

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

La dipendenza, tra totalitarismo positivista e opposizione fenomenologica: verso
un'interpretazione integrativa

DOCENTE 1° RELATORE: Prof. Luca Scacchi

DOCENTE 2° RELATORE: Prof. Mauro Croce

STUDENTE: 17D03 959, Silvia Guabello

Indice

Introduzione	4
Capitolo I: La dipendenza da sostanze, e non solo	7
1.1 Concetti principali e definizione del processo di <i>addiction</i>	8
1.2 Diagnosi: dal DSM-IV-TR al DSM-5	13
1.3 Quadro clinico del soggetto tossicodipendente	15
1.4 Quadro epidemiologico della dipendenza	17
Capitolo II: Modelli di interpretazione della dipendenza	20
2.1 Perché le persone diventano dipendenti: i diversi approcci	20
2.2 Il modello morale: la dipendenza come peccato	21
2.3 Il modello biomedico: la dipendenza come malattia del cervello	22
2.4 Il modello della scelta: la dipendenza come malattia della volontà	27
2.5 Il modello biopsicosociale: la dipendenza come idea plurale	29
Capitolo III: Il perché di un modello integrativo della dipendenza	31
3.1 Il concetto di akrasia	31
3.2 L'intervento di Harold Kalant	35
3.3 Il Rat Park di Bruce Alexander	41
Conclusioni	45
Bibliografia	47

Introduzione

«Che relazione c'è tra un sommergibile leggero costruito nella foresta amazzonica e destinato a trasportare cocaina fino alle coste della Galizia e l'ansia da prestazione di molti occidentali che devono rendersi visibili a ogni costo allo sguardo degli altri e primeggiare in tutto? Come faranno a tenere la scena in discoteca, vincere la gara in bicicletta, essere estremamente efficienti nello studio o sul lavoro, oppure a dimostrare esuberanza sessuale?» (Grosso e Rascazzo, 2014, p. 5)

Le sostanze psicoattive permeano la vita di tutti i giorni e, oltre a essere oggetto di numerosi dibattiti all'interno della comunità scientifica, sono portatrici di significati e valori specifici, a seconda della cultura, religione, e politica in vigore. Sono custodi di antinomie quali individuo e società, malattia e cura, economia e salute, crimine e devianza e ancora, desiderio e divieto (Grosso e Rascazzo, 2014). Ne vediamo una manifestazione nella parola anglosassone *drug*, la quale contiene in sé due significati ambivalenti: una prima definizione, «una sostanza usata in medicina per trattare malattie, calmare il dolore», ed una seconda, «una sostanza stimolante o narcotica assunta in modo abituale per i suoi effetti» (Brookes, Gilmour, Hollingworth, O'Neil, Sargeant, 2007, p. 131). Questo conduce ai molteplici significati della parola “droga”, la quale può essere intesa come «sostanza vegetale aromatica che serve a dar sapore a cibi o bevande», oppure, in farmacologia, «ogni prodotto naturale contenente uno o più principi biologicamente attivi», e ancora, nel linguaggio comune, «qualsiasi sostanza vegetale o chimica ad azione eccitante, stupefacente o allucinogena» (Devoto, Oli, 2007, p. 437). Oltre a queste, risulta rilevante riportare la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che propone una visione della dipendenza quale «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione» (OMS, 1992). Definizione poi modificata dal National Institute of Drug Abuse (NIDA) con quella attualmente assunta dalla comunità scientifica: «disfunzione cerebrale cronica e recidivante,

caratterizzata dall'uso e dalla ricerca compulsiva della droga, nonostante le conseguenze negative» (NIDA, 2020a).

Tuttavia, nonostante la letteratura internazionale sottolinei la necessaria presenza della sostanza per l'insorgere del comportamento di dipendenza, Isaac Marks, nel 1990, pubblicò un editoriale sul *British Journal of Addiction* (1990) dove descrisse e classificò una serie di comportamenti che presentano evidenti affinità con le dipendenze da sostanza, egli utilizzò il termine *behavioural addiction* per identificarli (Fea, 2018).

Marks (1990, p. 1391) assunse le dipendenze comportamentali come «compulsioni per indicare la coercizione da un disagio che deve essere alleviato», secondo quanto affermato, si evince come «le molteplici manifestazioni di comportamenti di dipendenza che coinvolgono milioni e milioni di persone in tutto il mondo, costituiscano un grave problema con conseguenze relazionali, economiche, affettive, sociopolitiche, sanitarie» (Fea, p.7).

Le dipendenze comportamentali, come quelle da sostanza, sono caratterizzate da alterazioni del controllo dell'impulsività e di molteplici funzioni cognitive, come la capacità di pianificazione, o di *problem solving* ma, oltre a questo, le prime «fondano la loro possibile esistenza su valori come il denaro, la fama, il successo, la notorietà, o fattori negativi come la presunzione di sapere, il desiderio di prevaricazione, il senso di isolamento, l'avidità, tutte buone o cattive ragioni che inducono gli individui a mettere in atto comportamenti, usare strumenti, tecnologie e suggestioni fornite da chi fa di queste la ragione del proprio interesse» (Fea, p. 8).

Le dipendenze comportamentali, anche denominate “nuove dipendenze” o “dipendenze non da sostanze” (Marazziti et al., 2015), non sono tuttora presenti all'interno del DSM-5, con l'eccezione del disturbo da gioco d'azzardo, prima identificato come disturbo del controllo degli impulsi. Nonostante possano essere considerate rappresentative di una delle più rilevanti sfide della psichiatria contemporanea (Marazziti et al, 2015), la nuova edizione del DSM (2013) non incluse il capitolo dal titolo “Dipendenze comportamentali” proposto durante la sua stesura. Nella sezione 3, venne però inclusa la “*Internet Addiction*”, tra quelle condizioni che richiedono maggiori studi per la loro assunzione quali “disturbi” (Fea, 2018).

L'intento di questo elaborato è quello di portare alla luce teorie alternative all'attuale modello biomedico di interpretazione della dipendenza, il quale, sfociato nel Brain

Disease Model of Addiction (Leshner, 1997), ha ricevuto negli ultimi anni il supporto della maggior parte della comunità scientifica (Levy, 2013). Appoggiandomi al lavoro di numerosi studi portati avanti da quella minoranza di autori che hanno fondato le basi della attuale “battaglia epistemologica della dipendenza”, si pensi al Vietnam Veterans Study (Robins, 1975) e al Rat Park di Alexander (Alexander, 1978), o ancora, al concetto di *akrasia* introdotto da Davidson (Davidson, 1969) e molti altri successivamente affrontati, andrò ad analizzare le molteplici tesi avanzate dalle diverse correnti scientifiche sviluppatesi nel corso degli ultimi decenni.

Ciò su cui mi soffermerò sarà la necessità, riportata anche da Zinberg nel lontano 1984, nel suo libro *Drug, set, and setting*, di contestualizzare l’abuso poiché, in quanto concetto concreto, questo risulta vittima delle variabili contestuali e individuali che lo circondano. In quest’ottica ci si renderà conto di come «i modelli sono solo astrazioni prodotte dalla mente umana al fine di spiegare il comportamento» (Siegler e Osmond, 1974, cit. in Wilbanks, 1988, p. 408). Tra queste righe, dunque, si ritroveranno riflessioni sulla quotidianità che caratterizza la dipendenza, e che è dalla stessa caratterizzata, ci si avvicinerà a questa, non come fosse un concetto lontano, ma come un problema reale, autentico e presente. L’attenzione sarà rivolta a molteplici variabili, tra queste la persona, la rete di relazioni attorno ad essa, l’oggetto di dipendenza, sino a considerare la società stessa come parte integrante dell’instaurarsi del processo di *addiction*. Tutto questo a sostegno dell’ipotesi che, di fronte ad un concetto dinamico e multidimensionale quale è la dipendenza, non può che essere riduttivo un approccio univoco, unidirezionale, che si dimostri cieco davanti alla ricerca di senso, alla sofferenza dell’individuo che si sta osservando.

Nel primo capitolo, in particolare, andrò a definire cosa si intende per *addiction* e i concetti ad esso collegati, parlerò della diagnosi nel DSM-IV e le differenze con l’attuale DSM-5, delineando il quadro clinico del soggetto tossicodipendente ed infine il quadro epidemiologico attuale. Nel secondo capitolo presenterò i principali modelli che, negli anni, hanno permesso di valutare e studiare la dipendenza. Ed infine, nel terzo capitolo esporrò la tesi a favore di un approccio integrativo.

Capitolo I: La dipendenza da sostanze, e non solo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la dipendenza patologica come una condizione psichica e fisica dove l'assunzione della sostanza è caratterizzata da un uso compulsivo e lo scopo è quello di favorire sensazioni piacevoli (OMS, 1992). Questa definizione comporta la necessità di fare maggiore chiarezza sui termini utilizzati per indicare la dipendenza fisica piuttosto che quella psichica. La difficoltà sta nel distinguere due termini anglosassoni (*addiction* e *dependence*) che, nella lingua italiana, vengono tradotti con una sola parola: dipendenza (Maddux e Desmond, 2000). Il primo, infatti, fa riferimento alla sindrome di dipendenza, caratterizzata da comportamenti specifici, così come descritta nel DSM-5. Il secondo, invece, si riferisce alla condizione di dipendenza fisica e alla sindrome di astinenza (OMS). Alla luce di ciò, in questo elaborato i termini *addiction*, *dependence* e dipendenza saranno usati come sinonimi, volendo indicare un disturbo cronico determinato da fattori genetici, psicosociali e ambientali, caratterizzato principalmente da mancanza di controllo, compulsività¹ e desiderio smisurato di accedere all'oggetto in questione nonostante le conseguenze dannose derivanti (Coyoumdjian, Baiocco e Del Miglio, 2006).

In questo primo capitolo mi occuperò di fare chiarezza sulle differenti definizioni di dipendenza ed i concetti ad esso correlati, sul processo di *addiction* e le sue fasi, arrivando poi a parlare della diagnosi secondo il DSM-5 (APA, 2013), e come si differenzia da quella fatta nella precedente edizione, il DSM-IV-TR (APA, 2000). Infine, illustrerò il quadro clinico normativo a cui corrisponde un soggetto dipendente ed il quadro epidemiologico generale, quest'ultimo in riferimento ai dati relativi all'EMCDDA, European Monitoring Centre of Drugs and Drug addiction.

¹ La compulsività è caratteristica fondamentale della dipendenza, ed è definita come un forte desiderio di assumere la sostanza (ICD-10, 2001). Il DSM-IV non fornisce una definizione più dettagliata però, per quanto si legge a proposito del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), la compulsione è un comportamento ripetitivo o un atto mentale il cui fine è prevenire o ridurre l'ansia o l'angoscia, non per portare piacere o gratificazione (DSM-IV, 1994). Il DSM-5, definendo l'*addiction* una malattia cronica recidivante caratterizzata da un uso compulsivo della sostanza nonostante le dannose conseguenze (DSM-5, 2013), fa riferimento a come l'uso della sostanza, dopo un primo approccio volontario, finalizzato alla gratificazione, diventi incontrollabile (NIDA, 2020a, p. 6).

1.1 Concetti principali e definizione del processo di *addiction*

I disturbi correlati a sostanze sono quindi «definiti dall'assunzione di composti chimici che possono portare ad *addiction*, a problemi fisici che mettono in pericolo la vita e a una moltitudine di problemi psicologici» (Gabbard, 2015, p. 343). Alcuni elementi fondamentali nella manifestazione di questa condizione saranno ora affrontati.

Quando si parla di dipendenza patologica si fa riferimento ad una condizione per cui il soggetto subisce una modificazione profonda della sua identità, una metamorfosi. Questo primo passo verso la condizione di *addiction* è definito intossicazione. Il DSM-IV (1994) definisce tre criteri per la diagnosi di intossicazione da sostanze, identificata tra i disturbi correlati a sostanze: 1) sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di (o alla esposizione a) una sostanza (differenti sostanze possono produrre sindromi simili o identiche); 2) modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologiche dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale (ad esempio labilità dell'umore, deficit cognitivi e compromissione del funzionamento sociale o lavorativo) e che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione della sostanza; 3) i sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale e non possono essere meglio attribuiti ad un altro disturbo mentale.

Dopo ripetuti utilizzi, il corpo svilupperà una sempre maggiore tolleranza alla sostanza. Tolleranza e astinenza sono criteri "fisiologici" per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze. La prima si riferisce al fenomeno per cui risulta necessario aumentare la dose e la frequenza delle assunzioni. Questo comportamento è orientato ad ottenere nuovamente degli effetti della sostanza. Un fenomeno diverso si verifica, invece, nel momento in cui il soggetto interrompe l'utilizzo e, lo scompenso prodotto, dà origine a sintomi emotivi e/o fisici. In questo caso è possibile che la sostanza sia assunta per alleviare o evitare i sintomi: questa condizione prende il nome di astinenza (DSM-5, 2013).

Un altro elemento fondamentale nella definizione di una *addiction* è il *craving*, dall'inglese *to crave for*, è definito come un impulso incontrollabile e venne introdotto tra i criteri per la diagnosi del disturbo da uso di sostanze, a partire dall'ultima edizione del DSM. Attraverso questo termine vengono riconosciute le caratteristiche fondamentali per la definizione sia della dipendenza psicologica che di quella fisica, e permette di misurare l'intensità e la gravità della dipendenza (DSM-5, 2013).

La carriera del consumatore

Come si legge nel saggio del sociologo statunitense Howard Becker, “Come si diventa fumatori di marijuana” (1963), quando si affronta il tema delle dipendenze quello su cui di solito ci si focalizza è la motivazione che spinge un soggetto a diventare consumatore e si prova così ad indagare quella dimensione, psichica e fisica, che favorisce le condizioni tali per cui il comportamento deviante viene ripetuto nel tempo. In questo senso, Becker (1963) propone un’analisi del comportamento deviante totalmente innovativa, criticando questo approccio egli sostiene, al contrario, che sia il comportamento deviante a produrre, nel corso del tempo, la motivazione deviante.

L’autore sostiene come la condizione di dipendenza non sia stabile e permanente nel tempo, ma piuttosto sia esperita e percepita in modo sempre diverso. A questo proposito viene riportato uno studio su cinquanta interviste a consumatori di marijuana, con il fine di andare a confermare l’ipotesi che il consumo di marijuana inizi con lo scopo di trarre da questo piacere (Becker, 1963). Attraverso queste interviste, Becker tenta di ricostruire il processo di sviluppo dell’esperienza fatta con la sostanza, assumendo, in questo senso, che il rapporto tra soggetto e sostanza evolve per stadi (principiante, consumatore occasionale e consumatore regolare) (Becker, 1963).

