

ENTORN SOCIAL I CULTURAL; EL PROCÉS D'EMMALALTIR: LA TOXICOMANIA PER HEROÏNA

S. DE TORRES i SANAHUJA¹, J. CAMÍ i MORELL² i
LL. SAN i MOLINA¹

¹ Secció de Toxicomanies. Hospital Gral. Ntra. Sra. del Mar.

² Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques

1. Aspectes que incideixen en l'increment del consum d'heroïna

L'espectacular increment que ha experimentat en els darrers anys el consum d'heroïna, majoritàriament entre la població jove del nostre país, no pot analitzar-se des de una visió que limiti el tema a les nostres contrades; en els darrers anys aquest fenomen ha tingut lloc a països diferents, allunyats geogràficament i que responen a uns patrons culturals gens semblants. Avui hom pot detectar aquest increment tant a Polònia com a l'Afganistan, per posar-hi dos exemples diferenciats; a les darreres dades publicades per l'OMS al seu darrer Rapp. Trimest. Sanit¹, es contempla l'evolució del fenomen en tots aquells països que dins l'àmbit de l'esmentada organització es té coneixement, malauradament el nostre no hi consta per manca de dades de prevalència fiables.

Tres són, a parer nostre, els aspectes que han de tenir-se presents en l'anàlisi de l'extensió d'aquest fenomen; el primer consisteix en l'oferta de la substància, és a dir en la disponibilitat d'aconseguir-ne; el segon fa referència a les condicions socials, històriques, culturals i econòmiques del país en què es presenta, i el tercer i darrer fa referència a la persona en concret, a les característiques individuals per les quals en un mateix medi uns s'afectin i d'altres no.

Pel que fa al primer dels aspectes, hom pot afirmar que avui ens trobem front a una situació de comercialització de l'heroïna que reproduceix quasi exactament els mecanismes d'una economia lliure de mercat, és a dir existeixen uns països productors d'opi, amb un PNB que depèn de forma considerable d'aquest conreu, existeixen uns intermediaris amb uns percentatges de beneficis elevadíssims i per fi ens trobem amb el petit distribuïdor i amb el consumidor; fins fa pocs anys els països productors eren tant sols això, productors, però darrerament, i a partir de la instal·lació en aquests mateixos països de laboratoris per a produir heroïna a partir de l'opi, s'han transformat a l'ensens en països consumidors; és a dir si als anys seixanta l'extensió del fenomen cal situar-la als EEUU i alguns països del nord d'Europa, si els sei-

xanta representa l'inici de l'arribada al sud d'Europa i al nostre país, els vuitanta i els propers noranta es caracteritzaran per l'extensió dels fenòmens als països asiàtics. Aquesta difusió de l'heroïna, i llur rendibilitat econòmica, està provocant que s'hagi convertit en una variable moneda de canvi, força més estable que les monedes legals, i s'empra l'expressió «narcodolar» per a fer-ne referència; en aquest sentit es preocupant que sectors de la població no interessats directament en el negoci de venda d'aquesta droga, tenen interessos indirectes en el mateix ja que es beneficien dels guanys que produeix; així a Itàlia s'en té coneixement d'empresaris que per a mantenir surant la seva empresa fan servir diners que la xarxa de venda d'heroïna els facilita a interessos inferiors als de la banca oficial², darrerament hom creu que al nostre país tenen lloc situacions semblants.

El segon dels aspectes, el que fa referència a les condicions socio-econòmiques del medi on es consumeix intentar esbrinar quins són aquells factors concrets que es poden considerar de risc, no es tracta de determinar factors de causalitat, cosa per altra banda força difícil pel que fa a les drogodependències, sinó quins són aquells factors que de forma acumulada determinen que en una població concreta la toxicomania per heroïna es presenti; així a un estudi realitzat a Catalunya l'any 1981³ sobre la situació de la joventut, exposava que el consum de certes drogues entre la població juvenil es totalment diferents entre l'Osona, comarca rural de l'interior de Catalunya, i el Baix Llobregat, comarca del litoral caracteritzada pel seu alt grau d'industrialització, i que aquestes diferències eren paral·leles a d'altres com l'índex d'ocupació, la qual cosa no implica que l'atur provoqui un consum de drogues, però sí que consisteix en un factor de risc; un altre exemple es el de la presència en els darrers anys d'infants que inhalen disolvents volàtils, coles d'enganxar, productes que des de fa decennis es poden adquirir als establiments corresponents, però no ha estat fins ara que s'ha començat fer-ne ús per a fins no correctes, i el que és més significatiu és que a la ciutat de Barcelona són tres els barris on el fenomen s'ha estès més, barris tots ells d'alt nivell de marginalitat, i on els efectes de la crisi econòmica són més palesos.

