

Storia e critica del concetto di tossicodipendenza

Stefano Canali

Università degli Studi di Cassino

Corso di laurea in Scienze della comunicazione

Verso l'affermazione del modello di dipendenza come malattia

Il concetto di dipendenza come malattia ha una storia breve e che inizia in concomitanza con alcune profonde trasformazioni socio-economiche:

- 1) avvio della produzione industriale e del consumo di massa dei distillati di alcol e dei preparati a base di oppio;
- 2) assimilazione della medicina e della farmacia all'economia di mercato;
- 3) declino dell'etica liberale e del liberalismo politico espressi dalla cultura illuministica.

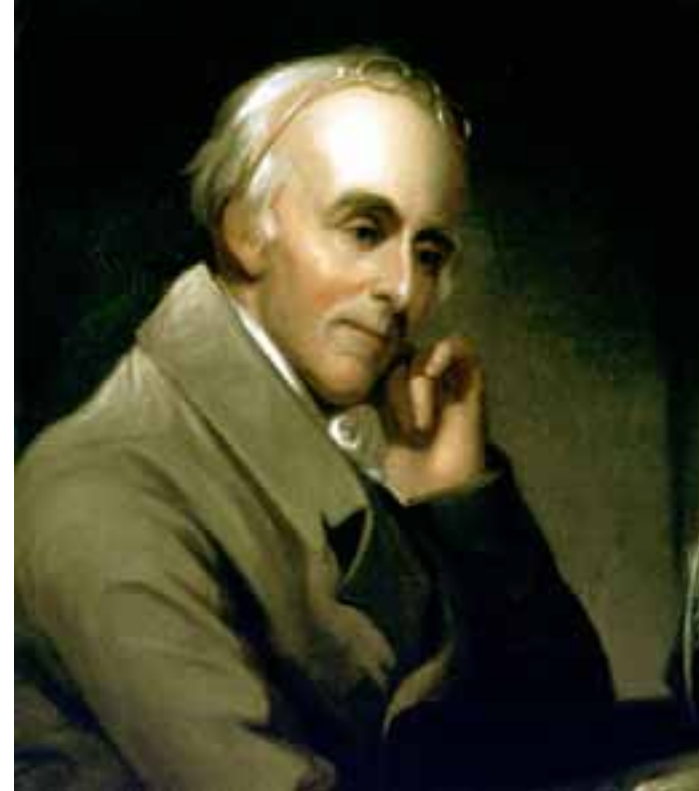
Le prime formulazioni: Benjamin Rush

Tra XVIII e XIX secolo si profila un nuovo paradigma per la comprensione dei comportamenti d'abuso in un processo di singolare convergenza di trasformazioni morali e evoluzione dei modelli medici, all'interno di un più generale fenomeno di medicalizzazione dei comportamenti eticamente problematici o devianti.

La prima formulazione compiuta della dipendenza come malattia è quella di Benjamin Rush, padre della psichiatria americana.

Nel 1793, Rush è il primo a teorizzare che l'alcolismo rappresenti l'effetto di una progressiva assuefazione per la quale la necessità e la compulsione si sostituiscono alla scelta e all'abitudine di bere.