I tre stadi proposti da Becker sono rispettivamente: 1) imparare la tecnica, 2) imparare a percepire gli effetti, 3) imparare a goderne gli effetti. Secondo l’autore, il passaggio da uno stadio all’altro è definito dalla percezione della droga da parte del soggetto. Al primo stadio il consumatore è definito *principiante*, egli non sa provare piacere usando la droga, ma sa che viene utilizzata dagli altri a tale scopo. Il modo per ovviare a questo problema iniziale è la partecipazione a un gruppo di consumatori nel quale si potrà, così, imparare la tecnica per ottenere i risultati desiderati (Becker, 1963). Il secondo stadio vede i consumatori trasformati in conoscitori perché, orientati al desiderio di provare “sballo”, analizzano minuziosamente gli effetti che l’uso della droga, ormai secondo la tecnica imparata, produce. In questo stadio è evidente come, una corretta interpretazione delle sensazioni esperite, favorisca l’uso progressivo della stessa. L’ultimo stadio consiste nell’imparare a percepire come piacevoli gli effetti sperimentati attraverso la somministrazione della sostanza; il consumo si prolungherà fintanto che il consumatore sarà in grado di associare alle sensazioni provate un giudizio favorevole. Da quanto descritto si evince l’importanza del gruppo come mezzo per l’apprendimento ed il

mantenimento del consumo, sottolineando, così, il ruolo, non marginale, del contesto che il consumatore abita.

Questi studi elaborati da Becker hanno permesso di osservare da un altro punto di vista il fenomeno della dipendenza. In anni in cui si credeva che il consumo di marijuana fosse dovuto unicamente a cause psicologiche, evidenziarono come, invece, questo sia un processo che si sviluppa per stadi, dove il superamento di uno, attraverso l'acquisizione delle competenze richieste all'interno del gruppo, permette l'accesso all'altro. Si considera la volontà e l'interesse, da parte del soggetto, di diventare consumatore e di apprendere attraverso il gruppo, fonte di norme, capace di definire quale è un comportamento corretto e quale non lo è, e l'apprendimento sociale, le giuste modalità per assumere la sostanza, sino al desiderio, o quasi la necessità, di considerare tale sostanza come capace di produrre sensazioni di piacere tali da determinarne l'uso successivo (Becker, 1963).

La causa della dipendenza: la droga, il soggetto, la società

Proporrò, adesso, una panoramica di quelli che sono stati i principali modelli interpretativi del fenomeno di *addiction*, i quali, attribuendo prima all'oggetto, poi alla persona ed infine alla società la causa della dipendenza, hanno raccontato, attraverso una linea temporale, quella che è stata l'evoluzione nella concezione di dipendenza nel corso della storia.

Tra il XVIII e il XIX secolo videro la luce le prime teorizzazioni a proposito dei comportamenti d'abuso, il primo a parlare di dipendenza come malattia fu Benjamin Rush, padre della psichiatria americana. Rush fu il primo a proporre una classificazione dei diversi tipi di malattia mentale e a teorizzare a proposito delle possibili cause e cure di queste. Nel suo libro "An Account of the Bilious remitting Yellow Fever as it appeared in the City of Philadelphia, in the years 1793" (1793) egli affermava la natura patologica dell'alcolismo; secondo quanto sostenuto, l'abuso di alcol rappresentava l'effetto di una progressiva assuefazione, un processo inesorabile, direttamente collegato all'azione degli alcolici sull'individuo. L'uomo che abusa di alcol perde la sua umanità, va in contro ad una regressione. Egli ritiene la sostanza capace di modificare gli stati emotivi di un individuo, l'alcolismo diventa una patologia della volontà indotta da una sostanza, definita da perdita di controllo e impellente bisogno di questa (1793).

In Inghilterra, il medico inglese Thomas Trotter, fu il primo a teorizzare il bere sregolato come malattia. Nel suo “An Essay on drunkenness” (1804) descrisse il fenomeno della tolleranza, l’astinenza rappresentata dal tremore, e la ricerca del bere come alleviazione della crisi di astinenza. Egli affermò l’esistenza di associazioni tra il bere patologico e ansia e depressione (1804). Trotter estese le sue teorizzazioni sul consumo di alcol come malattia all’abuso di oppio e cannabis, immaginando una possibile trasmissibilità della malattia per mezzo di presunti effetti della sostanza sugli organi genitali.

È nell’Ottocento che vennero alla luce le prime formulazioni della psichiatria a proposito della dipendenza da sostanze. Etienne Dominique Esquirol, nel 1838, ipotizza l’ubriachezza cronica come causa e sintomo di una insorgente monomania di tipo istintivo, ovvero un’insanità parziale caratterizzata da atti involontari, che la coscienza respinge, ma il soggetto non è capace di reprimere (1838). Nel 1849, il medico svizzero, Magnus Huss, introduce il termine *alcolismo cronico* per definire una malattia risultante dal consumo cronico di alcol (1849).

Nel 1938 il sociologo Alfred Lindesmith mise in discussione la concezione farmacocentrica con la quale fino ad allora gli studiosi avevano preteso di descrivere e trattare la dipendenza come malattia. Le sue critiche erano fondate sulla prevalenza dei casi di remissione spontanea e di uso non problematico di droghe rispetto a quelli di abuso cronico (Lindesmith, 1938). Lindesmith, criticando l’idea di dipendenza come malattia, iniziò a dare spessore al contesto culturale nel quale avviene il consumo. Identificò l’importanza che conoscenza e aspettative sulla genesi del disagio che caratterizza la crisi di astinenza hanno nel determinare l’instaurarsi di un consumo cronico piuttosto che uno non problematico (1938). L’attenzione alla dimensione soggettiva e sociale fu, successivamente, evidenziata da Howard Becker (1963). Egli teorizzò l’evolversi del consumo come una carriera, da ricreativo a problematico, e sottolineò l’importanza del gruppo e della mediazione sociale nello sviluppo del consumo e nella sua conservazione (Becker, 1963).

Gli anni Cinquanta del ‘900, furono caratterizzati da una fertile ricerca nell’ambito delle dipendenze, James Olds e Peter Milner, nel 1954, scoprirono e studiarono, attraverso gli esperimenti di autostimolazione del cervello dei ratti, il sistema di ricompensa cerebrale (Olds e Milner, 1954). Queste furono le basi della attuale ricerca sulle basi biologiche e neurofarmacologiche della dipendenza.

Successivamente, nel 1973, Candace Pert e Solomon Snyder dimostrarono la presenza di recettori per gli oppioidi nel cervello e, nel 1975, Koesterlitz e Hughes scoprivano le prime endorfine (Pert e Snyder, 1973; Koesterlitz e Hughes, 1975). Questi contributi permisero di chiarire i principali effetti degli oppioidi sul cervello e spiegare fenomeni direttamente connessi con la dipendenza, come, ad esempio, la tolleranza.

Una diversa interpretazione appartenente al secolo scorso (ad esempio Brickman, Rabinovitz, Karuza e Coates, 1982) e osserva fenomeni quali l'abuso di alcol come segni di una debolezza, questa impedisce al bevitore di controllarsi e poter così smettere di ripetere il consumo (1982, p. 370). Questo approccio individua la causa della dipendenza nell'individuo, definito un soggetto privo della forza necessaria a controllare il comportamento di abuso. Il modello morale si fonda «sulla credenza religiosa fondamentalista che vede l'alcolismo come segno di turpitudine morale» (Gabbard, 2015, p. 344). Pertanto, attribuendo la responsabilità della condizione di dipendenza al consumatore stesso, si ritiene che egli sia vittima di debolezza morale e, dunque, privo di un corretto insieme di valori, per questa ragione si considera la dipendenza peccato, e il soggetto dipendente (*addicts*) colpevole (Wilbanks, 1988).

Un'ulteriore concezione ricerca nel contesto in cui si sviluppa le ragioni della dipendenza. Si fa riferimento ad autori come Levy, il quale vuole sottolineare come l'*addiction* non sia una malattia del cervello: sebbene comporti evidenti danneggiamenti a livello cerebrale, questi non sono sufficienti a determinare la disfunzione comportamentale rappresentata dalla dipendenza. Sicché la disfunzione si manifesta in alcune precise circostanze, quali la mancanza di risorse per allontanarsi dalla droga, o l'impossibilità di ottenere beni e attrazioni capaci di competere con la sostanza, essa non può essere osservata separatamente rispetto al contesto dove è collocata (Levy, 2013). Il soggetto dipendente è considerato malato nella misura in cui il suo cervello risulta essere disfunzionale in determinate circostanze, le prevalenti interpretazioni sociali lo etichettano come colui che è incapace della forza necessaria a superare questa condizione, un soggetto affetto da un danneggiamento della razionalità (Levy, 2013).

Assumere che la dipendenza non è una malattia del cervello, permette di collocare il soggetto dipendente all'interno del contesto che abita (Levy, 2007). Di conseguenza, si considerano gli elementi che possono favorire questo comportamento disadattivo: lo scarso accesso alle risorse necessarie al superamento della condizione, la ripetuta

esposizione a *trigger*, fattori psicologici come lo stress, o ancora, l'impossibilità di ottenere beni capaci di competere con l'attrazione causata dalla droga, ecc. Pertanto, i fattori capaci di spiegare questa condizione sono collocati sia nell'individuo stesso che all'interno del contesto che lo incorpora (Levy, 2013).

In conclusione, accettare che l'*addiction* non è solo una malattia del cervello permette di ovviare interpretazioni volte a responsabilizzare l'individuo della propria sofferenza, e consente, invece, di «promuovere una risposta più empatica ed efficace al fenomeno» (2013, p. 1). Se la dipendenza è una malattia solo a causa del fatto che il soggetto fa parte di una data società, per comprenderla e trattarla al meglio, risulta necessario intervenire non solo sull'individuo, ma sul contesto stesso per alterare e modificare gli elementi che danno origine e sostentamento alla condizione di disagio (Levy, 2013).

1.2 Diagnosi: dal DSM-IV-TR al DSM-5

È a partire dalla terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III, 1980), che si inizia a parlare di dipendenza intesa come disturbo, ovvero «un quadro caratterizzato da difficoltà cognitive, nella regolazione delle emozioni o nel comportamento a cui è associato una significativa sofferenza e inabilità in ambito sociale, lavorativo e in altri importanti settori della vita dell'individuo» (DSM-5, 2013). Le versioni precedenti classificavano, infatti, questo fenomeno come un sintomo, ovvero la manifestazione psicopatologica, della personalità antisociale.

La diagnosi di dipendenza è stata, negli anni, soggetta a molteplici modifiche, come si può evincere dalle evidenti differenze tra la diagnosi fatta dal DSM-IV-TR (2000), e quella proposta invece nella versione successiva, dal DSM-5 (2013). Tra le principali modifiche si osserva come, in quest'ultimo, non sia più presente la distinzione tra diagnosi di abuso e diagnosi di dipendenza. Viene così definita un'unica categoria diagnostica denominata *disturbo da uso di sostanze*, prendendo a riferimento numerosi studi, tra questi, quelli condotti da Hasin ed i suoi collaboratori (2013), che affermarono come «certi assunti sulle relazioni fra abuso e dipendenza non fossero in realtà corretti» (Gabbard, 2015, p. 343).

Un'ulteriore differenza appare a proposito della definizione dei criteri per la diagnosi: nel DSM-5 si vedono raggruppati molti sintomi prima descritti per la diagnosi di abuso, per un totale di 11, con l'aggiunta del *craving* e l'eliminazione del criterio relativo ai problemi legali ricorrenti, per la bassa prevalenza e lo scarso collegamento con gli altri criteri diagnostici (Hansin et al., 2013). Viene inoltre spostata la soglia per la diagnosi: da uno o più criteri per l'abuso e tre o più per la dipendenza, è fissata a due o più per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze, con una durata di almeno 12 mesi. Sebbene nel DSM-IV la diagnosi fosse dicotomica (0/1, disturbo presente o assente), il DSM-5 introduce un continuum che permette di diagnosticare sintomi lievi che prima non rientravano nei criteri diagnostici. Vennero così introdotti dei parametri di gravità, in base al numero di criteri soddisfatti: lieve (2-3), moderato (4-5) e grave (6 o più). Più nello specifico, per la diagnosi di dipendenza devono essere presenti, in concomitanza, almeno due tra i seguenti sintomi: 1) stato di astinenza a seguito di utilizzo interrotto o ridotto; 2) assuefazione, con conseguente aumento di dosi per raggiungere stati di piacere precedentemente raggiunti con dosaggi inferiori; 3) *craving*; 4) impossibilità da parte del soggetto dipendente di controllare ed interrompere il comportamento disadattivo, nonostante ripetuti tentativi; 5) perdita di interesse rispetto a fonti di piacere che esulino dalla sostanza; 6) protrarsi del consumo nonostante siano evidenti risvolti negativi dovuti a questo (DSM-5, 2013).

Un'altra importante novità rispetto alla versione precedente riguarda l'inserimento, all'interno della categoria dedicata ai disturbi da uso di sostanze, del disturbo da gioco d'azzardo (*gambling disorder*) che già nel DSM-III (1980) era classificato come un disturbo del controllo degli impulsi, caratterizzato da un comportamento ricorrente e maladattivo. Il DSM-5 l'ha invece classificato tra le *addictions* per le affinità che presenta con le dipendenze da sostanze.

La difficoltà nella diagnosi di disturbi correlati all'uso di sostanze d'abuso è evidente a causa sia delle specifiche difficoltà personali a cui va incontro il soggetto, in riferimento, ad esempio, a patologie psichiche connesse, sia delle diverse sostanze d'abuso esistenti e delle quali il soggetto fa uso, che sono spesso combinate tra loro e associate ad altre dipendenze comportamentali. In questo senso si parla di comorbidità, ovvero «la presenza di due o più disturbi o malattie manifestatesi nello stesso soggetto. Queste possono manifestarsi contemporaneamente oppure una dopo l'altra. Comorbidità implica un'interazione tra le malattie, che può quindi peggiorare l'andamento di entrambe»

(NIDA, 2020b, p. 1). Di fatto questo è un fenomeno che si verifica molto frequentemente, infatti, si conta che circa la metà dei soggetti affetti da un disturbo mentale, ad un certo punto della loro vita, manifesteranno anche un disturbo da uso di sostanze, o viceversa (Ross e Peselow, 2012).