El tercer i darrer dels aspectes és el que fa esment a les característiques específiques de les persones, existeixen determinats factors de la personalitat que afavoreixen el consum de drogues i que després predisposa a la ingesta compulsiva.

2. Aproximació a la prevalència. Utilització d'indicadors

La toxicomania per heroïna es comporta com una malaltia infecciosa epidèmica, es a dir presenta certa forma de contagi, una morbiditat ben determinada i per fi una mortalitat també manifesta; és una epidèmica de la qual disposem de molts pocs estudis fiables al nostre país i els realitzats fins al moment actual estan circumscrits a grups poblacionals molt concrets, com ara estudiants universitaris, població que fa el servei militar, o semblants; i a l'ensem amb una metodologia poc estandaritzada que fa difícil la comparació amb estudis d'altres països. Dels estudis fets més recentment cal ressaltar el realitzat pel Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, on es calcula que entre la població general de Catalunya (de 16 a 65 anys) existeix un 0,2 % d'heroïnòmans, xifra que es transforma en un 2 % si s'analitza el grup de joves de Barcelona i de l'àrea metropolitana amb edats compreses entre el 16 i els 24 anys.

Aquesta deficiència de dades obtingudes a partir d'enquestes de consum, fa que sigui necessari emprar indicadors indirectes, és a dir aquells indicadors que expresen les conseqüències del problema; un dels que s'ha utilitzat tradicionalment ha estat el registre dels canvis que s'han donat en els tipus d'admissions dels serveis d'urgències dels hospitals generals⁴, avui s'accepta que el seguiment de les admissions en els serveis d'urgències es de gran utilitat per a obtenir informació prop de les característiques del consum de drogues; i a l'ensem en un indicador sensible dels nous perfils de consum entre la població⁵.

En aquest sentit, les dades de les admissions al servei d'urgències de l'Hospital Gral. de Ntra. Sra. del Mar de Barcelona pel que fa a les urgències toxicològiques, expresen una evolució molt clara, passant d'1,23 % del total d'admissions l'any 1980 a constituir el 2,94 % el primer semestre de 1983; aquest increment ha vingut provocat única i exclusivament per les urgències relacionades amb l'heroïna; és a dir el 49,3 % de totes les urgències per heroïna en els darrers quatre anys va produir-se el primer semestre de 1983⁶.

Un altre indicador consisteix en la demanda assistencial existent en els centres específics pel tractament d'aquesta problemàtica; aquest és un indicador molt condicionat al nostre país pel dèficit assistencial que hi ha, avui no podem conèixer la quantitat de toxicòmans que estan en tractament o que volen estar-hi, sinó tan sols aquells que una vegada decidits de posar-se en tractament esperen els trenta o quaranta dies de llista d'espera que existeix en els centres; tot i això es significatiu el canvi observat en la demanda assistencial en el Dispensari de Toxicomanies de l'Hospital Gral. Ntra. Sra. del Mar, mentre l'any 1982 es realitzaven 369 visites, el 1983 foren 1502, i el primer semestre del 1984 ja foren 930; així mateix l'any 1983 es feren a Barcelona ciutat un total aproximat de 1150 primeres visites, es a dir s'atengueren 1150 nous casos, sumant els diferents atesos en els principals centres ambulatoris que existeixen.

Un tercer indicador és el nombre de morts per sobredosi, que a Espanya ha passat de 34 l'any 1981 a 48 l'any 1982 i a 93 l'any 1983, calculant-se que de mantenir-se l'actual progressió l'any actual es sobrepassarà la xifra de 150. Com a punt de referència assenyalar que l'any 1983 es registraren pel mateix motiu 162 morts a França i 251 a Itàlia.

Els dos darrers indicadors fan referència al preu de l'heroïna al carrer, i el grau d'adulteració, entenent que un preu baix i un grau d'adulteració elevats indiquen una extensió important del fenomen, mentre que la situació contrària una escassa expansió.

