad un dosaggio di alcool corrispondente ad una alcolemia

dello 0.07% (due bicchieri di vino), inferiore al limite (0.08) tollerato dalla legge dei paesi occidentali (cfr. Hansteen et al: "Effects of Cannabis and Alcohol on Automobile Driving and Psychomotor Tracking" in Dornbush - Freedman - Fink [a cura di]: "Chronic Cannabis Use", New York Academy of Science, 1976)

Gieringer prende poi in esame una serie di ricerche basate sulla ricerca dei metaboliti della cannabis e di altre droghe nel sangue in casi di incidenti stradali.

Fra il 1978 e il 1981 Mason - McBay hanno eseguito in North Carolina uno studio su 600 vittime di incidenti definiti "one car" (che hanno cioè coinvolto soltanto una automobile, e sono quindi avvenuti per responsabilità preminente di chi era alla guida). L'esame del sangue ha rilevato:

- THC in livelli ematici superiori a 3ng/ml nel 7,8% dei casi, di cui il 5,3% (sul totale dei casi) aveva anche tassi alcolemici superiori al 0,10%;
- alcool presente nel sangue nel 79,3% dei casi;
- metaqualone presente nel 6,2%, e barbiturici nel 3% dei casi.

Una ricerca di Cimbura in Ontario su 1169 soggetti (autisti o pedoni) coinvolti in incidenti mortali fra il 1982 e il 1984 ha riscontrato:

- nel 10,9% dei soggetti presenza nel sangue di THC a livelli superiori a 1 ng/ml; fra questi nel 7,4% (sul totale dei casi) vi era anche un tasso di alcool superiore allo 0,08%;
- nel 57,1% alcool presente nel sangue.

Una ricerca di Williams et al su 440 autisti (di età fra i 25 e i 34 anni) deceduti per incidenti stradali in California fra il 1982 e il 1983 ha riscontrato:

- THC a livelli di 0,2-0,9 ng/ml nel 14% dei casi;
- THC fra 1 e 1.9 ng/ml nell'8%;
- THC fra 2 e 4.9 ng/ml nel 9.6%;
- THC di 5 ng/ml e oltre nel 5.2%
- fra i soggetti positivi per il THC (complessivamente il 37%) il 25% (sul totale) aveva un tasso alcolemico superiore a 0,10%, il 5% un tasso alcolemico inferiore a 0.10% e il 7% (sul totale) presenza nel sangue di altre droghe;
- alcool da solo nel 70% dei casi;
- cocaina da sola nell'11% dei casi.

Questi dati vanno interpretati tenendo presenti alcuni parametri di valutazione.

Riguardo all'alcool, la maggior parte degli incidenti stradali avviene con tassi fra lo 0.08 e lo 0.10% (cfr. Canadian Government Commission of

Inquiry: "Final Report", p.394), e questi valori vanno quindi considerati indicativi di alterazione della capacità di guida.

I livelli ematici di THC partono da valori di circa 50 ng/ml subito dopo l'assunzione, rimangono attorno ai 10 ng fino alla seconda ora, per scendere sotto 1 ng/ml dopo tre-quattro ore (cfr. King - Teale - Marks: "Aspetti biochimici della cannabis" in Graham [a cura di]: Hashish e marijuana", Newton Compton 1979, p.109 e Morgan: "Marijuana Metabolism in the Context of Urine Testing for Cannabinoid Metabolite" in JPD, vol 20/1, 1988, pp.108-109). Poiché il periodo di effetto psicoattivo della cannabis è generalmente valutato non superiore alle tre ore (cfr. Weil - Zinberg - Nielsen: "Clinical and Psychological Effects of Marijuana in Man" in Grupp [a cura di]: "Marijuana", Merrill 1971, p.164), si può ragionevolmente ritenere che livelli inferiori ai 3 ng/ml corrispondono ad uno stato di intossicazione molto leggero: ciò spiega tra l'altro perché la ricerca di Mason abbia considerato soltanto i tassi superiori ai 3 ng/ml come possibili causa di incidente. Inoltre, Gieringer fa notare come tassi di THC fino a 2,5 ng/ml possano realizzarsi anche molte ore dopo l'uso, quindi non dimostrino uno stato di intossicazione in atto.

D'altra parte, l'intossicazione da marijuana non è necessariamente la causa degli incidenti. La ricerca di Williams ha cercato di chiarire questo dato essenziale, attraverso una serie di parametri che quantificavano la responsabilità dei soggetti nella dinamica dell'incidente. L'"indice di responsabilità", è stato così valutato:

- i guidatori che erano sotto l'effetto dell'alcool **assieme ad altre droghe** erano responsabili nel 95% dei casi;
- i guidatori sotto l'effetto di alcool nel 92%;
- i guidatori che **non avevano usato alcuna droga** nel 71%;
- i guidatori sotto l'effetto di **marijuana** nel 53%.

Da questi dati risulta che l'intossicazione con marijuana si è concretata come fattore di rischio con una incidenza inferiore ai casi in cui i soggetti non erano sotto l'effetto di alcuna droga.

Valutando complessivamente le ricerche prese in esame, Gieringer stima che nell'8-11% dei casi di mortalità vi era un livello di THC indicativo di un effettivo stato di intossicazione in atto, cioè superiore a 2,0-3,0 ng/ml, ma soltanto nel 2,8 -4,8% un livello superiore a 5 ng/ml, indicativo di una effettiva e rilevante alterazione delle capacità.

D'altra parte, il fatto che dall'81 all'87% dei soggetti positivi per THC erano anche positivi per l'alcool, porta l'incidenza dei casi in cui era presente soltanto THC a valori di 1,8% per tassi indicativi di intossicazione e di 0,54% per tassi superiori a 5 ng/ml. Ciò induce l'A a ritenere che gran parte degli incidenti dei soggetti positivi per THC non dipende dalla cannabis ma dall'alcool, a concludere che:

"la marijuana di per sé sembra essere un fattore di rischio minore o irrilevante negli incidenti mortali.(...) Non è probabile che l'eliminazione della marijuana possa avere un impatto favorevole sulla sicurezza pubblica fino a che i consumatori continueranno ad usare altre droghe, e in particolare l'alcool.(...) In questa luce, è ironico che la corrente tecnologia di ricerca di droghe nelle urine rifletta un pregiudizio opposto, essendo altamente intollerante con la marijuana ma non con l'alcool.(...) La diffusione dei test sulla marijuana sembra basarsi su profondi pregiudizi sociali e politici più che su una effettiva evidenza scientifica". (p.100)

CANNABIS E VIOLENZA

CANNABIS FARMACOLOGIA

vedi Drug Policy 1989-1990 pp 352-353

DOSE LETALE: vedi Drug Policy 1989-1990 pp 352-353

vedi anche Grinspoon "Marijuana reconsidered" pp 252-253

La dose letale è di 20-40 Kg.