Due variabili delle quali è importante tenere conto nel momento in cui si deve fare diagnosi di dipendenza, sono: il contesto sociale nel quale viene agito il comportamento di *addiction* e la rete di connessioni che circonda il soggetto (Gabbard, 2015).

La dipendenza si manifesta, quindi, in molteplici modi e implica la presa in carico di numerose risorse, si pensi a quanto sostenuto da autori come Zinberg (1984) oppure Olievenstein (1984) che, già negli anni '80 del secolo scorso, affermavano la natura trivariata della dipendenza, risultante pertanto dall'interazione di tre variabili: la sostanza e gli effetti che produce sul soggetto, il set, ovvero il contesto psicologico in cui avviene l'assunzione, ed infine il setting, che corrisponde, invece, all'ambiente fisico e sociale. L'attualità degli studi sulla dipendenza portati avanti da questi autori risulta evidente, in quanto si sosteneva come il concetto di abuso dovesse essere definito a partire dall'individuo, e dovesse prendere in analisi il contesto sociale, il dosaggio, la via di somministrazione e le proprietà farmacologiche della sostanza. Inoltre, secondo quanto teorizzato, la sostanza da sola, non si ritiene un fattore sufficiente a dare inizio ad un consumo problematico, e quest'ultimo risulta essere identificabile a partire dall'analisi di due criteri: la quantità e frequenza di dosaggio e la qualità della sostanza e della somministrazione della stessa (Zinberg, 1984).

1.3 Quadro clinico del soggetto tossicodipendente

Andrò adesso a circoscrivere, secondo un approccio clinico, quello che risulta essere l'insieme delle manifestazioni, di segni e sintomi, con le quali si presenta all'osservazione un soggetto tossicodipendente. Nonostante sia molto importante tenere presente che il disturbo in nessun soggetto si presenta mai allo stesso modo, si possono identificare dei tratti comuni, utili a fare diagnosi.

Come si legge sul DSM-5, i soggetti portatori di un disturbo da uso di sostanze manifestano ripercussioni sul funzionamento del pensiero, del corpo e del

comportamento. Oltre a questo, studi sul brain imaging (figura 1, Volkow et al., 2001) mostrano evidenti mutazioni nel funzionamento e nella struttura del cervello: modificazioni in alcune aree cerebrali, tra queste, la corteccia prefrontale che è implicata nella pianificazione, nel *problem solving* oltre al *decision making*, e dà forma alla capacità di pensiero e a quella di esercitare controllo sugli impulsi. Il danneggiamento di questa regione cerebrale è imputata essere la causa del *craving* e del comportamento compulsivo caratteristici dell'*addiction*. Inoltre, gli studi evidenziano come le modificazioni cerebrali perdurano anche a distanza di tempo dall'interruzione dell'assunzione di droghe (NIDA, 2020a).

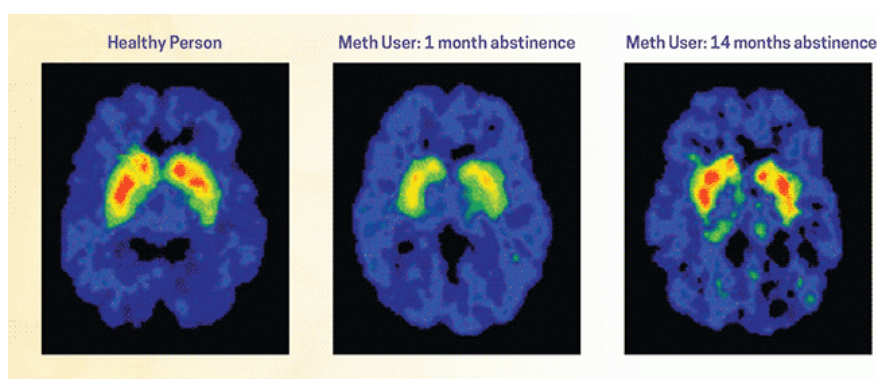


Figura 1 Density of dopamine in brain after long time without drug. Queste immagini mostrano come il cervello tenta di riportare allo stato iniziale la densità di recettori per la dopamina, modificata dopo la somministrazione di metamfetamina. Tuttavia, dopo 14 mesi di astinenza, la densità resta variata. Fonte: Volkow et al. (2001).

Come detto in precedenza, il disturbo da uso di sostanze è definito dal DSM-5 secondo il soddisfacimento di almeno due di undici criteri diagnostici, i quali risultano perdurare da una durata di tempo di almeno 12 mesi. I sintomi possono presentarsi con intensità e frequenza differenti, per questo sono stati fissati degli indici di gravità, che vanno da lieve a grave in base al numero di criteri soddisfatti. Come detto, i sintomi che sin da subito permettono di identificare una dipendenza, sia essa legata all'uso di sostanze o ad un altro oggetto di *addiction*, sono molteplici (DSM-5, 2013). Pertanto, la dipendenza si presenta come un disturbo multiforme e ricco in manifestazioni comportamentali e sintomatiche a livello fisico e psichico differenti, sicché la persona che abbiamo di fronte sarà rappresentativa di un suo personale inquadramento sintomatologico della dipendenza, che

varierà a seconda dell'oggetto di *addiction*, della risposta comportamentale correlata, o ancora, del carattere e del *background* personale (Zinberg, 1984).

1.4 Quadro epidemiologico della dipendenza

Definire l'epidemiologia della dipendenza significa, prima di tutto, fornire dati sulla diffusione del consumo, quindi a proposito di come e dove avviene, chi consuma e quanto, e, in secondo luogo, mettere in luce le conseguenze sull'individuo e sulla società, esplicitare indicatori sulla salute e sociali.

Risulta più che mai difficile misurare l'epidemiologia della tossicodipendenza in quanto atto illegale, regolato da politiche di gestione, questo comporta, quindi, criticità nel rilevare la prevalenza, dunque il numero di casi in un dato momento, e l'incidenza, ovvero il numero di nuovi casi registrati in un certo arco di tempo.

I dati forniti dalla European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA), derivano da indagini rivolte alla popolazione generale, volte a rilevare informazioni su prevalenza e *pattern* di utilizzo delle droghe all'interno degli stati membri dell'Unione Europea, della Norvegia e della Turchia. Le GPS (*general population survey*) si basano su campioni probabilistici, rappresentativi della popolazione che vogliono misurare, i dati raccolti derivano da interviste di *self-report*, a proposito di comportamenti presenti e passati, volte a rivelare l'approccio a temi riguardanti la droga. Forniscono informazioni sulla regolazione ed il controllo del traffico di droghe all'interno del paese, mappando quindi il *tracking* nazionale, inoltre possono dare indicazioni sulle modalità d'utilizzo, mostrando rispettivamente una distribuzione demografica dei soggetti che ne fanno uso, rilevando *lifestyle*, benessere sociale e fattori di rischio e prevenzione, ed infine permettono di costruire paragoni tra i diversi paesi a proposito delle strategie di contenimento e gestione e delle politiche sulla droga impiegate (EMCDDA).

I dati forniti dall'Osservatorio Europeo riportano informazioni a proposito di una ampia gamma di sostanze, tra queste cannabis, cocaina, oppioidi e anfetamine, che vengono spesso utilizzate insieme, allo stesso tempo, o in due momenti diversi, in questi casi si fa riferimento in genere al termine poliassunzione (EMCDDA). Come detto, gli stili di assunzione variano a seconda del soggetto: si parla di consumo occasionale, senza troppe

ripercussioni sulla vita di tutti i giorni, ma che comunque può portare a problematiche giudiziarie e sanitarie se seguito da comportamenti irresponsabili in condizioni alterate; problematico, quando le ripercussioni sono più evidenti ed il consumo è regolare, fino ad inglobare la vita del soggetto e provocare in lui un cambiamento profondo, mettendo in serio pericolo la salute di chi ne fa uso. In questo senso, il consumo problematico non si allontana molto dalla dipendenza che, però, comporta tra tutto il resto, astinenza, tolleranza e uso compulsivo.

Prima del 2013, la definizione di consumo problematico faceva riferimento esclusivamente all'utilizzo ricorrente di droghe per via iniettiva o al consumo regolare, a lungo o breve termine, di oppiacei, cocaina e amfetamine (EMCDDA, 2013). A partire dal 2013, invece, tale definizione è stata estesa ad ogni tipo di sostanza psicoattiva, tra queste la cannabis, sulla base dell'intensità, ovvero frequenza e quantità d'uso, e della via di somministrazione. Questo era finalizzato ad un monitoraggio in grado di seguire i cambiamenti nei modelli di consumo e nei comportamenti additivi messi in atto.

Secondo il Bollettino Statistico fornito dall'Osservatorio Europeo (EMCDDA, 2019), poco più di un quarto della popolazione adulta, ovvero oltre 93 milioni di persone tra i 15

e i 64 anni, ha provato sostanze illecite almeno una volta nella vita, con la prevalenza maggiore riportata dagli uomini (56,8 milioni e 36,8 milioni di donne). Inoltre, il 27.4% della popolazione tra i 15 e 64 anni avrebbe consumato cannabis almeno una volta nella vita, e il 7.4% l'avrebbe fatto nell'ultimo anno. Stando ai dati raccolti su soggetti definiti, secondo l'EMCDDA, giovani adulti, di età compresa tra i 15 e 64 anni, l'utilizzo di cocaina risulta aver interessato, nell'ultimo anno, 3.9 mila di essi (l'1.2% della popolazione generale), e il 5.4% ha

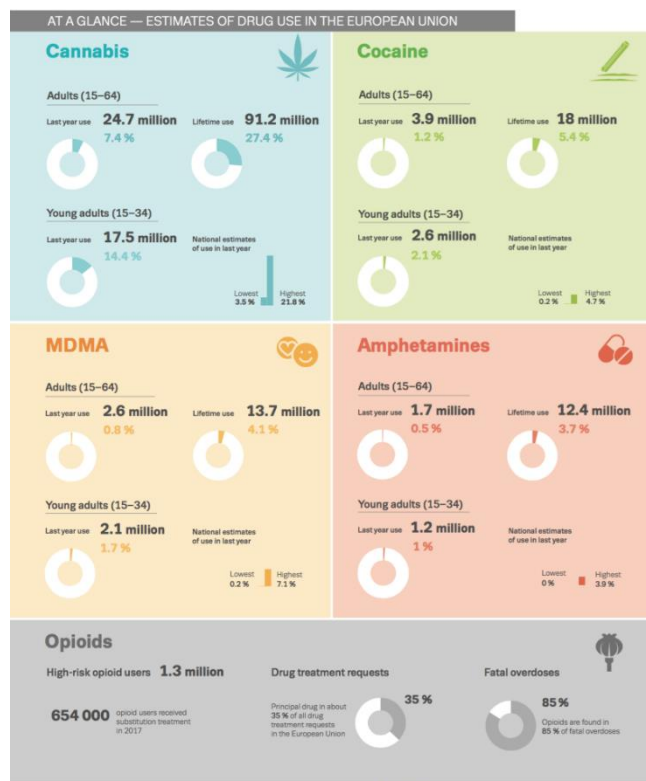


Figura 2 Drug use in the EU. Fonte: EMCDDA, 2019

dichiarato di aver fatto uso della sostanza almeno una volta nella vita. Droghe meno diffuse come MDMA e amfetamine, sarebbero state sperimentate almeno una volta rispettivamente dal 4.1% e 3.7% della popolazione. Parlando di oppiacei, invece, la questione è un po' più delicata, siccome sono 1.3 mila i consumatori a rischio, e di questi, 645 000, nel 2017, ricevettero trattamenti sostitutivi. L'utilizzo di oppioidi è riconosciuto nel 35% dei casi nei quali viene richiesto l'accesso al trattamento, e nell'85% delle morti per overdose (figura 2).

Capitolo II: Modelli di interpretazione della dipendenza

Dopo aver parlato di dipendenza e dei diversi concetti e processi implicati, aver circoscritto segni e sintomi che permettono di fare diagnosi di disturbo da uso di sostanze, attraverso l'interpretazione proposta dal DSM ed il suo evolversi nel tempo, delineato il quadro clinico del soggetto dipendente, sottolineando come questo necessiti l'affiancamento di un approccio di tipo nosografico descrittivo a quello interpretativo esplicativo, ed infine descritto il quadro epidemiologico generale della dipendenza, andrò adesso a presentare i diversi approcci con cui ci si è avvicinati alla comprensione della dipendenza nel corso degli anni.

2.1 Perché le persone diventano dipendenti: i diversi approcci

Come detto all'inizio di questo elaborato, quando si parla di dipendenza si fa riferimento a un concetto dinamico e multidimensionale, al quale non pochi studiosi hanno cercato di dare un senso e attribuirvi una causa. È tuttora una questione molto controversa, protagonista di dibattiti e scontri tra i rappresentanti delle differenti correnti di pensiero, i quali si ritengono sostenitori dell'uno piuttosto che l'altro approccio.

In particolare, in questo capitolo andrò a presentare, primo tra tutti, sia per datazione che per contestualizzazione, il modello morale, con riferimento al lavoro di Wilbanks, dopo di che, il modello biomedico, citando, tra tutti ma non solo, gli studi di Kalivas e Volkow (2005). Parlerò poi della posizione contraria presa da Heyman nel suo libro *Addiction: a disorder of choice* (2009), dove definisce la dipendenza non una malattia cronica, ma piuttosto una scelta quotidiana volontaria e autodistruttiva. In conclusione, arriverò ad argomentare a proposito della visione olistica proposta dal modello biopsicosociale delineato da Engel nel 1977, ripreso e adattato alla dipendenza da autori contemporanei. I modelli a cui si fa riferimento quando si tratta di dare un'interpretazione al comportamento dipendente e, di conseguenza, attribuirvi una causa, sono stati molteplici nel corso dei decenni e ciascuno di questi ha, attraverso il suo caratteristico modo di

avvicinarsi al fenomeno della dipendenza, rappresentato la cultura, le tradizioni, la popolazione ed il contesto storico che si stava allora attraversando; «le dipendenze stesse probabilmente non sono solo momenti di rallentamento e di opposizione inconsapevole nei confronti della alienazione consumistica che caratterizza il nostro momento storico, ma forse sono anche rivelatrici preziose dell'esistenza e dell'intensità di un moto di cambiamento, di ricerca di sensi e significati altrimenti senza voce e senza ascolto» (Croce, 2004, p. 5).