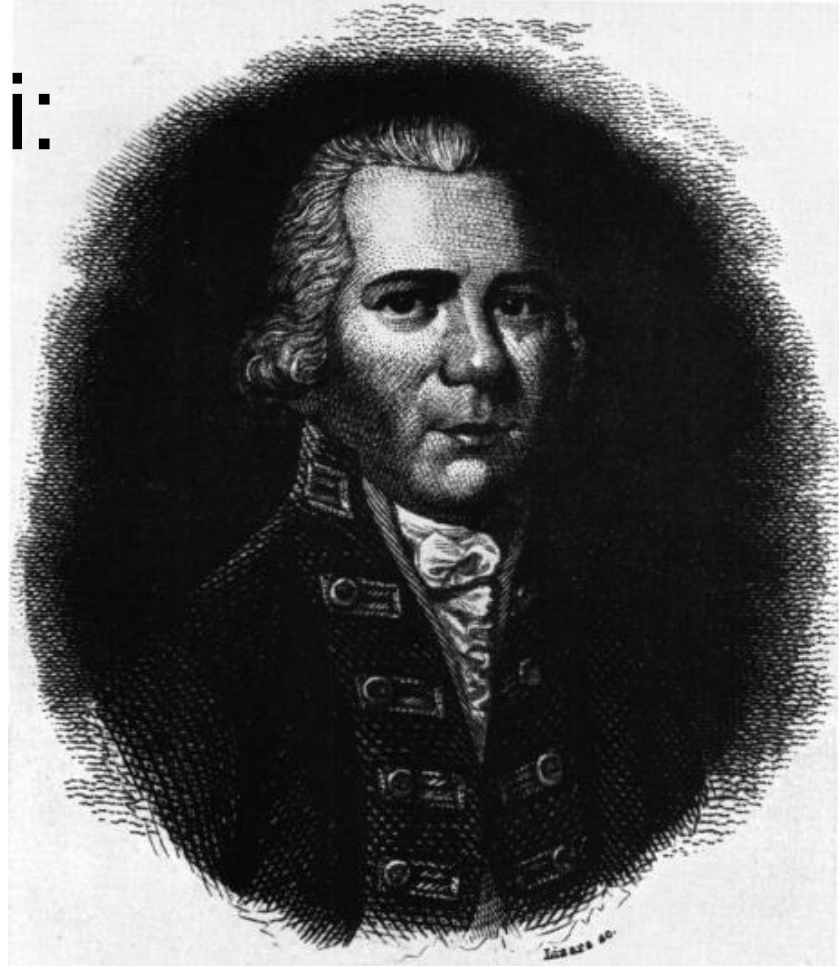
L'alcolismo diventa una patologia della volontà indotta da una sostanza e caratterizzata dalla perdita del controllo e da un imperativo ed irresistibile bisogno.



Le prime formulazioni: Thomas Trotter

Nel nostro continente è il medico inglese Thomas Trotter il primo a teorizzare nel 1804 il bere sregolato come malattia nel suo *An Essay on drunkenness*. Descrive i fenomeni della tolleranza, il tremore come sintomo dell'astinenza, la ricerca del bere come necessaria a prevenire la crisi d'astinenza, l'associazione con l'ansia e la depressione.

Estende il modello di alcolismo come malattia all'abuso di oppio e cannabis e riflette sulla trasmissibilità della malattia alla progenie attraverso un ipotetico effetto della sostanza a livello degli organi genitali.



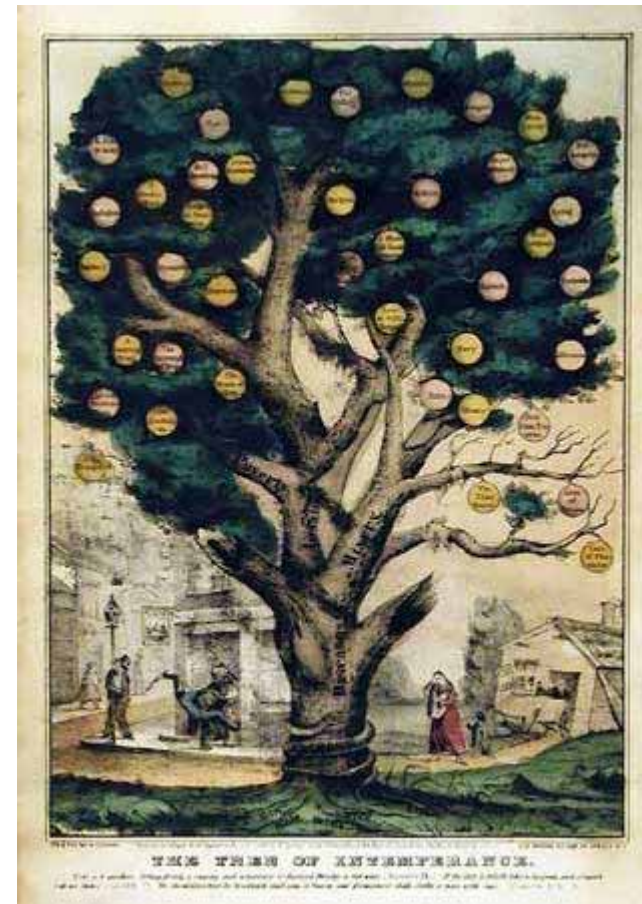
D^r. TROTTER

AN: ÆT: 37.

Le prime formulazioni: il movimento della temperanza

Nel 1838, Samuel B. Woodward, sovrintendente del manicomio di Worcester e uno più influenti medici americani del periodo, pubblicava una serie di saggi centrati sull'idea dell'abuso di alcol come malattia fisica: «la brama è interamente fisica, derivante da una condizione dello stomaco e del sistema nervoso che trascende tutti i motivi ordinari dell'astinenza».

