



Murdo MacLeod/Corbis Sygma/Contrasto

Il termine «dipendenza» è alla base di gran parte dei dibattiti e dei provvedimenti in materia di droghe.

Ma forse la sua ambiguità e il suo uso come sinonimo di malattia possono spiegare molti fallimenti

di Stefano Canali

Parole ambigue

Stefano Canali, storico della scienza, è cultore della materia presso la Sezione di storia della medicina del Dipartimento di medicina sperimentale e patologia dell'Università «La Sapienza» di Roma.

Dipendenza è un termine centrale nella ricerca, nei diversi approcci esplicativi e nelle scelte politiche in tema di sostanze d'abuso. Forse per questo sembra chiaro e inequivocabile. Ma uno sguardo un po' meno superficiale rivela immediatamente la pluralità dei significati, la misura della vaghezza e delle contraddizioni di questo concetto, singolare commistione di elementi di carattere normativo, clinico e farmacologico. Incongruenze e confusione sono così radicali che si perpetuano anche all'interno dei singoli modelli teorici di dipendenza, come quello medico, quello sociale e quello comportamentale.

Da un lato, ci si chiede quindi come la nozione di dipendenza possa essere il fondamento dei discorsi e delle pratiche sulle droghe, e dunque quale sia, e se esista, un senso di questi discorsi e una *ratio* per queste pratiche. Dall'altro, la natura fondante di questo pasticcio teorico chiarisce molte ragioni del fallimento dei programmi attuati per limitare o addirittura eliminare l'abuso e l'uso cronico di sostanze psicoattive.

Formulato per la prima volta nel 1793 da Benjamin Rush, padre della psichiatria statunitense, il modello della dipendenza come malattia è supportato dalle acquisizioni delle ricerche anatomiche, fisiologiche, neurofarmacologiche e genetiche che stanno progressivamente svelando le basi biologiche di questa condizione. Fondamentalmente,



Francesco Zizola/Magnum Photos/Contrasto

questo modello spiega la compulsione alla ricerca e all'uso di sostanze psicoattive come l'effetto di strutture e funzioni nervose rese patologiche da un uso prolungato della sostanza e su cui il soggetto non ha più controllo.

Una malattia chiamata desiderio

Il punto di vista della psichiatria contemporanea sulla dipendenza è sintetizzato dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* dell'American Psychiatric Association e dalla *International Classification of Disorders (ICD-10)* dell'Organizzazione mondiale della sanità, che sono i testi di riferimento della nosografia psichiatrica, cioè per la descrizione clinica e la diagnosi dei disturbi mentali. I criteri per la dipendenza del DSM-IV (si veda il box nella pagina a fronte) ricalcano in larga parte quelli dell'ICD-10, fissati in precedenza. Quest'ultimo tuttavia enfatizza come «caratteristica descrittiva centrale, [...] il desiderio (spesso forte, talora soverchiante) di assumere la sostanza psicoattiva», bramosia caratteristica che nella letteratura scientifica viene indicata con il termine *addiction*. Così nell'ICD-10, «il senso di compulsione» al consumo rappresenta il primo criterio diagnostico della sindrome da dipendenza. Entrambi i sistemi diagnostici non definiscono esplicitamente il concetto di *addiction*, un termine fondamentale nel dibattito sulla dipendenza e difficilmente traducibile in italiano. Questa lacuna è forse all'origine dello scarso consenso su ciò che significhi realmente *addiction* anche tra gli stessi psichiatri e neuroscienziati. Il termine viene così impropriamente usato al posto della dipendenza, generando non poca confusione sia a livello teorico e della ricerca sia nella messa a punto e nella pratica degli interventi e dei trattamenti.

Il termine *addiction* indica un comportamento d'abuso caratterizzato da un coinvolgimento assoluto nell'impiego e nella ricerca di una sostanza, e da un'alta tendenza alla ricaduta dopo l'interruzione dell'uso. Diversamente, per dipendenza si deve intendere lo stato fisiologico di chi necessita di continue somministrazioni per prevenire la sindrome d'astinenza. Questa è la distinzione sottolineata con enfasi dai più autorevoli testi di psicofarmacologia. Sembra chiara e molto semplice.

