

Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati

Master Biennale in Comunicazione della Scienza

Anno Accademico 2010 - 2012

Le droghe, la mente e il cervello

La comunicazione delle tossicodipendenze
fra linguaggi scientifici e psicosociali

Relatore:

Vincenza Pellegrino

Tesi di:

Gianluca Carta

*A papà,
che da bambino mi ha insegnato a non disperarmi quando un'onda distruggeva
il mio castello di sabbia. "Domani, se lo vorrai, ne farai uno ancora più bello"*

Indice

Introduzione	
Comunicare la tossicomania nell'epoca delle neuroscienze	7
Le droghe e il cervello: cosa ci dicono le neuroscienze	13
La dipendenza è una malattia? Un concetto non scontato	23
Il tossicodipendenza e libero arbitrio secondo la scienza	35
La droga ve la spieghiamo così: il Dipartimento per le politiche Antidroga e la comunicazione istituzionale della tossicodipendenza	45
Tossicomania, libero arbitrio e cervello: cosa pensano i tossicodipendenti	57
Conclusioni	73
Appendice A - Nota metodologica	77
Appendice B - Le interviste	85
Bibliografia	103

Introduzione

Comunicare la tossicomania nell'epoca delle neuroscienze

“Forse ha ragione, Watson. Sì, credo che dal punto di vista fisico la cocaina abbia un’influenza dannosa. Ma io la trovo così straordinariamente stimolante e chiarificatrice per la mente che la sua azione secondaria diventa cosa di poco conto”. Watson: “Sa bene che si espone a una dipendenza: sicuramente il gioco non vale la candela”

Per quanto possa sembrare ormai scontato e ben definito, il concetto di dipendenza è molto più complesso di quanto risulti dopo un primo approccio semplice e superficiale.

Il primo a parlare di dipendenza come condizione patologica è stato Benjamin Rush nel 1793², riferendosi più che altro all’aspetto compulsivo

¹ DOYLE ARTHUR CONAN, *Il segno dei quattro*, Mondadori, Milano, 2005

² CAMPIONE GUGLIELMO, NETTUNO ANTONIO, *Il gruppo patologico delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2007

e all'ossessiva ricerca della sostanza per placare stati di ansia e soddisfare un *irrefrenabile* impulso al piacere. L'approccio di Rush per un lungo periodo non ha subito sostanziali modifiche e, anzi, ancora oggi, per il senso comune, il termine dipendenza - in particolar modo riferito alle sostanze psicoattive - risulta ancorato fortemente agli stili di vita, alla compulsione e agli aspetti psicosociali e comportamentali, nei quali l'astinenza e il *craving* costituiscono i principali elementi che etichettano un individuo come *tossicodipendente*.

Il quadro è cambiato drasticamente da 25 anni a questa parte, con l'ingresso in scena delle neuroscienze e - soprattutto - delle principali tecniche di osservazione neurologica che oggi permettono di studiare il comportamento e le caratteristiche cerebrali su un soggetto vivo.

La dipendenza da disordine inquadrabile all'interno di un'attestazione empirica, quanto soggettiva, della mutazione comportamentale del soggetto ai fini della ricerca della sostanza e del piacere, ha lentamente assunto i contorni di una vera e propria malattia, dove *in primis* sono i processi neurologici (a cominciare dal *decision making*) e la conformazione fisica del cervello a essere modificati dall'assunzione della sostanza psicoattiva. Sicuramente un grande contributo nel definire meglio questi meccanismi è stato dato proprio dalle tecniche di *neuroimaging* (FRMI, MRI, PET, SPECT, ecc.) che permettono di evidenziare e rappresentare non solo le strutture ma anche il funzionamento e le attività delle aree e delle connessioni cerebrali variamente coinvolte nei processi disfunzionali che portano alla dipendenza.

Analizzando la questione unicamente dal punto di vista scientifico, i passi avanti nella comprensione dei meccanismi comportamentali del soggetto tossicodipendente sembrano essere, se non risolutivi nell'immediato, sicu-

ramente sufficienti a delineare un'unica linea guida per affrontare lo spinoso tema della tossicodipendenza, presentandola come una complessa malattia da prevenire e curare. Il cambio di paradigma nel concetto di tossicodipendenza - da meccanismo di inclusione/esclusione sociale a malattia misurabile con gli strumenti della neuroscienza - si riflette in maniera profonda nel mutamento del processo comunicativo attorno al tema in questione: le campagne di prevenzione e di informazione si appoggiano sempre più sulla scienza, sull'accostamento fra dipendenza e malattia e sulla figura di uno scienziato attestatore della reale pericolosità delle sostanze psicoattive e psicotrope per la salute e autonomia. Un processo comunicativo nel quale il pubblico viene visto come un contenitore vuoto da riempire con corrette informazioni scientifiche, in modo che possa *oggettivamente* considerare sostanze come l'eroina, la cocaina e l'alcol non come possibili veicoli di esperienze sensoriali o evasione sociale ma semplicemente come sostanze pericolose per la propria incolumità fisica.

Una comunicazione che non solo ricalca in buona parte un modello di deficit ormai superato ma che sembra non tenere conto della più recente letteratura in tema di *illness narrative*, ovvero dell'approccio allo studio della malattia che non si riferisce solo ai suoi meccanismi biologici (*disease*) ma anche al suo aspetto narrativo (*illness*) e alla sua sfera sociale (*sickness* e *sickscope*), in modo che essi risultino funzionali alla *compliance* fra medico e paziente e al miglioramento delle cure o terapie.

A complicare ancora di più il quadro sono le strette correlazioni fra le neuroscienze e altre discipline anche umanistiche, che hanno portato negli ultimi dieci anni allo sviluppo di campi di studio quali *neuroetica*, *neuroestetica*, *neuromarketing* e *neuropolitica*, solo per citare alcuni esempi. Partendo dalle più recenti acquisizioni della ricerca nel campo delle neuro-

scienze si tenta quindi di ridefinire concetti come libero arbitrio, autonomia e scelta che sembravano scontati, immutabili e al riparo da considerazioni scientifiche. Un dibattito fervido e appassionante che si riflette nello specifico anche sull'argomento di interesse di questa tesi, la tossicodipendenza, in particolare per quanto concerne la libertà e l'autonomia di scelta dell'individuo nell'assunzione delle sostanze psicoattive.

L'intreccio fra scienze mediche e scienze sociali, il continuo evolversi della ricerca in campo neuroscientifico, la letteratura sulla *illness narrative* e la ridefinizione di alcuni concetti fondanti il Soggetto ora alla luce delle caratteristiche neuronali ora alla luce delle condizioni sociali cui è esposto, sono gli elementi cardine che questa tesi affronterà per cercare di capire come e se è possibile uscire dall'*impasse* di una comunicazione a verso unico, senza presentare la scienza come certificatrice di una condizione patologica fino a quel momento non misurata con alcun dato.

L'obiettivo principale della tesi è dare visibilità ad altri modi di concepire e comunicare la tossicodipendenza, che, nei fatti, contribuiscono a diverse costruzioni sociali del tossicodipendente, a diverse forme di stigma e, infine, ai diversi modi in cui si definisce la norma definendo la devianza.

In tal senso, ho cercato di mettere a confronto le differenti concettualizzazioni della dipendenza e i diversi modi in cui esse compaiono nei discorsi dei tecnici (studiosi), delle istituzioni della cura (SerD, Dipartimento per le politiche Antidroga) e degli utenti (tossicomani). Cercando di chiarire e analizzare il complesso quadro delle tossicodipendenze e la loro comunicazione sarà analizzata la comunicazione istituzionale on-line del Dipartimento per le politiche Antidroga e sarà inserita nel testo l'intervista al neuroscienziato Gian Luigi Gessa, fra i massimi esperti al mondo delle tossicodipendenze. Saranno poi riportate sette interviste a tossicodipendenti da

cocaina, eroina, alcol e cannabinoidi di un SerD della Sardegna, nel tentativo di capire in che modo il vissuto narrato da questi ultimi possa risultare funzionale alla ridefinizione della comunicazione istituzionale sulle tossicodipendenze e se i linguaggi degli esperti scientifici siano vicini o distanti da quelli dell'utenza.

