

— Si fa presto a dire “*addiction*”...

Quando l'eccessiva semplificazione diventa il limite della diagnosi e della cura della dipendenza patologica

It is easy to say “addiction”...

When oversimplification becomes the limit of diagnosis and treatment of pathological dependencies

di Emanuele Bignamini

Abstract. Il discorso sull'addiction è solo apparentemente semplice e schematico. Che una persona che assume droghe sia un drogato è una considerazione tautologica che non consente di comprendere né il problema né la persona o la situazione che si ha davanti. Il processo diagnostico, da cui discendono decisioni che hanno conseguenze concrete sulla vita delle persone, non è così lineare come si pensa: è invece necessaria un'indagine approfondita e multidisciplinare per giungere a chiarire che tipo di rapporto si è strutturato tra la persona e la droga e quindi poter valutare le potenzialità e le strategie di cambiamento. Lo scopo di questo lavoro è discutere i limiti degli strumenti ordinariamente utilizzati per affrontare il problema e suggerire un approccio più completo, di carattere multidisciplinare.

Abstract. Addiction is not a simple and a linear question. To take drugs means not automatically being an addict. This is a tautology which does not allow us to understand neither the problem nor the person or situation which we face. The diagnostic process, from which decisions that have concrete consequences on people's lives depend, is not as linear as you think. Instead, to make a diagnosis, it is necessary to understand the person and the situation in deep with a wide visual in order to evaluate the potential and strategies for change. The aim of this work is to discuss the limits of the instruments we routinely use to define the problem and to suggest a more comprehensive and multidisciplinary approach.

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Chiarificazioni sulla terminologia. – 3. Chiarificazioni nosologiche. – 4. Dipendenza secondaria e primaria. – 5. La “doppia diagnosi” e la psicopatologia associata all’*addiction*. – 6. Le teorie interpretative sull’*addiction*. – 7. Gli abituali strumenti per la diagnosi dell’*addiction*. – 8. In fine: qualche riflessione.

SUMMARY: 1. Introduction. – 2. Terminology. – 3. Nosology. – 4. Secondary and primary addiction. – 5. Dual diagnosis and addiction related psychopathology. – 6. Theory of addiction. – 7. Tools and problems in diagnosis process of addiction. – 8. In the end: a few thoughts.

1. Introduzione.

Il presente lavoro farà riferimento ad alcune questioni relative alla diagnosi di *addiction*/dipendenza che necessariamente si intrecciano tra loro, a volte ostacolandosi e annodandosi e, a volte, formando nuove configurazioni armoniche. **La formulazione della diagnosi** a fronte di comportamenti che si propongono all’osservazione e che implicano l’assunzione di droghe, potrebbe essere considerata piuttosto semplice e condizionata unicamente dalla competenza del diagnosta, che deve applicare le conoscenze disponibili all’oggetto da conoscere, ricavandone una sintesi che consenta di collocare l’oggetto stesso in uno schema generale e precostituito.

Tale formulazione (che rimane, comunque, **un processo di conoscenza di un essere umano da parte di un altro essere umano**)¹ può in effetti essere affrontata in modo semplificato, anche per necessità operative: qualsiasi decisione, e non solo quella giuridica, deve ridurre gli elementi considerati ad un insieme maneggiabile e controllabile di informazioni al fine di poterne derivare delle conseguenze decisionali e operative.

Tuttavia, le necessità di semplificazione operativa non possono prescindere dalla conoscenza speculativa e dalle sue inevitabili complicazioni e complessificazioni². Mentre semplificando si tende a “chiudere” l’ambito di ricerca e a escludere aspetti “secondari” in ordine al fine di agire, la speculazione tende ad “aprire” e includere nello sguardo anche elementi (apparentemente) periferici che possono rendere difficile la decisione³. E non è certo possibile che le semplificazioni operative non siano coerenti con le conoscenze rese disponibili dalla ricerca.

¹ Nonostante le urgenze pressanti, la diagnosi medica, in tutti i campi e ancor più quando si tratta di valutare il significato di comportamenti, non è un atto istantaneo di misurazione di oggetti fisici con strumenti meccanici e oggettivi. Rimane un processo temporale, di approfondimento delle conoscenze, sempre probabilistico, in costante dialettica tra la progressiva verifica di ipotesi del senso di un dato segno/sintomo (ri-conoscimento) e, allo stesso tempo, donazione di senso al fenomeno osservato (costruzione di ipotesi interpretative), dipendente anche da fattori almeno in parte non razionalizzabili (intuito, pre-giudizi, capacità associative, capacità relazionali, momento e situazione dell’incontro, ecc.).

² Richiamo, senza svilupparla, la differenza evidenziata dal filosofo Tullio Tinti tra complicazione (*cum-plica*: con pieghe, che possono essere “spiegate”) e complessità (*cum-plexus*: con plesso, groviglio, intreccio inestricabile), tra semplificazione operativa (in cui si ha la consapevolezza che la realtà complessiva è “altra”) e semplificazione ideologica o patologica (in cui si scambia la propria semplificazione per una descrizione coincidente con la realtà “vera”), tra “difficile” (che richiede impegno, ma con la possibilità di giungere ad una conclusione) e, di nuovo, complesso (per definizione irriducibile nello spazio-tempo).

