

HENRI MARGARON

## L'ADDICTION: NUOVA CLINICA O MODELLO CLINICO?

### Estratto

Il concetto di addiction che ha permesso di avvicinare, sulla base di elementi clinici e neurofisiologici comuni, tutt'una serie di abitudini patologiche alla dipendenza da sostanze psicoattive, più che una nuova clinica rappresenta una lettura più fedele della complessità di questi fenomeni.

La coazione a ripetere il comportamento nonostante i rischi ai quali espone l'individuo così come possiamo osservare nella tossicodipendenza, ha spinto un numero sempre maggiore di autori ad avvicinare a questo problema tutt'una serie di condotte patologiche che non implicano l'uso di sostanze psicoattive. A dire il vero l'intuizione non è nuova, già nel 1945, Fenichel chiamava "*tossicomanie senza droghe*" alcuni problemi alimentari come l'anoressia e la bulimia. Prima ancora P. Janet nella prefazione alla traduzione francese del testo di Kraft-Ebing *Psycopathia Sexualis* scriveva nel 1931: "*credo che dobbiamo andare più in là ancora e riconoscere che lo stesso paziente può essere a volte dipsomane, drogomane o erotomane*", anticipando così la nozione di comportamento addictivo. Inizialmente riferito a certi disturbi alimentari, ad alcune forme di eccessi sessuali, o al gambling patologico, il sospetto di processo addictivo sembra possa essere esteso a numerose abitudini che possono assumere un carattere compulsivo o coatto. In un recente lavoro l'Associazione Americana di Psichiatria ha censito più di 40 forme de nuove addiction. Né dobbiamo dedurre che aveva ragione Antonin Artaud a considerare che la natura umana fosse inesauribilmente votata al vizio: "*Siamo nati corrotti nel corpo e nell'anima, siamo geneticamente inadeguati; sopprimete l'oppio, non sopprimerete il bisogno di delitti, i tumori del corpo e dell'anima, la tendenza alla disperazione, il cretinismo connaturato, il vaiolo ereditario, la fragilità degli istinti, non impedirete che vi siano anime destinate al veleno qualunque esso sia, veleno della morfina, veleno della lettura, veleno dell'isolamento...*". O la compulsione è l'evoluzione possibile di ogni abitudine quando si verificano delle condizioni particolari? Ma quali? E dove situare il limite tra abitudine e compulsione? Comunque il suggerimento di una nuova clinica, quella dell'addiction, si fa sempre più incalzante.

### 1) ADDICTION COME PROPOSTA DI UNA NUOVA CLINICA

Anni fa con la proposta, avanzata agli inizi degli anni 90, di un corso di formazione specifico per gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze era già affacciata l'ipotesi di una clinica delle farmacotossicodipendenze, come sappiamo senza successo. La suddivisione delle scienze mediche in varie cliniche risponde a criteri molto diversi tra di loro. Alcune si basano su un'unità anatomico-funzionale come la cardiologia, la pneumologia o l'endocrinologia, altre su delle esigenze terapeutiche o diagnostiche come la chirurgia o la radiologia, altre, ancora, su una patogenesi comune, vedi l'immunologia o le malattie infettive. Altre specializzazioni, infine, rispondono ad esigenze puramente sociali o epidemiologiche, come la medicina del lavoro, delle assicurazioni o dell'igiene. Tutte comunque sono subordinate all'esigenza di offrire una risposta più efficace ad alcuni aspetti di sanità

pubblica. Per il legislatore, la costituzione dei servizi per tossicodipendenze non rispondeva tanto alla percezione di una nuova entità clinica quanto all'esigenza, di dare una risposta più efficace ad un problema sociale.