A partir d'aquest cinc indicadors, es pot arribar a fer una aproximació força real a la prevalència del consum de l'heroïna en una població determinada, si més no més real que a través d'enquestes directes sobre el consum.

3. Patologia orgànica associada

La majoria de les complicacions mèdiques en toxicòmans per autoadministració intravenosa estan relacionades amb les condicions de manca d'higiene sota les que s'injecten heroïna, i per tant s'expressaran amb més freqüència en aquella població de toxicòmans que tenen menys cura per la higiene i la neteja; així les complicacions més importants seran les infeccioses, procedint el microorganisme del propi individu o d'un altre a través de l'utilització de la mateixa agulla; tot i que de forma quelcom

sensacionalista els medis de comunicació atribueixen els adulterants i disolvents una part important, la realitat és que les complicacions produïdes per ells son quasi excepcionals.

A aquesta morbiditat esmentada, contribueixen d'altres factors com ara l'estat nutricional i l'alteració del sistema immunitari característic del consum crònic d'opiacis així com l'entorn en el que es desenvolupa la toxicomania; condicions socials e higièniques molt deficientes, així com un elevadíssim índex de prostitució⁷.

Els principals processos patològics que s'observen en els heroïnòmans son; complicacions cutànies (tromboflebitis, abscessos), cardiovasculars (endocarditis, abscessos metastàsics), pulmonars (depressió respiratòria, edema agut, complicacions sèptiques secundàries, depòsits per cos estrany), hepàtiques (hepatitis infecciosa aguda, hepatopatia crònica), articulars i neurològiques⁸.

D'un total de 118 heroïnòmans ingressats a l'Hospital Gral. Ntra. Sra. del Mar per patologia orgànica associada, fins al primer semestre de l'any 1983⁹, el principal motiu d'ingrés fou el de síndrome febril, seguit per el d'endocarditis i hepatitis aguda; la mortalitat dels pacients ingressats per patologia infecciosa fou del 9,2 % (6 casos).

La gravetat d'aquestes patologies, l'alta freqüència en què es presenta i la mortalitat que provoquen fa de les mateixes un dels principals punts d'atenció pel que fa a l'abordatge de la toxicomania per heroïna; és a dir, ens trobem cada vegada més, davant d'una població que precisa d'un tractament específic, ben controlat, en condicions hospitalàries, per bé que molt sovint no volen portar-ho a terme en la seva totalitat, constituint un grup de pacients que presenten una conflictivitat al llarg del seu ingrés que cal abordar específicament.

4. Actual situació assistencial

L'extensió al nostre país d'aquest fenomen epidèmic no ha estat acompanyat de la necessària planificació assistencial; i en la mesura que es comporta com a epidèmia, pot afirmar-se que cada vegada està més dissociada la demanda real de tractament amb la oferta.

Existeix una certa indefinició de sobre qui recau la competència d'aquest camp de l'assistència, mentre a certes poblacions espanyoles avui es segueixen ingressant toxicòmans a les institucions psiquiàtriques clàssiques, a d'altres s'orienta l'abordatge fonamentalment des de un punt de vista ambulatori, realitzant ingressos si escau en un hospital general; això que pot semblar tants sols una qüestió d'orientació terapèutica reflecteix en la majoria de les ocasions déficits de recursos i de pressupost.

La no inclusió fins el moment de l'assistència al toxicòman dins del INSALUD, l'ICS a Catalunya, ha provocat que un seguit d'administracions, entitats i institucions hagin creat recursos a fi i efecte d'apaivagar en la mesura del possible aquest déficit; així a partir de les eleccions municipals de l'any 1979 diversos ajuntaments pressionats per la demanda existent obriren centres específics, existint una bona mostra tant sols a la província de Barcelona: a Sabadell, Sant Feliu del Llobregat, Hospitalet, Granollers, Mataró, Rubí, etc... centres que van obrir unes expectatives entre la població que en moltes ocasions no van poder atendre donat el minvat pressupost de les corporacions locals; per altre banda, les diputacions provincials, en tant en quant tenen les competències en matèria de salut mental han realitzat alguna oferta pun-