³ Non sono a favore dell’indecidibilità a tutti i costi, anche sul piano operativo, che diventerebbe indecisione e paralisi. Tuttavia, che la realtà sia complessa non è una scelta ideologica, è un dato di fatto che emerge

Di seguito, cercherò di offrire alcuni spunti, tenendo conto del contesto in cui si colloca questa rivista e della questione specifica riguardante la “diagnosi di *addiction*/dipendenza”, che spero siano utili alla **chiarificazione di alcuni aspetti necessari per “pensare” correttamente l’*addiction*.**

2. Chiarificazioni sulla terminologia.

Fin dal titolo di questo lavoro ho introdotto l’ambiguità terminologica vigente in Italia. Su questo ho già scritto (Bignamini, 2019)⁴ e qui mi limito a ricordare che “*addiction*” è il termine ufficiale utilizzato nella edizione italiana del DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual – DSM*, versione 5), il manuale diagnostico per le patologie psichiatriche più largamente conosciuto e utilizzato anche tra gli specialisti italiani, per indicare i problemi di salute derivanti dall’uso di droghe e da alcuni comportamenti particolari (come il gioco d’azzardo). Infatti, la **difficoltà** incontrata dai traduttori italiani del DSM 5 americano **nel rendere nella nostra lingua il concetto patologico in modo unitario e complessivo** è stata tale da portarli a decidere di mantenere anche nella versione italiana il termine anglosassone. Utilizzare “*addiction*” non è quindi, ora, un atteggiamento anglofilo, ma semplicemente la presa d’atto dell’adozione del termine che il manuale diagnostico nella versione italiana propone come unico e onnicomprensivo per riferirsi agli schemi comportamentali patologici di cui qui si tratta.

Purtroppo le declinazioni e variazioni di “*addiction*” non sono particolarmente felici in italiano: utilizzare espressioni come “soggetto *addicted*” o “additto”, “sostanza addittiva”, “diagnosi di addizione”, “addizione da sostanze”, “addittologo”, richiede una certa “disinvoltura” linguistica e non può fare riferimento a una semantica abbastanza consolidata.

D’altra parte, il termine italiano “dipendenza” non ha mai soddisfatto pienamente, tanto che è in uso ormai da molti anni la specificazione “dipendenza patologica” o “patologia da dipendenza”. Si tratta di un termine, “dipendenza”, con alcune ambiguità (ad esempio “essere un lavoratore dipendente” e “essere dipendente dal lavoro”)significano cose ben diverse: è la perifrasi che chiarisce il significato del termine) e difficilmente declinabile (medico “dipendentologo”?).

Viste le difficoltà lessicali universalmente riconosciute, in questo lavoro utilizzerò con la massima libertà tutti i termini e le perifrasi disponibili, inglesi e italiani, in modo interscambiabile, avendo cura soltanto che il significato con cui verranno utilizzati sia chiaro. In linea di massima, però, si deve concludere che il termine diagnostico tecnico che si impone (purtroppo) anche in italiano è “*addiction*”.

dalle scienze fisiche. La domanda tecnica è: come si può gestire la complessità al fine di poter agire in modo finalizzato? I viaggi nel cosmo non prescindono dalla complessità, ma riescono a gestirla trasformandola per quanto possibile in complicazione, cioè in aspetti che, pur con elevata difficoltà, possono essere sviluppati in modo lineare e controllati.

⁴ E. Bignamini, *BDMA. Cervello, malattia, modello*, in *Dal Fare al Dire*, 2, 2019, pp. 8 ss.

3. Chiarificazioni nosologiche.

Vale la pena di sottolineare che il DSM 5 impone anche un cambiamento concettuale. In genere, si è abituati a utilizzare, a volte per introdurre distinzioni ad esempio nella gravità del *pattern* comportamentale, a volte invece in modo approssimativo e "intuitivo", termini che propongono graduazioni, come "abuso", "tossicofilia", "tossicodipendenza", "tossicomania".

Il DSM 5 ha rivisto la distinzione tra "abuso" e "dipendenza", che nella sua precedente versione, il DSM IV, era ancora considerata e codificata, ritenendola non sostenibile. Per il *board* del DSM, che ha analizzato le diagnosi formulate negli anni dai clinici, la differenza tra abuso e dipendenza è risultata non fondata su aspetti qualitativi, ma solo su una minore o maggiore compromissione del funzionamento del soggetto. Pertanto, ridefinito l'abuso come una forma meno grave di dipendenza, **il DSM 5 considera esclusivamente una categoria unitaria, l'*addiction***, opportunamente graduata in diversi livelli di severità, ma non contempla altre formulazioni diagnostiche. La diagnosi pertanto si esprime come "*addiction* di gravità bassa/media/alta".

Si tratta di una decisione molto pragmatica, basata sull'esperienza diagnostica di una grande platea di medici, che favorisce, nell'assetto assicurativo sanitario operante negli USA, l'accesso ai rimborsi per le cure anche di chi ha forme "lievi" (gli *ex* abusatori, che prima venivano esclusi dai rimborsi assicurativi) di *addiction*, in quanto accedono ad una diagnosi in garanzia. Inoltre, si sposa bene con l'approccio non interpretativo/comprendivo del DSM, che volendo porsi al di fuori di ogni dibattito teorico per privilegiare l'analisi dei dati empirici, propone una metodologia diagnostica basata su *check-list* di elementi osservabili dall'esterno "oggettivamente".

Allo stesso tempo, quello del *board* del DSM è un posizionamento che non valorizza, invece, l'accuratezza, se non la raffinatezza, diagnostica, con ricadute anche sulla precisione del trattamento, che si deve limitare a contenere la sintomatologia (rappresentata dagli *items* della *check-list*) a prescindere da qualsiasi comprensione interpretativa e finalità di riparazione.