FATTORE DI SICUREZZA (RAPPORTO DOSE EFFICACE/DOSE LETALE): CONFRONTO ALCOL-CANNABIS

Per la cannabis è 1/20.000 - 1/40.000

ALCOL dose EFFICACE CONCENTRAZIONE EMATICA 0.05-0.10%

DOSE letale 0.4-0.5%

FATTORE DI SICUREZZA = DA 4 A 10

(FONTE: Mikuriya su "New Physician" 1969)

dose letale secondo Milam-Ketcham:

0.3 dose minima letale / 0.4 dose media per coma / 0.5 dose media per effetti negativi su funzione cardiaca e respiratoria / 0.6 dose letale per la maggioranza dei casi

livello di 0.2 corrisponde all'ingestione di 8 lattine di birra da parte di un soggetto maschio del peso di 68 kg

(Milam-Ketcham: "Under the influence" 1981 books n.415)

DATI USA SU MORTALITA' E RICOVERI DI EMERGENZA PER CANNABIS
1982 DAWN 199.000 casi in USA
casi di ricoveri di emergenza
5295 di cui solo il 22% non associato ad altre sostanze (1164)
(NIDA RM 61,p.18)

1985 DAWN
casi di morte con "menzione" di sola cannabis: 1, contro 29 per aspirina e 48 per tranquillanti
(NIDA: Annual data 1985 , pp. 58 e 64 n.628)
ricoveri di emergenza 1338 casi per cannabis da sola, contro 5451 casi per tranquillanti e 26889 per aspirina

1987 DAWN
casi di morte collegati con cannabis da sola: 0 contro 30 per aspirina e 11 per tranquillanti
ricoveri: 1744 casi per cannabis da sola contro 2627 per aspirina (NIDA: Annual Data 1987)

fonte : ARCHIVIO PARTITO RADICALE
** (SIDAnet Information) **



2 File : A64192.ITA

"LA MARIJUANA"

di Lester Grinspoon

da "Le Scienze" edizione italiana di "Scientific American" numero 19, marzo 1970, anno III, volume IV.

Ripubblicato da: CORA - OSSERVATORIO DELLE LEGGI SULLA DROGA - Documenti
Prefazione a cura di Carla Rossi, hanno collaborato Giuseppe Lorenzi e Simonetta Verità - MILLELIRE STAMPA ALTERNATIVA - Informazioni sul proibizionismo a cura di Marcello Baraghini e Maurizio Turco - 21 luglio 1992

PREFAZIONE: a cura di Carla Rossi

Questo articolo, pubblicato per la prima volta su "Le Scienze" più di venti anni fa, non ha perso il suo interesse scientifico. Ripubblicarlo oggi, nell'ambito di un dibattito sulla legge 162/90 sulla droga e sul suo impatto, riveste un interesse particolare in quanto, permette di evidenziare come leggi "perverse" possano rendere pericolose e a volte mortali sostanze di per se pressoché innocue.

Se poi si confronta il documento della Drug Policy Foundation, riportato nel IV rapporto OLD - aprile 1992 , che riesamina 20 anni di fallimenti nella strategia andina degli Stati Uniti, tesa all'eradicamento delle colture prima di marijuana e poi di coca, che sono state seguite regolarmente da un'espansione selvaggia del mercato e dal passaggio a sostanze sempre più pericolose e alla crescita del potere economico e politico di organizzazioni criminali sempre più agguerrite, si è indotti all'amara constatazione della sequenza di errori delle varie politiche intraprese dai Paesi Occidentali, che sembra che non siano ormai più in grado di governare il fenomeno e neppure di immaginare come mettere a frutto i numerosi insuccessi ottenuti.

Credo che questo documento dovrebbe far anche riflettere quanti sembrano non accogliere l'urgenza di pervenire alla separazione dei mercati delle cosiddette droghe leggere e pesanti mediante una politica illuminata di tipo olandese, che riporti le sostanze leggere al loro giusto valore e "pericolosità", ostacolando quel passaggio dall'uso di droghe leggere a quello di droghe pe-

santi tanto sbandierato dai difensori del divieto ad ogni costo, mai provato statisticamente in modo attendibile, e reso possibile, e addirittura indotto, essenzialmente dagli interessi delle organizzazioni criminali che governano il mercato clandestino di tutte le droghe.

Non è la sostanza ad essere pericolosa, come scientificamente provato e noto già da oltre venti anni, come dimostra il presente documento mai smentito, è l'attuale gestione del mercato delle sostanze a rendere pericolosa la marijuana facilitando il passaggio ad altre sostanze e soprattutto la legge che porta in carcere anche i semplici consumatori di sostanze leggere a renderle a volte anche mortali.

LA MARIJUANA

Si può dimostrare che si tratta di una droga di modesta tossicità. La sua notorietà solleva un interessante dibattito pro e contro il suo uso.

di Lester Grinspoon

[Insegna psichiatria alla Harvard Medical School di Boston. Membro della commissione esaminatrice dell'America Board of Psychiatry and Neurology.

Consulente della scientifico della National Organisation for the Reform of Marijuana Laws, membro del Consiglio Consultivo della Drug Policy Foundation. E' consulente giuridico di alcuni stati americani: New Jersey, Colorado, Washington, New York, Vermont e Massachussetts. E' autore di una proposta per la legalizzazione e la tassazione delle droghe.]

La prima testimonianza dell'uso della marijuana si trova in un compendio cinese di medicina, l'erbario dell'imperatore Shen Nung del 2737 a.c. Il suo uso come stupefacente si estese dalla Cina all'India, poi all'Africa settentrionale e di qui, infine, all'Europa, circa nel 1800 dopo Cristo, forse portata da truppe dell'esercito napoleonico che tornavano dalla campagna d'Egitto. Nel nuovo mondo la marijuana era conosciuta da secoli nell'America meridionale e centrale, ma negli Stati Uniti non ebbe largo impiego fino al 1920 circa. Poiché la pianta della canapa, o "Cannabis sativa", da cui si ricava la droga sotto varie forme, è

una pianta erbacea che cresce spontaneamente in molti climi, non è possibile sapere esattamente quale sia la sua diffusione attuale nel mondo. Secondo un'indagine eseguita dalle Nazioni Unite, coloro che usavano la droga nel 1950 erano circa 200 milioni, soprattutto in Asia e in Africa.

La canapa è stata a lungo usata nella storia come pianta tessile, come droga nelle cerimonie tribali e come medicinale, specie in India. Nel XIX secolo la droga veniva spesso prescritta nel mondo occidentale per diversi disturbi, come la tosse, l'esaurimento, i reumatismi, l'asma, il delirium tremens, l'emicrania e i dolori mestruali. Per quanto il suo uso stesse già alquanto diminuendo in seguito all'introduzione dei narcotici e analgesici sintetici, rimase nella farmacopea statunitense fino al 1937. Le limitazioni decretate dalla legge 1937 determinarono la sua esclusione dalla lista dei medicinali.

Ad ogni modo, in tutti i tempi la pianta della canapa ha suscitato interesse soprattutto per le sue proprietà di euforizzante. Sembra che il nome marijuana sia una corruzione del vocabolo portoghese mariguango, che significa bevanda inebriante. La diffusione della droga è messa in evidenza dalla moltitudine di termini dialettali con cui è conosciuta; per esempio negli Stati Uniti prende i nomi di "weed" (erbaccia), "grassa" (erba), "pot", "tea", "marijuana" ed altri ancora, e la si fuma quasi sempre in sigarette chiamate "reefers" o "joints". Altrove si prende spesso come bevande o mescolata ai cibi, per esempio dolciumi.