Le droghe e il cervello: cosa ci dicono le neuroscienze

La ricerca nel campo delle neuroscienze, in particolare in quello delle *cognitive neuroscience*, ha avuto un'accelerazione improvvisa a partire dagli anni '80, grazie allo sviluppo dell'informatica e delle tecniche di monitoraggio e visualizzazione delle attività cerebrali in tempo reale. Di conseguenza, è notevolmente incrementato l'interesse dell'intera comunità scientifica e dell'opinione pubblica attorno a un ramo della scienza che da subito è sembrato essere risolutivo per comprendere la genesi e l'evoluzione non solo di alcune malattie come la schizofrenia, ma anche di comportamenti e attitudini che si discostano dalle moderne convenzioni sociali.

Uno degli argomenti maggiormente dibattuti e oggetto di studio è stato quello della tossicodipendenza sia per la sua complessità intrinseca sia per il presunto rischio sociale che essa rappresenterebbe.

Nonostante il senso comune voglia che l'eccessivo uso di sostanze psicoattive sia una deriva della moderna società, in realtà l'utilizzo di droghe ha

radici molto più antiche, visto che grazie a esse l'essere umano ha sempre cercato di alterare il proprio stato di coscienza per sconfiggere emozioni negative o per provare esperienze che potessero vincere i vincoli della quotidianità e concedergli una dimensione mistica, sacra³. Durante il XX secolo il consumo di droga, che fino al secolo precedente aveva riguardato prevalentemente artisti e intellettuali, si è esteso a larghe fasce della popolazione, attirando dunque gli interessi della malavita organizzata e diventando così fonte di rischio e pericolo sociale.

Nel corso degli anni è diventato quindi un obiettivo sempre più pressante capire il fenomeno della tossicodipendenza in modo da prevenirne l'uso e l'abuso e comprendere il comportamento del consumatore di droga per poter così limitare i rischi verso lo stesso dipendente e nei confronti del resto della società.

Quando parliamo di droghe possiamo elencarne cinque: l'alcol, la morfina, la cocaina, la nicotina e il delta-9-tetraidrocannabinolo (THC)⁴, tutti possibili sostitutivi di molecole endogene (la cocaina al posto della dopamina, la nicotina in vece dell'acetilcolina, la cannabis come vicario dell'anandamide, e così via). Prendendo come riferimento queste cinque droghe, la parola tossicodipendente *tout court* si usa, in genere, riferita ai consumatori di cocaina ed eroina; i tossicodipendenti da alcol sono, invece, chiamati alcolisti e i tabagisti cronici semplicemente dipendenti o fumatori.

Le neuroscienze rappresentano, non solo da oggi, un tassello fondamentale per la comprensione del mondo delle tossicodipendenze. Quello a cui oggi stiamo assistendo, e di cui le neuroscienze sono il primo motore, è in-

³ CANALI STEFANO, *Alter Ego*, Edizioni del Centro per la Diffusione della Cultura Scientifica - Università degli Studi di Cassino, Cassino, 1995

⁴ GESSA GIAN LUIGI, *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2008

vece lo spostamento, nell'immaginario comune, dell'idea della tossicodipendenza da disagio dell'anima a vera e propria *malattia* del cervello.

Il primo neuroscienziato a essersi interessato alla questione delle tossicodipendenze fu Sigmund Freud, partendo dalla semplice osservazione che la cocaina facesse provare sensazioni di euforia e felicità pari a quelle di un individuo "normale", che non avesse assunto alcuna sostanza. Da quel momento decine di scienziati hanno studiato le droghe e il modo che esse hanno di modificare il cervello e provocare i noti effetti, arrivando infine a individuare quali sono le aree maggiormente interessate dall'azione delle stesse sostanze psicoattive.

Uno dei concetti sui quali i neuroscienziati si sono maggiormente concentrati è quello di *ricompensa*, e della capacità di cercare e ottenere tali ricompense come obiettivo delle proprie azioni. Per ricompensa intendiamo l'insieme di quegli stimoli che rafforzano positivamente un determinato comportamento e spingono ad aumentarne la frequenza o l'intensità⁵. Il meccanismo della ricompensa viene controllato da un complesso sistema di cellule e vie nervose che utilizzano un particolare neurotrasmettitore: la dopamina.

Il sistema dopaminergico è spesso chiamato in causa quando si parla di dipendenze, visto il suo ruolo attivo nel mantenere vivo un piano motivazionale orientato a ottenere un rinforzo positivo⁶. In pratica le droghe, "ingannando" il nostro organismo vengono scambiate da questo come molecole endogene, per esempio dopamina, e agiscono sul sistema dopaminer-

⁵ RUSSO VINCENZO, *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Carocci Editore, Roma, 2011

⁶ *Ibidem*

gico instaurando un processo di ricompensa nei confronti delle sostanze psicotrope e psicoattive che porta alla ripetizione dell'atto.

Il modo in cui ciascuna droga agisce sul nostro cervello è comunque ancora oggi oggetto di studio per i neuroscienziati, così come le diverse zone colpite o modificate a seguito del continuo consumo della sostanza.

Alcol, cocaina ed eroina sono state spesso accomunate per il tipo di azione che hanno sul cervello, poiché colpiscono zone legate alle emozioni e allo stesso controllo di queste ultime. In particolare, le aree del cervello interessate e modificate in seguito all'uso e abuso della droga sono l'amigdala e l'ippocampo, legati proprio agli impulsi, le emozioni e la memoria; l'area tegmentale ventrale (VTA) e il nucleo accumbens (NAc), che fanno parte del "circuito della gratificazione"; la corteccia prefrontale, deputata alla cognizione, alla pianificazione, al così detto *decision making*⁷. Diversi sono i neurotrasmettitori colpiti, primo fra tutti la dopamina, il cui aumento è indotto da tutte le droghe e principalmente dalla cocaina.

La scoperta delle così dette "aree del piacere" e del ruolo svolto dai neuroni dopaminergici nella gratificazione e nel successivo *rinforzo positivo* è avvenuta ben prima dello sviluppo delle più recenti tecnologie di visualizzazione cerebrale, precisamente nel 1953 a opera di James Olds, psicologo statunitense considerato uno dei fondatori delle moderne neuroscienze. Grazie agli esperimenti sui topi, Olds riuscì, con l'utilizzo di elettrodi opportunamente collegati a varie aree del cervello dell'animale, a capire quali di queste zone producessero uno stimolo piacevole e quali no. Egli suggerì dunque che quelle aree del piacere fossero le stesse dove avviene il piacere naturale prodotto da stimoli come il cibo e il sesso e suggerì che esse me-

⁷ Ibidem

diavano i piaceri artificiali prodotti dalle droghe⁸. A questi studi seguirono la mappatura delle aree del piacere e la conferma che l'attivazione dei neuroni dopaminergici è fondamentale per lo stimolo piacevole.

I più recenti studi di *brain imaging*, oltre che confermare sostanzialmente la mappatura delle aree del piacere e il ruolo svolto da amigdala, accumbens, ippocampo e corteccia prefrontale rispettivamente nella genesi, nel controllo delle emozioni e nella valutazione costo/beneficio delle proprie azioni, hanno evidenziato i cambiamenti del rilascio di dopamina a seconda dell'uso della sostanza. Così oggi abbiamo la conferma che questo neurotrasmettitore è particolarmente presente nel momento dell'assunzione della droga, mentre il suo rilascio è notevolmente ridotto durante l'anedonia dell'astinenza.

Una domanda che pare ovvio porsi a questo punto è come mai le droghe agiscano sul sistema dopaminergico e come mai il loro consumo, pur provocando danni cerebrali a lungo termine, abbia come principale effetto uno stimolo piacevole. Secondo Gian Luigi Gessa, docente di Neuropsicofarmacologia presso l'Università di Cagliari e responsabile del gruppo italiano per lo studio delle dipendenze da droghe e farmaci, tutto sta nell'estrema somiglianza fra le molecole delle droghe e le nostre endogene quale, ad esempio, proprio la dopamina. “Gli somigliano così tanto da imitarne le azioni a livello di proteine preposte al riconoscimento del neurotrasmettitore naturale” - afferma Gessa, per poi proseguire - “La molecola esogena viene così scambiata come endogena e, anzi, la sua azione è spesso di gran lunga più selettiva, efficace e duratura rispetto a quella naturale.”