Una maggiore precisazione e differenziazione diagnostica, che metta in luce il cuore e la specificità del problema della persona, potrebbe essere utile sia nell'orientamento alla cura sia in senso prognostico:

- l'**abuso**, che può essere definito come un uso di droghe che non genera problemi di salute al soggetto e che non è caratterizzato da una relazione obbligata ed esclusiva con la sostanza, ma che costituisce un problema solo in relazione al contesto in cui l'assunzione avviene⁵, orienta verso interventi psico-educazionali

⁵ Ad esempio, bere alcolici occasionalmente di per sé non costituisce nessun tipo di problema di salute: nella nostra cultura, ad esempio, brindare abbondantemente durante un pranzo di nozze non è considerato un comportamento deprecabile. Tuttavia, se lo stesso consumo di alcol viene fatto in altro contesto può suscitare invece disapprovazione e costituire un problema. Parafrasando una vecchia battuta, si potrebbe dire che l'abuso si caratterizza per avvenire in situazioni in cui il medico, il giudice o il prete lo proibiscono. L'uso di sostanze di per sé non è in assoluto dannoso, ma lo diventa in ordine a indicazioni esterne. Il fatto che la persona non rispetti le disposizioni o le convenzioni sociali, costituisce in questo caso il focus: si

- e motivazionali e verso l'approfondimento di orientamenti patologici della persona nell'interazione sociale, diversamente dalla
- **(tossico) dipendenza**, definita come la necessità di assumere la sostanza in modo obbligato da un ciclo biologico (sindrome astinenziale, assunzione di compenso, nuova sindrome astinenziale) o da un "desiderio" incontrollabile che si attiva periodicamente, in modo imprevedibile e al di sotto⁶(o prima) della volontà della persona⁷; nella dipendenza, l'assunzione di droga è necessaria al soggetto per recuperare un "equilibrio", una omeostasi di cui la sostanza è diventata parte integrante: questo è, tipicamente, il caso degli oppioidi. In altri termini, nella dipendenza il soggetto è squilibrato quando è in astinenza (ed è in questo stato che commette le azioni più pericolose), o eventualmente in stato di intossicazione, mentre è "normalizzato" quando la concentrazione plasmatica della sostanza è nel *range* cui è assuefatto, diversamente dalla
 - **(tossico) mania**, in cui l'assunzione della droga apporta squilibrio e proietta il soggetto in dimensioni che non fanno parte del suo abituale sentire, pensare, agire. Nella tossicomania non vi è l'effetto autoestinguento della dipendenza: il dipendente che si è soddisfatto, tende, almeno per un po', a godersi la soddisfazione, prima di riattivarsi in una nuova fase astinenziale. Nella
-

tratta di una circostanza casuale? Oppure esprime una tendenza antisociale o oppositiva? O ancora esprime l'incapacità emotiva della persona o tollerare determinate situazioni? Queste domande sono le prime che ci si dovrebbe porre in occasione dei fermi art. 75 DPR 309/90, dato che orienterebbero verso un trattamento etiologico. A margine, si potrebbe riflettere sulla discussione in corso sulla cannabis, che vorrebbe ridefinire per legge il contesto in cui ne avviene produzione, vendita e consumo, e spostando così i confini della definizione di "problema".

⁶ L'espressione "al di sotto" della volontà si riferisce alla collocazione neurologica dei siti decisionali che, non solo nell'*addiction*, prendono le mosse in centri nervosi che costituiscono la parte evolutivamente più antica del cervello. Il "sotto", quindi, si riferisce alla "profondità" della sede decisionale e non all'essere dominata dalla volontà "superiore". Sarebbe necessario un approfondimento sulla psicologia evolucionistica che qui non è possibile fare; mi limito a richiamare che è ormai ampiamente dimostrato che il nostro cervello, essendo il risultato di un processo evolutivo, è costituito da sistemi neuronali riferiti a stadi evolutivi successivi, e che le spinte emotive che orientano le nostre scelte originano dalle strutture più antiche, mentre in quelle più recenti (in particolare la corteccia prefrontale) si generano i processi cognitivi (tra cui la "volontà" intenzionale). Si potrebbe immaginare una parte antica del cervello (sottocorticale) che desidera, attiva, rifugge, fa scorrere l'energia, mentre una parte recente (corticale) corregge la direzione di queste spinte e ne modula l'intensità. I rapporti tra le parti del cervello (sto schematizzando, ovviamente) sono di integrazione tra spinte primordiali e carica energetica primaria e valutazioni razionali basate sull'apprendimento e l'esperienza (importanza dell'educazione e dei *life events*). Tuttavia, la ricerca ha messo in evidenza che il desiderio si attiva nella parte sottocorticale, non consapevole, non volontaria, sempre un po' prima di quanto nella parte corticale si attivi l'inibizione dello stesso, consapevole, volontaria; una volta attivato, il desiderio condiziona il soggetto nel suo modo di sentire e di pensare, quindi ne informa anche il ragionamento (si pensi alla formulazione di "scuse" apparentemente ragionate come "solo questa volta, in fondo è piccola cosa, ho pur bisogno di lasciarmi andare un po'"); la spinta energetica sottocorticale è molto potente e se si confronta con una volontà inibente non molto allenata ha sempre il sopravvento; la prospettiva del premio (la soddisfazione del desiderio) prevale come spinta motivazionale sulla prospettiva della punizione (le conseguenze indesiderate derivanti dalla soddisfazione del desiderio). Si tenga inoltre in considerazione che uno degli effetti biologici delle droghe (sono droghe proprio per questo) è quello di disattivare almeno parzialmente i circuiti neuronali corticali, lasciando il terreno libero all'espressione dei desideri sottocorticali, il che può rendere ragione di come persone anche molto ben educate e strutturate possano perdere il controllo dell'uso di sostanze.