La sofferenza è immensa, e il desiderio di sollievo immediato conseguentemente incontrollabile, tanto che è assolutamente in questione se la determinazione morale della gran parte delle vittime di questo male sia in grado di far fronte a questa domanda imperativa». Vent'anni dopo; Woodward apriva il primo "Ospedale per la cura dell'intemperanza", The New York State Inebriate Asylum.



Le prime formulazioni: la psichiatria ottocentesca

Nel 1838, Etienne Dominique Esquirol ipotizza che l'ubriachezza cronica fosse non soltanto causa di disturbo mentale ma in molti casi il primo e caratteristico sintomo di una insorgente monomania.

L'abuso costante di alcol era il sintomo di un tipo istintivo di monomania, cioè una forma di insanità parziale in cui un individuo commette atti «involontari, istintivi ed irresistibili, che la coscienza condanna [ma] che la volontà non ha più il potere di reprimere»

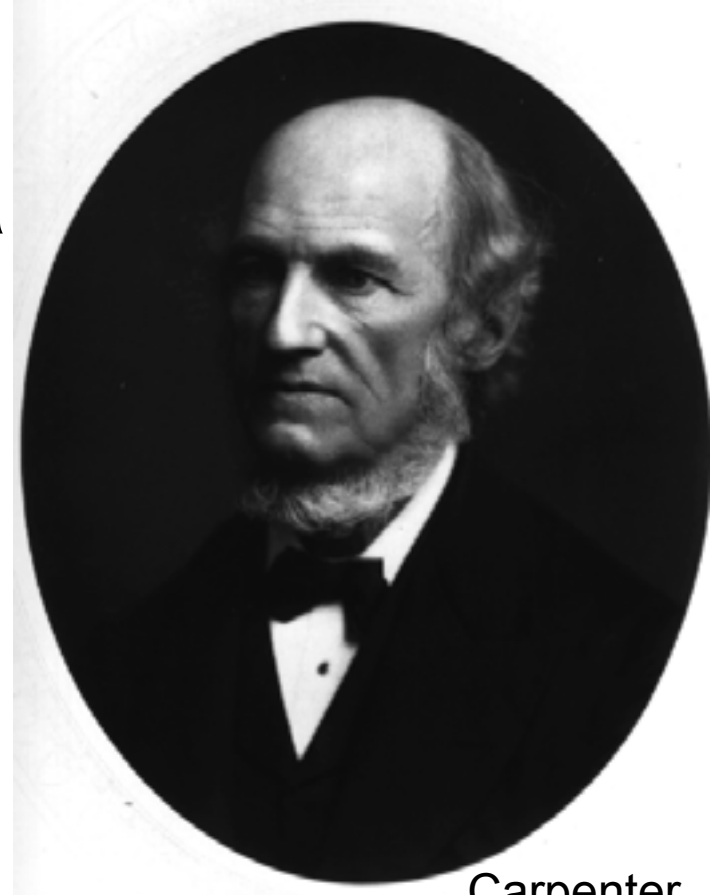


Le prime formulazioni: la medicina ottocentesca

1819: dipsomania periodica avanzata nel 1819 dal medico tedesco Carl von Bruhl-Cramer: «anormale, irresistibile e radicale bisogno di alcol».

1859, la categoria nosologica di dipsomania veniva ripresa dal fisiologo William Carpenter che ne accentua gli aspetti di meccanica ineluttabilità del bisogno, la totale sopraffazione della volontà da parte della necessità di bere, la perdita di controllo sul comportamento.

Inoltre, aggiunge Carpenter: «considerando che [...] l'individuo è irresponsabile e pericoloso a se stesso e agli altri – che, se lasciato senza controllo, egli rovinerà la sua famiglia – e che questa malattia può essere curata solo nei manicomi, la privazione della libertà di cui abusa e da cui devia è atto pietoso non solo per chi ne soffre e per i suoi parenti, ma necessaria per la sicurezza pubblica.»



Carpenter

Le prime formulazioni: la medicina ottocentesca

1851: Magnus Huss introduce il termine alcolismo

La specificità del termine contribuiva a dare sostanza all'idea di dipendenza come malattia e quindi a promuoverne con forza la penetrazione nella comunità scientifica e nell'opinione pubblica.

1877 Edward Levinstein descrive per la prima volta la dipendenza da oppiacei. Continua però a rappresentare la dipendenza come eccesso, come intemperanza di una normale passione umana, al pari del fumo, del gioco d'azzardo, degli eccessi sessuali, ma anche della brama di soldi, della fama.