⁸ GESSA GIAN LUIGI, *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2008

Ma, allora, perché il corpo umano ha sviluppato un sistema in grado di ingannarsi riconoscendo molecole esogene come endogene? Che senso ha dal punto vista evolutivo? Il tutto si spiega con le cinque droghe naturali che l'uomo, e ancora prima dell'uomo gli altri animali, hanno sempre conservato e protetto per le loro proprietà benefiche sull'organismo, per il piacere prodotto e la voglia di ripetere l'esperienza. Stiamo parlando del succo fermentato dei frutti e dei cereali, del lattice della capsula di papavero, delle foglie della coca, del tabacco e della resina della cannabis⁹. A immagine di queste i chimici hanno “fabbricato” le droghe artificiali per come le intendiamo oggi. Sostanze che dunque hanno accompagnato l'uomo dalla sua origine e che difficilmente riusciremo a estinguere, proprio per quegli effetti piacevoli prodotti dai loro “antenati” naturali. “Anche perché queste droghe agiscono su un sistema di trasmissione, e non uno qualsiasi ma su quello forse più importante. Agiscono sul sistema che regola i tre istinti fondamentali per l'individuo: cibo, sesso e desiderio di uccidere, ovvero di vincere contro qualcun altro” spiega Gessa.

Se però al giorno d'oggi, sia dal punto di vista scientifico sia da quello più strettamente sociologico è chiaro il percorso storico che ha sempre visto il binomio uomo - droga come stabile e duraturo, la stessa chiarezza non vi è per le modalità con le quali le diverse droghe agiscono sul cervello e in particolare su come le aree della nostra corteccia influenzano comportamenti e abitudini. Abbiamo visto che sono grosso modo noti i meccanismi con i quali le droghe operano sul sistema dopaminergico e le conseguenze che ciò può avere, in particolar modo nel portare l'individuo a ripetere quell'esperienza avvertita come piacevole, ma non dobbiamo scordarci di evidenziare quanto gli studi e le ricerche siano tuttora in continua evolu-

⁹ Ibidem

zione e spesso risultino non concordi le une con le altre (specie nel caso delle così dette “droghe leggere”). Ad esempio non è ancora ben chiaro *quando* realmente cominci la dipendenza (termine assai complesso che esamineremo più approfonditamente nel prossimo capitolo) e questo rappresenta una delle questioni maggiormente affrontate oggi dagli scienziati. I più recenti test di laboratorio con animali hanno evidenziato una percentuale di *addicted* inferiore al 50%, molto più bassa di quella inizialmente attesa. E alla domanda se, di conseguenza, tutti i consumatori di droga, specie di alcol, cocaina ed eroina, siano realmente dei tossicodipendenti, lo stesso Gian Luigi Gessa è lapidario: “Dipende da quale è la droga e da chi sei tu. Fra i consumatori di cocaina la percentuale di *addicted* è molto ridotta”.

Gli studi sulla dipendenza, sul momento in cui essa si instaura nel nostro organismo e su come le sostanze psicoattive modifichino gli aspetti comportamentali dell’individuo hanno portato i neuroscienziati ad affrontare in maniera sempre più scrupolosa, dal punto di vista scientifico, la separazione fra le aree cerebrali del *volere* e del *piacere*, la cui dicotomia è considerata come uno dei punti centrali delle teorie scientifiche sulla dipendenza. A tal proposito, una ricerca del 2003 pubblicata su *Journal of Neuroscience* dal chiaro titolo “Hyperdopaminergic mice have higher «wanting» but not «liking» for sweet reward” evidenziava come i topi ingegnerizzati con una quantità di dopamina extracellulare stabilmente aumentata mangiavano maggiori quantità di cibo rispetto ai propri simili “normali”. Si è notato, però, misurando la protrusione della lingua e il leccamento delle zampe, che la decisione di nutrirsi di più, quindi la loro *volontà*, era indi-

pendente dal *piacere* che essi provavano durante l'atto, che risultava uguale a quello dei topi non modificati¹⁰.

Proprio il problema della volontà e della libera scelta del tossicodipendente di consumare la sostanza è probabilmente uno se non il più importante aspetto riguardo il tema della tossicodipendenza, anche per i risvolti etici e filosofici sul libero arbitrio, la coscienza e il suo rapporto con le neuroscienze, che sarà trattato in un capitolo a parte.

In un suo noto libro dal titolo “Perché l’hai fatto? Come prendiamo le nostre decisioni” Read Montague, neuroscienziato statunitense, direttore del Laboratorio di *neuroimaging* umana e dell’Unità di Psichiatria Computazionale presso il Virginia Tech Carillon Research Institute, nonché divulgatore di successo, descrive accuratamente il processo che porta alla perdita della propria volontà chiedendosi, infine, cosa realmente *vuole* il cervello di un tossicodipendente. Secondo Montague, quest’ultimo vuole sperimentare quelle immagini che predicono il successivo utilizzo di droga e *vuole* la droga vera e propria perché attribuisce un *valore positivo* alle continue scariche (*bursts*) di dopamina che seguono l’assunzione della sostanza, dato che esiste un valore associato a questa droga che non è ancora stato acquisito. In pratica, il “tossicodipendente diventa dipendente dall’idea della droga così come dalla droga stessa¹¹.”

Ora, l’obiettivo di questa parte di tesi non è tanto quello di chiarire e dettagliare lo stato dell’arte della ricerca scientifica sugli effetti dell’assunzione di droga sul cervello, bensì proprio quello di presentare l’enorme complessità scientifica dell’argomento. Ruolo del sistema dopaminergico, mec-

¹⁰ PECINA, S., CAGNIARD, B., BERRIDGE, K. C., ALDRIDGE, J. W. AND ZHUANG, X, “Hyperdopaminergic mutant mice have higher ‘wanting’ but not ‘liking’ for sweet rewards”, J Neurosci 23: 9395–9402, 2003

¹¹ MONTAGUE R., *Perché l’hai fatto. Come prendiamo le nostre decisioni*, Cortina Raffaello, Milano 2008

canismi di ricompensa e rinforzo, aree cerebrali dove risiedono le emozioni, il loro controllo e il *decision making*, misurazioni del quando, come e per quanto tempo avviene il fenomeno della dipendenza sono solo alcuni dei temi che le neuroscienze provano oggi a capire e misurare per dare una risposta chiara e approfondita sulle questioni legate alla tossicodipendenza. Senza dimenticare, inoltre, le continue ricerche e i dubbi sulle possibili conseguenze relative all'assunzione di determinate droghe. Prendiamo il caso della cannabis, che secondo alcune ricerche porterebbe alla perdita della capacità di ottenere gratificazioni da eventi quotidiani in modo spontaneo e naturale. Gian Luigi Gessa, in una recente intervista, afferma che "la molecola della cannabis in genere procura un senso di euforia e "dispercezioni" molto ben descritte da Baudelaire e da tanti altri. Senz'altro agisce sul cervello e ne altera la normale attività, ma non produce danni fisici: l'accanimento con cui da sempre si cerca di dimostrarne la tossicità non ha portato finora a nulla."

Diverso invece il caso della cocaina, la regina delle droghe, per la quale si concorda ormai che uno dei sistemi più colpiti è l'area ventrale del tegmento (Vta), responsabile della modulazione della secrezione di dopamina dei neuroni del nucleo accumbens, coinvolto nel circuito di ricerca e valutazione delle ricompense. Stesso discorso vale per l'eroina, i cui consumatori presentano modificazioni e alterazioni strutturali in aree cerebrali quali corteccia orbitofrontale, giro del cingolo e mesencefalo o per i tabagisti, sui quali si è ormai concordi nell'evidenziare i danni procurati nella zona del cervelletto¹².

¹² SERPELLONI GIOVANNI ET AL, *Elementi di neuroscienze e dipendenze*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2010

La domanda è quindi: cosa hanno in comune le varie dipendenze? La dipendenza da nicotina è assimilabile a quella da cocaina? In che rapporto stanno, se di rapporto si può parlare, alcol ed eroina?

In realtà uno dei limiti che gli studiosi lamentano nello studio delle dipendenze è proprio la mancata generalizzazione dei meccanismi di azione delle sostanze, sebbene diversi siano i tentativi di studiare la singola forma di dipendenza per poter poi accomunarla alle altre, come nel caso degli oppiacei. In generale, nonostante tutte le differenze di azione fra le varie droghe, sembra che il punto in comune sia quello di *non* gratificazione del singolo comportamento e cioè il mantenimento costantemente elevato del livello di desiderabilità della *ricompensa*.