⁷ Questa affermazione non sostiene che il dipendente non ci "metta anche la volontà". Semplicemente, si sostiene che il desiderio, riferendosi qui al "*craving*", non è volontario, non è indotto, iniziato, intenzionalmente dal soggetto. La volontà entra in gioco successivamente nella modulazione del desiderio e nel dare seguito alle azioni per soddisfarlo. Anche dal punto di vista fisiologico, i centri nervosi del desiderio si attivano prima e più rapidamente di quelli del pensiero razionale e intenzionale.

tossicomania l'effetto della droga (tipicamente, la cocaina e gli stimolanti) invece di dare senso di sazietà, amplifica il desiderio di una nuova assunzione e accelera il ciclo delle assunzioni subentranti, fino alla possibilità di arrivare ad uno stato di completa perdita di controllo, con eventuali conseguenze anche letali.

Naturalmente, oltre ad abuso, dipendenza e mania, bisogna considerare anche l'uso di droga. Infatti, la condizione patologica è caratterizzata dal rapporto alterato con la droga, mentre è certamente possibile assumere sostanze come le droghe senza che si configuri alcun tipo di problema diretto o indiretto. Il discorso risulta chiaro e accettabile nella nostra cultura se facciamo riferimento all'alcol nelle sue varie forme (birra, vino, superalcolici). L'alcol è una sostanza psicotropa potente, tossica e dipendentigena; tuttavia, è pacifico nella nostra società che si possa fare uso di alcolici senza alcun tipo di problema (le competenze culturali, l'educazione e la legge lo permettono), anche se in Italia è tuttavia presente un elevato numero di alcolisti.

Dovrebbe risultare chiaro, al di là della posizione del DSM (che peraltro non prevede, tra i suoi *items* diagnostici, quanto appena detto), come queste distinzioni siano utili per orientarsi nella comprensione del fenomeno e delle diverse persone e per adottare una strategia di intervento mirata alle caratteristiche del problema da trattare.

4. Dipendenza secondaria e primaria.

Un breve cenno, per completezza, è necessario per problematizzare una convinzione ancora molto solida anche tra gli operatori del settore, che tende a **vedere l'*addiction* come una risposta del soggetto a condizioni esistenziali, relazionali e psicologiche molto sfavorevoli**. In pratica, in una visione che si riassume nella "teoria dell'autocura", il soggetto sofferente per condizioni di *stress* determinate da varie cause troverebbe nella droga, incontrandola casualmente nel suo ambiente di vita, un lenitivo con cui curare il suo disagio. Questa visione della patogenesi dell'*addiction*, pur applicabile in molte circostanze, tende a considerarla secondaria ad una causa prima, che sarebbe quindi quella su cui intervenire per rimuovere ogni ostacolo al cambiamento terapeutico: lo stress (trauma, privazione, perdita, delusione, sofferenza fisica, ecc.) induce il soggetto alla ricerca di un "medicamento", da cui diventa dipendente, ma il superamento della condizione stressante consentirebbe al soggetto di distaccarsi anche dalla sostanza non avendone più necessità. **Tuttavia**, anche se in molte situazioni è possibile riconoscere qualche accadimento significativo, acuto o cronico, nella vita dell'individuo, tale da convincere della stretta correlazione tra esso e la dipendenza, **in molte altre circostanze l'ipotetica *noxa* patogena rimane vaga e generica, non diversa dalle difficoltà e dalle sfortune di una qualsiasi vita normale**. In effetti, l'unico fattore di rischio indiscutibile rimane solo la possibilità (cioè la disponibilità ambientale) di sperimentare l'assunzione della droga. Da quel momento, in soggetti che non siano immuni, per una qualche varianza genetica, agli effetti delle sostanze, si avvia la cascata di reazioni neuroemotive che possono, certo, dare beneficio a chi avesse un proprio disagio, ma che danno anche un'esperienza nuova, inaspettata e gratificante anche a chi abbia assunto la droga solo per curiosità, per sperimentazione o per superficialità. Gli effetti neurobiopsicologici sono tali da trasformare le emozioni e le percezioni, e successivamente le cognizioni, di una persona prima "normale" anche senza particolari

stati negativi premorbose: le droghe sono tali proprio perché, diversamente dalle non-droghe, possono modificare il funzionamento e la neurostruttura di una persona. In questo caso, possiamo parlare di **dipendenza primaria**, cioè non secondaria ad altre condizioni premorbose: l'*addiction* si struttura anche senza particolari condizioni di sofferenza premorbose.

Questa precisazione serve, oltre che per mettere al centro dell'interesse terapeutico i meccanismi neurobiopsicologici propri dell'*addiction*, a volte trascurati o minimizzati per lasciar spazio alla ricerca di cause altre, anche per sottolineare un aspetto che è centrale per la diagnosi.

Infatti, il processo diagnostico, come vedremo meglio più avanti, ha la finalità di dare un "senso" a ciò che si osserva, riconoscendo gli aspetti rilevanti, i nessi causali, le corrispondenze, le centralità: qualità che permettono la discriminazione e il discernimento. Verificare se (o almeno, in che misura) l'*addiction* è correlata ad altri aspetti della storia e del funzionamento della persona, oppure insorge come patologia *sestante*, pur con ricadute sulla vita della persona, consente di differenziare quadri clinici significativamente diversi.

5. La "doppia diagnosi" e la psicopatologia associata all'*addiction*.

È certamente utile qualche considerazione anche sulla cosiddetta "doppia diagnosi", che generalmente si riferisce alla compresenza di un disturbo psichiatrico associato alla dipendenza. Non approfondisco il fatto che la doppia diagnosi abbia luogo esclusivamente in un sistema diagnostico categoriale come il DSM, mentre in un sistema diagnostico dimensionale non ha significato. Mi limito a richiamare il fatto che il sistema di diagnosi tramite *check list* del DSM permette artefatti per cui un insieme di sintomi può soddisfare i criteri diagnostici per più di una patologia.