Le prime formulazioni: il movimento della temperanza

Il Movimento per la Temperanza è determinante nella diffusione e nel recepimento pubblico dell'idea dell'abuso cronico di alcol come malattia.

La base dottrinale del movimento si fonda sull'assunto che l'alcol sia intrinsecamente capace di produrre dipendenza attraverso una

progressiva ed inevitabile esacerbazione dell'abitudine e quindi portasse alla perdita del controllo del comportamento e della capacità di fare discriminazioni morali, all'impossibilità di realizzare scelte ovvero all'annullamento della volontà.

L'impianto teorico del movimento per la temperanza è sostanzialmente ripreso e riproposto nei modelli contemporanei della dipendenza come malattia.



L'emergere della prospettiva clinica

Jellinek: affermazione del modello di dipendenza come malattia

Elvin Morton Jellinek lavori sull'alcolismo pubblicati a partire dalla fine degli anni Trenta

Distingue i diversi eccessi del bere dall'addiction

Gli eccessi abituali nel bere possono essere transitori o durevoli ma non legati a compulsione e quindi non caratterizzabili come malattia.

La condizione patologica si instaura solo nel momento in cui il soggetto perde il controllo del bere.

Questo tratto comportamentale attesta che il bevitore è vittima di alterazioni nelle funzioni del sistema nervoso.



Nyswander, Dole e il metadone

La prima formulazione integralmente fisiologica dell'eziologia della dipendenza viene formulata negli anni '60 da Marie Nyswander e Vincent Dole sulla base dell'esperienza del trattamento degli eroinomani con metadone.

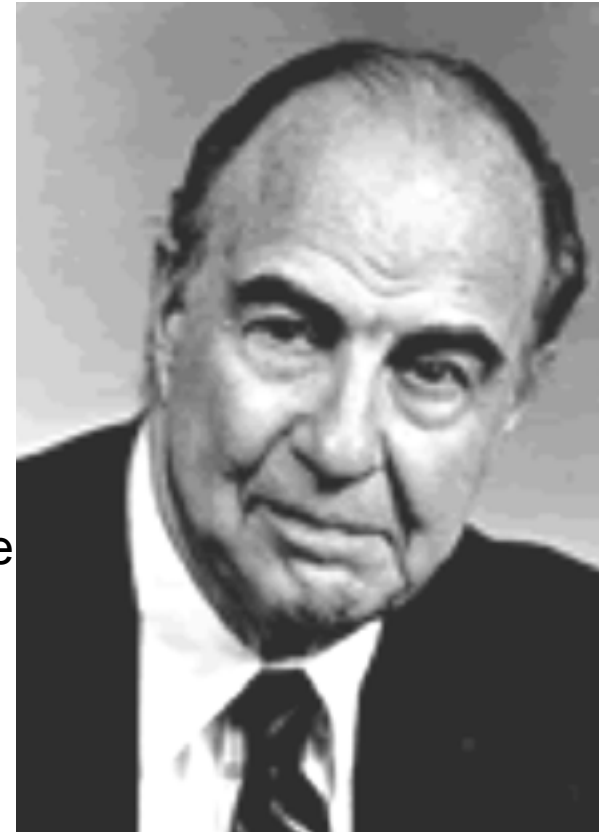


I due propongono la teoria del difetto metabolico come causa della dipendenza dall'eroina.

Il metadone corregge questo difetto metabolico annullando conseguentemente il “craving”

La scoperta di un principio farmacologico in grado di eliminare il sintomo caratterizzante della dipendenza rafforza enormemente l'idea della dipendenza come malattia, la sua assimilazione alle altre condizioni morbose dell'organismo già codificate.

Nyswander e Dole paragonano il mantenimento dei pazienti con metadone al mantenimento dei diabetici con agenti ipoglicemizzanti orali»



Il punto di vista psicosociale

L'interpretazione sociologica della tossicodipendenza: Alfred Lindesmith



Nel 1938 critica l'idea di dipendenza come malattia e la visione farmacocentrica a partire dalla prevalenza dei casi di remissione spontanea e di uso non problematico delle droghe rispetto a quelli di abuso cronico.

Una teoria adeguata della dipendenza deve riuscire a spiegare come mai l'esposizione ad una stessa sostanza porta alcuni individui a sviluppare la dipendenza e altri no.

Il fattore dà conto di questo effetto differenziale è la conoscenza o le aspettative – mediate dal milieu culturale del soggetto - sulla natura e l'origine della condizione di sofferenza propria della sindrome d'astinenza.