tual com ho és el Servei de Prevenció, Orientació i Tractament de Toxicòmans creat per la Diputació de Barcelona l'any 1980 i que ha representat una alternativa dins de la propia Diputació als centres psiquiàtrics clàssics; les Comunitats Autònomes han donat també, amb diferents nivells d'intensitat, una resposta institucional al problema, així tenim la xarxa assistencial creada per el Govern de la Generalitat del País Valencià, al marge de l'estructura del INSALUD, no traspasat encara; l'estructura creada pel Govern Basc, estructura que gaudeix de gran suport institucional i que assumeix tots els nivells de l'assistència; l'opció que sembla ha pres la Comunitat Autònoma de les Illes, que fa una opció de subvencionar una de les associacions que tracten toxicòmans, i finalment la actuació realitzada per la Generalitat de Catalunya, orientada més a la prevenció i informació que no pas a l'abordatge directe, si bé ha establert convenis de subvenció a entitats públiques i privades d'assistència al marge de l'ICS.

A part dels recursos de les administracions, cal esmentar els creats per altres entitats con ho és la Creu Roja, que disposa de centres de tractament a Barcelona, Madrid i Sevilla, o Càritas que participa en la financiació de petits centres ambulatoris d'àmbit local.

A nivell d'exemples, a la ciutat de Barcelona existeixen diversos centres dedicats específicament a la toxicomania per heroïna, però es tracta de centres que depenen d'administracions diferents, no estan coordinats entre ells, i el que és pitjor la seva ubicació geogràfica respon més a la disponibilitat de locals que no pas a una necessària sectorització de l'assistència, així mentre a un districte es troben cinc centres diferents, no n'hi ha cap en un altre amb una població potencialment afectada idèntica al anterior.

Aquesta dispersió i aquest allunyament d'aquests serveis de la xarxa d'assistència primària confereix encara a l'assistència al toxicòman una orientació més de caritat que no pas netament assistencial, com hauria d'ésser.

Un altre capítol diferent el constitueix el de les Comunitats Terapèutiques que existeixen al nostre país, una recent guia publicada per la Creu Roja sota l'orientació de la Direcció General d'Acció Social del Ministeri de Treball¹⁰ reflecteix que a l'octubre de 1983 existien a Espanya unes 40 Comunitats Terapèutiques que absorbien un total de 1000 joves toxicòmans; del total de 40, 16 corresponen a Comunitats regides per professionals, altres 11 son Comunitats dependents de l'Església Evangèlica i les 13 darreres estan relacionades directa o indirectament a l'Associació Espanyola «Le Patriarche» i que acollia al 72,3 % del total de residents en Comunitats Terapèutiques. Cal destacar que del total de 40 centres, 10 estan ubicats a Catalunya i concretament 7 d'aquests ho estan a la província de Barcelona.

Es creu que un any després d'aquest cens de Comunitats Terapèutiques la situació ha canviat i es calculen en unes 55 aproximadament les existents avui a Espanya, mantenint-se les proporcions pel que fa a professionals i no professionals.

5. Perspectiva del futur. Cap a la diversificació dels models assistencials

El Llibre Bàsic sobre Mesures per a reduir la Demanda il·licita de Drogues¹¹ en la formulació de decisions sobre el tipus de programes d'atenció que necessiten les persones víctimes de fàrmacodependència, deixa clar que ha de tenir-se en compte la necessitat d'una gran varietat de mesures de tractament que reflecteixin les diverses necessitats de cada pacient.

Avui la toxicomania per heroïna s'ha estès a amplis sectors de la població, jove i no tan jove, i trobem pacients que mantenen una activitat laboral conservada, o que tenen unes relacions familiars estables; al costat de pacients molt marginalitzats, amb pocs punts de referència que no siguin estrictament relacionats amb la toxicomania; es per tot això pel que no podem articular una sola resposta assistencial, hem de diversificar molt els models, hem d'adequar-los a la varietat de toxicòmans existents.

Existeixen algunes fases quasi imprescindibles, la primera ha de constituir en la del contacte, l'acolliment ambulatori, on s'ha de valorar la demanda que fa el pacient, on s'ha de contactar al mateix temps amb el nucli familiar a fi i efecte de què en la mesura del possible es corresponsabilitzin del procés a iniciar.