Un risvolto utile a evidenziare quanto lo studio dei meccanismi di azione delle droghe possa includere aspetti all'apparenza anche "meno scientifici" (rispetto alle bioscienze), è la correlazione fra sostanze psicoattive ed emozioni, nonostante le neuroscienze siano in forte ritardo proprio nello studio della neurobiologia delle emozioni. Secondo recenti studi condotti dai ricercatori Barthels e Zeki, il sentimento più forte, l'amore, può essere "collocato" nelle regioni sottocorticali e cioè quelle che controllano la gratificazione, il desiderio e la motivazione, proprio le aree dove la cocaina produce i suoi effetti¹³.

Si capisce come anche dal punto di vista scientifico la tossicodipendenza presenta diverse sfaccettature che rendono complesso il quadro generale e piuttosto impegnativa l'informazione e la comunicazione.

In un capitolo dedicato analizzeremo proprio quanto e in che modo i contenuti scientifici siano veicolati e funzionali al processo comunicativo.

¹³ GESSA GIAN LUIGI, *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2008

La dipendenza è una malattia? Un concetto non scontato

Il marasma di considerazioni scientifiche, la complessità dei meccanismi d'azione delle sostanze psicoattive, le continue ricerche e le perplessità degli stessi ricercatori per non aver ancora trovato un modello unitario che racchiuda una spiegazione comune a tutte le droghe e al loro modo di agire, sembrano contornare un quadro complesso, ancora poco definito e in continua evoluzione. C'è però qualcosa che pare essere fisso, immutabile e al riparo da ogni considerazione o ridefinizione: stiamo parlando del concetto di *dipendenza*, sulla cui valenza nosologica paiono non esserci dubbi, per lo meno da parte della comunità scientifica che si approccia al problema.

Oggi il fatto che la dipendenza sia una *malattia* del cervello è infatti dato per assodato, soprattutto alla luce delle recenti scoperte della neuropsichiatria e delle neuroscienze in generale: studiando il cervello di un abituale

consumatore di droghe si possono notare le modificazioni cerebrali, i livelli anomali di dopamina e, infine, l'alterazione di funzioni vitali per la persona come la giusta valutazione fra costi e benefici. Anche nella comunicazione, come vedremo in seguito, l'inquadramento della dipendenza come malattia del cervello è ormai definito e pare essere uno dei punti centrali di tutto il processo informativo sulle tossicodipendenze.

In realtà, nonostante le neuroscienze possano “dimostrare” un cambiamento o deterioramento della strutture neuronali a seguito del consumo della sostanza, la questione non è affatto così semplice e, anzi, presenta un rischio elevato: considerare ogni consumatore di droga, abituale o occasionale (come possiamo poi definire quando comincia l'abitudine o quando l'uso della droga è solo per fini ricreativi sporadicamente ripetuti?) come un dipendente e quindi un malato da sottoporre a terapie e cure, aprendo di fatto le porte alla costante medicalizzazione della tossicodipendenza.

Il tema è molto più vasto e delicato di quanto possa sembrare. Nonostante le recenti scoperte scientifiche è ancora oggi per lo meno azzardato parlare sempre e comunque di dipendenza come malattia, per quanto sia necessario tenere conto dei suggerimenti che le neuroscienze danno a tal proposito.

Nel corso di questo capitolo, per provare a ragionare proprio sul rapporto fra dipendenza e malattia, utilizzeremo e approfondiremo un altro concetto, quello di *addiction*, che erroneamente è spesso utilizzato come sinonimo di dipendenza senza considerare le caratteristiche comportamentali e compulsive che segnano una profonda differenza fra questi due termini.

Addiction deriva dal latino *addictus*, ovvero lo schiavo romano caduto nelle mani del proprio creditore. Al giorno d'oggi possiamo tradurre come

“mania” e quindi parlare di “tossicomania” e non “tossicodipendenza” nel caso dell’*addiction*¹⁴, riferendosi quindi alla bramosia (*craving*) e più che altro all’aspetto compulsivo che spinge il tossicomane a modificare le proprie abitudini comportamentali pur di procurarsi la propria dose. “Possiamo dire che è la polarizzazione dei nostri pensieri ed emozioni su quello stimolo artificiale che è, per l’appunto, la droga” afferma Gian Luigi Gessa.

Il dubbio su quali siano i criteri diagnostici della dipendenza e quali quelli dell’*addiction*, se questi due concetti siano separabili o in parte sovrapponibili, non si chiarisce nemmeno analizzando il DSM, ovvero il *Diagnostic and Statistical Manual of Disorder*, di cui è appena uscito il quinto volume. La differenza fondamentale rispetto al suo predecessore sta nell’introduzione della nuova categoria dei “disturbi da dipendenza e simili” proprio in sostituzione di quella di “dipendenza e abuso di sostanze” per provare a differenziare il comportamento compulsivo di ricerca della droga dalle normali risposte di tolleranza e astinenza.

Quello che è certo è che fino all’uscita, molto recente per altro, del nuovo manuale, i criteri del DSM (in questo caso il quarto) risultavano molto simili a quelli dell’ICD-10 (*International Classification of Disorders*) ed enfatizzavano come caratteristica principale nella diagnostica della dipendenza proprio il desiderio irrefrenabile di assumere la sostanza psicoattiva¹⁵. Desiderio e bramosia, proprio i principali aspetti comportamentali che servirebbero a inquadrare il termine *addiction*, slegandolo – per lo meno in parte – da quello di dipendenza, condizione nella quale sono presenti “certificate” modificazioni cerebrali causate dal consumo di droga.

¹⁴ CAMPIONE GUGLIELMO, NETTUNO ANTONIO, *Il gruppo patologico delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2007

¹⁵ CANALI STEFANO, “Parole Ambigue”, *Mente e Cervello*, n°9 maggio-giugno 2004

Una delle maggiori critiche sui sette criteri che secondo il DSM-IV stabiliscono quando uno è dipendente o no, è rappresentata proprio dall'eccessivo peso dato all'aspetto comportamentale a discapito di quello più squisitamente fisiologico, presente solo in due dei criteri qui elencati¹⁶:

- *Tolleranza*, definita da una di queste condizioni:
 - a) bisogno di un aumento della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
 - b) diminuzione dell'effetto in seguito all'uso continuato della stessa quantità di sostanza
- *Astinenza*, manifestata da una delle seguenti condizioni:
 - a) sindrome di astinenza caratteristica della sostanza così come definita nel manuale
 - b) la sostanza è assunta per alleviare i sintomi caratteristici dell'astinenza
- La sostanza è assunta in *quantità* maggiori o per un periodo più lungo di quello inizialmente prospettato
- Esiste un *desiderio* persistente o vi sono tentativi infruttuosi di smettere o controllare l'utilizzo della sostanza
- Si passa una grande quantità del proprio *tempo* a procurarsi la sostanza, a usarla e a riprendersi dai suoi effetti
- Attività *sociali*, occupazionali o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'utilizzo della sostanza

¹⁶ Ibidem

- L'uso della sostanza prosegue nonostante la *consapevolezza* di avere un problema fisico o psicologico persistente causato verosimilmente dall'utilizzo della sostanza.

La confusione fra *addiction* e dipendenza, fra aspetti comportamentali e fisiologici del consumatore, oltre a essere palese a cominciare dai criteri di identificazione della dipendenza, è anche poco discussa sia in chiave scientifica sia epistemologica. Il punto centrale che resta da chiarire è se davvero sia possibile introdurre, anche nel processo comunicativo, un nuovo termine come quello di *addiction*. La separazione fra i due concetti (*addiction* e dipendenza) è davvero così chiara? “Sono termini a volte sovrapponibili, ma l'*addiction* va oltre la dipendenza perché ci troviamo vari elementi separabili e controllabili in modo differente come il desiderio, la motivazione, la consumazione, il piacere, la memoria di ciò che si è fatto e la tendenza a ripetere l'atto” dice Gessa.

Non è difficile trovare in letteratura diverse critiche all'eccessiva separazione fra i concetti di *addiction* e dipendenza. Il principale dubbio è rappresentato dall'unicità del modello con cui viene affrontato il fenomeno della dipendenza¹⁷. Si può parlare della dipendenza senza riferirsi ad aspetti evidenti e descrivibili come quelli comportamentali e descrivere questi ultimi solo all'interno dell'*addiction*?