Howard Becker: Le basi psicosociali dell'esperienza della droga

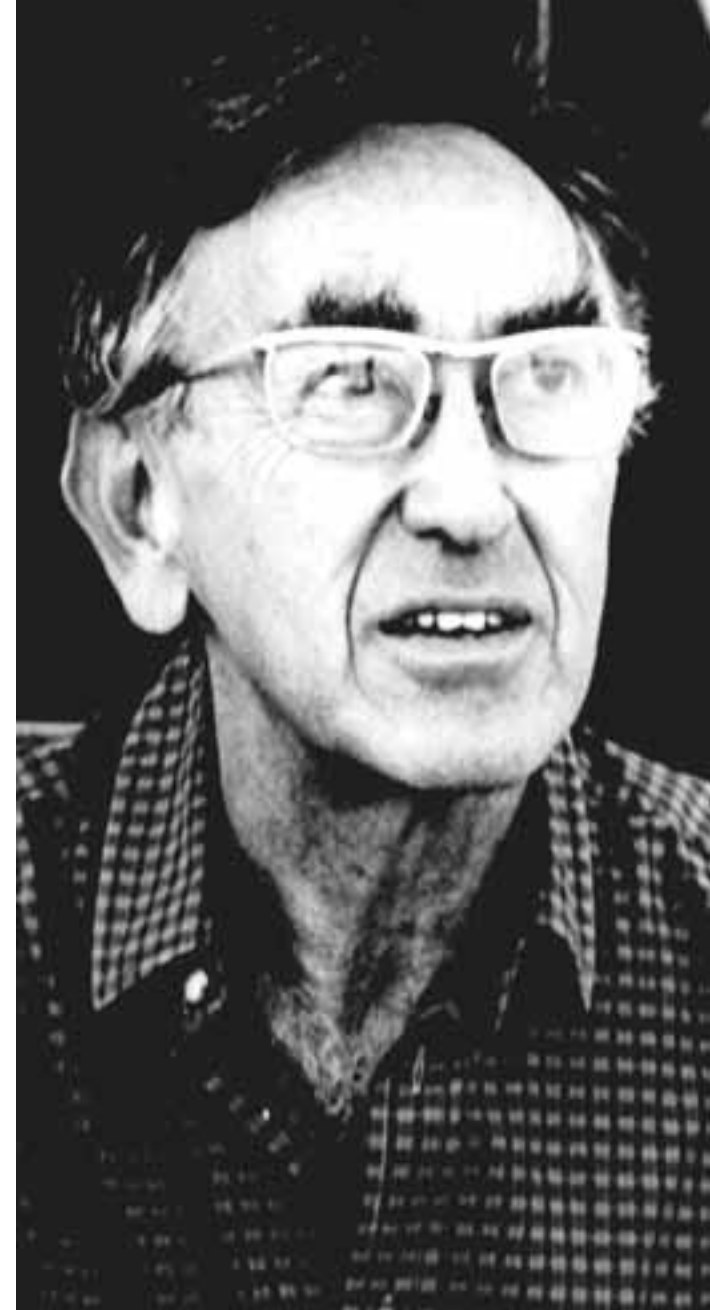


Nel 1967 enfatizza l'assoluta differenza degli effetti soggettivi delle droghe e dell'eventuale problematici del loro consumo a dispetto dell'identità dei loro meccanismi d'azione, la variabilità nel tempo degli effetti e dell'uso negli stessi individui.

Questo dato evidente dimostra con forza il ruolo della dimensione psicologica e la mediazione sociale ovvero storica dell'azione farmacologica delle sostanze psicoattive.

Norman Zinberg: Set e setting

Negli anni Settanta mette in evidenza il ruolo del *set* (processi psicologici, la personalità) e del *setting* (le influenze sociali) e della loro mutua interazione nella regolazione degli effetti acuti delle sostanze a livello individuale e nei fenomeni di abuso e dipendenza



Ausubel e il concetto di multicausalità nella dipendenza

Ne 1961 evidenzia che la ricerca sulla dipendenza è viziata dallo stesso tipo di fallacia che aveva da sempre condizionato la ricerca delle cause di altri disturbi complessi come ad esempio il cancro e la tubercolosi.

Questo errore sistematico si origina da un basilare vizio di inferenza. Data l'apparente identità del disturbo in questione per tutti gli individui si assumeva cioè che esso dovesse avere la stessa causa in ogni sua concreta manifestazione.

Mutuando il modello di causalità proprio dell'epidemiologia, rimarca invece la grande varietà dei tipi di dipendenza e che conseguentemente le cause di questa condizione sono multiple e additive nel loro impatto piuttosto che mutualmente escludenti.