2.2 Il modello morale: la dipendenza come peccato

Nella seconda metà degli anni '80, Wilbanks delineò le fondamenta del modello morale. In anni in cui il modello biomedico aveva da poco etichettato la dipendenza come malattia e messo così dalla parte della vittima l'individuo dipendente, questo approccio volle dare maggiore rilevanza al soggetto, percependolo come colui che ha scelto di mettere in atto il comportamento deviante. In questo senso si parla di peccato, di colpa, e la dipendenza è vista come il risultato di un improprio sistema di valori o anche in un difetto morale e del carattere (Wilbanks, 1988). Assumendo il punto di vista del modello morale, si considera l'individuo come responsabile sia del problema che della soluzione allo stesso. Pertanto, storicamente questo modello indicava come le altre persone non si sentissero né obbligate né capaci di aiutare colui che era colpevole di azioni immorali questo perché, se si ritiene il problema una creazione individuale, la soluzione non può che essere soggettiva (Brickman, Rabinovitz, Karuza e Coates, 1982).

Erano anni nei quali la religione e la Chiesa, godevano di grande stima e rispetto, e, insieme a queste, l'etica capitalista era considerata guida morale del comportamento delle persone. Il modello morale si focalizza su quell'insieme di valori che guidano il comportamento di ognuno di fronte alla possibilità di scegliere tra diverse alternative (in questo caso, se fare uso di droga, oppure no). Questo approccio vede il comportamento come un'azione guidata dai valori intrinseci a una persona, piuttosto che dalla ricompensa che a questo conseguirebbe; le ricompense, secondo quanto detto, assumono significato solo se interpretate a partire dai valori (Wilbanks, 1988).

Questo modello fu fortemente criticato (ad esempio Hyman, 2007) in quanto considerato causa della tendenza dello stesso a produrre e alimentare stigma sociale e pregiudizi nei confronti dei soggetti, nonché alienazione e isolamento. Coloro che mancavano di forza morale erano ritenuti pigri ed incapaci di fare lo sforzo necessario a cambiare la loro condizione (Brickman, Rabinovitz, Karuza e Coates, 1982).

Il modello biomedico, al contrario, si propose di superare questa condizione assumendo la dipendenza come malattia. Imputando a cause biologiche l'insorgere della dipendenza, il soggetto diventa esente dalla responsabilità di azione perché, in quanto sintomi della malattia, le manifestazioni comportamentali correlate non possono essere direttamente controllate dal soggetto dipendente (Hyman, 2007). Per diverse ragioni potrebbe quindi essere errato trattarlo come unico responsabile, incolparlo di essere incapace di controllare le proprie azioni. Tuttavia, risulta migliore agire nei suoi confronti come se fosse capace di esercitare più controllo di quanto effettivamente egli faccia, e quindi orientare il trattamento verso la riabilitazione del soggetto ed il suo reinserimento nella società piuttosto che renderlo oggetto di giudizio morale (2007, p. 10).

2.3 Il modello biomedico: la dipendenza come malattia del cervello

Leshner, nel 1997, allora direttore del National Institute of Drug Abuse, affermò che «Una sorta di interruttore nel cervello sembra essere premuto come risultato di un uso prolungato di droga. 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» (1997, p. 46). Questa visione della dipendenza è tuttora oggetto di critica, soprattutto per le evidenze a favore della manifestazione di fenomeni di remissione spontanea più avanti riprese (ad esempio Heyman, 2009; Heather e al., 2017).

Negli ultimi decenni, però, questo modello, ripreso e ampliato da Volkow ed i suoi colleghi (Volkow e al., 2016), ha conosciuto un evidente rilancio, grazie allo sviluppo delle ricerche in ambito biomolecolare, farmacologico e neuro scientifico (ad esempio Koob e Volkow, 2010), che hanno permesso, in generale, alla psicologia di ottenere maggiore rilevanza scientifica e, in particolare, di raggiungere grandi traguardi nello

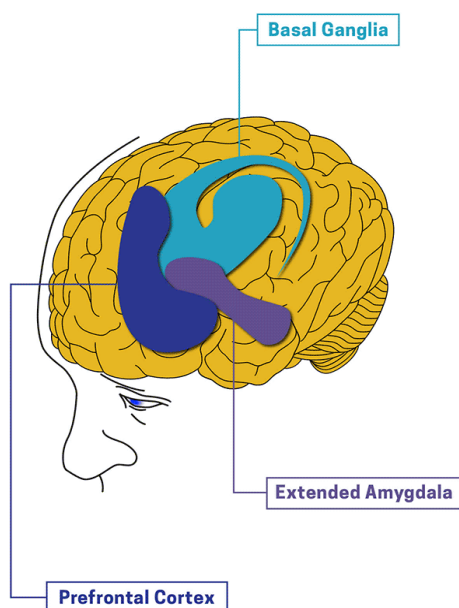
studio delle *addiction*. Sono stati, ad esempio, identificati cambiamenti cerebrali in relazione al consumo di droghe e, tra questi, alterazioni nel sistema dopaminergico del mesencefalo (Volkow e Li, 2004) e nelle regioni frontali implicate nell'inibizione degli impulsi (Goldstein e Volkow, 2002).

Nell'articolo "Drug Misuse and Addiction" (NIDA, 2020a), l'*addiction* è definita come «una disfunzione cerebrale cronica e recidivante, caratterizzata dall'uso e dalla ricerca compulsiva della droga, nonostante le deleterie conseguenze. È considerata una malattia del cervello perché le sostanze causano dei cambiamenti al suo interno, ne cambiano la struttura e la modalità con cui lavora. Questi cambiamenti possono essere molto duraturi, e possono essere collegati al comportamento dannoso intrapreso da coloro che abusano di droghe. La dipendenza patologica è molto simile ad altre malattie, come, ad esempio, la cardiopatia. Entrambe disturbano il normale e sano funzionamento dell'organismo, hanno serie e dannose conseguenze, e sono prevenibili e trattabili ma, in caso contrario, possono durare tutta la vita» (NIDA, 2020a, p. 5). Viene posta, quindi, l'attenzione sull'individuo ed il suo organismo, e, attraverso la ricerca scientifica, vengono investigate le ragioni che possono motivare il comportamento dipendente, tra queste la curiosità, il desiderio di sentirsi bene e anche l'intenzione di raggiungere traguardi più lontani, e si ricerca modalità di prevenzione e intervento atte a migliorare la vita dei consumatori e ad evitare che altre persone mettano in atto comportamenti d'abuso.

Il nucleo su cui si fonda il modello dell'*addiction* è la "brain-hijack theory", letteralmente la teoria del dirottamento del cervello, per la quale la dipendenza è una malattia del cervello causata da una disfunzione dei sistemi cerebrali implicati nella ricompensa e nella ricerca del piacere (Volkow e Li, 2005). Come si legge nel saggio di Kalivas e Volkow "The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice" (2005, p. 1403) è «la compromissione della capacità delle persone dipendenti di sopprimere la ricerca di droga in risposta a questo desiderio, anche di fronte a conseguenze gravemente avverse» ciò che definisce la malattia dell'*addiction*. Pertanto, i concetti cardine del lavoro portato avanti dai due autori sono la perdita di controllo e la vulnerabilità a cui si vede esposto il soggetto dipendente nel corso del tempo, anche nel caso in cui il legame di dipendenza risulti ormai sciolto.

Il modello biomedico spiega quindi il fenomeno di *addiction* attraverso lo studio di meccanismi e cambiamenti neuronali che perdurano anche dopo l'interruzione della

somministrazione. In questo senso, si pensi al ruolo della dopamina all'interno del sistema di ricompensa (*rewarding system*) nell'affermazione della dipendenza. La dopamina ha, in particolare, due funzioni all'interno di questo sistema (Kalivas e Volkow, 2005 p. 1404): «1) avverte l'organismo della presenza di nuovi stimoli salienti e, in tal modo, promuove la plasticità (l'apprendimento); e 2) informa l'organismo a proposito dell'immediata insorgenza di un evento noto piuttosto rilevante dal punto di vista motivazionale, sulla base di associazioni apprese attraverso stimoli ambientali in grado di predire l'evento (Schultz, 1998; Keitz, Martin-Soelch, Leenders, 2003)». Il circuito di ricompensa è situato nel sistema limbico del cervello ed è collegato con quelle strutture che controllano e regolano la nostra capacità di provare piacere e, dunque, sentirsi motivati a compiere una determinata azione oppure no.



Source: Facing Addiction in America:
The Surgeon General's Report on
Alcohol, Drugs, and Health

Figura 3 Brain areas involved in drug use. Fonte: NIDA, 2020a.

Il sistema limbico si attiva quando proviamo fame, sete o altre sensazioni finalizzate al nostro sostentamento. Ed è anche la ragione per cui esperiamo determinate emozioni, questo spiegherebbe infatti la capacità di alcune sostanze di alterare le nostre percezioni (NIDA, 2020a). Sono tre le regioni cerebrali maggiormente implicate nell'attivazione del comportamento: l'amigdala, la corteccia prefrontale e il nucleo della base (in particolare il nucleo accumbens) (figura 3). L'amigdala ha un ruolo cruciale nello stabilire associazioni apprese tra eventi motivazionali rilevanti e stimoli neutri. In questo senso, la droga è capace di calmare le sensazioni di ansia e stress esperite

nel momento in cui gli effetti della sostanza svaniscono. Il nucleo accumbens (che insieme al tubercolo olfattivo forma lo striato ventrale, parte dei nuclei della base²), invece, è

² I nuclei della base giocano un ruolo molto importante nel determinare forme di rinforzo positivo, tra queste, l'esperienza di sensazioni piacevoli e la messa in atto di azioni finalizzate al sostentamento dell'organismo, come mangiare, bere e socializzare, inoltre sono implicati nella formazione di abitudini e routines. Questa regione è il fulcro del circuito di ricompensa cerebrale su cui agisce la droga. Infatti, questa va ad iperattivare il circuito, ad esempio producendo euforia, ma, a seguito di un'esposizione ripetuta allo stimolo, il circuito si adatta alla presenza della sostanza, diminuendone gli effetti, così

formato da due componenti funzionalmente differenti: il guscio ed il core. La prima è connessa con l'ipotalamo e l'area tegmentale ventrale, ed è coinvolta nei processi cognitivi di ricompensa, tra questi la modulazione della salienza dei comportamenti motivazionali ed il rinforzo positivo. La seconda, il core, è anatomicamente associata al cingolo anteriore e alla corteccia orbitofrontale, media l'espressione del comportamento appreso in risposta a stimoli capaci di predire eventi motivazionali rilevanti. Infine, il cingolo anteriore e la corteccia orbitale ventrale, nella corteccia prefrontale, regolano la salienza complessiva della motivazione e determinano l'intensità della risposta comportamentale (Kalivas e Volkow, 2005). Di fatto, alcune droghe, come gli oppioidi, agiscono su altre parti del cervello, tra queste il tronco encefalico, imputato al controllo di funzioni di base fondamentali per la vita. Questo si rivela essere utile per la comprensione di fenomeni correlati alle *addiction*, come ad esempio l'overdose e gli effetti che ha sull'organismo (ipoventilazione e morte) (NIDA, 2020a).

Recenti studi (ad esempio Volkow e al., 2016) hanno rivelato l'esistenza di un unico circuito neuronale composto da interconnessioni glutamatergiche tra amigdala, nucleo accumbens e corteccia prefrontale e afferenti dopaminergici presso tutte e tre le regioni cerebrali. L'utilizzo ripetuto di droghe modifica il rilascio di dopamina, che segnala la presenza di un evento motivazionale saliente e quindi attiva il circuito di ricompensa, provocando comportamenti come la ricerca compulsiva di droga ed il *craving* (Kalivas e Volkow, 2005). I cambiamenti nella regolazione del rilascio di dopamina imputati a sostanze additive come ad esempio eroina, cannabis, e cocaina, fanno sì che il consumatore percepisca effetti piacevoli in relazione al loro utilizzo, e questa, si presume quindi essere la motivazione che spinge il soggetto a ripetere l'assunzione nel corso del tempo (Kalant, 2009).

Critiche al modello biomedico: Peter Cohen

Il modello biomedico, date le forti tesi proposte, è oggetto di numerose critiche. Tra i principali autori a muovere le loro critiche contro questo modello, Peter Cohen, è senz'altro tra i più estremisti e coincisi nel definire la sua posizione.

facendo, per il consumatore diventa difficile esperire sensazioni piacevoli prodotte da qualcosa di diverso dalla droga (NIDA, 2020a, p. 16).

Nella sua critica all'approccio neurologico alla dipendenza (2009), egli sviluppò il concetto di *bonding*, utilizzato per indicare la creazione di forti legami che gli esseri umani possono instaurare con svariati oggetti (cibo, droghe, persone, ecc.); è definito più precisamente dall'autore come «una propensione umana generale e inevitabile» (2009, p. 2) che risente delle valutazioni culturali a cui è sottoposta. In questo senso, Cohen ritiene che, per diverse ragioni, non sia verosimile definire l'*addiction* partendo dalla constatazione che questa sia un legame incontrollabile (perdita di controllo) e incline alla ricaduta (vulnerabilità) (Cohen, 2009). In primo luogo, perché se si spostasse questa definizione su un concetto diverso dalla dipendenza, quale magari il sentimento di mancanza e solitudine che si prova dopo un lungo periodo lontano da una persona alla quale si è molto legati, risulterebbe comunque applicabile la definizione di dipendenza esposta da Kalivas e Volkow (2005). Ma se si pensa all'incontrollabilità dell'*addiction* come unico comportamento da questa definito, ci si soffermi un momento a riflettere a proposito del poco potere che abbiamo, di fronte alla perdita di una persona a noi cara. In questo senso, seguendo il discorso elaborato da Cohen, si sarà disposti ad accettare, a far fronte, alle più pesanti conseguenze negative, maggiore sarà l'intensità del legame che si è costruito. Ma anche questo concetto di non possibilità di controllo rispetto al comportamento dipendente non è del tutto vero, se si prosegue analizzando quanto elaborato da Cohen, lo stesso afferma di aver riscontrato come il comportamento dipendente risultasse spesso adattato alla circostanza, al contesto. Si pensi, ad esempio, ad un soggetto fumatore in due diverse condizioni: nella prima questo è in mezzo a molti soggetti fumatori che spesso si sposteranno all'esterno per consumare una sigaretta, nella seconda si trova a dover sostenere un lungo colloquio di lavoro di parecchie ore che lo obbligherà all'astinenza rispetto all'oggetto di *addiction*. Come si può facilmente evincere, nella prima condizione il soggetto fumatore sarà più predisposto ad un consumo frequente ed intenso di nicotina, anche perché sostenuto dal contesto nel quale si trova, a differenza del secondo soggetto fumatore che, dovendosi adattare, si troverà costretto a rinunciare al consumo.