La droga varia molto in qualità ed efficacia, a seconda del clima, terreno, coltivazione e metodo di preparazione. Essa si ricava quasi esclusivamente dalla pianta femminile. Le infiorescenze e le foglie apicali quando la pianta è matura si ricoprono di una resina appiccicosa giallo-dorata, con un profumo di menta: questa contiene le sostanze attive. Si preparano tre qualità di droga, indicate con nomi indiani. La qualità più economica e meno efficace, chiamata "bhang", si ricava dagli apici di piante selvatiche e ha un basso contenuto di resina. La maggior parte della marijuana che si fuma negli Stati Uniti è questa qualità.

Per gli Indù di palato fine il bhang è un rozzo surrogato del "ganja", un pò come la birra rispetto a un buon whisky scozzese, ed è disprezzato da

tutti, tranne i più poveri. Il ganja si ottiene dalle cime fiorite e dalle foglie di piante coltivate e selezionate. Il terzo tipo di droga di qualità ancora superiore, chiamato in India "charas", è costituito dalla resina stessa, raschiata con cura dagli apici delle piante mature.

Solo questo tipo di droga è il vero "hashish"; l'opinione diffusa che questo nome si riferisca a una qualsiasi droga derivata dalla canapa è sbagliata. Il charas, o hashish, è da 5 a 8 volte più efficace della migliore marijuana reperibile negli Stati Uniti.

La composizione chimica delle droghe della canapa è estremamente complessa e non del tutto nota. Negli anni '40 si scoprì che i costituenti attivi sono vari isomeri del tetraidrocannabinolo.

Recentemente è stato sintetizzato l'isomero delta-1: si pensa che questo sia il componente attivo principale della marijuana. L'efficacia della droga, però dipende probabilmente anche da altri componenti e dal modo in cui viene presa. Sono stati preparati circa 80 derivati del cannabinolo, e alcuni di essi sono stati sperimentati su animali o su volontari, per studiarne l'azione.

Gli effetti della canapa (usata qui come termine generale per indicare l'insieme dei prodotti psicotropi ricavati dalla pianta) negli animali sono limitati al sistema nervoso centrale. La droga non altera sensibilmente il comportamento dei ratti o topi, o il semplice apprendimento nei ratti; tuttavia calma i topi resi aggressivi dall'isolamento e nei cani provoca uno stato soporoso con sogni che ricorda l'ultimo stadio dell'effetto della droga sull'uomo. In forti dosi la canapa produce negli animali sintomi come vomito, diarrea, tremori fibrillari e mancanza di coordinazione muscolare. Per alcuni animali sono state stabilite le dosi letali; per esempio nei gatti la dose letale per via orale è di tre grammi di charas, otto grammi di ganja o dieci grammi di bhang per chilogrammo di peso corporeo. Ai cani sono state dosi molto alte senza provocare decessi; anche tra gli uomini non è stato registrato nessun caso di morte. Gli effetti psichici della droga sono stati descritti frequentemente in letteratura. Molto tempo fa l'hashish ricevette una fama sinistra dagli scritti di letterati, in particolare il gruppo degli scrittori francesi (Baudelaire, Gautier, Dumas padre e altri) che formavano il "club des Hachichins" (ossia dei fumatori di hashish) nella Parigi del decennio 1850-60. I loro resoconti, scritti sotto l'influenza di grandi quantità di hashish, debbono essere ridi-

mensionati come esagerazioni che non si applicano all'uso moderato della droga. Si supponeva che l'hashish fosse stato la causa della psicosi e della morte di Baudelaire, ma questa diceria trascura il fatto che egli era un alcoolizzato affetto di sifilide terziaria.

Bayard Taylor, scrittore, conferenziere e viaggiatore americano, provò su di sé la droga durante una visita in Egitto nel 1854, e ne descrisse accuratamente l'azione.

"Durante la mezz'ora di durata dell'effetto, non fui tanto influenzato dalla droga da non poter studiare con chiara percezione i cambiamenti che subivo. Notai attentamente il diffondersi di fini sensazioni per tutto il tessuto delle mie fibre nervose, e ogni fremito mi aiutava a liberare il corpo della sua natura terrestre e materiale, finché la mia carne mi apparve più leggera dei vapori dell'atmosfera; e mentre sedevo nella quiete del crepuscolo egiziano mi aspettavo di essere sollevato e portato via dalla brezza che increpava il Nilo. Mentre queste sensazioni continuavano, gli oggetti da cui ero circondato assunsero un'espressione strana e bizzarra... scoppiasti in un lungo accesso di risate. L'allucinazione scomparve gradualmente come era venuta; fui sopraffatto da una sonnolenza dolce e piacevole e caddi in un sonno profondo e ristoratore".

Forse la relazione clinica più particolareggiata è quella dell'illustre psichiatra di New York, Walter Bromberg, che nel 1934 descrisse gli effetti psichici della droga basandosi su molte osservazioni e colloqui con persone sotto l'influenza della marijuana, e sulla propria esperienza.

"Lo stato di intossicazione inizia con un periodo di ansietà da dieci a trenta minuti dopo aver fumato, durante il quale il soggetto alle volte mostra paura di morire e ansietà di natura vaga, associate a irrequietezza e iperattività. Nel giro di alcuni minuti comincia a sentirsi più calmo e subito mostra chiari segni di euforia; diventa loquace... si rallegra e si esalta... comincia ad avvertire uno stupefacente senso di leggerezza agli arti e al corpo... ride fragorosamente e senza controllo... a volte senza il minimo stimolo... ha la sensazione che la sua conversazione sia spiritosa e brillante... il rapido fluire di idee da l'impressione di vivezza di pensiero e di osservazione, ma è evidente la confusione quando tenta di ricordare

quello che aveva pensato... egli può cominciare ad avere allucinazioni visive... lampi di luce o immagini amorphe di vivido colore che si evolvono e sviluppano in figure geometriche, strutture, visi umani e dipinti di grande complessità... Dopo un periodo più o meno lungo che può durare fino a due ore, il fumatore diventa sonnolento, cade in un sonno senza sogni e si risveglia senza provare effetti fisiologici secondari e col ricordo chiaro di ciò che era accaduto durante lo stato tossico".

La maggior parte degli osservatori considerano la relazione di Bromberg come una descrizione completa di tutti i fenomeni che avvengono durante l'intossicazione. Molti studiosi ritengono che gli effetti del fumo della marijuana da cinque a dodici ore. Per colui che ne fa uso per la prima volta, l'ansietà che talvolta si presenta inizialmente può essere alleviata dalla presenza di amici; coloro che si drogano abitualmente parlano a volte di "felice ansietà". E' oggi discussione che l'intossicazione aumenti sensibilità agli stimoli esterni, riveli particolari di solito trascurati, faccia sembrare più brillanti e più splendidi i colori, metta in luce valori nelle opere d'arte che prima avevano poco o punto significato agli occhi dell'osservatore e aumenti la sensibilità alla musica. Molti musicisti di jazz hanno detto che suonano meglio sotto l'influenza della marijuana, ma questo non è stato obiettivamente confermato.