L'obiezione è senza ombra di dubbio pertinente. Viene da chiedersi allora: se gli aspetti comportamentali, il compiere un gesto unicamente per adrenalina o spinti da un'alterazione del circuito dopaminergico, possono essere considerati una parte fondamentale della dipendenza, allora cosa pensare di un alpinista o di uno che mette a rischio la propria vita per praticare

¹⁷ CAMPIONE GUGLIELMO, NETTUNO ANTONIO, *Il gruppo patologico delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2007

sport estremi¹⁸? Se la spinta a scalare una montagna, il rapporto fra rischi e benefici nel farlo, o l'astinenza che un alpinista prova quando non esercita la propria passione per un lungo periodo sono compulsioni e comportamenti facilmente osservabili, allora il dubbio che anche l'alpinista sia un dipendente è lecito. Difficile, d'altra parte, che qualcuno abbia eseguito un *brian imaging* o una PET su praticanti di sport estremi al fine di analizzare se la loro passione e l'esercizio di tali attività possano avergli modificato parti del cervello come l'accumbens, l'ippotalamo o la corteccia prefrontale che, ricordiamolo, è responsabile del *decision making*. Saremmo però disposti ad accettare che un alpinista o un paracaduta siano dei dipendenti e quindi malati e possibili fruitori di terapie farmacologiche? Fino a che punto si può spingere la medicalizzazione della dipendenza? L'impressione che questa possa essere dettata da meccanismi di accettazione sociale prima ancora che da criteri scientifici pare essere alquanto evidente o - perlomeno - decisamente possibile.

La stretta correlazione fra dipendenza e malattia appare dunque poco precisa e frutto di una banalizzazione del concetto di dipendenza, a seguito soprattutto del suo inquadramento nosologico sulla base dei criteri comportamentali a discapito di quelli più squisitamente biofisici¹⁹.

Cosa si può dunque intendere come dipendenza? Perché, restando in ambito più strettamente medico, è considerato un *dependency patient* un consumatore di oppiacei e non uno che quotidianamente faccia uso di medicinali per mantenere sotto controllo colesterolo o glucosio?²⁰ Un modello proposto da Peter Cohen, responsabile ad Amsterdam del centro

¹⁸ CANALI STEFANO, "Parole Ambigue", *Mente e Cervello*, n°9 maggio-giugno 2004

¹⁹ *Ibidem*

²⁰ COHEN PETER, "The Naked Empress. Modern neuroscience and the concept of addiction", 12° Piattaforma per il trattamento delle tossicodipendenze, Mondsee, Austria, 21-22 marzo 2009

CEDRO per la ricerca sulla droga, è quello della dipendenza come un normale potenziale umano e cioè come la creazione di un forte legame (*bonding*). Oggi una persona che scommette continuamente sui cavalli verrà considerato dipendente, mentre uno che li sella quotidianamente no, così come chi sceglie di chiudersi in casa per suonare uno strumento musicale rinunciando ai piaceri della vita sociale non sarà considerato un dipendente ma molto più semplicemente un artista²¹.

La cosa che accomuna tutte le diverse attività elencate, indipendentemente dall'etichetta che viene messa addosso a chi le compie, è il forte legame che unisce la persona allo stesso gesto. La presunta *incontrollabilità* dell'atto probabilmente non si limita solo ai tossicodipendenti e ai consumatori di sostanze psicoattive in generale, ma potrebbe risultare estendibile a tutti coloro abbiano un forte legame con un'attività che rechi benefici ma abbia anche costi (fisici e sociali) elevati o perlomeno evidenti. Sarebbe da evidenziare inoltre che questo *impulso irrazionale* sia difficilmente riscontrabile nei soggetti dipendenti da droghe, che per la maggior parte sono in grado di decidere e regolare l'assunzione della sostanza.

Facciamo ora un esempio evidente di quanto sia complesso certificare la dipendenza e la conseguente incapacità al controllo.

Secondo una ricerca di Lee Robins sui veterani del Vietnam, la percentuale di consumatori abituali di eroina fra i soldati impegnati in guerra era salita dall'1 al 20%. Di questi, al ritorno in patria, l'88% smise spontaneamente di assumere droga, mentre solo il 12% continuò a consumare eroina²². Come mai consumatori abituali di eroina erano riusciti a disintossicarsi senza alcun supporto farmacologico o altri tipi di sostegno? La risposta sta

²¹ Ibidem

²² CANALI STEFANO, "Parole Ambigue", *Mente e Cervello*, n°9 maggio-giugno 2004

nei diversi stimoli esterni a cui i soldati erano sottoposti: da una parte la demoralizzazione per una guerra senza via d'uscita e la facilità con la quale si poteva reperire la sostanza, dall'altra le costrizioni sociali, i rischi connessi (famiglia, rischio del carcere, ecc...) e la difficoltà a trovare eroina. Ma quindi, i soldati americani in Vietnam erano davvero dipendenti? O addirittura tossicomani?

“Avevano una dipendenza, e anche bella grossa - spiega Gessa - perché non hanno scelto di disintossicarsi totalmente di loro iniziativa. Sono semplicemente stati riportati nel loro ambiente (Stati Uniti) dove la tossicodipendenza non era poi così diffusa. Nelle tossicodipendenze bisogna intendere il cervello come modificato per godere di quel preciso stimolo intenso. Per quello le terapie comportamentali, dove si cerca di insegnarti nuovamente a godere di quegli stimoli per i quali avevi perso sensibilità, possono davvero funzionare, anche se non per tutte le tossicodipendenze. L'alcolismo, ad esempio, induce modificazioni troppo intense per essere contrastate o recuperate in questo modo.”

Recuperando dunque il concetto di dipendenza come *bonding* e integrandolo con le ultime parole riportate di Gian Luigi Gessa, è auspicabile considerare la tossicodipendenza dei soldati americani in Vietnam come un forte legame con l'eroina dettato dallo stress e dall'ambiente in generale che circondava i militari statunitensi. Difficile dire che fossero “tossicomani” visto che il loro comportamento e la spinta compulsiva per la ricerca delle sostanze si sono nettamente e deliberatamente modificati una volta tornati negli Stati Uniti.

Ma quindi, tirando le somme, i militari americani che facevano uso di eroina, dipendenti da questo tipo di droga, potevano essere considerati colpiti

da una malattia del cervello anche se hanno scelto liberamente di interrompere l'assunzione di droga al loro ritorno a casa?

A questa domanda Gian Luigi Gessa risponde così: “Malattia è un concetto che va definito bene, perché se per malattia si intende una deviazione da uno stato “normale” allora bisognerebbe definire cosa è questa normalità. Se per una persona la normalità è fatta di lavoro, lettura e altre passioni e la cocaina non lo distrae da tutto questo allora il discorso deve essere affrontato in un altro modo. Ovvero, la malattia va definita tale, nel caso della tossicodipendenza, quando gli stessi dipendenti la avvertono come un problema, un disagio. Bisogna accettare il fatto che ci siano consumatori di cocaina che assumono la sostanza una volta a settimana e proseguono nelle loro attività lavorative e sociali senza alcun problema, pur essendo dipendenti dalla sostanza.”

Un esempio simile e molto più vicino a noi, essendo avvenuto in Italia, possiamo trovarlo nel 1992, quando ci fu lo sciopero dei tabaccaï²³. Milioni di persone fumatrici, che fino a quel momento assumevano nicotina senza modificare le loro abitudini e i loro comportamenti si ritrovarono improvvisamente senza la possibilità di reperire la sostanza desiderata. Le reazioni furono imprevedibili e drammatiche: a Roma ci fu una rissa per accaparrarsi una sigaretta a metà gettata in terra da un ragazzo alla fermata della metro; diverse persone cominciarono a fumare qualsiasi avanzo di tabacco si trovasse nei magazzini e cominciò in breve tempo il contrabbando di sigarette, con costi che arrivavano a 15.000 lire per un pacchetto di Marlboro. In parole povere, milioni di persone che fino a quel momento erano considerate “solamente” dipendenti dalla nicotina, si erano scoperte veri e propri *tossicomani*, modificando le proprie azioni e i propri comporta-

²³ Notizia recuperata dall'Archivio Storico del *Corriere della Sera*, 21 Novembre 1992

menti, indirizzandoli unicamente alla ricerca ossessiva della sostanza di cui avevano astinenza. Il proibizionismo aveva quindi modificato il tipo di *le-game* fra soggetto e droga, acutizzando gli aspetti compulsivi e incidendo pesantemente nella vita sociale del consumatore di tabacco. Milioni di persone dipendenti dalla nicotina, senza che prima questo provocasse scompensi nella loro vita sociale, erano diventate improvvisamente tossicomani, ansiosi e angosciati per la difficoltà nel reperire e la sostanza. A questo punto, milioni di persone dipendenti sarebbero potute essere considerate malate.