Sul piano epidemiologico si tratta di una questione rilevante: anche se i dati di ricerca sono estremamente variabili in ordine ai diversi criteri e alle diverse sensibilità diagnostiche, l'associazione tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze è estremamente frequente. Considerando i dati meno drammatici, si può stimare che **circa un terzo dei pazienti psichiatrici utilizzi droghe, mentre circa un quinto dei tossicodipendenti presenti disturbi psichiatrici rilevanti**. Inoltre, l'associazione tra disturbi di personalità e uso di sostanze, che in alcune casistiche supera il 90%, può essere prudenzialmente stimata attorno ai due terzi della popolazione con *addiction*⁸.

Dal punto di vista concettuale la doppia diagnosi pone il **problema del rapporto etiologico** tra disturbi psichiatrici e *addiction*: alcune manifestazioni patologiche come l'agitazione, i disturbi dell'umore, gli stati confusionali o deliranti possono essere determinati sia da una condizione psicopatologica sia dall'effetto delle sostanze o dalle crisi astinenziali. Differenziare la genesi del disturbo frequentemente non è possibile in base alla fenomenologia, e richiede un periodo di osservazione, esami tossicologici e

⁸ E. Bignamini *et al.*, *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica*, EDITEAM, 2002. P. Rigliano, *Doppia Diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina, 2004.

una accurata anamnesi. Inoltre, è spesso necessario un approfondimento della struttura e del funzionamento del soggetto, al fine di comprendere il quadro generale in cui si colloca la sintomatologia.

Spesso per gli psichiatri il dato positivo di una recente assunzione di droghe porta alla conclusione che i disturbi presentati dal paziente siano essenzialmente correlati alla dipendenza. Tuttavia, e questo lo approfondiremo appena più avanti, il solo dato tossicologico non è dirimente, e non esonera da un approfondito esame diagnostico.

I rapporti tra psicopatologia e *addiction* sono complessi da chiarire, perché richiedono di addentrarsi nelle teorie sulla genesi dei disturbi mentali e in particolare sulla neuropsicologia e sulla psicologia evolutiva. In questa sede può essere sufficiente tenere presente che esiste questa complessità e che i quadri clinici da essa derivanti, oltre che di difficile interpretazione diagnostica, possono essere multiformi e vedere le diverse componenti avere ruoli differenti nella combinazione del quadro clinico (disturbo psichiatrico primario e dipendenza secondaria; dipendenza primaria e disturbo psichiatrico secondario; dipendenza e disturbo psichiatrico co-occorrenti; patologia psichiatrica grave e dipendenza lieve; dipendenza grave e patologia psichiatrica lieve; e così via). È necessario quindi tenere presente che **una valutazione di questi aspetti richiede un tempo superiore e un lavoro collegiale e interdisciplinare.**

6. Le teorie interpretative sull'*addiction*.

Una disamina, anche breve, delle teorie interpretative sull'*addiction* non è possibile in questa sede, ma ritengo che dare almeno un'idea delle prospettive che si confrontano in questo ambito, rimandando ad altra sede gli approfondimenti (R. West, 2006)⁹, sia utile per avere quanto meno la sensazione delle complessità che l'attraversano. Del resto, dato che i sistemi e i processi diagnostici sono espressione di una impostazione teorica e non descrizioni "oggettive" della realtà, avere qualche riferimento sugli aspetti di ricerca a monte è decisamente opportuno.

Schematicamente, e scusandomi per la semplificazione eccessiva, possiamo riferire le teorie sull'*addiction* ai seguenti raggruppamenti (trattandosi di una carrellata di carattere generale, mi limito a citare i principali Autori senza specifici riferimenti bibliografici).

1. ***Addiction* come scelta.** L'*addiction* è considerata una **scelta razionale basata su preferenze stabili** ("*Rational Informed Stable Choice*" – RISC): tra le opzioni di vita realmente possibili, il soggetto considera quella la migliore in un dato momento. Tra queste teorie sono incluse quelle della "automedicazione" (Khantzian) e del "modello dei processi opposti" (Solomon), che bilanciano gli stati affettivi positivi e negativi.

⁹ R. West, *Theory of Addiction*, Blackwell Publishing, Addiction Press, 2006.