Il senso del tempo è distorto: dieci minuti possono sembrare un'ora. Stranamente, c'è spesso una scissione della coscienza cosicché il fumatore, sotto l'effetto della droga, è nello stesso tempo un osservatore obiettivo della propria intossicazione. Può, per esempio, essere afflitto da pensieri paranoici, ma nello stesso tempo essere ragionevolmente obiettivo su di essi e perfino riderci sopra e farsene beffe, e in un certo senso rallegrarsene. La capacità di mantenere un grado di obiettività può spiegare il fatto che molti di quelli che fanno uso abituale di marijuana riescono a comportarsi in pubblico in modo perfettamente equilibrato, anche quando sono fortemente intossicati.

La marijuana è nettamente distinta da altri allucinogeni come l'LSD, il DMT, la mescalina, il peyote e psilocibina. Benchè produca alcuni effetti simili, è molto meno potente di queste altre droghe. Non altera fortemente la coscienza e non porta ad assuefazione. Inoltre di solito i fumatori di marijuana possono valutarne accuratamente gli effetti e perciò regolare la assunzione di droga

fino alla quantità necessaria per produrre il grado desiderato di euforia.

Consideriamo ora ciò che si è ricavato dai tentativi di ottenere misurazioni obiettive degli effetti psicologici, fisiologici, psichici e sociali dell'uso della marijuana. Esiste una vasta letteratura, che spazia per più di un secolo, e che si è particolarmente arricchita negli anni '60.

Una ricerca approfondita sui vari aspetti del problema della marijuana fu condotta negli anni 30 da una commissione designata dal sindaco di New York Fiorello La Guardia. In questo lavoro Robert S.Morrow esaminò gli effetti della droga sulle funzioni psicomotorie e su alcune capacità sensoriali. Egli trovò che anche in forti dosi la marijuana non influenzava la prontezza della risposta a semplici stimoli. Non indeboliva neppure l'acutezza dell'udito, l'abilità musicale o la capacità di valutare brevi intervalli di tempo o brevi distanze.

Influenzava invece la fermezza della mano e del corpo e il tempo di reazione a stimoli complessi.

Più recentemente Lincoln D.Clark ed Edwin N.Nakashima del College of Medicine dell'Università dell'Utah utilizzarono otto test di percezione, coordinazione e apprendimento nell'esaminare soggetti che ricevevano dosi di marijuana per bocca.

Essi trovarono che le prestazioni in sei prove su otto non erano peggiorate neppure con alte dosi di droga. Vi era stato uno scadimento della prestazione solo nel test del tempo di risposta e nell'apprendimento di un cifrario. Tuttavia nel caso del primo test questa conclusione era basata su due soli soggetti, e per il secondo si basava su cinque soggetti, uno dei quali in realtà mostrava un miglioramento, nel corso degli esperimenti. Andrew T.Weil, Noeman E.Zinberg e Judith M.Nelsen della Boston University School of Medicine recentemente sottoposero ad altre prove due gruppi differenti di soggetti, l'uno costituito da fumatori abituali di marijuana, l'altro da persone che provavano la droga per la prima volta. Per quanto riguarda la capacità di mantenere un'attenzione continua, la prestazione di entrambi i gruppi non fu influenzata dalla droga a qualsiasi dosaggio.

Nelle prove di riconoscimento (prova di sostituzione di una cifra con un simbolo), il gruppo dei

"neofiti" mostrò qualche peggioramento sotto l'effetto della droga, ma le prestazioni dei fumatori incalliti di marijuana non peggiorarono significativamente, anzi ad alte dosi mostrarono una tendenza al miglioramento. Nelle prove di coordinazione muscolare e di attenzione i risultati furono uguali a quelli della prova precedente, ma in questo caso il miglioramento della prestazione dei fumatori abituali avrebbe potuto essere semplicemente dovuto all'esperienza. Nove soggetti che ricevevano la droga per la prima volta furono sottoposti anche a una prova per studiare gli effetti sul loro senso del tempo. Prima di prendere la droga i soggetti avevano dimostrato di poter valutare un periodo di cinque minuti con un errore di due minuti. Dopo aver ricevuto un sostituto inefficace della droga (placebo) nessun soggetto cambiò la sua valutazione dell'intervallo di cinque minuti. Durante l'intossicazione con dose bassa tre soggetti grosso modo raddoppiarono la valutazione dei cinque minuti e sotto forte dose quadruplicarono la valutazione.

Nello studio della commissione La Guardia, Florence Halpern si occupò delle ricerche sugli effetti della marijuana riguardo alle funzioni intellettive. La studiosa trovò che i punteggi dei soggetti nelle prove di intelligenza, specie dove erano considerati concetti numerici, tendevano a diminuire durante gli ultimi stadi dell'intossicazione. Le loro prestazioni tornavano successivamente alla normalità. In alcune prove di memoria e di facilità verbale le prestazioni non venivano peggiorate oppure venivano migliorate sotto l'effetto di dosi basse di droga. La ricercatrice quindi concluse che quando il rendimento intellettuale si abbassava, ciò era dovuto solo a una diminuzione di prontezza e precisione durante l'intossicazione.

Diversi ricercatori, tra i quali alcuni membri della commissione La Guardia, il gruppo di Weil ed altri, hanno esaminato gli effetti fisici e fisiologici dell'intossicazione della marijuana. Occasionalmente possono insorgere nausea, vomito e diarrea, specie se la droga è presa per bocca. Tuttavia di solito i sintomi sgradevoli che accompagnano l'intossicazione sono lievi. Si possono avere leggeri tremori, una lievissima dilatazione delle pupille accompagnata da una rallentata risposta pupillare alla luce e una debole mancanza di coordinazione. E' stato osservato un aumento della frequenza cardiaca, inoltre si può avere un leggero aumento della pressione san-

guigna. L'urinazione tende ad aumentare come frequenza e forse come quantità. Spesso la bocca e la gola si inaridiscono, causando sete. Uno dei più singolari effetti dell'intossicazione è un senso di fame. Inoltre il cibo viene apprezzato in maniera particolare cosicché una persona sotto l'influenza della droga può avvicinarsi ad un piatto ordinario con l'anticipazione festosa di un buongustaio. Questo effetto suggerisce l'idea che la droga possa essere utile nel trattamento di quello stato patologico caratterizzato da perdita dell'appetito che va sotto il nome di anoressia nervosa.

Ci sono numerose prove che la marijuana non sia una droga che dà assuefazione: cessarne l'uso non provoca sintomi di disassuefazione e il fumatore abituale non sente il bisogno di aumentarne la dose. I ricercatori hanno trovato che l'abitudine alla droga non è forte come quella al tabacco e all'alcool. Bromberg conclude che la marijuana non produce abitudine e che sviluppa "gli elementi edonistici della personalità". E' certamente possibile che alcune persone questo fatto sia causa di una dipendenza della droga per l'esperienza del piacere o per il sollievo dato al dolore psichico. Può tale uso definirsi abuso di droga? Il termine "abuso" è difficile da precisare e la sua interpretazione varia in funzione della cultura e delle consuetudini. Se si misura l'abuso in termini di pericolo per l'individuo e la società, allora si deve far notare che, benché i pericoli dell'alcoolismo e anche del bere in società siano ben precisi, il bere in società non è considerato abuso. I pericoli dell'uso della marijuana, d'altra parte, non sono stati ancora determinati.