Pur senza citare espressamente *addiction* e *compulsione*, i criteri diagnostici per la dipendenza dell'ICD-10 e del DSM-IV mettono al centro la perdita di controllo, l'irresistibile desiderio della sostanza. Nell'accezione moderna, l'*addiction* è un elemento caratterizzato e qualificabile solo a livello soggettivo e comportamentale. Nei criteri diagnostici questo aspetto è invece elencato insieme a criteri fisiopatologici della dipendenza: tolleranza e sindrome d'astinenza. Piani diversi, descritti senza indicare eventuali termini concettuali di collegamento e reciproca traduzione, come se appartenessero a due universi di fenomeni mutualmente irriducibili.

In modo un po' paradossale, la descrizione medica della dipendenza mette in subordine il livello fisiopatologico rispetto a una fumosa, e imprecisabile, dimensione comportamentale. Solo due criteri rimandano al neuroadattamento e all'abuso croni-

DIPENDENZA DA MANUALE

Il DSM-IV definisce la dipendenza come una modalità patologica di uso di sostanze che porta a menomazione o disagio clinicamente significativi, che si manifestano quando tre (o più) delle seguenti condizioni ricorrono entro uno stesso periodo di 12 mesi.

1. Tolleranza, definita da una di queste condizioni:
a) il bisogno di un marcato aumento della quantità di sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato.
b) una netta diminuzione dell'effetto in seguito all'uso continuato della stessa quantità della sostanza.

2. Astinenza, manifestata da una di queste condizioni:
a) la sindrome d'astinenza caratteristica della sostanza così come viene definita per ciascuna sostanza nel DSM-IV.
b) la sostanza (o una molto simile) è assunta per alleviare o evitare i sintomi dell'astinenza.

3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per un periodo di tempo più lungo di quanto si intendesse.

4. Esiste un desiderio persistente o vi sono stati tentativi infruttuosi di smettere o controllare l'uso della sostanza.

5. Si passa una grande quantità del proprio tempo in attività destinate a procurarsi la sostanza, a usare la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti.

6. Attività sociali, occupazionali o ricreative importanti vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza.

7. L'uso della sostanza prosegue nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico persistente o ricorrente che è stato verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

✓ Quali sono i criteri che definiscono la dipendenza?

✓ Che cos'è la compulsione al consumo di una sostanza?

✓ La medicalizzazione è il modo giusto per trattare le dipendenze?

co di una sostanza, mentre cinque si riferiscono a vaghe condizioni soggettive e comportamentali.

In questo senso, la diagnosi di dipendenza può essere formulata anche in assenza di dipendenza farmacologica. Questa curiosa circostanza è peraltro correlabile alla deriva del concetto di *addiction* provocata da alcune deprecabili frange della psichiatria contemporanea e dalle pressioni di mercato. Medicalizzare i comportamenti significa infatti anche (o soprattutto?) vendere cure. Il concetto di *addiction* ha subito un'inflazione stupefacente, tanto da inglobare sostanzialmente l'intera categoria nosologica di dipendenza. Che oggi può così reclutare anche i cosiddetti drogati del sesso, del gioco d'azzardo, degli acquisti, del lavoro, di Internet, della televisione, del cibo.

Ma cerchiamo di analizzare più da vicino il significato della compulsione alla ricerca e all'uso della sostanza, caratteristica fondamentale della dipendenza secondo tutti gli standard diagnostici attuali e secondo la stessa tradizione che ha portato alla definizione della dipendenza come malattia. L'ICD-10 equipara la compulsione al consumo a un «forte desiderio di assumere la sostanza»: una definizione tutt'altro che scientifica. Quanto forte deve essere il desiderio? E in che modo deve misurarsi la sua forza? Attraverso ciò che riferiscono i soggetti o dall'osservazione del loro comportamento? E come inquadrare la situazione non rara in cui un forte e persistente desiderio poi non si traduce in effettivo consumo?