Possiamo quindi notare come la correlazione fra dipendenza e malattia sia molto più complessa e articolata di quanto non la si faccia intendere a livello comunicativo, come vedremo nel quarto capitolo. Il dipendente non è per forza afflitto da una malattia del cervello, come non lo è chi modifica parzialmente le proprie abitudini senza che questo gli provochi un sentito disagio personale. L'inquadramento di due concetti separati, diversi ma integrabili e a volte sovrapponibili come dipendenza e *addiction* risulta fondamentale ai fini dell'inquadramento dello stato di tossicodipendenza.

Il rischio, altrimenti, è quello di banalizzare il concetto di dipendenza e lo stesso meccanismo d'azione delle droghe. Alan Leshner, direttore del *National Institute on Drug Abuse*, a proposito del rapporto fra droghe e dipendenza, scrive che “è come se e, in conseguenza di un uso prolungato di droga, nel cervello scattasse una sorta di interruttore. Inizialmente il consumo è volontario, ma quando l'interruttore viene premuto l'individuo entra nello stato di *addiction* caratterizzato dall'uso e dalla ricerca compulsiva della sostanza²⁴.”

²⁴ CANALI STEFANO, “Parole Ambigue”, *Mente e Cervello*, n°9 maggio-giugno 2004

Nella frase di Leshner possiamo scorgere buona parte delle banalizzazioni che vengono fatte sulla dipendenza, in primo luogo il paragone con l'interruttore²⁵ (quando scatta questo interruttore? L'entrata nella fase di *addiction* è un processo che si sviluppa in un lungo-medio periodo o è così "istantaneo" come premere un tasto?) Senza contare che l'uso compulsivo non rappresenta poi tanto un'*evoluzione* della dipendenza, quanto un mutamento del quadro di riferimento comportamentale dovuto alla dipendenza, il che non implica per forza una malattia del cervello.

Altro esempio calzante potrebbe essere quello relativo alle serie televisive. Moltissime persone, dopo le prime puntate, si appassionano talmente tanto alle serie Tv che decidono *liberamente* di modificare i ritmi della propria giornata o prendere impegni di lavoro o anche solo ricreativi in funzione dell'orario della trasmissione preferita. Il rapporto fra costo legato alla dipendenza (*bonding*) dalla serie Tv preferita, con tanto di privazione di altri spazi sociali, e il beneficio della visione delle puntate, in questo caso, nella stragrande maggioranza degli appassionati, si risolve in un senso di piacere e in un appagamento per la *scelta* fatta. Nonostante non si possa dire, come nel caso dell'alpinista o degli sportivi estremi, che non ci siano modificazioni neuronali nel cervello degli appassionati di serie Tv, sarebbe quanto meno opinabile dire che sono malati. Lo stesso identico ragionamento è possibile applicarlo ai tossicodipendenti o tossicomani.

Concludendo, possiamo evidenziare come lo spostamento del modello sulla tossicodipendenza da prevalentemente sociologico a scientifico abbia, in questo caso, portato a una rivisitazione del concetto di dipendenza appiattendolo e sovrapponendolo con quello di malattia.

²⁵ Ibidem

Le principali criticità di questo tipo di visione sono diverse.

Una è proprio il concetto stesso di malattia, che è vista semplicemente come un mutamento del quadro biofisico e biochimico (*disease*) rispetto al normale standard. Così, se la dipendenza provoca modifiche neuronali o alterazioni anomale del sistema dopaminergico allora il salto da dipendente a malato diventa istantaneo e inconfutabile, specie dal punto di vista scientifico. Inoltre, la confusione fra i concetti di dipendenza e *addiction* e l'eccessivo peso dato ai criteri comportamentali per definire la dipendenza stessa contribuiscono ulteriormente all'inquadramento nosologico della tossicodipendenza.

Ricordando le parole di Gian Luigi Gessa (“La malattia va definita tale quando gli stessi tossicodipendenti la avvertono come un problema”) bisognerebbe riconsiderare la malattia all'interno di un contesto sociale, dove è presente sia la componente medico-scientifica che il vissuto (*illness*), il disagio e il malessere del consumatore di droga.

Comunicare le complessità affrontate in questo capitolo è una vera e propria sfida sul piano comunicativo alla quale oggi non è possibile rinunciare.

Il tossicodipendente e il *libero arbitrio* secondo la scienza

Affrontiamo ora un altro tassello fondamentale all'interno della questione della tossicodipendenza, sia dal punto di vista più strettamente scientifico sia da quello etico, per gli enormi risvolti che presenta, come vedremo in seguito, nell'ambito della comunicazione.

Parliamo del libero arbitrio, ovvero della capacità di scelta, della volontà e dell'autonomia dell'individuo. Un concetto a cui l'uomo è indiscutibilmente legato da sempre, essendo l'elemento cardine che identifica il Soggetto.

In realtà il rapporto fra libero arbitrio e neuroscienze è più antico di quanto si immagini e parte, già nell'Ottocento, prima coi lavori di Armand-Marie-Jacques de Puysegur e poi con Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, che, all'inizio del XX secolo, studiò il ruolo dell'inconscio nella decisione di compiere determinate azioni.

Lo stesso inconscio divenne, solo pochi decenni più tardi, un concetto scientifico in senso stretto passando da quello dinamico, pulsionale e passionale di Freud a uno più strettamente cognitivo, con tutti i problemi che questo comporta²⁶. Se infatti è intuitivo riconoscere un ruolo dell'inconscio all'interno di azioni "meccaniche" come quella di muovere gli occhi leggendo una riga o anche solo camminare, ben più complesso è inquadrarlo all'interno di un processo decisionale più articolato. Il processo di scelta può rappresentare un processo inconscio? La risposta a questa domanda pare, o meglio pareva, essere scontata²⁷.

In realtà, come vedremo in seguito, i dubbi sul ruolo dell'inconscio nella scelta e nella decisione di compiere determinate azioni sono oggi reali e fondati. Così come oggi pare essere scontato che l'utilizzo di sostanze psicoattive contribuisca ad annichilire o perlomeno a indebolire il libero arbitrio, visto che alcuni tipi di droghe agiscono su aree del cervello, come la corteccia prefrontale, dedite alla valutazione del costo e del beneficio, al *decision making* e quindi alla capacità di poter scegliere quali azioni compiere.

Vedremo ora se, come nel caso del concetto di dipendenza, l'associazione fra tossicodipendente e individuo incapace di intendere e di volere sia forzata e banalizzata. Nel capitolo dedicato alla comunicazione proveremo a capire se e in che modo le scoperte nel campo delle neuroscienze sul ruolo della coscienza nelle nostre scelte quotidiane siano state utilizzate all'interno del processo comunicativo sulle tossicodipendenze.

Per chiarire ogni dubbio ci riferiremo all'autonomia come capacità di decidere per sé, controllare la propria vita e sopportare i costi e i benefici del-

²⁶ DE CARO MARIO, LAVAZZA ANDREA, SARTORI GIOVANNI, *Siamo davvero liberi? Le neuroscienze e il mistero del libero arbitrio*, Codice edizioni, Torino, 2010

²⁷ *Ibidem*

le scelte compiute. Al contrario, l'essere guidati da forze esterne che non si possono autenticamente abbracciare sembra essere il massimo dell'oppressione²⁸.

Una "complicazione" introdotta dalle neuroscienze, e che implica una riflessione che ricade in particolar modo su questioni come quella della tossicodipendenza, è la netta differenziazione, prima di tutto a livello neuronale, fra l'area del volere e quella del piacere. Diversi esperimenti sugli animali, spesso eseguiti proprio per studiare gli effetti delle droghe e i loro meccanismi d'azione, hanno confermato che le due funzioni, volere e piacere, sono *fisicamente* separate.