Si è così abbandonato l'idea di creare una clinica delle farmacotossicodipendenze, si è chiesto a dei servizi istituiti per rispondere all'urgenza dell'eroina, di occuparsi di altre patologie come l'alcolismo, poi più recentemente del tabagismo o dell'abuso di droghe sintetiche, condotte, comunque, tutte legate all'assunzione di sostanze tossiche. Paradossalmente, mentre smentivano l'idea di un corso di formazione specifico per gli operatori dei Ser.T, le autorità pubbliche hanno incoraggiato loro ad occuparsi di altre condotte patologiche come il gambling patologico o i disturbi alimentari. La pratica quotidiana ha così permesso agli operatori di affinare la loro percezione del fenomeno e di riconoscere che esistono delle similitudini, a vari livelli, tra tossicodipendenza e queste altre patologie che sembravano rendere lecito il loro avvicinamento o per lo meno la loro attribuzione ai Ser.T.

a - Prima di tutto ritroviamo una similitudine fenomenologica tra questi disturbi che risponde alla descrizione proposta da Goodman sui comportamenti di addiction

- 1) impossibilità di resistere all'impulso di impegnarsi nel comportamento,
- 2) tensione interna crescente prima di iniziare il comportamento,
- 3) piacere o sollievo al momento dell'azione,
- 4) perdita del controllo già all'inizio del comportamento,
- 5) almeno 5 degli 8 criteri seguenti:
  - . preoccupazione frequente per il comportamento
  - . impegno più intenso o più lungo del previsto
  - . sforzi ripetuti per ridurre o smettere
  - . tempo considerevole passato a realizzare il comportamento o a rimettersi dai suoi effetti
  - . riduzione delle attività sociali, professionali, familiari determinata dal comportamento
  - . l'impegno nel comportamento impedisce di assolvere agli obblighi sociali, familiari o professionali,
  - . perseveranza nonostante i problemi sociali, finanziari o fisici,
  - . agitazione o irritabilità se è impossibile attuare il comportamento.

b - La frequenza del passaggio da una forma ad un'altra di queste manifestazioni di sofferenza per cui un tossicodipendente può diventare alcolista, poi giocatore poi compratore impulsivo. L'immagine del giocatore di poker incallito, tirando nervosamente sul suo sigaro, un bicchiere di whisky alla mano ha sicuramente un certo fondamento che va al di là della semplice tradizione iconografica.

c - La similitudine delle proposte terapeutiche. Richiedono spesso un approccio integrato, medico, psicologico e socioculturale, mentre nel campo delle riabilitazione grande importanza assumono i gruppi di auto-aiuto o le comunità terapeutiche.

d – L'osservazione di dinamiche farmacologiche e neurofisiologiche comuni a queste varie forme di disturbi.

- Si può osservare un aumento intrasynaptico di dopamina e di serotonina a livello del nucleo accumbens, una piccola struttura del sistema limbico, al momento della realizzazione del comportamento di addiction, che si tratti del consumo di sostanze o di condotte compulsive.

- A livello neurofisiologico le teorie di Zukermann sulla ricerca di sensazioni e la classificazione in due categorie delle personalità addictive da sostanze (il gruppo A cerca un aumento del livello di stimolazione mentre quello B cerca una diminuzione), si basano sull'ipotesi della necessità di garantire un livello di attivazione cerebrale ottimale, in parte, geneticamente codificato. Tali ipotesi possono essere estese per tutte le condotte addictive che potrebbero così rappresentare un tentativo per ottimizzare il livello di attivazione generale del nostro sistema nervoso.

## 2 – ADDICTION VERSO UN MODELLO CLINICO

Le biotecnologie, in effetti, hanno permesso di osservare che tutte le sostanze di cui l'uomo tende ad abusare, provocano un aumento di dopamina a livello del nucleo accumbens, una piccola struttura situata all'interno del sistema limbico di cui si conosce da tempo il ruolo nell'affettività e nella memoria. Tale osservazione ha suggerito che la forza che spinge i consumatori verso certe droghe è la spinta a provocare di nuovo un aumento di dopamina, una volta esauriti i loro effetti.