Come per ogni altro disturbo, quindi, le cause della dipendenza alle sostanze doveva includere sia i fattori interni (ad esempio una vulnerabilità congenita verso tale patologia), sia fattori esterni, propri della situazione ambientale; sia elementi predisponenti che precipitanti.

Neurobiologia della dipendenza

Olds e Milner la scoperta del rinforzo cerebrale

Nel 1954 James Olds e Peter Milner scoprono il sistema di ricompensa cerebrale mettendo a punto esperimenti di autostimolazione del cervello nei ratti.

L'autostimolazione dà dipendenza, gli animali preferiscono la scarica elettrica intracranica al cibo e sono disposti a sopportare punizioni.

Inizia così la ricerca sulle basi biologiche della dipendenza.

Successivamente si accertavano le basi neurofarmacologiche del sistema di ricompensa cerebrale.



La scoperta delle endorfine: le basi biologiche della dipendenza da eroina

1973: Candace Pert e Solomon Snyder dimostrano la presenza di recettori per gli oppioidi nel cervello

1975: identificazione della prima endorfina da parte di Hans Koesterlitz e John Hughes

Diventano così chiari i principali meccanismi d'azione degli oppioidi sul cervello e le ragioni della dipendenza e della tolleranza



Pert



Snyder

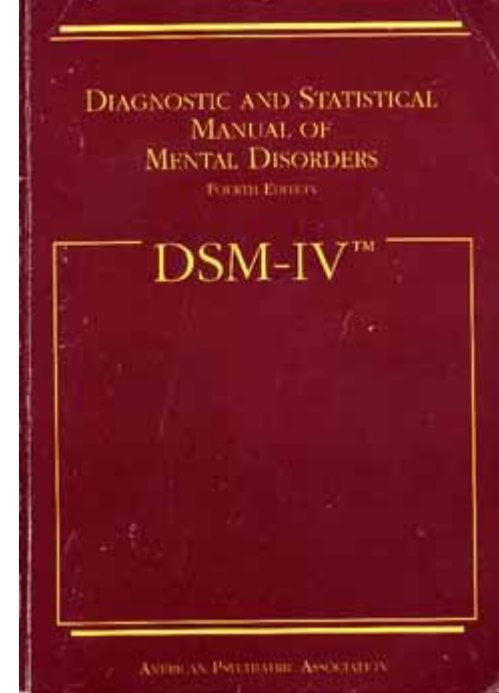


Koesterlitz

Il punto di vista della psichiatria contemporanea

Definizione DSM-IV

Il DSM-IV definisce la dipendenza come un pattern maladattativo di uso di sostanze che porta ad un deterioramento clinicamente significativo o angoscia, che si manifesta con tre (o più) delle situazioni seguenti che si manifestano in ogni momento nello stesso periodo di 12 mesi.



1. Tolleranza, definita da uno o l'altro dei seguenti:
 - a) Necessità per un marcato aumento della quantità della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato.
 - b) Un effetto marcatamente diminuito con l'uso continuato della stessa quantità della sostanza.
2. Astinenza, come manifestata da uno o l'altro dei seguenti:
 - a) La caratteristica sindrome d'astinenza per la sostanza definita per ciascuna specifica sostanza nel DSM-IV.
 - b) La stessa (o molto simile) sostanza è presa per alleviare o evitare i sintomi dell'astinenza.

Definizione DSM-IV

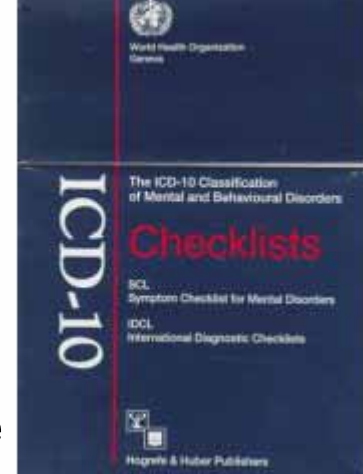
3. La sostanza è presa in quantità maggiori o per un periodo di tempo più lungo di quanto si intendesse.
4. C'è un desiderio persistente o tentativi infruttuosi di smettere o controllare l'uso della sostanza.
5. Una grande quantità di tempo è passato in attività necessarie ad ottenere la sostanza (p.es. visitare molti medici o guidare per lunghe distanze), usare la sostanza o recuperare dai suoi effetti.
6. Importanti attività sociali, occupazionali o ricreative vengono interrotte o ridotte a causa dell'uso della sostanza.
7. L'uso della sostanza è continuato nonostante la conoscenza di avere un persistente o ricorrente problema fisico o psicologico che è verosimilmente stato causato o esacerbato dalla sostanza.