L'alterazione del sistema dopaminergico e il successivo meccanismo di ricompensa che si instaura e che porta alla ricerca e all'utilizzo della sostanza psicoattiva potrebbero portare quindi il consumatore a subire danni a determinate parti del tessuto cerebrale, che lo renderebbero incapace di scegliere se continuare a drogarsi o no. Semplificando, l'assunzione della sostanza avverrebbe unicamente sotto la spinta dell'area del "piacere", senza una reale e motivata volontà di compiere l'atto in sé.

A questo punto una domanda che viene spontanea è: se il tossicodipendente non è più in grado di scegliere se utilizzare o no la sostanza psicoattiva, potrebbe essere moralmente accettabile attuare una sorta di paternalismo nei suoi confronti in modo da ripristinare la sua autonomia e quindi la capacità di scegliere²⁹? Sarebbero così giustificate le "cure forzate"?

In primo luogo l'obiezione a questa domanda è perché dovremmo scegliere di "salvaguardare" l'area del volere rispetto a quella del piacere. Ovvero,

²⁸ LAVAZZA ANDREA, Le neuroscienze rivalutano alcune forme di paternalismo?, *Filosofia politica*, 2011

²⁹ *Ibidem*

se io decidessi *liberamente*, prima ancora di *diventare* tossicodipendente, di abbandonarmi unicamente al piacere, perché dovrebbe essere giustificata un'azione che di fatto viola la scelta che ho fatto in precedenza?

Sicuramente una banalizzazione del legame fra autonomia e consumo di sostanze psicoattive fa buon gioco a chi vorrebbe considerare linearmente e senza troppi fronzoli la dipendenza come una malattia. Chi è più malato di uno che non è in grado di scegliere quali azioni compiere nella propria vita?

Senza negare le basi biologiche di fondo legate al nostro comportamento, alcuni critici sostengono che “una più ricca concezione dell'autonomia ammette la possibilità che una persona razionale possa semplicemente valutare il piacere prodotto dall'uso dell'eroina (o di altra droga) maggiore di quello legato alla propria salute o al proprio lavoro. Se dobbiamo essere veramente autonomi, dobbiamo essere liberi di trascurare quei beni generalmente apprezzati, anche quelli che possiamo avere una naturale tendenza a tutelare³⁰.”

A sostegno della tesi per cui sarebbe opportuno “ripristinare” l'autonomia negli individui tossicodipendenti vi è l'idea che, anche se una persona sceglie liberamente e precedentemente all'utilizzo di droghe, di annullare la propria area del volere a scapito di quella del piacere, *sapere* che la sostanza provoca quell'effetto non vuol dire *provare* in prima persona il suo effetto, visto che poi si tratta di una condizione non paragonabile con nessun'altra³¹.

³⁰ FODDY B., SAVULESCU J, “Addiction is not an Affliction: Addictive Desires are Mere Pleasure Oriented Desires”, American Journal of Bioethics, 2007

³¹ LAVAZZA ANDREA, Le neuroscienze rivalutano alcune forme di paternalismo?, Filosofia politica, 2011

Nonostante si possa essere d'accordo con tale affermazione, non dobbiamo scordarci di ricordare come le acquisizioni scientifiche in fatto di tossicodipendenza siano in continuo aggiornamento, e ancora oggi non è ben chiaro il modo e soprattutto la tempistica con la quale le droghe agiscono sulle aree del nostro cervello. In pratica, non è noto a priori quando una persona possa divenire incapace di intendere e di volere. Basta solo assumere droga in quantità elevata e per un lungo periodo di tempo? Se la risposta a quest'ultima domanda fosse affermativa allora non si capirebbe come mai i soldati americani abbiano scelto liberamente di smettere di consumare eroina una volta tornati dal Vietnam.

Vedremo ora come, più in generale, la questione del libero arbitrio e il suo legame con le neuroscienze non sia semplicemente appannaggio delle tossicodipendenze, ma abbia radici più profonde. L'idea è quella di dare una panoramica della complessità del problema, che spesso viene oggi visto solo come una criticità e una drammatica conseguenza dell'uso delle droghe. Riportando il discorso alle tossicodipendenze, potremmo dire che la visione che correla libero arbitrio e assunzione di sostanze psicoattive sta oggi rovesciando l'immagine del tossicodipendente: da vizioso e pienamente consapevole della propria scelta di vita sregolata e "dannosa" per la società, a persona incapace di scegliere, malata e bisognosa di ricevere cure per ritrovare la propria autonomia. Il perché poi, una volta ritrovata, dovrebbe scegliere obbligatoriamente uno stile di vita diverso da quello tenuto in precedenza, è tutto da chiarire.

A ogni modo, i dubbi che le nostre scelte e le nostre azioni siano guidate da meccanismi anteposti alla nostra stessa consapevolezza cominciarono a diventare reali a partire dal 1983, con i primi esperimenti di Benjamin Libet, presso la University of California, a San Francisco.

Libet fu il primo ad applicare metodi di indagine neurofisiologica per studiare la relazione fra attività cerebrale e intenzione cosciente di eseguire un determinato movimento volontario. I partecipanti erano invitati a muovere, quando avessero *deciso* loro, “liberamente e a proprio piacimento”, il polso della mano destra e contemporaneamente riferire il momento preciso in cui avevano l’impressione di aver deciso di avviare il movimento. Per stabilire l’attimo esatto nel quale le persone avevano scelto di muovere il polso, Libet ideò la seguente soluzione: i partecipanti dovevano guardare un orologio con un cursore che impiegava 2,56 secondi a compiere un giro e indicare in che posizione esatta si trovava il cursore quando sentivano di aver preso la decisione³².

I risultati furono sorprendenti: il potenziale di prontezza motoria (PPM), e cioè il segnale elettrico che prepara il movimento, anticipa di circa 350 milisecondi il segnale che invece regola la consapevolezza dell’intenzione. La scelta del momento in cui muovere il polso e il processo volitivo in generale sembravano quindi aver luogo nell’inconscio, prima che il soggetto si rendesse conto di aver scelto di compiere quella determinata azione.

L’esperimento di Libet fu a lungo contestato sia dal punto di vista scientifico sia da quello più squisitamente filosofico, anche se poi studi successivi confermarono i risultati ottenuti. Altre ricerche, come quella condotta da Sirigu nel 2004, hanno dimostrato che in pazienti con lesioni cerebrali, in particolare nelle zone parietali e prefrontali, la consapevolezza delle decisioni non solo è successiva alla preparazione dell’azione, ma addirittura alla sua stessa concretizzazione³³. Non ci sarebbe, dunque, quel “libero veto” di bloccare il gesto che rappresenterebbe, secondo Libet, il vero libero

³² DE CARO MARIO, LAVAZZA ANDREA, SARTORI GIOVANNI, *Siamo davvero liberi? Le neuroscienze e il mistero del libero arbitrio*, Codice edizioni, Torino, 2010

³³ *Ibidem*

arbitrio. Nel caso di persone consumatrici di droghe che agiscono e modificano la struttura del cervello in determinate aree dedite al *decision making* ci sarebbe, estendendo i risultati dello studio di Sirigu, la reale possibilità che esse compiano azioni senza esserne consapevoli.

Da evidenziare, inoltre, come negli ultimi anni diversi esperimenti, primo fra tutti quello del gruppo di John-Dylan Haynes nel 2008, hanno mostrato come, studiando l'attività di un'area del lobo frontale, si possono predire le azioni di un individuo addirittura qualche secondo prima che esse siano compiute³⁴. Questo studio è stato effettuato su un vasto numero di campioni e non aveva come oggetto la comprensione dei meccanismi di modificazione neuronale su soggetti tossicodipendenti.

Ora, una prima veloce osservazione potrebbe farci intendere che forse il concetto di libero arbitrio per come (intuitivamente) lo intendiamo noi sia stato spazzato via dalle neuroscienze e che l'assunzione di sostanze psicoattive amplifichi semplicemente quella rottura dei nessi causali già messi in discussione a partire dagli esperimenti di Libet. Come e in quale misura avvenga questa amplificazione non è chiaro, neppure dal punto di vista scientifico. Semplicemente sembra che alcune droghe agiscano direttamente su zone del cervello "dedite" alla valutazione fra costi e benefici e alla capacità e consapevolezza delle scelte, sebbene le stesse neuroscienze ci dicano che, in ogni caso, queste ultime siano in realtà solo delle illusioni, dato che il principio primo delle nostre azioni si "forma" ancor prima che noi possiamo rendercene conto.