Il DSM-IV non definisce esplicitamente il significato di compulsione all'uso di una sostanza. Si tratta, quantomeno, di una stravaganza metodologica. Nella discussione generale sulla categoria diagnostica, infatti, il manuale indica la compulsione al consumo come elemento cruciale per la definizione della dipendenza.

Non si guadagna in coerenza e chiarezza nemmeno consultando criteri diagnostici correlati. Il DSM-IV definisce la compulsione, come parte del disturbo ossessivo-compulsivo, come segue: «Un comportamento ripetitivo (ad esempio, lavarsi, mettere in ordine, controllare) o un atto mentale (ad esempio, pregare, contare, ripetere parole in silenzio) il cui fine è prevenire o ridurre l'ansia o l'angoscia, non portare piacere o gratificazione. [...] Per definizione, la compulsione è allo stesso tempo eccessiva e non connessa in maniera realistica a ciò che invece dovrebbe neutralizzare o prevenire». Nella dipendenza, ricerca e consumo di sostanze possono senz'altro essere eccessive ma sono oggettivamente collegate all'evitamento della sindrome d'astinenza, e associate a piacere e gratificazione.

L'ICD-10 enfatizza invece l'aspetto della ritualizzazione ossessiva e della stereotipia dei comportamenti. Le azioni dei tossicodipendenti, invece, sono modulate dalla sfera cognitiva e regolate da variabili come la disponibilità e la reperibilità della sostanza, il suo costo, il suo status legale, il significato culturale, i valori etici a essa associati e così via.

Consideriamo ora il disturbo del controllo degli impulsi, a sua volta legato a comportamenti riferibili alla compulsione. Secondo il DSM-IV, la sua caratteristica fondamentale è l'incapacità di resistere all'impulso, alla pulsione o alla tentazione di compiere un atto pericoloso per se stessi o per gli altri. Ciò non chiarisce però se l'incapacità di resistere all'impulso sia l'incapacità a far fronte alla spinta emotiva e motivazionale o il risultato di una resa deliberata. E nemmeno suggerisce quale debba essere il grado di rischio perché un atto collegato a una pulsione possa considerarsi compulsivo piuttosto che razionalmente determinato.

Del resto, la pericolosità di un atto è una varia-

Idea fissa. Secondo i manuali, è l'insopprimibile desiderio di assumere una sostanza il primo criterio diagnostico della sindrome da dipendenza.



Photos 12/Gracia Neri

Usciti dal tunnel. Quasi il 90 per cento dei soldati americani divenuti eroinomani durante la guerra del Vietnam ha interrotto l'uso della sostanza una volta rientrato in patria, e la percentuale di ricadute è stata appena del 10 per cento, mentre il normale tasso di ricidive supera l'80 per cento. Qui sopra, un'immagine di *Platoon*, il capolavoro di Oliver Stone.

bile che dipende da norme etiche e dai fattori ambientali. Le statistiche sulle cause di morte e sull'incidenza di un comportamento sulla speranza di vita dimostrano per esempio che, in proporzione, i decessi per sport estremi, o per tutti gli sport in generale, per incidenti stradali, per intossicazioni acute da farmaci da banco e per incidenti domestici sono di gran lunga più numerosi di quelli causati da tutte le droghe illecite. Tuttavia giocare a calcio o fare jogging (e anche, sorprendentemente, praticare il parapendio o fare traversate oceaniche in solitario) non sono considerate compulsioni, mentre assumere abitualmente cocaina sì.

Anche i fattori socio-economici e le variabili giuridiche sono decisivi nel determinare la pericolosità di un atto, come sanno sulla loro pelle coloro che consumano sostanze illecite, alle prese con dosi ogni volta diverse nella composizione e nella tossicità. Ma non crediamo sia lecito fondare una diagnosi di malattia psichiatrica su criteri così fortemente connessi all'ambiente, e quindi indipendenti dall'organismo. Da qualunque parte si guardi la questione, la compulsione al consumo, elemento centrale della dipendenza, su cui si fondano la messa a punto dei trattamenti sull'individuo, le politiche d'intervento sanitario e la giurisprudenza in materia, è non solo un termine teorico nebuloso e sfuggente, ma costituzionalmente problematico.