Ma allora aveva ragione Lewin che dichiarava nel 1924: “ In realtà sono le proprietà fisiologiche stesse di queste sostanze che spiegano l'attrazione che esercitano e che conducono a rinnovarne l'uso spesso o tutti i giorni. E' il potere che hanno di modificare in un senso piacevole il funzionamento del sistema nervoso, di stimolare nel cervello l'attività dei centri che comandano le impressioni del piacere o del gradimento, di provocare in una certa misura il ricordo di stati piacevoli già avvertiti ” Se il grande farmacologo tedesco se riconosceva che vi sono vari motivi che possono spingere l'individuo a ricercare una sostanza, come la malattia, la sofferenza o il desiderio di evasione... non attribuiva loro un ruolo fondamentale nell'evoluzione verso la compulsività. All'epoca Lewin non aveva a disposizione gli elementi di conoscenza di cui disponiamo oggi e che permettono di sapere che l'integrazione tra dimensione fisiologica, psicologica avviene a livello dei movimenti mediatoriali che ogni singola dimensione richiede. Tutte le strutture del nostro cervello sono collegate fra di loro da una fitta rete di connessioni, per cui l'attività del nucleo accumbens è influenzata da tutto quanto avviene contemporaneamente in ognuna delle strutture del nostro cervello il quale esplica sempre più funzioni insieme. Queste caratteristiche del funzionamento cerebrale e l'osservazione, appunto, che tali aumenti di dopamina si verificano in situazioni di piacere in cui non vi è assunzione di sostanze spinge a pensare che il termine di Centro di Gratificazione con il quale alcuni autori chiamano il nucleo accumbens possa essere fuorviante. In effetti questo nucleo non deve essere ridotto ad una struttura che elargisce gratificazioni quando viene adeguatamente stimolata, ma piuttosto concepito come un centro di associazione in cui si verifica un aumento di dopamina quando l'attività prodotta o la sostanza assunta provocano sull'insieme del nostro cervello degli effetti che si traducono con un benessere fisiologico, psicologico e sociali. Possiamo così trovare nelle più recenti scoperte nel campo della biologia, alcune risposte all'osservazione corrente secondo cui il piacere o il desiderio di ripetere una esperienza gratificante, sono sempre legati alla storia personale, alle aspettative dell'individuo ed al contesto in cui avviene l'esperienza. In realtà le conoscenze attuali relative alla fisiologia cerebrale ed in particolare alla sua dimensione biomolecolare, così come quelle relative al nostro genoma, indicano

quanto l'organizzazione del nostro cervello non sia definitivamente strutturata dal nostro codice genetico, ma modellabile e modificabile dalle esperienze e dalle relazionali alle quali la vita espone ognuno di noi.

Le tossicodipendenze in cui l'assunzione di sostanze può provocare delle modificazioni stabile, non legate solamente al momento dell'intossicazione acuta, del comportamento ha obbligato gli operatori confrontati a questi problemi, a rifiutare la dicotomia psicogenesi/organogenesi per spingerli a ricercare modelli in cui si possono articolare a livello neuronale, le dimensioni fisiologiche, psicologiche e relazionali dell'individuo. In questo senso il centro di gratificazione, più che una nuova etipopatogenesi suscettibile di giustificare una nuova clinica, rappresenta una strada stimolante a ripensare, in modo più integrato ed unitario, i processi dell'ontogenesi.

### *Bibliografia:*

1. Bailly D., J.L. Venisse, Dépendance et conduites de dépendance, Masson, Paris 1994.
2. Changeux J.P., L'homme neuronal, Fayard, Paris, 1983
3. DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Masson, Milano 1996.
4. Goleman D., Emotional intelligence, trad. it. Rizzoli, Milano 1996.
5. Laborit H., L'inhibition de l'action, Masson Paris 1979, 2° edizione 1986.
6. Lewin L., Il grande manuale delle droghe, tr. it. 1928, rist. anastatica Melida Editori, La Spezia 1993.
7. Margaron H., Il labirinto della dipendenza, Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.
8. Margaron H., Le Stagioni degli dei, Raffaello Cortina editore, Milano 2001.
9. Restak R., the modular brain, trad. it. Longanesi, Milano 1998.
10. Robert Ph., Benoit M., Bases neuroanatomiques des comportements et émotions, Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37-530-A-15, 2001,7p.
11. Roques B., La dangerosità des drogues, Odile Jacob, Paris 1999.
12. Trattato Italiano di Psichiatria, Masson editore, Milano 1993.
13. Vincent J.D., La biologie des Passions, Ed. Odile Jacob, 1986.
14. Zuckerman M., Vulnerability to psychopathology: a biosocial model, Washington, DC, USA, American Psychological Association, 1999.

HENRI MARGARON

Psichiatra e Psicoterapeuta  
Direttore del Dipartimento delle Dipendenze ASL 6 Livorno