Successivamente, tornando agli elementi cardine nella definizione del comportamento dipendente secondo Kalivas e Volkow (2005), e più precisamente, a proposito della «vulnerabilità continua alla ricaduta dopo anni di astinenza alla droga» (2005, p. 1410) di cui parlano i due autori, Cohen, nel suo articolo, si sofferma sul concetto di ricaduta e

dice «non sarei in grado di ricadere nell'uso della bicicletta quando trovo una bicicletta, se non avessi prima imparato ad andare in bicicletta» (Cohen, 2009, p. 4). Egli aggiunge a questa affermazione la definizione del termine ricaduta così come utilizzato nell'ambito delle dipendenze, ovvero «una generale abilità degli esseri umani, quella cioè di applicare il comportamento appreso in determinate condizioni, anche a distanza di molto tempo dall'apprendimento iniziale» (2009, p. 4).

Come si è detto all'inizio, il pensiero di Cohen è senz'altro stato capace di portare all'estremo la critica al modello biomedico, nonostante questo, può però essere utile per raggiungere una maggiore comprensione del conflitto tra le differenti scuole di pensiero.

2.4 Il modello della scelta: la dipendenza come malattia della volontà

Ben diversa rispetto alla concezione proposta dall'approccio biomedico alla dipendenza, è inoltre la posizione assunta da Gene M. Heyman nel suo libro *Addiction: A Disorder of Choice* (2009). Nei suoi molteplici studi, tra questi l'analisi di casi di individui in trattamento, la lettura di autobiografie scritte da soggetti dipendenti, ed avanzamenti nell'ambito degli studi di economia comportamentale, discute a proposito della natura attribuita alla dipendenza. Secondo il suo punto di vista, quando si parla di *addiction* non si è di fronte ad una malattia cronica: il soggetto dipendente non è, dunque, vittima di una patologia inguaribile che prende il controllo della sua vita, lasciandolo inerme di fronte a ciò che gli sta accadendo. Piuttosto, nella concezione proposta, l'autore suggerisce che la dipendenza non è altro che la conseguenza di una normale scelta quotidiana. Heyman, dunque, percepisce l'*addiction* come un comportamento volontario, risultante da una temporanea visione miope delle diverse alternative possibili alla scelta a cui si è esposti. Pertanto, ciò che Heyman definisce come dipendenza è un qualcosa che ha a che vedere con la scelta e la motivazione del soggetto. In più, l'autore considera questa limitata visione delle diverse alternative possibili influenzata da variabili contestuali, definendo l'*addiction* come un comportamento volontario agito in modo autodistruttivo. Stando a quanto detto, una possibile ipotesi di trattamento andrebbe a manipolare queste variabili contestuali, cosicché il soggetto in questione si possa sentire predisposto alla messa in atto di comportamenti volti al suo benessere, piuttosto che all'automutilazione. L'ipotesi

proposta da Heyman a proposito dei rinforzi alternativi da parte del contesto per promuovere scelte volte al benessere dell'individuo, è esplicito nelle interviste non strutturate che raccontano le storie di alcuni soggetti dipendenti, interrogati dall'autore. Precisamente, quando l'alternativa alla droga è abbastanza desiderabile nonché facilmente raggiungibile, il soggetto sarà più incline a rinunciare all'utilizzo della droga (Heyman, 2009). Heyman spiega la sua concezione di dipendenza come scelta, partendo da quanto elaborato da Herrnstein (1970) con la legge della corrispondenza: la *matching law*, nel condizionamento operante, esprime la relazione quantitativa tra il valore del comportamento agito e quello della ricompensa ricevuta (Herrnstein, 1970). Secondo quanto detto, colui che si trova nella condizione di scegliere, opterà per l'opzione che, in quel momento, gli promette il maggior guadagno: Heyman, in questo senso, fa riferimento al concetto di *melioration*. Letteralmente *to meliorate*, significa *to make better* (ottimizzare), questa teoria è utilizzata per spiegare le motivazioni che si celano dietro ad un dato comportamento messo in atto da un determinato organismo. Secondo la teoria della *melioration* il soggetto attua un determinato comportamento in relazione al rinforzo che riceve da quest'ultimo, quindi un organismo è più incline ad investire tempo e risorse in misura maggiore nell'alternativa che risulta essere, per lui, la più conveniente (Herrnstein e Prelec, 1991).

Alla luce di questo, non sembrerà strano domandarsi il perché, se si tratta di una scelta alla quale siamo tutti esposti, solo alcuni soggetti diventano tossicodipendenti a differenza di altri. Secondo Heyman, la risposta sta nelle variabili contestuali che influenzano la scelta che il soggetto farà. Queste variabili possono interessare l'ambiente che lo circonda, formato dalle relazioni che instaura, ad esempio, oppure i costi sociali o individuali a cui verrebbe in conseguenza esposto (Heyman, 2009).

In conclusione, Heyman apre una riflessione a proposito delle conseguenze che il tipo di approccio assunto comporta in riferimento al trattamento, ai finanziamenti e al modo in cui la società risponderà al problema in questione. L'autore critica il modello biomedico della dipendenza in quanto, assumere quest'ultima come una malattia cronica recidivante alla pari del diabete, ad esempio, implica da parte della società la responsabilità e l'obbligo di cura, attivando maggiormente ricerche sul versante farmacologico, ignorando quindi l'influenza delle variabili contestuali di cui si è parlato. Heyman ritiene di estrema rilevanza considerare la dipendenza come una malattia della scelta, e dunque un

comportamento operato in modo volontario, autodistruttivo e mosso da variabili contestuali. Questa posizione, attraverso una comprensione globale del fenomeno di *addiction*, incorporato alle variabili che vi ruotano attorno, permette la messa in atto di un approccio più focalizzato al trattamento, attraverso l'utilizzo di strategie alternative che implicino la modificazione delle variabili contestuali, con l'obiettivo di prevenire l'utilizzo di droghe, oppure sfruttando la possibilità di educare gli individui verso una scelta volta al benessere, allenando alcune funzioni esecutive come l'autocontrollo, tutte strategie orientate alla promozione di comportamenti finalizzati alla produzione di rinforzi alternativi rispetto a quelli offerti dalla droga (Heyman, 2009).

2.5 Il modello biopsicosociale: la dipendenza come idea plurale

In una posizione intermedia tra il modello morale ed il modello biomedico si trova il modello biopsicosociale il quale fu teorizzato da G. L. Engel e J. Romano della Rochester University nel 1977 sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization). Engel andò a strutturare le fondamenta di un approccio olistico alla malattia, capace di prendere in analisi la persona partendo dal presupposto che ad ogni individuo sia opportuno riconoscere un proprio sistema di pensieri, sentimenti, dando rilevanza tanto al presente quanto alla storia passata che lo ha caratterizzato.

Il modello biopsicosociale si trova, dunque, a contestualizzare il concetto di malattia all'interno di tre dimensioni diverse e al contempo complementari tra loro: vengono considerati i fattori biologici, dunque quella sfera di elementi e variabili genetiche e biologiche presa già in considerazione, anche se in maniera esclusiva, dal modello biomedico; i fattori psicologici, ovvero quel complesso sistema di caratteristiche individuali, quali il carattere, l'identità, i pensieri ed i sentimenti, che identificano un determinato individuo in un dato momento della sua esistenza; ed infine, i fattori sociali, che racchiudono l'insieme di reti relazionali che l'individuo costruisce attorno a sé nel corso del tempo, in particolare si fa riferimento alla famiglia, alle amicizie, alle relazioni affettive, nonché quelle lavorative che influenzano e, in qualche modo determinano,

l'essenza della persona presa in analisi, nonché il contesto, sociale e culturale, nel quale queste sono messe in atto (Engel, 1977; Schwartz, 1982).

La visione d'insieme proposta dal modello biopsicosociale permette un approccio maggiormente integrato e si rivela essere facilmente applicabile a numerose discipline, sia di ordine medico che di ordine psicologico e sociale. Pertanto, volendo definire più precisamente questo approccio, si fa riferimento ad uno strumento di analisi del comportamento che prende in considerazione tre livelli, quello biologico, psicologico e sociale come sistemi in continua e reciproca interazione (Massimini, Inghilleri, Delle Fave, 1996). Il modello biopsicosociale rappresenta, quindi, il tentativo di tener conto delle informazioni, spesso eterogenee, che emergono dall'analisi di queste tre aree. Pertanto, taluni sistemi rappresentano un insieme di informazioni che cambiano ed evolvono nel corso del tempo (Miller, 1970; Monod, 1970; Morin, 1985; Prigogine, 1976).

L'assunzione del modello biopsicosociale per l'interpretazione dell'*addiction* introdusse l'idea che fattori socioculturali e psicologici fossero anch'essi rilevanti nell'emergere della condizione di disagio. Secondo quanto sostenuto da questo modello, essere sani, non implica la semplice assenza di sintomi fisici evidenti e misurabili, ma piuttosto, il raggiungimento di un benessere non solo sociale, ma anche soggettivo, così come si evince dalla definizione data dall'OMS nel 1946, dove per salute si intende uno stato di benessere fisico, mentale e sociale (OMS, 1946).

Sebbene il modello biopsicosociale si contrapponga a quello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati, siamo di fronte a due approcci non esclusivi ma, al contrario, si vuole affermare che, al fine di comprendere al meglio la dipendenza, è necessaria un'integrazione tra essi: «il desiderio di un resoconto più realistico e scientificamente autentico di questo onnipresente problema umano» (Heather, 2017, p. 24).

Capitolo III: Il perché di un modello integrativo della dipendenza

Di fronte alla molteplicità di aspetti che ogni diverso approccio vuole sottolineare e sui quali si va a focalizzare lungo la definizione dei rispettivi concetti e nella formulazione delle proprie teorie, abbiamo visto come diverse teorie assumono un particolare punto di vista, tendenzialmente dominato da un unico fondamento teorico o un solo approccio. Un incasellamento sterile, tutto il contrario di approcci teorici capaci di assumere la complessità e la multifattorialità del comportamento umano.

Affermando la scorrettezza dell'applicazione della nosografia al concetto di dipendenza, non si vuole asserire l'inesattezza di ciò che taluni approcci sostengono, ma piuttosto si vuole sottolineare la loro incompletezza nel descrivere il comportamento umano e quindi la dipendenza.

Quello che andrò a fare in questo terzo capitolo è, attraverso il sussidio e la lettura di alcuni rilevanti contributi presenti in letteratura, cercare di spiegare perché l'utilizzo di un modello integrativo nella comprensione della dipendenza, piuttosto che l'assunzione di un unico punto di vista, può condurre ad un'osservazione più verosimile del fenomeno, ovviando il rischio di asserzioni che possano rivelarsi essere totalitarie o riduttive.

3.1 Il concetto di akrasia

Nel corso di questo elaborato mi sono ritrovata a definire molteplici concetti, ognuno di natura diversa e dalle differenti peculiarità, ma tutti collegati l'uno all'altro da un sottile filo logico che ne ha permesso un'esplicazione di tanto in tanto più precisa e completa.

Il termine greco *akrasia* (*akrateia*, assenza di forza o temperanza) fa riferimento ad una condizione caratterizzata da debolezza di volontà ed incontinenza, il soggetto è quindi ritenuto incapace di agire coerentemente con ciò che giudica migliore per sé stesso (Mele, 2002). La filosofia moderna si riferisce al problema utilizzando il termine inglese *incontinence* o, più semplicemente, parlando di *weakness of will* (debolezza di volontà) (Heather e Segal, 2015).

A questo proposito, risulta di estrema rilevanza il contributo del filosofo americano Donald Davidson il quale, nel suo saggio "How is weakness of the will possible?" (Davidson, 1980), delinea i tratti fondamentali per la definizione di un'azione incontinente. Davidson definisce un'azione incontinente partendo dal presupposto che, «compiendo l'azione x, un agente agisce in modo incontinente se e solo se: a) l'agente compie l'azione incontinente in modo intenzionale; b) l'agente crede che ci sia un'azione alternativa y che potrebbe considerare; e c) l'agente giudica che, tutto sommato, sarebbe meglio fare y rispetto a x» (Heather e Segal, 2015, p. 79). Dunque, seguendo quanto teorizzato da Davidson, ciò che è importante ricordare a proposito del concetto di incontinenza è che il problema di fondo non sta nel fatto che l'agente metta in atto azioni incoerenti con quanto da lui è considerato giusto o migliore, ma piuttosto sta nel fatto che questo vada ad assumere principi logicamente contraddittori. Questa irrazionalità deriva, appunto, dal fatto che la motivazione assunta dall'agente a favore della decisione di mettere in atto x, è considerata come la ragione migliore per non mettere in atto lo stesso comportamento x. Quindi, l'*akrasia* sta nella contraddizione interna al principio (alla motivazione) che si rivela essere sia ragione per agire che per non agire.

Davidson propone quindi una soluzione al problema e afferma l'esistenza di due tipi di giudizio implicati in questa contraddizione. La soluzione considera la natura dei ragionamenti pratici implicati nella decisione ed evidenzia l'esistenza di due diversi generi di giudizio: il primo permette di fare una valutazione a prima vista³ dell'azione e di giudicarla, così, corretta (o comunque migliore dell'alternativa) e, il secondo, invece, la giudica come l'unica⁴ azione corretta, incondizionatamente (Heather e Segal, 2015).

In un articolo del 2015, Nick Heather e Gabriel Segal, si sono interrogati sul significato che ha affermare l'involontarietà, l'impossibilità di controllo, di un comportamento (2015). I due autori presentano una situazione nella quale un consumatore nel corso di un percorso di *recovery* dall'alcolismo, si trova nella condizione di poter scegliere di bere nuovamente. Essi evidenziano come, nell'atto di cedere a questa tentazione, il soggetto stia mettendo in atto un'azione volontaria e consapevole (2015, p. 77): «A qualsiasi tentazione lei fosse stata esposta, e qualunque fosse l'intensità del *craving* esperito, il suo

³ «Una valutazione "a prima vista" è definita come un giudizio condizionale valutativo basato sulla realtà di tutti i fatti, comprese credenze, ecc. che sono stati presi in considerazione, ma che può plausibilmente essere scorretto. Secondo Davidson questa valutazione non porta direttamente all'azione» (Heather e Segal, 2015, p. 80).