Infine, un rilievo sul quinto e il sesto criterio diagnostico. Il tempo necessario a ottenere una sostanza dipende ovviamente dalla sua reperibilità e dall'eventuale controllo cui è sottoposta. In regime di proibizione, il tempo speso a procurarsi la sostanza può diventare notevole (criterio cinque), e dunque compromettere le normali attività sociali, occupazionali e ricreative (criterio sei).

Dipendenza e cervello

La preponderanza dei criteri comportamentali nell'inquadramento nosologico della dipendenza apre la questione del significato della dimensione biologica e fisiopatologica nella comprensione del fenomeno, e impone una più attenta valutazione della validità del modello di dipendenza come malattia, almeno di quello oggi prevalente.

Secondo le più autorevoli riflessioni sul tema, come quelle di Alan Leshner, direttore del National Institute on Drug Abuse, e Avram Goldstein, fondatore dell'Addiction Research Foundation, la tossicodipendenza deve essere considerata una malattia del cervello perché produce cambiamenti nelle strutture e nelle funzioni cerebrali. Scrive Leshner: «È come se, in conseguenza di un uso prolungato di droga, nel cervello scattasse una sorta di interruttore. Inizialmente il consumo è volontario, ma quando l'interruttore viene premuto l'individuo entra nello stato di addiction caratterizzato dall'uso e dalla ricerca compulsiva della sostanza».

Da argomenti come questo traspare l'idea che la dipendenza sia causata direttamente ed esclusivamente dalla sostanza e dalle interazioni che essa ha con il substrato nervoso. Un'idea che si scontra con le più banali evidenze. Dalle indagini di Lee Robins sui veterani eroinomani della guerra del Vietnam, emerge che solo l'uno per cento dei soldati usava eroina prima della guerra. In Vietnam la percentuale era salita al 20 per cento, ma al ritorno negli Stati Uniti l'88 per cento di essi smetteva. Pur soffrendo di crisi d'astinenza, e non avendo difficoltà a procurarsi la sostanza, dichiaravano di volersene liberare a causa dell'atmosfera sordida che circondava l'uso di eroina, del biasimo sociale, del prezzo

troppo elevato e della paura di essere arrestati. La percentuale di ricadute tra i reduci che si disintossicavano si attestava intorno al 10 per cento, mentre normalmente il tasso di ricidiva supera l'80. Importanti, in questo senso, sono anche i molti studi sull'uso abituale non problematico, una modalità di consumo dalle sorprendenti dimensioni sociali.

Così, una buona parte dei cervelli in cui è scattato l'interruttore sono in grado di liberarsi dall'uso compulsivo per lunghi periodi, o per sempre, attuando strategie per limitare progressivamente il consumo e tecniche per evitare le ricadute. In questa condizione, alcuni manifestano forte desiderio di assumere la sostanza di cui erano dipendenti ma riescono ad astenersi, altri sembrano liberarsi all'improvviso di ogni pulsione con l'interruzione del consumo. L'idea dell'interruttore che scatta meccanicamente in risposta al consumo prolungato di una sostanza d'abuso è allora senz'altro inadeguata a dar conto della complessità e dell'eterogeneità del fenomeno.

Ma cerchiamo di esplicitare meglio la logica di questo modello ingenuo della dipendenza come malattia del cervello, che è poi purtroppo il modello di riferimento in materia. Esso suggerisce che i mutamenti nel cervello in risposta all'esposizione reiterata a una sostanza d'abuso siano necessari e sufficienti a spiegare l'insorgenza della dipendenza, a dispetto del fatto che la dipendenza è una condizione complessa e riferita a più domini, da quello socio-culturale a quello genetico. Questo assunto tende così a ignorare le acquisizioni delle neuroscienze sulla complessità, la plasticità e l'apertura dei processi cerebrali verso l'ambiente, verso gli stimoli di varia natura.