La posizione sfavorevole del pubblico statunitense nei confronti della marijuana risente di vari giudizi. Questo in parte è risultato di una "campagna educativa" iniziata negli anni 30 dal Federal Bureau of Narcotics (da allora ribattezzato Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs), campagna che ha disseminato molte informazioni false o distorte sulla droga. Vi sono poi fattori culturali e sociali che contribuiscono a rafforzare i timori del pubblico nei riguardi della marijuana. Le vestigia della morale protestante, ancora potente negli Stati Uniti, condannano la marijuana come un oppiaceo, usato solo per soddisfare il piacere (mentre l'alcool è accettato perché lubrifica le ruote del commercio e catalizza i rapporti sociali). L'effetto della marijuana, che produce uno stato di introspezione e di passività fisica,

ripugna a una tradizione culturale che apprezza l'attività, l'aggressività e l'arrivismo. Forse i pregiudizi sociali hanno la loro parte nell'allarmismo che circonda la droga: questi pregiudizi provengono dalle vecchie generazioni, che vedono nella marijuana il simbolo della alienazione dei giovani, e dalla popolazione di razza bianca che, forse, in gran parte inconsciamente, considera la marijuana una droga "di colore" che sta rapidamente invadendo la loro comunità. Infatti, fino a poco tempo fa, la marijuana veniva fumata principalmente nei ghetti negri e portoricani e dalle persone di origine messicana. Forse non a caso alcuni degli Stati del sud hanno le leggi più severe contro la distribuzione della droga, comportando pene che vanno fino all'ergastolo e persino, in alcuni casi, alla pena di morte.

Se vogliamo affrontare razionalmente ed efficacemente il problema dell'aumento dell'uso della marijuana negli Stati Uniti, dobbiamo ovviamente cercare di eliminare tutti i fattori emotivi intorno alla questione e sostituire le dicerie coi fatti che si possono determinare.

Esaminiamo le credenze correnti sulla droga.

Coloro che usano marijuana sono portati all'uso degli stupefacenti? La legge Federale del 1937, che mise fuorilegge le droghe ricavate dalla canapa, portò al loro aumento di prezzo, che fornì un incentivo agli spacciatori di stupefacenti a smerciare marijuana senza altri rischi legali oltre a quelli che già correvano. Ciò mise i fumatori di marijuana di fronte alla possibilità di far uso di tutti i tipi di droghe e condusse, come era prevedibile, un aumento dell'uso di stupefacenti che fu imputato all'aumento nell'uso della marijuana stessa. Nessuna relazione in tale senso è stata trovata in parecchi studi che hanno esaminato a fondo la questione, compresi quelli della commissione La Guardia e le ricerche sull'abuso di stupefacenti effettuata dalle Forze Armate per carico del Presidente degli Stati Uniti.

E' vero che l'indagine Federale mise in luce che tra coloro che usavano la eroina circa il 50% avevano già avuto esperienza con la marijuana; tuttavia nell'indagine si trovò anche la maggior parte di coloro che erano dediti all'eroina bevevano alcoolici e fumavano tabacco. Non vi sono prove per poter affermare che la marijuana conduca all'uso degli stupefacenti più facilmente dell'alcool e del tabacco.

La marijuana porta allora gli individui a un comportamento aggressivo, violento e criminale, come hanno sostenuto alcuni ricercatori? In uno studio approfondito del problema della marijuana a Manhattan, Bromberg non trovò indicazioni in tal senso. "Non è stato dimostrato alcun caso di assassinio o crimine sessuale dovuto alla marijuana". Ristudiando un caso che era stato citato dal Federal Bureau of Narcotics, di un uomo che aveva confessato di aver assassinato un amico sotto l'influsso della marijuana, Bromberg trovò l'individuo era un mentitore psicopatico e che non c'era nessuna prova che egli avesse mai usato la marijuana o qualsiasi altra droga. In Nigeria, uno studio di psichiatria, T.Asuni, notò che una comunità sottosviluppata aveva un'altra incidenza sia di crimine che di uso dell'hashish, ma concluse che queste statistiche si potevano attribuire alle frustrazioni delle persone piuttosto che a una relazione tra droga e crimine. Due studiosi indiani, R.N. Chopra e G.S. Chopra, in ricerche sull'uso della droga, hanno affermato che la canapa, anziché provocare un comportamento criminale, tende a sopprimerlo; l'intossicazione porta a uno stato letargico che inibisce qualsiasi attività fisica e quindi anche i crimini. La liberazione dalle inibizioni ha un aspetto verbale piuttosto che di comportamento. Sotto l'influenza della droga si possono dire cose che di solito non si direbbero, ma in genere non si fanno cose estranee alla propria natura.

E' vero che la marijuana provoca il perversimento sessuale? Questa opinione popolare è stata originata in parte dalle fantasie di scrittori licenziosi e in parte dal fatto che nel passato, coloro che usavano questa droga nel Medio Oriente la mescolavano ad afrodisiaci. Non vi sono prove che la canapa stimoli il desiderio o il vigore sessuale; questo è ammesso anche da Ahmed Benabud, psichiatra marocchino studioso della marijuana, che condanna severamente sotto l'aspetto psicologico.

Alcuni drogati raccontano che l'effetto della marijuana aumenta il godimento nel rapporto sessuale, Ciò può essere vero nello stesso modo in cui viene aumentato il godimento dell'arte e della musica.

La marijuana porta alla degenerazione fisica e mentale? Le relazioni di molti ricercatori, specie in Egitto e in altri paesi orientali, indicano che i drogati cronici con estratti concretati di canapa sono in effetti tipicamente passivi, improduttivi, pigri e

totalmente privi di ambizioni. E' possibile che l'uso cronico della droga nelle sue forme più forti abbia realmente effetti debilitanti come del resto accade per l'uso continuato di bevande alcoliche forti.

Vi può essere però un'altra spiegazione. Molti di coloro che prendono la canapa sono persone affamate, malate, disperate o fallite, che cercano attraverso questa droga poco costosa di sfuggire a una realtà altrimenti insopportabile. Uno studio approfondito sugli studenti di un college che si erano dedicati alla marijuana mostrò che la maggior parte di essi avevano sofferto a lungo di seri conflitti interiori o di depressioni prima di iniziare l'uso della droga.

V'è una notevole serie di prove che dimostrano che l'uso moderato della marijuana non produce alcun decadimento fisico o mentale. Uno dei primi e più vasti studi su tale questione fu una ricerca condotta dal governo inglese in India nell'ultimo decennio del secolo scorso. Si sospetta che il vero motivo dell'inchiesta fosse di stabilire che la canapa era più pericolosa del whisky scozzese, della cui vendita il governo otteneva un grosso giro di affari più l'introito della tassa. Nondimeno l'inchiesta fu condotta con la tipica imparzialità e completezza britannica.