⁴ Considerare una azione come *l'unica azione corretta*, porta il soggetto ad agirli direttamente (2015).

atto di bere non era nulla di simile ad un riflesso istintivo». Secondo Heather e Segal, il problema rappresentato dall'*akrasia* può essere riassunto dalle parole di San Paolo nella Lettera ai Romani: «Io non comprendo le mie stesse azioni. Io non faccio quel che voglio, ma la cosa che più odio» (Lettera ai Romani, 7, p. 15). In questo senso, sostengono i due autori, si parla di *akrasia* quando qualcuno agisce intenzionalmente contro quel che lui stesso giudica essere meglio per sé (2015). Il problema di fondo è comprendere come sia logicamente possibile agire in modo contrario rispetto a ciò che si ritiene meglio fare. Alcuni filosofi (come ad esempio Platone e Socrate) considerano, però, il fenomeno dell'*akrasia* impossibile, inesistente, sicché, mettendo in atto una data azione, si sta già agendo secondo la migliore delle possibilità considerate (Heather e Segal, 2015).

Tuttavia, i due autori reputano l'*akrasia* un fenomeno possibile e considerano l'*addiction* «un interessante caso per lo studio della debolezza di volontà che, a sua volta, può contribuire alla comprensione del fenomeno di *addiction*» (2015, p. 79). Dunque, detto questo, il problema resta attribuire senso logico all'azione incontinente agita dal soggetto dipendente nonostante l'evidenza del suo giudizio rispetto a questa. Secondo quanto affermato da Heather e Segal, la soluzione proposta da Davidson può essere estesa anche alla dipendenza (2015).

Si consideri la soluzione proposta da Davidson, precedentemente presentata, e i due diversi generi di ragionamento pratico: 1) valutazione a prima vista dell'azione x come corretta: non finalizzata direttamente all'azione; 2) valutazione della stessa come l'unica azione corretta, in modo univoco e incondizionato: finalizzata all'azione immediata, si riprenda ora la definizione del problema proposto Davidson, ma in forma collassata, andando quindi a connettere giudizio e azione, si otterrà: «Se un agente giudica che sarebbe meglio fare x rispetto a y, e percepisce sé stesso libero di poter mettere in atto entrambe le azioni x e y, agirà x intenzionalmente se, sia x che y, sono agite in modo intenzionale» (2015, p. 80). Il giudizio qua considerato è incondizionato (come sostiene Davidson nel suo saggio, un giudizio incondizionato è un'intenzione (1980, p. 39): «Sarebbe meglio fare a che fare b»), e non esclude quindi l'esistenza di azioni incontinenti, ma se l'agente avesse una ragione migliore per agire in un altro modo, x non verrebbe messa in atto. Dunque, l'agente mette in atto x in ragione di r, ma ha una ragione migliore, r', per fare y. La conclusione a cui si arriva è che non c'è incoerenza nel sostenere: 1) che l'agente ritiene migliore y rispetto a x, considerando tutti i fattori

apparentemente rilevanti a favore della prima, e 2) che l'agente considera, in maniera assoluta (giudizio incondizionato, quindi intenzione, azione diretta), x migliore di y ; in questo caso, non c'è nessun conflitto logico tra le due proposizioni (Heather e Segal, 2015). Quello che accade all'agente quando mette in atto azioni incontinenti è che l'intenzione di fare quello che giudica, tutto sommato, migliore, non prende forma. La sua *akrasia* sta quindi nel non aver formato un'intenzione coerente con il giudizio che prende in considerazione tutti i favori rilevanti, e aver invece messo in atto l'azione in base al giudizio incondizionato (2015).

In definitiva, per chiarire come il concetto di *akrasia*, quindi debolezza di volontà, possa aiutare a spiegare e comprendere meglio il fenomeno di *addiction*, riporterò un breve esempio estratto dall'articolo di Heather e Segal (2015, p. 81):

«Si consideri il nostro fumatore. Quando gli viene offerta la sigaretta, lui dice, “So che non dovrei, ma lo farò.” Egli ha una ragione, r , per accettare la sigaretta: gli conferirà immediato piacere. Ma sa che questo piacere non è l'unica considerazione rilevante; vorrebbe inoltre vivere una lunga e sana vita e non incoraggiare i suoi figli a iniziare a fumare. Avendo considerato tutti i fattori rilevanti a lui noti, egli ha una ragione, r' , per rifiutare la sigaretta. Se avesse rifiutato, avrebbe dunque agito in favore di r' , e la sua azione sarebbe stata continente: sarebbe stata per lui la cosa migliore da fare, dato tutto ciò che sa. Se fuma la sigaretta, sta invece agendo in ragione di r , un sottoinsieme di r' , e la sua azione è incontinente. La ragione r dà lui una motivazione per fumare, ma questa è insufficiente, dato r' : r' include r e di più e, nel complesso, fornisce una ragione migliore per agire rispetto a r . Ma, siccome r' non rappresenta la totale verità, egli non sta parlando in modo del tutto illogico. Per ciò che lui conosce, potrebbe, dopo tutto, essere corretto fumare. Egli è comunque irrazionale: agisce in ragione di r piuttosto che r' e non ha motivi per farlo.»

A conclusione di quanto appena illustrato, risulta interessante ed estremamente attinente proporre un accenno a quanto sostenuto dalla Teoria cumulativa del prospetto, sviluppata da Kahemann e Tversky nel 1979. Questa formulazione afferma l'esistenza di due sistemi decisionali e di pensiero tra loro concorrenti: sistema 1 e sistema 2. Il primo determina le azioni impulsive e automatiche, mentre il secondo media le funzioni di valutazione ed il controllo volontario di azioni e pensieri. Quest'ultimo è molto lento e, essendo volontario, necessita di una grande quantità di energie, per questa ragione viene spesso sostituito dal

primo, più veloce ed efficiente. Si può estendere questa distinzione tra sistema 1 e sistema 2 all'accoppiamento funzionale inverso che si manifesta, ad esempio, tra aree limbiche "calde", impulsive, emotive, e le aree prefrontali laterali: le seconde, se attivate, correlano con l'inibizione funzionale delle prime; questa relazione si manifesta quando viene esercitato autocontrollo nell'inibizione di un impulso (Buhle, e al., 2014). Ulteriori ricerche (Kober e al., 2010) hanno studiato analoghi schemi di accoppiamento funzionale inverso nei consumatori di cocaina durante la regolazione del *craving* (Volkow e al., 2010).

Attraverso la teorizzazione di questo modello, Kahnemann e Tversky dimostrarono come i principi di razionalità economica vengano sistematicamente violati dalle scelte degli individui (Tversky e Kahnemann, 1981). Questa prospettiva può certamente essere una delle possibili chiavi di lettura del comportamento dipendente e ampliare le conoscenze a tal proposito.

3.2 L'intervento di Harold Kalant

Nel febbraio del 2014, la rivista Nature pubblica un editoriale a proposito delle iniziative degli attivisti contro le ricerche di laboratorio sulle dipendenze e pronti a difendere, dunque, i diritti degli animali che, a tale scopo, erano spesso impiegati. Non fu tanto questo a scaturire scalpore, quanto l'esordio di una nuova definizione di *addiction*, secondo l'editoriale, non particolarmente controversa, che la descriveva quindi come «una malattia cronica recidivante che cambia la struttura ed il funzionamento del cervello» (Animal Farm, 2014, p. 5). Quanto affermato, però, è ben lungi dall'essere l'opinione condivisa dalla comunità scientifica e va, piuttosto, a rappresentare il pensiero di una parte circoscritta di quest'ultima (Heim, 2014).

Tra tutte le polemiche accese in seguito a quanto annunciato dall'editoriale di Nature, è un gruppo di autori, e tra questi Derek Heim, a sostenere l'evidenza di come non sia questa la definizione di *addiction* da tutti sostenuta (2014). Nello stesso anno, Heim scrisse una lettera di protesta all'editoriale inglese e, grazie al contributo di Nick Heather, ottenne il sostegno di molti altri studenti e ricercatori. Ciò che criticavano alla definizione affermata da Nature era la visione unidimensionale dell'*addiction* ed il fatto che questa si

assumesse come una definizione condivisa all'interno della comunità scientifica (Heather et al., 2017). Heim e gli altri ricercatori sostenevano come la natura della dipendenza non potesse essere semplicemente imputata ad una disfunzione cerebrale, senza tenere in considerazione il contesto nel quale la stessa si manifestava (Heim, 2014).

Proveniente dalla scuola medica, risulta rilevante anche il contributo di Harold Kalant, professore emerito di Farmacologia e Tossicologia dell'Università di Toronto. Si pensi, dunque, al ceppo scientifico di appartenenza e si rifletta su quanto afferma. Nell'articolo pubblicato su *Addiction*, "What neurobiology cannot tell us about addiction" (2009), sottolinea come, la dipendenza fisica, risulti condizionata dal processo di auto-somministrazione, e dunque, dipenda dall'uso che il soggetto fa della stessa (Kalant, 2009). Questo viene spiegato considerando due diverse situazioni: nella prima, si fa riferimento ad un individuo affetto da sofferenza fisica e trattato con analgesico oppioide, il quale produrrà una dipendenza fisica; questo avviene spesso in ospedale, somministrando morfina. In questo caso, alla fine della terapia, raramente il paziente si rivela dipendente a quest'ultima, né, una volta uscito dall'ospedale, si cimenterà sulla compulsiva ricerca della droga a lui somministrata. Nella seconda condizione, si considerano i veterani della guerra civile americana (1860-1865), nella quale vennero distribuite siringhe e venne così incentivata l'auto-somministrazione di morfina. In conseguenza, i soldati divennero vittime di ciò che venne poi denominata *soldiers disease*⁵, dipendenza da morfina o altri oppiacei auto-somministrati (Musto, 1999).

Kalant (2009), parlando dei due diversi gruppi, vuole sottolineare come l'approvazione sociale e l'auto-somministrazione, piuttosto che la singola droga, condizionino il processo con cui l'*addiction* si instaura nell'individuo. Dunque, seguendo quando espresso dall'autore, l'auto-somministrazione esercitata dai veterani era socialmente approvata quanto la somministrazione terapeutica di morfina a pazienti che lamentano una forte sofferenza fisica, la differenza sta nel fatto che la richiesta del paziente sotto terapia analgesica di un'illecita somministrazione di morfina al di fuori della terapia, non potrebbe che essere disapprovato dalla società, mentre l'auto-somministrazione messa in atto da parte dei soldati è semplicemente finalizzata alla realizzazione, a portare a termine la loro missione, e dunque ha uno scopo finale, e questo fa sì che sia socialmente

⁵ «la dipendenza non è prodotta da una droga, ma dall'auto-somministrazione della stessa; la differenza è di fondamentale importanza» (Kalant, 2009, p. 781).

approvata. In definitiva, non è altro che l'auto-somministrazione, dunque il processo di un soggetto che si somministra una sostanza farmacologica, che sottolinea e circoscrive la definizione di una *addiction*, ovvero di una dipendenza psichica e fisica, piuttosto che di una dipendenza soltanto fisica (Kalant, 2009).

Proseguendo l'analisi del pensiero espresso dal professor Kalant, nelle righe del suo articolo, emerge chiaramente come egli sia tra i principali autori a sostenere che, nonostante il grande progresso delle neuroscienze negli ultimi anni e la maggiore conoscenza dei sistemi di attivazione ed inibizione, oppure rispetto al sistema di ricompensa, questi permettano di comprendere solamente il meccanismo che si cela dietro al processo di *addiction*, a scapito però della comprensione del perché dell'instaurarsi di quest'ultima. Dunque, seguendo quanto affermato dall'autore, il meccanismo di ricompensa viene identificato come ciò che motiva il soggetto a ripetere il comportamento dopo il primo utilizzo. Venne successivamente dimostrato come questo non sia del tutto corretto siccome, azioni come nutrirsi nel momento in cui si sente fame e bere quando si ha sete, risultano anch'esse guidate da sistemi di ricompensa (Kalant, 2009). Pertanto, considera questo sistema di ricompensa un meccanismo di apprendimento, implicato nella motivazione a ripetere un'azione, adatto a spiegare fenomeni come tolleranza e dipendenza fisica, ma non in grado di spiegare complessivamente lo sviluppo e la nascita di una *addiction*. Come evidenzia Kalant nel suo articolo, «C'è, inoltre, una sostanziale quantità di prove le quali suggeriscono che il rilascio di dopamina non è un meccanismo di ricompensa di per sé, ma piuttosto, è un processo che iperattiva ed allerta il cervello di nuovi stimoli derivanti dall'ambiente esterno o interno» (2009, p. 783), e questi stimoli, continua l'autore, non sono collegati sempre a potenziali ricompense, ma piuttosto, permettono di conservare l'equilibrio dell'organismo (2009).

Per spiegare meglio perché paragonare la motivazione all'uso ripetuto di droghe ad un sistema di ricompensa risulti incompleto, Kalant propone l'esempio dello studio portato avanti da Lee Robins sui veterani della Guerra del Vietnam (Lee Robins e al., 1975).

La Guerra del Vietnam (1955-1975) fu uno degli esempi più eclatanti di come il comportamento di dipendenza sia condizionato dalle circostanze e venga influenzato dal cambiare di queste. Infatti, attraverso questo studio, venne dimostrato, non solo, la rilevanza scientifica ed il consistente contributo che si deve tuttora al modello trivariato della dipendenza precedentemente presentato, ma anche come, il modello biomedico, non

sia sufficiente a spiegare una remissione spontanea come quella che venne, in questo caso, registrata.

Il Vietnam Veterans Study venne pubblicato da Lee Robins e colleghi nel 1975 a seguito della richiesta da parte di Jerome Jaffe, Direttore dello Special Action Office for Drug Abuse Prevention della Casa Bianca, di un'attenta analisi della situazione, e della definizione di un piano d'azione per andare a gestire il preoccupante ritorno dei soldati dalla guerra del Vietnam.

Questo studio aveva l'obiettivo di valutare come il consumo di eroina potesse interrompersi nel momento in cui il contesto nel quale era agito fosse cambiato. Rappresenta uno dei più importanti studi sulle dipendenze perché, dando rilevanza a fattori sociali, contestuali, ed individuali e dunque, assumendo quanto sostenuto dal modello biopsicosociale sull'interazione ed interdipendenza di fattori sociali, economici psicologici e situazionali, è stato in grado di spiegare e contestualizzare fenomeni come le remissioni spontanee che si manifestarono nei veterani di guerra allora dipendenti da eroina.