Perciò questo modello non spiega, per esempio, come mai i soggetti sottoposti a cure antidolorifiche con oppiacei non sviluppino uso compulsivo pur manifestando sintomi della dipendenza fisiologica; oppure per quali ragioni in alcuni soggetti l'uso di una sostanza si instauri immediatamente in maniera compulsiva.

Sembra inoltre che sia contemplata una sola direzionalità causale: dalla sostanza ai cambiamenti fisiologici nel cervello al comportamento patologico, trascurando del tutto la capacità del cervello di elaborare ogni stimolo, compresi i simboli e i valori che analizza e tratta, compreso il comportamento che esso stesso produce e regola. Il modello ingenuo esclude così la via causale «all'ingiù» che renderebbe invece possibile l'interpretazione della complessità della dipendenza, l'incorporazione teorica del livello psico-sociale, in termini biologici e neurochimici.

È certo che l'uso prolungato di sostanze produce mutamenti nel cervello. Ma questa affermazione ci dice poco. Ogni stimolo prolungato si riflette in modificazioni più o meno ampie della fisiologia del sistema nervoso. Sarebbe interessante a questo proposito studiare gli effetti a lungo termine sull'individuo e a livello sociale della cronica e prolungata esposizione ai programmi idioti che ormai tutte le televisioni trasmettono.

In maniera analoga, l'accertamento dei siti e dei meccanismi d'azione delle sostanze d'abuso dà una rappresentazione solo parziale delle stesse ba-

Ci si può liberare **dell'uso compulsivo** attuando strategie per **limitare progressivamente il consumo**



J. Halasa/Zefa



Impatto negativo. Secondo molti studi, la convinzione di essere «malati di dipendenza» ha un impatto negativo sul recupero e sulla remissione dei sintomi nei fumatori, negli alcolisti e nei consumatori cronici di sostanze illecite.

si biologiche della dipendenza. Il funzionamento dei recettori per le sostanze e del sistema di ricompensa cerebrale è influenzato dai processi di numerosi sistemi funzionali correlati e reciprocamente modulati: dalla regolazione genetica della sintesi di neurotrasmettitori e recettori alla mediazione emotiva, fino all'elaborazione cognitiva degli stimoli interni e ambientali. Una modulazione integrata a più livelli che dà conto della variabilità e della complessità del fenomeno e che solo nel suo complesso si può collegare alle manifestazioni comportamentali della dipendenza, quelle che peraltro – come abbiamo visto – specificano in larga parte questa condizione. Una natura complessa, plurifattoriale, spiegherebbe come mai nonostante gli eccezionali progressi nella comprensione della farmacologia del sistema nervoso non sia stata ancora trovata una cura specifica per questa «malattia», e darebbe conto dell'apprezzabile efficacia di interventi di tipo cognitivo comportamentale o addirittura di approcci pseudo-religiosi al problema, come quelli propri di alcune comunità di recupero o degli Alcolisti Anonimi.

L'idea dell'interruttore che scatta meccanicamente nel cervello in risposta all'abuso di una sostanza è **inadeguata**

La strada sbagliata

La medicalizzazione ingenua della dipendenza ha imposto e sta imponendo una prospettiva estremamente parziale nell'osservazione e nell'analisi del fenomeno, e ha introdotto una sistematica distorsione percettiva e cognitiva che Patricia e Jacob Cohen hanno definito «illusione clinica». I medici infatti conoscono, e quindi tendono a considerare, soltanto i consumatori cronici che cercano il trattamento o che vi sono costretti, ignorando o sottovalutando l'uso non problematico. Del resto in regime di proibizione è difficile o di fatto impossibile condurre indagini sul campo volte a delineare il quadro della natura e delle dimensioni del consumo non problematico di sostanze psicotrope.