L'agenzia di ricerca, che aveva il nome di Commissione per la Droga della Canapa Indiana, intervistò qualcosa come 800 persone, tra cui consumatori e commercianti di droga, medici, sovrintendenti di manicomi, personalità religiose e altre autorità, e pubblicò nel 1894 un rapporto di oltre 3.000 pagine. Esso concludeva che non c'era alcuna prova che l'uso moderato di questa causasse qualche malattia, o danno mentale o morale, o comportasse la tendenza all'eccesso più di quanto non avvenisse per l'uso moderato di whisky. Negli studi della commissione la Guardia nella città di New York, un esame di fumatori abituali, che consumavano in media sette sigarette alla marijuana al giorno (una dose relativamente forte) da un lungo periodo di tempo (la media era otto anni), dimostrò che essi non avevano subito alcun decadimento mentale o fisico come risultato del loro uso della droga.

Uno studio simile compiuto da H.L. Rockmore, che avevano esaminato 310 soldati che avevano fatto uso di marijuana per un periodo medio di sette anni, dette gli stessi risultati. Nello sforzo di ottenere una panoramica razionale del problema della marijuana si è inevitabilmente portati a fare continui confronti tra questa droga e l'alcool e tra

gli atteggiamenti dell'opinione pubblica verso le due droghe. Il "bere in società" è considerato una tradizione americana come la torta di mele, e ricevere un'accoglienza quasi altrettanto favorevole. Eppure anche questa abitudine comporta rischi e conseguenze molto seri. Le statistiche delle assicurazioni sulla vita mostrano che coloro che bevono alcoolici hanno un tasso di mortalità più elevato della media in tutte le principali cause di decesso (disturbi cardiaci e del sistema circolatorio, cancro, disturbi del sistema digestivo, omicidi, suicidi e incidenti automobilistici o d'altro tipo). Si è trovato che la maggior parte dei guidatori uccisi in incidenti automobilistici avevano bevuto.

Al contrario, finora non esiste alcuna prova che la marijuana contribuisca allo sviluppo di alcun disturbo organico; e nell'unica ricerca per stabilire il suo effetto sulla guida, uno studio condotto recentemente dall'ufficio della motorizzazione dello Stato di Washington, si è trovato che la marijuana diminuisce l'abilità nelle guida molto meno di quanto non faccia l'alcool.

Probabilmente l'imputazione più pesante rivolta alla canapa è che essa può provocare varie psicosi o almeno turbamenti della personalità.

Esiste una vasta letteratura su questo argomento, ed essa si ripartisce in tutte le sfumature di opinioni. Molti psichiatri in India, Egitto, Marocco e Nigeria hanno enfaticamente dichiarato che la droga può condurre alla pazzia, altri sostengono che ciò non è vero. Una delle autorità più spesso citate a sostegno dell'accusa è il marocchino Benabud. Egli sostiene che la droga produce una sindrome specifica, chiamata "psicosi della canapa". La sua descrizione dei sintomi che la identificano, comunque, non è molto chiara e altri ricercatori negano l'esistenza di una tale psicosi. I sintomi che sembrano caratteristici di questa sindrome sono comuni anche ad altri stati tossici acuti, tra i quali, particolarmente in Marocco, quelli relativi alla denutrizione e alle infezioni endemiche.

Benabud valuta che il numero dei fumatori di Kif (marijuana) che soffrono di psicosi non sia superiore al 5 per 1.000; questa percentuale tuttavia è più bassa dell'incidenza di tutte le psicosi valutate in popolazioni di altri paesi. Lo psichiatra americano Bromberg, in relazione sulle sue ricerche, elencava 31 pazienti le cui psicosi erano attribuibili agli effetti tossici della marijuana. Però sette di questi pazienti erano già predisposti alle psicosi, la cui insorgenza la droga aveva solo accelerato,

altri sette furono in seguito riconosciuti schizofrenici, uno fu più tardi diagnosticato come sofferente di mania depressiva, e un certo numero dei rimanenti poteva aver avuto un acuto e temporaneo attacco di psicosi (la "schizofrenia dei cinque giorni") che si poteva scambiare per una reazione alla droga.

Bromberg non trovò nessun psicopatico tra i 67 criminali di un carcere che erano stati consumatori di droga. Freedman e Rockmore non ne trovarono neanche uno tra i 310 soldati fumatori di marijuana e a risultati simili si pervenne in numerosi altri studi su una gamma di campioni piuttosto vasta, I Chopra in India prendendo in esame un totale di 1.238 consumatori abituali di canapa, trovarono che solo 13 erano psicopatici, un numero che rientra nella consueta percentuale d'incidenza di psicosi nelle popolazioni occidentali. Negli studi della commissione La Guardia, nove dei 77 soggetti che erano stati accuratamente studiati avevano dei precedenti di psicosi; questa alta percentuale potrebbe essere attribuita, comunque, al fatto che tutti questi soggetti erano pazienti in ospedali o in Istituti. Samuel Allentuck e K.H. Bowman, gli psichiatri che presero in esame questo gruppo, conclusero che: "La Marijuana non produce psicosi in un individuo stabile e ben integrato".

Questo non vuol dire che la droga non possa far precipitare uno stato ansioso acuto con preoccupazioni paranoiche, o, in persone sensibili, perfino una psicosi temporanea. Una droga che alteri lo stato di coscienza e distorca le percezioni può ben fare evolvere in una reazione schizofrenica un "ego" in equilibrio delicato, sovraccaricato da uno stato ansioso. Nel nostro programma di ricerca clinica al Massachusetts Mental Health Center di Boston abbiamo esaminato i casi di 41 pazienti che erano stati ammessi in stato di schizofrenia. Sei pazienti avevano fatto uso di marijuana in un'occasione o in un'altra, ma in 4 casi la esperienza della droga era avvenuta molto tempo prima della crisi schizofrenica. Negli altri due casi uno studio accurato non riuscì ad indicare in modo preciso se la droga avesse fatto precipitare o meno la psicosi.

Si è data poca attenzione alla possibilità che la marijuana possa preservare certe persone dalla psicosi. Tra i consumatori di droga la percentuale di persone affette da nevrosi o da squilibri nella personalità è generalmente più alta che tra la gente comune, ci si potrebbe pertanto aspettare

che anche l'incidenza delle psicosi sia più alta in quel gruppo. Il fatto che ciò non si verifichi suggerisce che per alcuni individui mentalmente disturbati, l'evasione procurata della droga possa servire a prevenire una crisi psicopatica.

Un secolo fa un medico francese, Jacques Joseph Moreau de Tous, riferiva di aver trattato con successo la malinconia e le altre malattie mentali croniche con un estratto di canapa. Numerosi altri medici in Francia, Germania e Inghilterra, provarono la droga, con risultati contrastanti.

Nel decennio tra il 1940 e il 1950 sorse un certo interesse per il SYNHEXYL, un tetraidrocannabinolo sintetico, che apparentemente curava le psicosi depressive, ma nell'unico studio accurato su questo farmaco si trovò che esso non era più efficace di un placebo.