Lo studio prese in analisi i dati del 1971, quando, ogni mese, tornavano in patria circa 1000 soldati americani. Si stimò che di questi il 10-15% aveva allora sviluppato una forte dipendenza da eroina. Si presero come riferimento due diversi gruppi di campioni: uno random, che era composto da soldati provenienti dal Vietnam scelti in modo casuale, e l'altro, composto da soldati di ritorno dal Vietnam che erano risultati positivi al test sugli oppiacei nelle urine. Il campione generale mostrò che il 43% aveva utilizzato narcotici in Vietnam, il 34% aveva invece utilizzato eroina, ed il 20% era dipendente a narcotici. Nei 12 mesi successivi al loro ritorno, venne rilevato che solo il 10% aveva ancora utilizzato narcotici ed il numero di soggetti dipendenti da eroina scese a 1% (Jaffe, 2010; Robins, 1993; Robins et al., 1975). In un successivo follow-up di 3 anni venne, infine, stimato unicamente che la percentuale di soldati dipendenti da eroina era 2% (Robins, Helzer, Hesselbrock, e Wish, 2010). I dati furono poi confermati dalle analisi delle urine, e fu anche spiegato il perché di questo incremento in Vietnam e del successivo abbandono della droga una volta tornati in patria. Come è facile intuire, i soldati americani si trovavano in una condizione di angoscia, stress e depressione arrivati in Vietnam, erano distanti da casa, lontani dai loro affetti, spesso circondati da morti e perennemente in allerta visto il pericolo rappresentato dalla guerra. L'eroina era facilmente reperibile in

Vietnam, i soldati avevano la possibilità di accesso ad una sostanza pura e molto meno costosa rispetto a quella generalmente rintracciabile negli Stati Uniti, questo ed il suo effetto iperattivante ed euforico, fecero dell'eroina il miglior alleato dei soldati, così che fossero capaci di sostenere l'enorme peso dell'incarico a loro attribuito, nonché il dolore e l'angoscia che questo conseguiva. La ragione per cui questo venne meno quando tornarono in America fu che al loro ritorno furono accolti con affetto e calore dalle loro famiglie, dalla società, tornarono dunque alle loro vite, ai loro legami e alle loro relazioni e la condizione di angoscia ed ansietà svanì (Becoña, 2018).

Il fenomeno qua osservato è chiamato remissione spontanea, e corrisponde all'abbandono volontario del comportamento dipendente. Nonostante sia tuttora oggetto di dibattiti all'interno della comunità scientifica, numerose ricerche (Scarscelli, 2003; Best e Kawalek, 2017) hanno voluto portare spessore a questo fenomeno. I ricercatori ritengono questo sia un importante riferimento per ampliare la conoscenza delle *addiction* e dei fattori che intervengono nel processo di guarigione. Attraverso l'introduzione di variabili contestuali nelle formulazioni a proposito delle dipendenze essi vogliono favorire l'utilizzo di un modello integrativo che si sostituisca all'attuale dominio biomedico (Croce, 2019).

Ulteriori studi (ad esempio Sheedy e Whitter, 2009) dimostrano che la *recovery* è un processo sociale, influenzato da variabili individuali e caratterizzato da esperienze soggettive e diversificate tra gli individui, si rende evidente come l'approvazione da parte della società, unita alla condizione economica e psicologica dell'individuo in questione, rappresentino variabili determinanti nel corso dello sviluppo del processo di *addiction* e nel successivo mantenimento della condizione stessa (Heather e al., 2017). Parlando di *recovery* non si intende semplicemente la posizione opposta all'*addiction* (2017), ma piuttosto si fa riferimento ad un'opportunità di crescita individuale, alla possibilità di migliorare le proprie qualità di vita rispetto alle precedenti (Hibbert e Best, 2011).

A questo proposito risulta utile riportare quanto teorizzato da Prochaska e Di Clemente (1983) attraverso la presentazione della Teoria degli stadi del cambiamento. È un modello transteorico, completo e multilivello in quanto tiene conto di aspetti temporali e dinamici che caratterizzano il cambiamento; la sua originalità sta nel fatto che considera il cambiamento come un processo in divenire nel tempo. Definisce il cambiamento comportamentale come un processo dinamico che avviene secondo una sequenza ciclica,

dove il progresso da una fase all'altra è guidata dal raggiungimento di obiettivi specifici (1983). “La ruota del cambiamento” (figura 3) è composta da cinque fasi: 1) Precontemplazione; 2) Contemplazione; 3) Determinazione o Preparazione; 4) Azione; 5) Mantenimento, ogni fase può essere superata o ripetuta e ha obiettivi precisi che ne permettono il superamento.

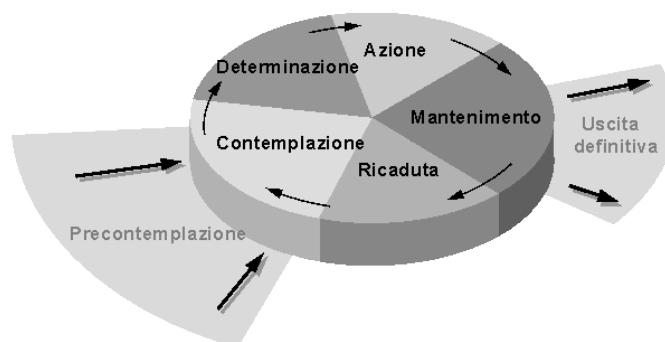


Figura 3 La ruota del cambiamento. Fonte: Prochaska e Di Clemente, 1983.

Nella prima fase il soggetto è caratterizzato da non consapevolezza della propria condizione patologica, egli non ha intenzione di cambiare; l'obiettivo è quello di costruire la motivazione. Si passa alla fase successiva nel momento in cui nasce nel soggetto una preoccupazione “almeno” sufficiente: inizia a riflettere a proposito del cambiamento (il soggetto può sostare in questa fase per molto tempo: “contemplazione cronica” o “procrastinazione”). L'obiettivo resta, dunque, lo stesso della fase precedente: costruire la motivazione. La terza fase, Determinazione, ha lo scopo di definire gli obiettivi e le strategie: il soggetto ha deciso di cambiare nell'immediato futuro (mese successivo) e così si pianificano le modalità con cui avverrà il cambiamento. In questa fase è determinante il modo in cui il soggetto assume la decisione di cambiare: più è forte, meno saranno le possibilità che insorgano ripensamenti nella fase successiva. La fase Azione è caratterizzata dalla messa in atto del nuovo comportamento, il soggetto è attore nel modificare la sua condizione. In questa fase è importante che il bilancio sia abbastanza forte per permettergli di accedere alla fase successiva e non ritornare a quella di Contemplazione. L'ultima fase, il Mantenimento, rappresenta l'uscita definitiva dalla

condizione patologica. La Ricaduta rappresenta un fenomeno “fisiologico” nel processo di cambiamento ed è intesa come una scivolata (*lapse*) capace di offrire opportunità di apprendimento se non eccessivamente colpevolizzata.

L’avvento del modello biomedico nelle teorizzazioni sull’*addiction*, etichettata come una malattia cronica recidivante e la conseguente secondarietà di studi e ricerche su guarigione e remissioni spontanee a favore di ricerche neuroscientifiche (Croce, 2019), ha avuto l’effetto di rendere questa condizione marginale e di immergere in una grande solitudine ed incomprensione i soggetti che la stanno vivendo (Heather, 2017).

3.3 Il Rat Park di Bruce Alexander

Un altro ceppo fondante della teoria critica del modello biomedico per l’interpretazione dell’*addiction* è rappresentato dagli studi portati avanti da Bruce Alexander ed i suoi collaboratori (1978) attraverso quanto osservato all’interno del Rat Park.

Gli studi nel Rat Park presero piede negli anni Settanta quando Alexander e alcuni suoi colleghi decisero di approfondire gli studi sulla dipendenza condotti per mezzo della Skinner Box⁶ (Skinner, 1938), ideata appunto, dal padre del condizionamento operante, Burrhus Skinner, uno dei più influenti psicologi del XX secolo. Ciò che questo gruppo di studiosi della Simon Fraser University contestava era il setting usato per la sperimentazione: una scatola priva di stimoli, di qualcosa che ricordasse l’ambiente naturale, nella quale il topo era solo, abbandonato a sé stesso. Quello che accadeva nella scatola era semplice, lineare, se il topo avesse premuto la leva sarebbe stata erogata morfina, risultato: il topo moriva di overdose. Secondo quanto osservato nella Skinner Box, che fosse uomo, che fosse topo, chiunque all’interno di quella gabbia, dopo la somministrazione di droga, sarebbe diventato dipendente (Alexander, 2010b).

Venne così ideato il Rat Park, un parco giochi per topi, dal pavimento in compensato, arredato con giocattoli ed attrazioni con le quali i piccoli roditori avrebbero scandito le

⁶ La pratica utilizzata consiste nel comportamento di premere verso il basso una piccola leva. Tipicamente la leva consiste in un’asta di ottone. Lo spazio adibito al ratto è composto da una sezione orizzontale di 8x8 cm e alta 8-10 cm dal pavimento. Per premere la leva la cavia deve sollevare le zampe anteriori dal pavimento, poggiare una o entrambe sull’asta e premere verso il basso con circa 10 gr di pressione. Il movimento verticale dell’asta è di circa 1,5 cm. Nella gabbia sono inseriti anche due erogatori, rispettivamente, uno di acqua e uno di cibo (Skinner, 1938).

ore della giornata. All'interno del parco vennero introdotti più topi di entrambi i sessi: avevano, dunque, tutto ciò che avrebbero potuto desiderare (figura 4). L'esperimento durò 80 giorni e oltre alle cavie nel Rat Park vennero messi sotto osservazione altri tre gruppi di topi. I gruppi erano così organizzati: nel primo gruppo, i topi vivevano isolati nelle gabbie da laboratorio e trascorrevano tutta la durata dell'esperimento da soli, i topi del secondo gruppo, invece, entravano nel Rat Park 65 giorni dopo l'inizio dell'esperimento, ed infine, i componenti dell'ultimo vivevano per 65 giorni nel parco per poi essere trasferiti singolarmente nelle gabbie. Fu nettamente evidente che i topi nelle gabbie singole, isolati rispetto ai loro simili, privi di svaghi o di possibilità di scelta, consumarono dosi molto, molto maggiori di morfina rispetto a quelli che, invece, abitavano il Rat Park (figura 5, Alexander, 2010b).



Figura 4 The Rat Park. Fonte: Alexander, B. K. (2010) *Addiction: The View from Rat Park*.

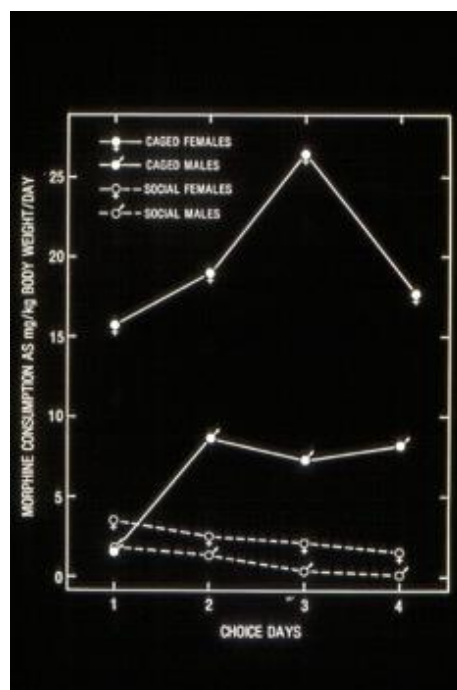


Figura 5 Results from Rat Park. Fonte: Alexander, B. K. (2010). *Addiction: The View from Rat Park*.

Questo esperimento aprì le porte verso una nuova interpretazione della dipendenza, ora vista come una condizione socialmente, biologicamente, individualmente costruita, non indipendente dal soggetto stesso, ma invece, rappresentativa del vissuto, presente e passato, di questo. La dipendenza come manifestazione di un malessere sociale, non un

danno neurale, o comunque non solo e, probabilmente, successivo alla ripetuta somministrazione e pertanto non causata dalla sostanza di per sé⁷, ma dall'interdipendenza, dalla relazione stretta tra la persona, l'ambiente psicosociale che la circonda e la sostanza in questione (Alexander, 2010a).

Alexander evidenzia come sia quella gabbia da laboratorio ad eliminare, nello spettro di possibilità del piccolo roditore, tutto il resto, lasciando solo la droga, la sostanza in grado di modificare quell'equilibrio precario che sta tenendo in vita l'organismo e, al tempo stesso, distruggendo la mente. Il topo isolato è straziato, anche se si afferma che probabilmente i roditori non sono capaci di provare emozioni, egli non sceglie di bere l'acqua ma, di fronte alla possibilità di scegliere, si auto-somministra la morfina, e lo fa sino alla morte.

Il professor Alexander propone poi un interessante paragone, affermando che, di fatto, le persone non hanno bisogno di essere rinchiusi dentro gabbie per diventare dipendenti ma, al tempo stesso, queste si sentono in gabbia nel momento in cui lo diventano. Non è ovvio, dunque, immaginarsi l'isolamento e la deprivazione percepita da un soggetto che la società etichetta come deviante, diverso. La stessa società che gli chiedeva di essere perfetto nella sua performance, nel lavoro, come padre, come figlio, o ancora, come studente, come cittadino. Una società sempre di fretta, una società governata dal narcisismo, dove vige la legge del più forte e chi è più debole resta indietro, nella quale sono ormai da tempo venuti meno principi come la solidarietà e la fratellanza. Siamo continuamente messi alla prova: al supermercato si deve essere pronti a scegliere i prodotti migliori, che permettano di fruire del proprio stipendio nel migliore dei modi e di seguire una dieta sana, come ci suggeriscono i media; per strada si deve essere scattanti al verde, se non si vuole subire l'ira degli automobilisti dietro di noi e si potrebbe proseguire ancora e ancora, ma ciò non cambierebbe la conclusione alla quale intendo giungere, sostenendo quanto l'ambiente che ci circonda sia capace di trasformarsi in *quella* gabbia.

Le caviglie isolate non hanno niente per cui vivere, i soldati in guerra non hanno nulla di bello a cui pensare per calmare la loro angoscia e le loro paure. Droghe come la cocaina

⁷ «Molti dei comportamenti sono probabilmente secondari all'azione della droga, o possono essere parte di una risposta adattiva che evidenzia quindi tolleranza e dipendenza fisica; ma, a meno che questi non siano direttamente connessi all'autoamministrazione della droga, essi non possono dirci molto a proposito dello sviluppo e dell'espressione della dipendenza» (Kalant, 2009, p. 785).

si presentano come rampe di lancio: permettono di ottenere prestazioni mai raggiunte prima, ma in breve tempo la spinta svanisce. Ritornati con i piedi per terra si prova oppressione e angoscia, il peso della vita sembra schiacciare al suolo ogni minimo desiderio di vivere, dopo che il livello di tolleranza si alza, l'esperienza di vita è molto simile a quella fatta da un astronauta che, dopo mesi su un altro pianeta, privo di gravità, torna sulla Terra e riscopre la fatica di camminare tentando di non farsi sovrastare dal peso del mondo. Avendo chiara questa immagine, sembra così scontato rintanarsi nell'unico luogo in cui si era stati bene, liberi da questo enorme fardello che può diventare vivere.