L'illusione clinica condiziona inoltre pesantemente la ricerca. Ciò avviene sia attraverso i meccanismi interni alla scienza, nei vincoli che il paradigma della dipendenza come malattia impone alla messa a punto dei protocolli sperimentali e all'interpretazione dei dati; sia nei fattori esterni, ovvero nel privilegiare, se non rendere esclusivo, il finanziamento delle ricerche coerenti a questa idea. Il condizionamento è tale che – anche quando sono accurati, ripetuti e condotti su una popolazione significativa come quelli di Robins sugli eroinomani veterani del Vietnam – agli studi che non sono coerenti al paradigma della dipendenza come malattia non viene riservata nessuna considerazione.

Un altro spiacevole effetto collaterale della me-



D. Cooper/Zefa

dicalizzazione della dipendenza da sostanze è quello del ruolo cruciale assegnato ai medici nell'indirizzo e nella gestione della politica sulle droghe. I medici tendono ovviamente a esaltare la dimensione biologica, farmacologica e clinica rispetto alle variabili sociali ed economiche comunque determinanti nella dimensione e nella natura del fenomeno a livello epidemico e dell'individuo. Gli esperti medici e gli attori scientifici ed economici dell'approccio medicalizzato (da consulenti e specialisti fino alle industrie farmaceutiche) propendono inoltre, più o meno consapevolmente e onestamente, ad affermare l'esigenza di tale orientamento e la sua maggiore efficacia rispetto agli altri approcci al problema, e hanno l'ovvia inclinazione ad accentuarne le dimensioni: in tal modo giustificano la necessità della propria esistenza e tutelano i loro interessi economici e professionali.

L'affermazione e il diffuso recepimento del modello di dipendenza come malattia si devono verosimilmente al fatto che esso rimuove lo stigma, la colpa e il biasimo sociale che hanno da sempre accompagnato gli eccessi nel consumo di una sostanza e la sregolatezza in genere. I comportamenti che una volta erano considerati perversione e vizio morale vengono trasformati in disfunzione psicopatologica, scostamento dalla norma fisiologica, squilibrio elettrochimico.

È probabile che la riduzione dell'abuso cronico di una sostanza al piano biomedico abbia inco-



Paul Eekhoff/Zefa/Masterfile

raggiato le persone – in questo caso pazienti e non peccatori viziosi – ad ammettere il problema e cercare una soluzione. Tuttavia, occorre non sottovalutare il potenziale iatrogeno di una definizione così controversa e della sua ancor più problematica divulgazione. La conoscenza e le rappresentazioni della malattia contribuiscono a formare negli individui, talora a creare *sine materia*, l'esperienza e il repertorio dei sintomi, ne influenzano l'evoluzione e il decorso. Ciò è vero soprattutto in campo psichiatrico, dove l'identità del quadro morboso rimane talora incerta, ovvero inafferrabile, essendo la sua natura, il suo vissuto, il suo stesso substrato nervoso ampiamente influenzati dalla morale, dal sapere, dalle aspettative e dai pregiudizi delle persone.

Molti studi hanno concordemente rilevato l'impatto negativo della convinzione di essere «malato di dipendenza» sul recupero e sulla remissione dei sintomi nei fumatori, negli alcolisti e nei consumatori cronici di sostanze d'abuso illecite.

E questo dovrebbe far riflettere quando si formulano e si divulgano messaggi sulla tossicodipendenza, che oggi sono in larga parte tarati sul modello controverso e ingenuo della dipendenza come malattia discusso in queste pagine.

Rielaborazione di un articolo pubblicato sul numero 38, anno XI (2003), di «Medicina delle Tossicodipendenze», organo ufficiale della Società italiana tossicodipendenze.

PER APPROFONDIRE

CANALI S., PANI L., *Emozioni e malattia*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.

GOLDSTEIN A., *Addiction: from biology to drug policy*, Oxford University Press, New York, 2001.

MORSE S. J., *Hooked on hype: Addiction and responsibility*, in «Law and Philosophy» n. 19, pp. 3-49, 2000.

ELSTER, J., *Strong Feelings: Emotion, Addiction and Human Behavior*, MIT Press, Cambridge, 1999.

LESHNER A. I., *Science is Revolutionising Our View of Addiction—and What to Do About It* («American Journal of Psychiatry», 156, pp. 1-3, 1999).

STAHL, S., *Essential psychopharmacology*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.