Esperimenti di uso della canapa per aiutare i tossicomani e recedere dall'uso dei narcotici hanno dato risultati più promettenti. Una relazione del primo impiego medico a questo scopo fu stesa nel 1889 da un medico inglese, Edward Birch, il quale aveva trattato un tossicomane dedito all'idrato di cloralio e uno dedito all'oppio sostituendo la canapa alle loro droghe e aveva trovato che essi potevano in seguito interrompere l'uso della canapa senza sintomi di assuefazione. Successi simili erano stati ottenuti in tempi più recenti in due esperimenti degni di nota: uno descritto nel 1942 da Allentuck e Bowman, che avevano gradualmente disabituato dei tossicomani dediti all'oppio sostituendo con un derivato dalla marijuana; e un altro risalente al 1953 di due medici del North Carolina, L.S. Thompson e R.C. Proctor, che avevano fatto recedere tossicomani dediti ai narcotici, ai barbiturici e all'alcool con l'uso di PYRAHEXYL, un tetraidrocannabinolo. Stranamente, questi incoraggianti risultati non sono stati seguiti da esperimenti clinici su vasta scala o da ricerche accurate. Sembra che gli studi sui possibili impieghi medici della marijuana siano scoraggiati dalla perdurante idea comune che essa diventi un'abitudine, e dal fatto che la droga è proibita dalla legge e difficile da ottenere per vie legali anche a fini di ricerca.

Per capire gli effetti della marijuana e la sua attuale rigogliosa diffusione è indispensabile studiare le motivazioni del suo uso. In India, dove il suo consumo non è illegale e pertanto non complicato dalle ansie che sorgono per tale motivo, la canapa ha lo scopo dichiarato di semplice sol-

lievo dalla desolazione e dalle privazioni della povertà. I Chopra fanno notare che durante la stagione del raccolto il consumo di droga tra i contadini subisce in alcune zone un incremento del 50 per cento. Questi autori osservano: "una pratica comune tra i lavoratori di fatica ingaggiati in opere di costruzione o di scavo, è quella di prendere qualche boccata di ganja, o di bere un bicchiere di bhang verso sera. Questo dona un senso di benessere, allevia la fatica, stimola l'appetito e provoca una blanda eccitazione che permette a chi lavora di sopportare più serenamente lo sforzo quotidiano della vita".

Questa semplice motivazione acquista valore se si pensa che negli Stati Uniti la marijuana ebbe inizialmente vasta diffusione nei ghetti.

Numerosi studi su campioni di popolazione che erano sotto le armi hanno mostrato che l'87 per cento o forse più dei consumatori di marijuana erano negri. Freedman e Rockmore, andando a ricercare le motivazioni dei 310 fumatori di marijuana che stavano studiando, trovarono che generalmente la droga dava a coloro che ne facevano uso un senso di benessere; era un sostituto del whisky. Si deve comunque guardare al di là dei fattori personali, per rendersi conto dell'uso corrente della marijuana in larghi strati della popolazione degli Stati Uniti. Per esempio da uno studio effettuato su 54 pazienti bianchi, di classe media e diplomati presso istituti superiori, in cura presso psichiatri risultò che essi avevano cominciato con la marijuana per curiosità, per stare al passo con gli amici, per stimolarsi o per fare un'esperienza insolita.

Tra i giovani di questo paese la marijuana esercita una potente attrazione, specialmente su coloro che hanno una tendenza all'introspezione e alla meditazione, o un bisogno imperioso di sottrarsi all'integrazione nella società. Per molti l'uso illegale della droga è una dimostrazione della sconfitta della società e delle sue convenzioni.

Come ha osservato C.P.Snow, l'inquietudine sembra stia diventando parte integrante del clima del nostro tempo. E' difficile evitare la conclusione che il crescente uso della marijuana sia in parte collegato alle spaventose minacce della sovrappopolazione, dei conflitti razziali e della guerra nucleare. D'altra parte queste minacce possono aver contribuito indirettamente alla campagna emotiva contro questa droga. Si può pensare che alcune delle reazioni generate nella popolazione dalla violenza e dallo spirito militarista del nostro

tempo stia dando luogo a conseguenze come la marijuana. Considerata essenzialmente dannosa e pericolosa, adottata dagli hippies, yuppies, kids ed altri che richiamano l'attenzione su quegli aspetti della realtà e quelle minacce di distruzione che la maggior parte di noi trova troppo angosciose da affrontare, la marijuana diventa un naturale e ovvio capro espiatorio.

In poche parole lo stato ansioso ed il senso di impotenza generato dai pericoli del nostro tempo possono essere parzialmente scaricati sulla marijuana, conducendo alcuni ad usare la droga come una difesa, e facendo insorgere altri in una crociata contro di essa. Per quanto entrambe queste reazioni offrano una qualche possibilità di riassetto della psiche individuale nessuna delle due porta un contributo alla costruzione di un mondo più sicuro.



(5584) Sun 24 May 92 20:11

By: Leo Mattiello

To: All

Re: **Un luogo comune...**

St: 5601>

@MSGID: 91:1/5 2a1ff892

SULLA TEORIA DEL PASSAGGIO DALLO SPINELLO ALL'EROINA

Uno dei motivi principali che viene portato per mantenere la proibizione legale della cannabis e' la teoria della "droga di passaggio", secondo cui l'uso di cannabis sarebbe la "causa" del successivo uso di eroina.

L'argomento apparentemente decisivo e' la constatazione che gran parte dei consumatori di eroina ha fatto in precedenza uso di cannabis.

Qual e' la reale fondatezza di questa teoria?

Che fra i consumatori di eroina l'incidenza di precedente uso di cannabis sia altissima e' indiscutibile. Ma e' ampiamente dimostrata una ANALOGA INCIDENZA DI USO DI ALCOOL E TABACCO (cfr. National Commission 1972: "MARIHUANA, p. 109; Canadian Commission 1973, "Final Report", pp. 457 e 736). Questa associazione statistica e' riportata fra l'altro anche dai sostenitori della teoria del "passaggio" (cfr. O'Donnel-Clayton su CHEMICAL DEPENDENCIES, 1982, p.230; O'Donnel, STUDYING DRUG ABUSE, Robins, New Brunswick 1985, p. 149; Jaffe su BRITISH JOURNAL OF ADDICTION 1987, n. 82, p. 597).

Dal punto di vista della associazione statistica, quindi, non esiste alcuna differenza fra alcool, tabacco e cannabis rispetto al "passaggio" all'eroina.

Piu' significativa e' invece l'incidenza statistica dell'uso di eroina fra la popolazione dei consumatori di cannabis. SE LA TEORIA DELLA DROGA DI PASSAGGIO FOSSE VALIDA, AD OGNI AUMENTO DELLA DIFFUSIONE DELLA CANNABIS DOVREBBE CORRISPONDERE UN AUMENTO DELLA DIFFUSIONE DELL'EROINA. Una corretta analisi della correlazione statistica fra uso di cannabis e uso di eroina puo' essere

elaborata sui DATI EPIDEMIOLOGICI SUL CONSUMO DI DROGHE ILLEGALI IN USA.

Per un confronto corretto, si deve tener conto del fatto che l'uso di eroina succede all'uso di cannabis dopo un certo intervallo di tempo. Il PERIODO DI LATENZA fra i due fenomeni e' stato stimato mediamente di DUE ANNI (cfr. Kaplan: MARIHUANA, New York 1970, p.261; Farley et al. in Beschner-Friedmann: YOUTH DRUG ABUSE, Lexington 1979, pp. 149-168) Faremo quindi un confronto di dati relativi a periodi in cui l'uso di cannabis precede quello di eroina di due-tre anni.