Definizione ICD-10

I criteri per la dipendenza del DSM-IV ricalcano in larga parte quelli - precedentemente fissati - dell'ICD-10.

L'ICD-10 giudica come «caratteristica descrittiva centrale, [...] il desiderio (spesso forte, talora soverchiante) di assumere la sostanza psicoattiva»

nell'ICD-10, «il senso di compulsione» al consumo rappresenta il primo criterio diagnostico della sindrome da dipendenza.



Il concetto di addiction

DSM-IV e ICD-10 non definiscono esplicitamente il concetto di addiction ed anche per questo è scarso il consenso su ciò che esso significhi realmente.

Esso così viene impropriamente usato al posto della dipendenza, generando non poca confusione sia nel dibattito sia nella messa a punto che nella pratica degli interventi e dei trattamenti.

Il termine *addiction* indica uno stato comportamentale di abuso di sostanze caratterizzato da un coinvolgimento assoluto nell'impiego di una sostanza (uso compulsivo), nell'assicurarsi l'approvvigionamento della sostanza, e da un'alta tendenza alla ricaduta dopo la sua interruzione.

Diversamente, per *dipendenza* si deve intendere lo stato fisiologico di neuroadattamento prodotto dalla ripetuta somministrazione della sostanza, che necessita di continue somministrazioni per prevenire l'insorgenza di una sindrome d'astinenza.

Aspetti controversi della nosologia psichiatrica

Pur senza citare espressamente i termini addiction e compulsione, i criteri diagnostici per la dipendenza dell'ICD-10 e del DSM-IV mettono al centro le condizioni da essi descritte: la perdita di controllo, l'irresistibile desiderio della sostanza.

Nella moderna accezione, l'addiction è un elemento caratterizzato e qualificabile solo a livello soggettivo e comportamentale. Nei criteri diagnostici questo aspetto è elencato in un'inesplicata compresenza con criteri fisiopatologici della dipendenza: tolleranza e sindrome d'astinenza.

Piani diversi, descritti senza indicare eventuali termini concettuali di collegamento e reciproca traduzione, come se appartenessero a due universi di fenomeni mutualmente irriducibili.

Aspetti controversi della nosologia psichiatrica

Paradosso: la descrizione medica della dipendenza mette in subordine il livello fisiopatologico rispetto a una fumosa e imprecisabile dimensione comportamentale.

Solo due criteri rimandano al neuroadattamento, all'abuso cronico di una sostanza, mentre cinque sono relativi a vaghe condizioni soggettive e comportamentali.

La diagnosi di dipendenza da una sostanza d'abuso può allora essere formulata anche in assenza di dipendenza farmacologica.

Cos'è la compulsione all'uso della sostanza? L'ICD-10

caratteristica fondamentale della dipendenza secondo tutti gli standard diagnostici attuali e secondo la stessa tradizione che ha portato alla definizione della dipendenza come malattia

ICD-10: «forte desiderio di assumere la sostanza». Una definizione tutt'altro che scientifica o positiva.

Quanto forte deve essere il desiderio per trasformarsi in compulsione?

E in che modo deve misurarsi la sua forza?

Attraverso ciò che riportano i soggetti o dall'osservazione del loro comportamento?

E come inquadrare la non infrequente situazione di forte e persistente desiderio di assumere una sostanza che non dà luogo ad effettivo consumo?

Cos'è la compulsione all'uso della sostanza? Il DSM-IV

non definisce esplicitamente il significato di compulsione all'assunzione di una sostanza, né elenca tale condizione tra i sette criteri diagnostici fissati per la dipendenza

la compulsione è parte del disturbo ossessivo-compulsivo ed è così descritta: «Un comportamento ripetitivo (ad esempio, lavarsi, mettere in ordine, controllare) o un atto mentale (ad esempio, pregare, contare, ripetere parole in silenzio) il cui fine è prevenire o ridurre l'ansia o l'angoscia, non per portare piacere o gratificazione. Nella gran parte dei casi, la persona si sente costretta a porre in atto la compulsione per ridurre l'inquietudine che accompagna un'ossessione oppure prevenire eventi o situazioni temute [...] Per definizione, la compulsione è allo stesso tempo eccessiva e non connessa in una maniera realistica a ciò che invece dovrebbe neutralizzare o prevenire»

Nella dipendenza, la ricerca e il consumo di sostanze possono senz'altro essere eccessive ma sono collegate alla riduzione dell'ansia, all'evitamento della sindrome d'astinenza, associate a forte piacere e gratificazione.