- a. In alternativa, l'*addiction* è considerata una scelta, ma sostanzialmente irrazionale, condizionata dalle condizioni di disagio del soggetto e con preferenze instabili. È mantenuta da errori (*biases*) nel sistema cognitivo, relative a credenze, aspettative, idea di autoefficacia, attenzione e attribuzioni di significato ("*cognitive bias theories*"; Ryan, Bradley). Questa visione fa da sfondo al "modello transteoretico o degli stadi del cambiamento" (Prochaska e Di Clemente), importante modello cognitivista sulla disposizione motivazionale al cambiamento.
 - b. Corollario di questa posizione teorica è la "*gateway theory*" (Kandel): una sostanza con minori effetti tossicomani genererebbe il soggetto assuntore più suscettibile ad utilizzarne una con maggiori effetti psicotropi. Il rapporto non è però necessariamente causale: i fattori di rischio per droghe "leggere" e "pesanti" possono essere gli stessi, così come può essere determinante la disponibilità di sostanze nell'ambiente di vita.
2. **Addiction come problema di impulso e *self-control*.** In questo gruppo si raccolgono teorie differenziate, dal modello della "malattia" (sviluppato da Jellinek in particolare per l'alcolismo), in cui cambiamenti patologici nel cervello determinano "bisogni" che sopraffanno il controllo, al modello della "personalità tridimensionale" (Cloninger), che correla specificità neurobiologiche a tratti della personalità (*novelty seeking, harm avoidance, reward dependence*), la cui alterazione rende vulnerabili allo sviluppo dell'*addiction*. Caso particolare, l'effetto AVE (*abstinence violation effect*, Marlatt), effetto dell'astinenza violata: un particolare processo cognitivo distruttivo che insieme a sensi di colpa e perdita di controllo aumenta la probabilità di una ricaduta completa. In quest'area si collocano gli studi sul "*craving*" (anche "urge", distinguendo sul piano psicologico una graduazione e una diversità qualitativa tra *desire, wanting, liking, urge*), la "fame" di droga, che si scatena prima della sensazione consapevole del desiderio e prima della possibilità di mettere un freno razionale.
3. **Addiction come *habit* e condizionamento operante.** In questa prospettiva, l'apprendimento del comportamento patologico avviene al di fuori dei meccanismi coscienti (rinforzi positivi, rinforzi negativi, rinforzi occasionali). Si sviluppano le teorie dopaminergiche, che riconoscono un ruolo centrale della dopamina e dei suoi effetti molteplici (gratificazione; fissazione nella memoria del comportamento gratificante; *impairment* frontale, cioè riduzione della potenza inibitoria dei centri corticali sulle spinte sottocorticali (descritta da Nestler nei suoi studi di derivazione animale). "*Incentive sensitisation theory*" (Robinson): la sensibilizzazione all'effetto della droga determina la salienza di determinati stimoli (*cue*) come *trigger* per il comportamento appetitivo (e anche se il piacere derivante dall'assunzione diminuisce, l'incentivo all'uso aumenta). Tra le teorie di derivazione sociale, in questo gruppo vale la pena di richiamare il "*social learning*" (Bandura): l'apprendimento del comportamento avviene attraverso l'osservazione dei comportamenti altrui e la comunicazione condizionante; viene sottolineata l'importanza delle risorse personali (maturità affettiva, educazione, cultura) per contrastare la pressione sociale all'uso.

4. **Brain Disease Model of Addiction.** Particolare attenzione, data la sua ampia diffusione, in parte anche tra il pubblico non specialista, va data al BDMA, basato su dati sperimentali, prevalentemente ottenuti da studi condotti con tecniche di *brain imaging*, per descrivere ciò che accade in vivo nel cervello (*Brain*), in cui si notano delle differenze funzionali e strutturali rispetto a soggetti non *addicted* (*Disease*); le differenze tra *addicted* e non *addicted*, confermate in ripetute osservazioni, sono considerate un modello per la patologia specifica (*Model of Addiction*). Le neuroscienze cognitive, nelle quali il BDMA trova evidentemente il suo fondamento, considerano il cervello essenzialmente un sistema finalizzato a reagire agli stimoli ambientali. In questa prospettiva, l'attività del cervello è guidata dalle richieste dell'ambiente: attraverso compiti e stimoli specifici i neuroscienziati cognitivi studiano i cambiamenti dell'attività neurale. Lo stimolo esterno produce attività neurale (visualizzabile) da cui, in un modo che attualmente non è ancora spiegato, si inferisce che emerga la coscienza dello stimolo. L'attività neurale e ciò che da essa deriva, produce la risposta dell'organismo allo stimolo. Nel caso dell'*addiction*, lo stimolo esterno additivo produrrebbe nel cervello modificazioni da cui deriverebbero le conseguenze che strutturano l'*addiction*: la gratificazione, l'apprendimento, le modificazioni della memoria, il *craving*, e tutti i processi di adattamento omeostatico e allostatico.
5. **Le neuroscienze affettive.** L'ultima, più completa, comprensiva e convincente visione dell'*addiction* deriva dagli studi di Panksepp, che collega la neurobiologia, la psicologia evoluzionista, le scienze del comportamento, la psicodinamica e la visione ambientale. L'**interdipendenza**, il legame con l'altro/ambiente, modalità selezionata evolutivamente e inscritta nel DNA per aumentare la *fitness* della nostra specie, è sostenuta da sistemi affettivi primari innati e non appresi, inconsci, fisiologici e funzionali alla sopravvivenza. Sfruttando questi sistemi affettivi del tutto normali, le droghe fanno sperimentare al soggetto le stesse sensazioni che si provano quando si interagisce con l'ambiente in modo corretto e soddisfacente come previsto dal sistema incentivante/disincentivante che guida la sopravvivenza. Il soggetto prova le stesse sensazioni positive senza però la necessità di relazione con l'altro e di confronto con il mondo: l'illusione di poter provare una profonda soddisfazione senza dipendere dall'altro, sostiene una illusione di controllo su di sé e sul mondo, che lega alla droga.

In sintesi: nonostante la brevità, spero possa risultare chiaro come l'*addiction* costituisca un problema che coinvolge dimensioni radicali della vita umana e che si sviluppa con notevole complessità, coinvolgendo tutte le dimensioni individuali e sociali. Si può considerare che la dipendenza sia un meccanismo (o una strategia) che la specie umana ha sviluppato per sopravvivere, quindi fisiologica e inscritta nel DNA, su cui si aggancia il meccanismo dell'*addiction*, attraverso gli effetti neurobiologici e, anche, le pressioni ambientali e socioculturali. In questa prospettiva, credo si possa comprendere come lo sforzo diagnostico possa dare risultati chiari e convincenti su alcuni aspetti, lasciando invece meno sicure altre risposte.