ANNI SETTANTA

Consumatori abituali di marijuana: 8 milioni nel 1972, 15 milioni nel 1976 (fonte: NIDA) = AUMENTO dell'87%.

Tossicodipendenti da eroina: 570.000 nel 1975, 380.000 nel 1978 (fonte: FBN e DEA) = RIDUZIONE del 33%.

ANNI OTTANTA

In questo periodo non esistono dati sul numero dei tossicodipendenti. Abbiamo pero' dati sulla mortalita' da eroina, che sono indicativi sul trend del fenomeno.

Consumatori correnti di marijuana: 22,6 milioni nel 1979, 18,2 milioni nel 1985 = RIDUZIONE del 19,4%.

Mortalita' da eroina (fonte: NIDA): 659 casi nel 1981, 1572 nel 1987 = AUMENTO del 93%.

E' evidente che ad ogni aumento di uso della marijuana ha corrisposto una riduzione dell'uso di eroina e viceversa.

Cio' dimostra che IL RAPPORTO DI CAUSA/EFFETTO FRA I DUE FENOMENI NON E' LEGATO ALLE PROPRIETA' INTRINSECHE DELLE RISPETTIVE SOSTANZE, ma ad una serie di variabili collegate al contesto psicologico e sociale.

Una delle variabili piu' importanti sotto questo profilo e' certamente il dato della ILLEGALITA' CHE ACCOMUNA L'USO E IL MERCATO DELLA CANNABIS CON QUELLO DELL'EROINA. E' particolarmente significativo in proposito quanto hanno scritto gli autori delle uniche ricerche che hanno proposto la teoria della "droga di passaggio" sulla base della correlazione statistica:

"L'uso regolare di marijuana (...) rende piu' probabile il contatto con spacciatori e con la subcultura della droga (...). Tale contatto porta in certi casi alla frequentazione di consumatori di altre droghe, il che, a sua volta, aumenta la probabilita'

di usare queste altre droghe" (O'Donnel, STUDYING DRUG ABUSE, p. 149).

"Una politica che miri a ridurre l'uso di eroina dovrebbe (...) almeno considerare una disponibilita' legale di marihuana, per rompere il collegamento fra le due droghe" (O'Donnel-Clayton, op. cit., p. 239).

(Da PROIBIZIONISMO ANTIPROIBIZIONISMO E DROGHE a cura di Giancarlo ARNAO, ed. MILLELIRE-STAMPA ALTERNATIVA)

--- GoldED 2.40 * Origin: ---> GANJA Superbbs [Legalize It!] - Napoli - 081-659072 <- (91:1/5)

@PATH: 1/5 1/2 1/1



DROGA LEGGERA, DUE TRE DOMANDE SUL PROIBIZIONISMO

Dal Manifesto del 6 maggio 1992 - di Giancarlo Arnao

La iniziativa di disobbedienza civile di gruppi di militanti della Lista Pannella, che hanno fumato cannabis pubblicamente davanti alla prefettura, ha avuto un notevole successo sul piano della percezione sociale di un fenomeno che interessa un paio di milioni di persone, ma e' tuttavia generalmente ignorato o sottovalutato.

Questo ci appare molto positivo per diverse ragioni, alcune delle quali riguardano direttamente i consumatori di cannabis. Sotto questo profilo, si tratta della difesa dei diritti civili di una minoranza consistente di cittadini che indulgono ad un "vizio" che non danneggia terze persone e danneggia anche relativamente i consumatori della sostanza - specialmente in confronto ad altri "vizi" legali di cui e' una alternativa, come l'uso di alcolici.

Ma della questione vanno esaminati anche altri aspetti, che investono in pieno la battaglia anti-proibizionista nel suo complesso.

1) L'ideologia proibizionista ha il suo pilastro in una cultura monolitica, basata sull'assunto che "l'universo droga" costituisce un tutto inscindibile, un dogma da accettare o rifiutare in blocco. Di qui il rifiuto di ogni approccio scientifico di ogni interpretazione articolata e "relativistica": la distinzione fra modi e condizioni di uso delle sostanze, fra uso e abuso, fra tossicodipendenti e consumatori, fra diverse sostanze e diverse vie di assunzione. Ogni iniziativa che mette in discussione (basandosi su ineccepibili considerazioni scientifiche) la criminalizzazione della cannabis mette in discussione l'intero impianto teorico del proibizionismo. Non e' un caso che sia gli "zar antidroga" degli Usa, sia i burocrati dell'Onu insistano sulla inaccettabilita' ideologica della separazione fra droghe pesanti e leggere. Significativamente, il Rapporto 1991 dell'Ufficio Controllo degli Stupefacenti dell'Onu "rifiuta enfaticamente... la legalizzazione del possesso e dell'uso di alcune o di tutte le droghe... Questo approccio sarebbe indubbiamente interpretato... come una approvazione dell'uso di droga... Inoltre... e' moralmente indifendibile.

2) SUI piano pragmatico, e' opinione assai diffusa nel contesto della comunita' scientifica schierata contro il proibizionismo che gli effetti di una legalizzazione della cannabis avrebbero un impatto sanitario e sociale assai diverso da quelli di altre droghe, ed e' quindi opportuno stabilire delle priorit .

E' questo il caso del governo olandese, che ha legalizzato di fatto la cannabis. E' stata questa la posizione di Marie Andree Bertrand, presidente della Lega Internazionale Antiproibizionista, nella sua "Cnclusione" del Rapporto della Commissione canadese del 1972. E' questa la posizione di Lester Grinspoon, membro della Lia, che ha presentato al recente congresso del Pr una relazione intitolata "Verso la legalizzazione delle droghe a livello mondiale, a cominciare dalla cannabis", e di tanti altri in Italia e all'estero.

3) D'altra parte, qualsiasi provvedimento decriminalizzante rispetto ai consumatori di cannabis ha una serie di importanti ricadute sul piano sanitario. Infatti, e' opinione di molte autorita' (fra cui ad esempio il governo olandese) che la legalizzazione della cannabis eviterebbe l'esistenza di un mercato di strada unificato in cui i consumatori di cannabis possano essere indotti all'acquisto di altre sostanze piu' pericolose.

D'altra parte e' noto che la normativa della legge Jervolino ha creato una notevole affluenza di fumatori di spinelli nei servizi antidroga, con conseguenze negative per la funzionalita' dei servizi, e con potenziali rischi per gli stessi consumatori, che vengono cosi' a contatto con il fenomeno (e la subcultura) della tossicodipendenza.

4) Occorre infine ricordare che la repressione dei consumatori (grazie anche all'effetto perverso innescato dalla demenziale "dose media giornaliera" sancita dal ministero della sanita') determina un impegno notevole di risorse poliziesche e giudiziarie. In un paese come l'Italia, dove i cittadini sono sempre piu' in balia della criminalita' e la giustizia e' alla paralisi, la repressione di un comportamento diffusissimo come l'uso di cannabis ha un elevato costo per la comunita', in termini di sottrazione di risorse per la protezione da reati effettivamente lesivi della proprieta' e dell'incolumita' dei cittadini.

a cura di

ecn milano

BATTETE IL PROIBIZIONISMO

F.I.P. MI Leoncavallo 22 - 15/10/1992