Disturbo del controllo degli impulsi

DSM-IV: l'incapacità di resistere all'impulso, alla pulsione, alla tentazione di compiere un atto pericoloso per se stessi o per gli altri.

Non è chiaro se l'incapacità di resistere all'impulso sia radicabile inabilità a far fronte a questo tipo di spinta emotiva e motivazionale o il risultato di una resa deliberata.

Quale è il grado di rischio perché un atto collegato a una pulsione possa considerarsi compulsivo piuttosto che razionalmente determinato? La pericolosità di un atto per sé e per gli altri è una variabile dipendente dalle norme etiche e dai fattori ambientali.

i fattori socio-economici, le variabili giuridiche sono decisive nel determinare la pericolosità di un atto, come fanno sulla loro pelle quelli che consumano sostanze illecite, alle prese con dosi ogni volta diverse nella composizione e nella tossicità

Sui criteri 5 e 6 del DSM-IV

La quantità di tempo necessaria ad ottenere della sostanza è funzione della sua reperibilità e dell'eventuale controllo cui è sottoposta.

In regime di proibizione il tempo speso a procacciarsi la sostanza può diventare notevole (criterio 5), e conseguentemente grave la compromissione delle normali attività sociali, occupazionali e ricreative (criterio 6).

Sul modello di dipendenza come malattia del cervello

Dipendenza come malattia del cervello e preponderanza dei criteri diagnostici comportamentali

Leshner: «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 dipendenza (*addiction* nell'originale) caratterizzato dall'uso e dalla ricerca compulsiva della sostanza»

la dipendenza viene considerata direttamente ed esclusivamente causata dalla sostanza e dalle interazioni che essa ha sul substrato nervoso. Idea che collide con le più banali evidenze.

La dipendenza come malattia del cervello: evidenze contrarie

Una buona parte di questi cervelli cui è scattato l'interruttore infatti sono in grado di liberarsi dall'uso compulsivo per lunghi periodi, alcuni per sempre, ponendo in atto in modo deliberato strategie per limitare progressivamente il consumo e tecniche per evitare le ricadute.

In questa condizione, certi cervelli manifestano forte desiderio di assumere la sostanza di cui erano dipendenti ma riescono comunque ad astenersi, altri cervelli con l'interruzione del consumo sembrano improvvisamente liberarsi di ogni pulsione.

La dipendenza come malattia del cervello: logica

i mutamenti nel cervello in risposta all'esposizione reiterata verso una sostanza d'abuso sono necessari e sufficienti a spiegare l'insorgenza della dipendenza

Modello monocausale

Vengono così ignorate le stesse acquisizioni delle neuroscienze, sulla complessità, la plasticità e l'apertura dei processi cerebrali verso l'ambiente, verso gli stimoli di varia natura

una sola direzionalità causale: Sostanza



cambiamenti fisiologici nel cervello



comportamento

La dipendenza come malattia del cervello: logica

Viene trascurata del tutto la capacità del cervello di elaborare ogni stimolo, compresi i simboli e i valori che analizza e tratta, compreso il comportamento che esso stesso produce e regola, in modificazioni funzionali ulteriori a partire dal riaggiustamento dei processi di neurotrasmissione sino al livello della regolazione genica.

Il modello ingenuo esclude così, la via causale “all’ingiù” che renderebbe invece possibile l’interpretazione della complessità della dipendenza, l’incorporazione teorica del livello psico-sociale, in termini biologici, neurochimici.

La dipendenza come malattia del cervello: logica

È certo, come affermato dal modello di dipendenza come malattia, che l'uso prolungato di sostanze produca mutamenti nel cervello

Ogni stimolo prolungato si riflette in trasformazioni anatomiche fini, in modificazioni più o meno ampie della fisiologia del sistema nervoso

l'accertamento dei siti e dei meccanismi d'azione delle sostanze d'abuso, come l'identificazione del funzionamento e della farmacologia del sistema cerebrale del rinforzo danno una rappresentazione solo parziale anche delle stesse basi biologiche della dipendenza

Il funzionamento dei recettori per le sostanze e del sistema di ricompensa cerebrali è influenzato dai processi di numerosi sistemi funzionali correlati e mutualmente modulati, dalla regolazione genetica della sintesi di neurotrasmettitori e recettori, alla mediazione emotiva, all'elaborazione cognitiva degli stimoli interni ed ambientali