5.1. *Tractament de la dependència física*

La desintoxicació té per finalitat el tractament de la dependència física, així com la preparació del pacient al procés de deshabitució posterior. La desintoxicació farmacològica pot fer-se de forma més o menys ràpida, i segons els casos es pot fer de forma ambulatoria o a través d'un breu internament en medi hospitalari¹²; l'elecció per un sistema o per l'altre dependrà de les possibilitats de cooperació de la família, dels fracassos anteriors de tractaments ambulatoris, de la dosi d'heroïna que prengui o de la presència d'un procés patològic orgànic que aconselli l'ingrés.

El que és cert és que les tècniques de desintoxicació estan avui molt estudiades i representa un procés medicament molt resoluble.

5.2. *Procés de deshabitució*

Una vegada superada la dependència física, cal establir una estratègia per a la deshabitució, és a dir la superació de la dependència psicològica, que permeti superar la pressió dels reforçadors socials, com la pressió del grup o del ambient. És per això pel que existeixen diverses modalitats de tractament, com les Comunitats Terapèutiques, la psicoteràpia individual, la teràpia familiar, els programes de manteniment amb metadona i els programes amb antagonistes¹¹; aquestes opcions no són obviament exclusives, és a dir poden emprar-se de forma coadjuvant dues alhora com ara un programa de manteniment amb metadona amb una teràpia familiar.

Comunitats terapèutiques

La dècada dels setanta ha estat en el camp de l'assistència al heroïnòman, la de les comunitats terapèutiques, arribant fins i tot a postular-se com a únic sistema vàlid d'abordatge, avui encara existeixen associacions que consideren l'opció de comunitat terapèutica com la solució ideal per a tot toxicòman. No hi ha cap dubte que per a certes persones que han perdut quasi tota relació social, que precisen de resocialitzar-se, és a dir de recuperar pautes de conducta socials, una opció de Comunitat Terapèutica pot ésser vàlida, però això no és per a tots els toxicòmans, cal insistir en què avui se'n troben que mantenen una activitat laboral conservada, unes relacions familiars estables i que en conseqüència l'allunyament d'aquests punts de referència sòlids pot resultar a la llarga força negatiu.

En relació a les característiques internes de les Comunitats, si bé es valora com a molt positiu el paper del toxicoman ja rehabilitat, és imprescindible la presència al mateix temps de professionals que puguin abordar tots els aspectes de la persona i no tan sols el de la toxicomania.

Caldrà, per fi, establir una política d'acreditació de Comunitats Terapèutiques i avançar cap a una política de subvencions, dirigides a les que gaudeixin de millors prestacions professionals.

Programes de manteniment amb metadona. PMM

Existeix una subpoblació de toxicomans que compleix uns determinats criteris d'inclusió en un PMM; alguns d'aquests criteris internacionalment admesos són:

a) Toxicomanies cròniques d'alguns anys de durada, amb fracassos continuats en els tractaments de desintoxicació. Han d'acollir-se pacients per als quals es cregui que el manteniment els oferirà majors oportunitats de rehabilitació, possibilitant una integració a la societat, millorant la seva salut.

b) Pacients afectes de greus complicacions orgàniques (per exemple endocarditis amb insuficiència cardíaca congestiva), que si recauen en la dependència a la heroïna poden posar en perill llur vida.

c) Toxicòmanes embarassades. L'experiència internacional demostra que és molt més convenient posar la heroïnòmana embarassada en un PMM que no pas desintoxicar-la¹³.

Aquests programes han de realitzar-se amb una infraestructura adient i amb controls molt estrictes, valorant la seva eficàcia en funció del grau de rehabilitació que presentin.

Programes amb antagonistes

Consisteix una modalitat, emprada als Estats Units consistent en l'administració a llarg termini de Naltrexona, antagonista pur dels opiàcis. En presència de la Naltrexona els efectes de la heroïna són nuls, per la qual cosa s'extingiria la conducta reforçant i s'impediria el consum compulsiu¹⁴. Es tracta d'un sistema que s'ha manifestat útil per a certs toxicòmans quan es realitza de forma conjunta amb altres opcions assistencials, com ara la psicoteràpia individual o grupal.