Conclusioni

Si era partiti domandandosi la relazione tra un sommergibile leggero costruito nella foresta Amazzonica e l'ansia da prestazione di molti occidentali, ci si era chiesti come essi avrebbero potuto sostenere l'agitazione causata da una prova, o il desiderio di uscirne vincitore. Si è percorsa l'evoluzione del concetto di dipendenza nel tempo, soffermandosi su come siano cambiati i termini e le definizioni ad esso associate. Dopodiché, sono stati presentati i modelli di interpretazione con i quali, nel tempo, ci si è avvicinati alle dipendenze, evidenziando come, le "nuove dipendenze", come il *gambling disorder*, necessitino di una maggiore quantità di studi e ricerche, proprio per favorirne la comprensione e ridurre il disagio da queste scaturito. Infine, si è parlato delle molteplici tesi a favore di un modello integrativo della dipendenza, soffermandosi anche sul concetto di *akrasia* utilizzato per spiegare le ragioni che si celano dietro ad un comportamento apparentemente illogico come è la dipendenza.

Questo lavoro mi ha permesso di ampliare le mie conoscenze a proposito delle dipendenze, e di comprendere maggiormente come queste siano profondamente connesse al nostro organismo e vadano a modificare la struttura ed il funzionamento del nostro cervello. Mi ha consentito di avvicinarmi a questo mondo così vasto e capace di far nascere in me una sempre maggiore quantità di quesiti.

Studiando quanto teorizzato dai diversi approcci, sono riuscita a conoscere più punti di vista dai quali osservare la dipendenza ed il soggetto in essa implicato; ho compreso l'importanza che una parola o un termine può assumere rispetto ad un dato oggetto e come possa diventare fonte di stigma e pregiudizi. Questo mi è stato utile al fine di assumere una maggiore consapevolezza riguardo all'utilizzo che ho fatto dei termini e alla loro esplicazione rispetto ad un dato periodo storico.

Per quanto mi sembrasse irraggiungibile, ho compreso alcune delle basi neurologiche esplicate dal modello biomedico, su cui sono tuttora fondate le nostre attuali conoscenze a proposito delle *addiction*. Nel criticarne l'aspetto totalitario, rappresentato oggi dalla centralità della ricerca scientifica nello studio delle dipendenze, mi sono resa conto di come non sia possibile attuare un trattamento adeguato se non tenendo conto anche di queste conoscenze. Come sostenuto anche da Levy, dimostrare che l'*addiction* produce

cambiamenti neuronali, non è sufficiente a definirla una malattia. Una malattia deve, oltre tutto, implicare un indebolimento, una disfunzione, e questa disfunzione, per essere compresa, deve considerare nel suo studio, il contesto, sociale e ambientale, in cui il soggetto vive (Levy, 2013).

In conclusione, se da una parte si ritiene di estrema rilevanza il contributo dato dalle neuroscienze alla psicologia, soprattutto per la scoperta di sistemi di ricompensa capaci di spiegare il comportamento, dall'altra, si riconosce la natura riduzionista delle risposte date dal modello biomedico a problemi attualmente affrontati dalle scienze sociali perché, limitando l'osservazione al solo individuo portatore del disturbo, si resta all'oscuro di elementi biografici e contestuali capaci di rendere più completa e uniforme l'analisi del fenomeno in questione.

Silvia Guabello

Bibliografia

- Alexander, B. K., Coombs, P. B., Hadaway, P. F. (1978). The Effect of Housing and Gender on Morphine Self-Administration in Rats. *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 58, n. 2, pp. 175-179.
- Alexander, B. K. (2010a). Addiction: The View from Rat Park
<https://www.brucekalexander.com/articles-speeches/177-addiction-the-view-from-rat-park-2>.
- Alexander, B. K. (2010b). *The Globalization of Addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Animal Farm (2014). Editorial. *Nature*. 506, p. 5.
- Becker, H. S. (1987). *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Edizioni Gruppo Abele (Ed. or. 1963).
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addictions? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, vol. 30, n. 3, pp. 270-275.
- Best D., Kavalek A. (2017). Challenging the brain disease model of addiction from a recovery perspective, in (Heather N. et al) Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network, *Addiction Research & Theory*: 2.
- Brickman, P., Rabinovitz, V. C., Karuza, J., e Coates, D. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368–384.
- Brookes, I., Gilmour, L., Hollingworth, L., O’Neil, M., Sargeant, H. (Ed. italiana) (2007). *Chambers Compact English Dictionary*. Bologna, BO: Zanichelli editore s.p.a.
- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., e al. (2014). Cognitive reappraisal of emotion: A meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 24, pp. 2981–2990.

- Cohen, P. (2009). *The Naked Empress*. Modern neuro-science and the concept of addiction. Die nackte Herrscherin. Die moderne Neurowissenschaft und das Konzept der Abhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 32, Nr. 3/4, Seite 61-70.
- Couyoumdjian, A., Baiocco, R., Del Miglio, A. (2006). *Adolescenti e nuove dipendenze*. Laterza, Roma.
- Croce, M. (2004). Post-Modern Man and New Forms of Addiction, in Toward the Self-sustainability of the Micro and the Macrocossms, *Lama Gangchen Peace Publications and the Ginhua Printing Company*, Malaysia, pp.130-137.
- Croce, M. (2019). Tra neurofobici e neuromaniaci. Note sul brain disease model of addiction. *Dal Fare al Dire*, Editore PUBLIEDIT, Edizioni e Pubblicazioni S.a.s., numero speciale 2019: pp. 8-15.
- Davidson, D. (1969). *How is weakness of the will possible?* In J. Feinberg (Ed.), *Moral concepts* (pp. 93–113). Oxford, England: Oxford University Press.
- Davidson, D. (1980). *How is weakness of the will possible?* In D. Davidson (Ed.), *Essays on actions and events* (pp. 21–42). Oxford, England: Oxford University Press.
- Devoto, G., Oli, G. C. (2007). *Il Devotino, Vocabolario della lingua italiana*. Milano, MI: Edumond Le Monnier s.p.a.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp. 129-136.
- Esquirol, E. D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Nabu Press (2013).
- Fea, M. (2018). Contaminazioni. Esistevano le dipendenze comportamentali prima che qualcun le denominasse? *Mission Italian Quarterly Journal of Addiction*, n. 52, pp. 7-8.
- Fenichel, O. (1951). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e psicosi*. Roma: Astrolabio Ubaldini Edizioni (Ed. or. 1945).
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*, edizione italiana a cura di Fabio Madeddu, Milano, Raffaello Cortina Editore (Ed. or. 2014).
- Goldstein, R. Z. e Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 1642-1652.
- Grosso, L. e Rascazzo, F. (2014). *Atlante delle dipendenze*. Torino, TO: Gruppo Abele.

- Hasin, D., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., et al. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 834-854.
- Heather, N., Segal, G. (2015). Is addiction a myth? Donald Davidson's solution to the problem of akrasia says not. *International Journal of Addiction and Drug Research*, vol. 4, no. 1, pp. 77 – 83.
- Heather, N. (2017). Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: neither. *Neuroethics*, 10, pp. 115-124.
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W., Heim, D. (2017). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, vol. 26, no. 4, pp. 249-255.
- Heather, N. (2018). Rethinking addiction. Nick Heather challenges the brain disease model. *The psychologist*, vol. 31, pp. 24-29.
- Heim, D. (2014). Addiction: not just brain malfunction (Letter). *Nature*. 507, p. 40.
- Heyman, G. M. (2009). *Addiction: a disorder of choice*. Cambridge (MS): Harvard University Press.
- Hibbert, L., Best, D. (2011). Assessing recovery and functioning in former problem drinkers at different stages of their recovery journey. *Drug Alcohol Rev.*, 30, pp. 12-20.
- Hyman, S.E. (2007). The neurobiology of addiction: Implications for voluntary control of behavior. *The American Journal of Bioethics*, 7, p. 8–11.
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, vol. 13, no. 2, pp. 243–266.
- Herrnstein, R. J., Prelec, D. (1991). Melioration: A Theory of Distributed Choice. *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, no. 3, pp. 137–156.
- Hughes, J., Smith, T., Kosterlitz, H. e al. (1975). Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature*, 258, pp. 577–579.
- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholssjukdom. Ett bidrag till dyskrasiernas kännedom; enligt egen och andras erfarenhet* (Stockholm, 1849–51); Gunnar Lundquist, 'Magnus Huss—pionjären inom svensk alkoholforskning', *Alkohol och narkotika*, 1983, 77, pp. 18–23.

- Jaffe, J. H. (2010). A follow-up of Vietnam drug users: Origins and context of Lee Robins's classic study. *American Journal of Addictions*, 19, pp. 212-214.
- Kahneman, D., Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, n. 47, pp. 263-291.
- Kalant, H. (2009). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105, 780–789.
- Kalivas, P. W., Volkow, N. D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 1403–1413.
- Kober, H., Mende-Siedlecki, P., Kross, E. F., Weber, J., Mischel, W., Hart, C. L., e Ochsner, K. N. (2010). Prefrontal–striatal pathway underlies cognitive regulation of craving. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, pp. 14811–14816.
- Koob, G. F., Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, pp. 217-238.
- Leshner, A. I. et al (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, vol. 278, pp. 45-47.
- Levy, N. (2007). The social: A missing term in the debate over addiction and voluntary control. *American Journal of Bioethics*, vol. 7, n. 1, pp. 35 – 36.
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Front. Psychiatry*, vol. 4, p. 24.
- Lindesmith, A. R. (1938). A sociological theory of drug addiction. *American Journal of Sociology*, 43, 593–613.
- Maddux, J. F., Desmond, D. P. (2000). Addiction or Dependence? *Addiction*, 95, pp. 661-665.
- Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., Dell'Osso, L. (2015). Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. Behavioral addiction: clinical and therapeutic aspects. *Journal of psychopathology*, 21, pp. 72-84.
- Marks, I. (1990). Behavioural (Non-Chemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, n. 85, pp. 1389-94.
- Massimini, F., Inghilleri, P., Delle Fave, A. (1996). *La selezione psicologica umana. Teoria e metodo d'analisi*. Arcipelago Edizioni.
- Mele, A. R. (2002). Akraties and addicts. *American Philosophical Quarterly*, vol. 39, pp. 153–167.

- Miller, J.G. (1970). *Living Systems*. New York: Mc-Graw-Hill. Trad. it. (1971), *La teoria generale dei sistemi viventi*. Milano: Franco Angeli.
- Monod, J. (1970). *Le hazard et la nécessité*. Parigi: Seuil. Trad. it. (1970), *Il caso e la necessità*. Milano: Mondadori.
- Morin, E. (1985). *La via della complessità*. In G. Bocchi, M. Ceruti (a cura di) (1985), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- Musto, D. F. (1999). *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- NIDA (2020a). Drug Misuse and Addiction.
- NIDA (2020b). Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses. DrugFacts.
- Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol.*, 47, 6, pp. 419-27.
- Olievenstein, C. (1984). *Il destino del tossicomane*. Trad. it. a cura di Miriam de Bernart, Roma, Edizioni Borla s.r.l. (Ed. or. 1983).
- Pert, C. B., Snyder, S. H. (1973). Opiate receptor: demonstration in nervous tissue. *Science*, 179, 4077, pp. 1011-1014.
- Prochaska J. O., Di Clemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 51, No. 3, 390-395.
- Ross, S., Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol.*, 35, 5, pp. 235-243.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, pp. 1041-1054.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., & Davis, D. H. (1975). Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 955-961.
- Robins, L., Helzer, J., Hesselbrock, M., & Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin. *American Journal of Addiction*, 19, pp. 203-211.

- Rush, B. (1793). Account of the Bilious Remitting Yellow Fever as It Appeared in the City of Philadelphia in the Year 1793. Philadelphia: Thomas Dobson (1794). pp. 271–272.
- San Paolo, Lettera ai Romani, 7, pp. 18-19.
- Scarscelli, D. (2003). *Riuscire a smettere. La tossicodipendenza tra devianza e normalità: uno studio sulla remissione spontanea e assistita*. Edizioni Gruppo Abele, Torino
- Schwartz, G. E. (1982) Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 6, pp. 1040-1053.
- Sheedy, C. K., Whitter, M. (2009). Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What do we know from the research? *H. H. S. Publication No. (SMA)*, 09-4439. Rockville MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Skinner, B. F. (1938) *The behavior of organisms. An Experimental Analysis*. Appleton-Century-Cimpany, Inc. New York (NY).
- Trotter, T. (1804). *An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical on Drunkenness and its Effects on the Human Body*. Introd. a cura di Roy Porter, Routledge (2013).
- Tversky, A. e Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice, *Science*, New Series, Vol. 211, No. 4481, pp. 453-458.
- Volkow, N. D, Chang, L., Wang, G.J., Fowler, J.S., Franceschi, D., Sedler, M., Gatley, S.J., Miller, E., Hitzemann, R., Ding, Y.S., Logan, J. (2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *Journal of Neuroscience*, vol. 21, n. 23, pp. 9414-9418.
- Volkow, N. D. e Li, T. K. (2004) Science and society: drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, Vol 5, pp. 963-970.
- Volkow, N. D. e Li, T. K. (2005) Drugs and alcohol: Treating and preventig abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, vol. 108, n. 1, pp. 3-17.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.-J., Telang, F., Logan, J., Jayne, M., e al. (2010). Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *NeuroImage*, 49, pp. 2536–2543.

Volkow, N. D., George, M. D., Koob, F., e McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374, pp. 363-371.

Wilbanks, W. (1988). The Danger In Viewing Addicts As Victims: A Critique Of The Disease Model Of Addiction. *Florida International University, CJPR*, vol. 3, no. 4/89, pp. 407-422.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Young, M. B (2017). *Le guerre del Vietnam 1945-1990*. Trad. it. Rosaria Contestabile, Mondadori Editore S. p. A. (Ed. or. 2007).

Zinberg, N. E. (2019), *Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*. Trad. it. a cura di Susanna Ronconi, Torino, Gruppo Abele (Ed. or. 1984).