7. Gli abituali strumenti per la diagnosi dell'*addiction*.

Acquisiti i riferimenti essenziali per orientarsi in un ambito ancora così poco conosciuto¹⁰ e così complesso come l'*addiction*, vediamo ora come si può procedere per **ottenere una diagnosi ragionevolmente chiara e attendibile**, almeno su alcuni punti.

Cominciamo con quanto indicato dal Decreto del Ministero della Sanità n. 186 del 12 luglio 1990, riferimento normativo per la formulazione della diagnosi in questo ambito, che prevede che:

1. L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi appresso indicati:
 - a) riscontro documentale di trattamenti sociosanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali;
 - b) segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa;
 - c) sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;
 - d) sindrome di astinenza in atto;
 - e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

Vale la pena evidenziare che il DM utilizza una terminologia diversa da quella finora presentata, cioè **uso abituale**, introducendo così una ulteriore complicazione e, in un certo senso, una discreta confusione. L'uso abituale, infatti, non è automaticamente una patologia o una condizione che modifica il funzionamento del soggetto, e se dalla diagnosi possono discendere decisioni di tipo giuridico, questo ha rilevanza. Viene quindi lasciato spazio, con questo termine, ad una ambiguità che costituisce l'essenza della difficoltà tecnica, quando una diagnosi condiziona la possibilità di un soggetto di accedere a determinate misure di garanzia, di discriminare tra un uso frequente, ma voluttuario, e una dipendenza trasformativa.

¹⁰ Ciò che è poco conosciuto, è ciò che già si conosce. Più chiaramente: gli elementi per comprendere e trattare l'*addiction* sono già a disposizione, esistono teorie convincenti ed esplicative, fondate su un'ampia documentazione di ricerca. Tuttavia, la complessità del tema e la fatica che richiede il muoversi nella complessità e nella interculturalità, nonché l'accogliere punti di vista scientificamente dimostrati ma controintuitivi e che sovvertono, in un certo senso, il comune sentire e le opinioni stereotipate, fanno sì che le conoscenze disponibili non si diffondano e non vengano né conosciute, né riconosciute, né utilizzate. Ancora oggi, troppo pochi conoscono gli studi di Panksepp e, in generale, le scoperte delle neuroscienze affettive, tantomeno sono in grado di integrarle con la psicologia dinamica e di tenere conto anche dei contributi della teoria della complessità. La maggior parte dei professionisti preferisce utilizzare teorie monolitiche, che spiegano tutto con un solo punto di vista (semplificazione difensiva), affidarsi a una disciplina piuttosto che sviluppare cultura, anche quando i pazienti che hanno davanti devono essere deformati per farli rientrare nei costrutti aprioristici (Kernberg). Ciò che è conoscenza già disponibile, non viene accolta e rimane ancora un tesoro disponibile ma nascosto. Del resto, è normale nella storia della scienza: prima che una scoperta innovativa entri nella logica e nella prassi comune dei professionisti e poi venga accettata dal grande pubblico, sono necessari conflitti e tempi prolungati.

Dei punti specificati, solo il punto a) offre un certo sostegno ad una conferma della diagnosi di *addiction*, cioè di una condizione in cui il rapporto soggetto-droga è tale da modificarne il funzionamento biopsicologico e di prevalere, come legame significativo nella vita della persona, su altri legami. Infatti, si può inferire che se il soggetto ha già avuto trattamenti specifici presso servizi per le dipendenze (non solo accessi al pronto soccorso, che hanno natura di acuzie), allora sia stata già posta una diagnosi (il che, peraltro, ha essenzialmente valore storico-anamnestico, e non necessariamente attuale).

Tutti gli altri punti richiamati dal Decreto Ministeriale purtroppo non sono dirimenti.

L'intossicazione o la sindrome astinenziale sono effetti biologici acuti, che pur confermando l'assunzione della sostanza, non ne rivelano la gravidanza (anche il DSM non li ritiene sufficienti per fare una diagnosi). L'intossicazione dimostra essenzialmente che il soggetto non è tollerante verso la quantità di sostanza che ha assunto, come può succedere a chi la prova per la prima volta; l'astinenza può presentarsi anche in un soggetto in terapia con farmaci antidolorifici, o ansiolitici, o psicotropi in genere, assunti a dosi terapeutiche. I parametri puramente biologici non risolvono da soli il quesito diagnostico.

Anche gli esami dei liquidi biologici e dei tessuti non sono risolutivi: gli esami sul sangue risultano positivi solo per qualche ora; gli esami sulle urine solo per qualche giorno: possono quindi confermare che nei giorni precedenti è stata assunta la sostanza, il che non dice nulla sul pregresso (ad esempio, non è insolito che chi commette un reato tenti di preconstituirsì una via d'uscita dal carcere verso una più confortevole comunità terapeutica assumendo *ad hoc* una dose di droga che risulterà poi ai test). Gli esami tricologici (in genere, sul capello) hanno un orizzonte temporale più ampio, risalendo in genere ai tre mesi precedenti il prelievo del campione. Si tratta di un periodo piuttosto breve, ma che potrebbe essere significativo se nelle frazioni di capello corrispondenti ad ognuno dei tre mesi il risultato fosse positivo. Tuttavia, il limite dell'esame tricologico è che ad oggi non è possibile correlare il risultato di laboratorio con un *pattern* di utilizzo della droga (anche se si stanno facendo sforzi di ricerca in tal senso): l'esame risulta positivo sia che l'assunzione di droga sia avvenuta ogni giorno del mese, sia che sia avvenuta solo una o due volte nel mese: una differenza rilevante dal punto di vista del significato dell'assunzione di droga.