Teràpia individual, grupal i familiar

Certs toxicòmans es beneficien d'una psicoteràpia específica que abordi els aspectes de la seva personalitat que predisposen a una recaiguda en la seva dependència; manifestacions de tipus depressiu, ansiós, d'hipocondriasi, etc., apareix sovint en el procés de deshabitació i cal que siguin abordats correctament. Per altre banda no existeixen al nostre país experiències de teràpia grupal, i les poques que s'han iniciat han fracassat per problemes de contagi en l'interior del grup, tot i això sembla que paral·lelament a d'altres models assistencials com els PMM poden resultar molt útils¹⁴.

Darrerament s'ha introduït en el camp de l'assistència als heroïnòmans la utilització de la teràpia familiar¹⁵ com a mètode de treball útil i eficaç en aquells casos

en els que la possible solució de la toxicomania del pacient ha de passar per una actuació a nivell del nucli familiar.

Resum

Es presenta la situació d'increment del consum d'heroïna al nostre medi en els darrers anys, destacant com a elements importants d'aquest augment la oferta de droga i les condicions socioeconòmiques del moment actual. Es realitza una anàlisi dels mètodes per aproximar-se a la prevalència, a través d'enquestes de consum o a partir dels indicadors indirectes que la heroïnomania expressa.

S'analitza la patologia orgànica associada a aquesta toxicomania molt relacionada amb les condicions de manca d'higiene sota les quals es realitza l'autoadministració parenteral i finalment es fa una descripció de l'actual situació assistencial al nostre país i es postulen uns criteris relacionats amb la necessària diversitat dels models assistencials a fi i efecte de donar respostes a les diferents tipologies de tòxicomans existents.

Bibliografia

1. HUGHES, P.H., CANAVAN, K.P., JARVIS, G., ARIF, A. *Ampleur de l'abus des drogues; Tour d'horizon international destiné eux planificateurs sanitaires*. Rapp. trimest. Statist. sanit. mord. 1983; 36: 394-497.
2. ARLACCHI, P. *La riconversione delle produzioni, il contrasto al grande traffico e la politica di intervento dei paesi europei*. Convegno sui problemi delle Tossicodipendenze. Bologna, 1984.
3. CASAL, J. *La Joventut a Catalunya*. Barcelona. Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1981.
4. COHEN, S. *Narcotism: dimensions of the problem*. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1978, 311: 4-9.
5. PERSON, P.H. *The drug abuse warning network: a statistical perspective*. Public. Health Rep. 1976, 5: 395-402.
6. CAMÍ, J., ALVAREZ, F., MONTEIS, J., CAUS, J., MENOYO, E., DE TORRES, S. *Heroïna: nueva causa de urgencias toxicológicas*. Med. Clin. (Barcelona). 1984, 82: 1-4.
7. SENAY, C., BECKER, C.E., SCHNOLL, S.H. *Emergency treatment of the drug abusing patient for treatment staff physicians*. NDAC. Medical Monograph Series. 1977, 1(4).
8. OSTOR, G. *The medical complications of narcotic addiction*. Med. J. Aust. 1977, 1: 410-415, 448-451, 497-499.
9. VERDAGUER, A., LOPEZ-COLOMES, J.L., CAMÍ, J., SAN, L., RODRÍGUEZ, M., DE TORRES, S., DROBNIC, L. *Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroínómanos en un hospital general*. Med. Clin. (Barcelona), 1984; 82: 9-12.
10. *Guia Comunidades Terapéuticas y Servicios de Atención a Toxicómanos*. Madrid, 1984. Dirección General de Acción Social. Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española.
11. DIVISION DE ESTUPEFACIENTES DE LAS NACIONES UNIDAS. *Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas*. Ginebra, Naciones Unidas, 1980.
12. JEFLE, J.H. *Drug addiction and drug abuse*. En: Goodman Gilman, A., Goodman, L.S., Gilman, A. ed. *The pharmacological basis of therapeutics*. Nueva York. McMillan Publishing Co 1980; 535-584.
13. FINNEGAN, L.P. *Management of pregnant drug-dependent women*. Ann. N.Y. Acad. Sc., 1978, 311: 135-146.
14. *Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists: Clinical evaluation of Naltrexone treatment of opiate dependent individuals*. Arch. Gen. Psychiatry. 1978; 35:335-340. 15.- CANCRINI, L. *Quei temerari sulle machine volants*. Roma. La Nuova Italia Scientifica. 1982.