Infine, i segni di assunzione **abituale** della droga (punto b), se in alcuni casi parlano chiaramente del rapporto tra soggetto e droga (ad esempio, negli assuntori inveterati di droghe per via endovenosa o, in alcuni casi, per via nasale), tuttavia non sono sempre reperibili, ad esempio nel caso di assunzione per via orale o inalatoria. Un'ampia casistica, sempre più frequente, di *addiction* da nuove droghe o di polidipendenza non fornisce elementi a questo approccio.

La ricerca diagnostica di tipo medico e laboratoristico attuale, considerato che non è possibile affidarsi in modo univoco a uno o pochi parametri, si sta sforzando di arricchire sempre più gli strumenti e gli indicatori che possano illuminare il quadro clinico. Tuttavia, ad oggi, **gli strumenti "oggettivi" di laboratorio sono senz'altro un ausilio complementare al processo diagnostico, ma non più che quello.** È pertanto inadeguato

fondare la “diagnosi” di tossicodipendenza essenzialmente sul riscontro positivo degli esami biotissutali, o sulla loro negatività. Lo stesso DSM offre per la diagnosi un sistema di valutazione che si fonda su caratteristiche del funzionamento del soggetto, e non sostanzialmente su parametri di biologia, così come il progressivo riconoscimento come patologia del gioco d’azzardo, in cui non è ad oggi possibile evidenziare specifici *markers* biologici, ha costretto a utilizzare altri riferimenti osservazionali per porre diagnosi.

8. In fine: qualche riflessione.

Le difficoltà sopra rappresentate, pur correlate a limiti tecnici che saranno progressivamente “spostati” in là da nuove tecnologie e da nuove conoscenze, sono tuttavia adeguate alla complessità, e quindi alla irriducibilità, di un fenomeno come l’*addiction*. La diagnosi non sbrigativa e non troppo semplificativa, deve quindi utilizzare un ampio spettro di visioni, medica clinica e laboratoristica, psicologica strutturale e funzionale, situazionale e ambientale. Deve quindi prevedere un **intervento collegiale, interdisciplinare e interculturale**¹¹, che unisca e utilizzi saperi e visioni diversi opportunamente integrati e deve prevedere un tempo di osservazione che permetta la conoscenza della persona da parte di professionisti formati e con una ampia esperienza. Infatti, la valutazione del rapporto trasformativo e del legame con la droga necessita di una collaborazione con il paziente¹² che solo in un percorso di conoscenza e di riconoscimento reciproco si può sviluppare.

Nonostante questo, la natura stessa della dipendenza come condizione patologica ne fa qualcosa di sostanzialmente diverso da un quadro clinico come si è abituati a pensarlo, forse con troppa fiducia nel potere della tecnica.

A fronte di tutto ciò e nonostante tutto, si può affermare con realismo che nella maggior parte dei casi è possibile, con diversi gradi di sicurezza, porre diagnosi di *addiction* o negarla. Le modalità correntemente utilizzate dai professionisti esperti dei Servizi sono generalmente valide per avere dei responsi attendibili. Nei casi in cui il

¹¹ Differenti discipline (conoscenze che vengono insegnate e apprese, *corpus* dottrinario trasmesso. Indicano, in questo caso, il sapere consolidato, ortodosso, il “come si deve pensare e fare”) possono contribuire ad affrontare le complicazioni di una situazione (collaborazione interdisciplinare). Tuttavia, di fronte alla complessità, è necessario che le cognizioni siano integrate con l’esperienza ed elaborate con la creatività, che non prescinde dagli elementi disciplinari, ma li trascende e li trasforma in qualcosa di innovativo e maggiormente comprensivo: questo è il contributo della cultura, e l’integrazione di culture diverse amplifica ulteriormente la potenza del processo di conoscenza. Culture diverse, oltre a *corpus* di nozioni diverse, portano prospettive, sensibilità, intuizioni, narrazioni e finalità diverse, necessarie per una più completa comprensione. In questo senso, la condivisione del processo diagnostico da parte di professionisti diversi, portatori non solo di saperi, ma di culture, come medici di varie specializzazioni, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali offre una maggiore affidabilità che non quella del “luminare” che lavora singolarmente.

¹² In questo lavoro ho consapevolmente lasciato da parte la questione della relazione terapeuta-paziente, ritenendo prioritario dare qualche rappresentazione dell’*addiction* e discutere il significato di strumenti diagnostici su cui spesso, soprattutto in ambito giuridico, si fa troppo affidamento, perché considerati “oggettivi” anche se oggettivo è il dato, il cui significato è invece da interpretare correttamente. Tuttavia, sono ben conscio di quanto sia importante lo sviluppo di un rapporto terapeutico che permetta, attraverso la formulazione di successive ipotesi diagnostiche, giungere ad una sintesi conoscitiva sufficientemente fondata e certa.

quadro diagnostico sia particolarmente difficile da comprendere, e spesso lo è per interferenze che inficiano l'imprescindibile rapporto di fiducia e di collaborazione necessario in ambito terapeutico, per formulare una valutazione diagnostica è necessario potersi avvalere non tanto del super-professionista, quanto di una *équipe* di lavoro sperimentata, e del tempo necessario. La fretta e il semplicismo, il ridurre tutto a pochi "comodi" dati apparentemente "oggettivi" senza alcuna attenzione alla possibilità di comporre il quadro complessivo, la non accettazione della complessità dell'*addiction* e della sua peculiarità come "patologia", espone ad una pratica clinica e giuridica meccanica e stereotipata, utile a "smistare" i casi, non certo a gestirli nel modo più vantaggioso.