Ovviamente, non sono poche le critiche alla "negazione scientifica" del libero arbitrio e il dibattito neuroetico fra i sostenitori del tracollo della libertà di scelta per come l'abbiamo intesa fino a oggi e coloro che invece

³⁴Ibidem

sostengono che le neuroscienze non possono in alcun modo intaccare l'idea di autonomia che coltiviamo da millenni è fervido e appassionato. Secondo Adina L.Roskies, docente di Filosofia presso il Dormouth College negli Stati Uniti, le tecniche neuroscientifiche non forniscono né il livello di grana sufficientemente fine, né l'ampiezza di informazione necessari per rispondere alla questione del determinismo in un modo rilevante per il dibattito sul libero arbitrio³⁵.

A ogni modo l'obiettivo di questa tesi non è certamente quello di analizzare o prendere posizione su un argomento delicato ed estremamente complesso come quello che riguarda il rapporto fra libero arbitrio e neuroscienze. Coscienza, scelta, determinismo, compatibilismo e libertà sono solo alcuni dei concetti la cui riconsiderazione alla luce delle acquisizioni nel campo della neuroscienza è oggi terreno di dibattito e confronto fra filosofi e scienziati.

Come accennavamo prima, è certo invece che la questione del libero arbitrio e la sua reinterpretazione su basi neurobiologiche sta di fatto mutando la concezione e il senso comune attorno alla figura del tossicodipendente. La negazione, o la presunta tale, del libero arbitrio e della volontà di scelta tende infatti a cancellare dalla scena il concetto di vizio, sostituendolo, o per meglio dire inglobandolo, con quello di malattia. Alcolisti, eroinomani, cocainomani e tossicodipendenti in generale (escluso i tabagisti) sono, secondo la visione della "distorsione" del libero arbitrio a seguito dell'assunzione di sostanze psicoattive, riabilitati dal punto di vista morale, non avendo controllo o capacità di scelta delle proprie azioni, e nello stesso tempo, inseriti nella categoria dei malati, per cui il trattamento farmacologico rappresenta una forte possibilità di guarigione.

³⁵ Ibidem

Un rischio legato alla deriva del concetto di dipendenza verso quello di malattia - passaggio aiutato dalla negazione del libero arbitrio, in particolar modo nelle persone tossicodipendenti - è quello di scivolare sempre più nella *colpevolizzazione* della malattia, frutto (come avvenuto nel caso dell'AIDS, ad esempio) di iniziali comportamenti sregolati e non consoni alle comuni norme sociali.

Comunque, se la filosofia politica non può ignorare le neuroscienze, certo le neuroscienze non possono far discendere prescrizioni dalla ricerca empirica³⁶. Per quanto riguarda la dipendenza, le conoscenze acquisite dalle ricerche neuroscientifiche possono sicuramente aiutare a comprendere il fenomeno nella sua complessità, sempre che esso non sia affrontato da posizioni riduzionistiche o tanto meno moralistiche.

³⁶ LAVAZZA ANDREA, *Le neuroscienze rivalutano alcune forme di paternalismo?*, Filosofia politica, 2011

La droga ve la spieghiamo così: il Dipartimento per le politiche Antidroga e la comunicazione istituzionale della tossicodipendenza

Abbiamo, fino a questo momento, evidenziato come le scoperte in campo scientifico sulle tossicodipendenze hanno influenzato e stanno influenzando la riconsiderazione di concetti chiave come la dipendenza e il libero arbitrio. Quello a cui stiamo assistendo è uno spostamento, sempre più marcato e deciso, del modello sulle tossicodipendenze da quello sociologico, nel quale il consumo e l'abuso di sostanze psicoattive veniva principalmente inserito all'interno di meccanismi di inclusione/esclusione sociale, a quello scientifico, nel quale l'utilizzo di droga non è legato a precise volontà ma è frutto di modificazioni neuronali che spingono l'individuo a "obbedire" unicamente alle proprie aree del piacere.

Ora entreremo nel cuore di questa tesi, e vedremo come la scienza ha cambiato il processo comunicativo sulle tossicodipendenze, dalla figura del tossicodipendente alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive e psicotrope. Analizzeremo quindi come e in che misura i concetti scientifici vengono “presentati” al pubblico e soprattutto in quali modi viene comunicato il concetto di dipendenza.

Per farlo faremo riferimento in particolar modo alla comunicazione istituzionale on-line del Dipartimento per le politiche Antidroga³⁷³⁸. Una sezione del portale (www.politicheantidroga.it) è interamente dedicata alla comunicazione (ve ne è poi un'altra più specifica per i social network). All'interno di questa parte del sito è possibile rivedere buona parte delle campagne di prevenzione antidroga dal 1998 ai giorni nostri. Possiamo così constatare come si è passati da un tipo di comunicazione che poneva l'accento più sul “fattore sociale” a uno che invece utilizza la scienza - le neuroscienze in particolare - come veicolo per comunicare rischi, effetti e conseguenze dell'utilizzo delle droghe.

A partire dal 2008 sono infatti presenti all'interno delle campagne di comunicazione istituzionale diverse informazioni scientifiche, sia sulle modificazioni neuronali sia, più in generale, sul funzionamento del cervello. Obiettivo dichiarato è quello di utilizzare le acquisizioni in campo scientifico per “avere un approccio più informativo e superare la linea del moralismo e della condanna senza spiegazioni che, ormai è dimostrato, non è in grado di prevenire e ridurre il consumo delle sostanze d'abuso”.

³⁷ Il Dipartimento per le politiche Antidroga è stato istituito nel giugno del 2008 e risulta attivo dal 2009. Il DpA costituisce riferimento per i Ministeri e altre amministrazioni statali competenti in materia di droga: delinea il piano antidroga nazionale e coordina azioni atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze. A capo del DpA c'è Giovanni Serpelloni, medico e docente presso l'Università IULM di Executive Master “Comunicazione e strategie di intervento”.

³⁸ Il tentativo di analizzare la comunicazione all'interno dei S.E.R.D si è rilevato estremamente complesso, visto che la maggior parte delle strutture non investe in comunicazione e non sviluppa alcun prodotto (brochure, testi o altro) in quest'ottica.

Vedremo ora se davvero l'obiettivo è stato centrato oppure se questo tipo di comunicazione basato sulle informazioni scientifiche rischia di "blindare" la discussione e le varie riflessioni sulla questione delle tossicodipendenze e imporre un'unica "verità" e un'unica soluzione (sempre che di soluzione si voglia parlare) magari semplificando troppo, al limite della banalizzazione, concetti e punti centrali dell'intero argomento.

Come dicevamo in precedenza, all'interno del sito sono presenti diverse sezioni e la navigazione sembra essere abbastanza fluida e intuitiva, sebbene la quantità di link e sotto-sezioni risulti anche troppo abbondante e fitta. Nella sezione "**DROGHE**" il linguaggio scientifico entra prepotentemente in scena, e in tutte le descrizioni delle sostanze psicoattive sono presenti termini come ippocampo, recettori, dopamina, acido GABA, accumbens, gratificazione e via dicendo.

In una sottosezione viene spiegato nel dettaglio il funzionamento del cervello, dalla sua struttura al sistema di neurotrasmissione, passando per l'epigenetica e l'importanza del proprio corredo genetico per lo stato di dipendenza. Una frase significativa e decisamente importante che troviamo nella stessa sezione è la seguente:

“Dato però che i processi psicologici sono legati e riflettono le dinamiche e le variabili sociali e che, a loro volta, i meccanismi cerebrali sono costruiti e modulati dalle funzioni psicologiche, da ciò che uno sa, dalle aspettative, dai significati e dai valori che dà ai suoi comportamenti, allora gli effetti e le conseguenze delle sostanze psicoattive non dipendono soltanto dalle loro proprietà farmacologiche, ma sono in larga parte dettate da fattori sociali e culturali.”

Una puntualizzazione importante, che lega l'aspetto scientifico a quello sociale e che lascia capire come gli effetti dell'utilizzo delle droghe cambino radicalmente da persona a persona, non solo per il diverso corredo geneti-

co, ma anche a seconda del tessuto sociale all'interno del quale l'individuo è inserito e insieme al suo vissuto personale. Un concetto che però sembra restare isolato nella frase citata in precedenza, visto che il resto della comunicazione pare presentare i tossicodipendenti - o anche solo i possibili consumatori di droghe - come una massa omogenea, dove i rischi, i danni e gli effetti delle sostanze psicoattive sono gli stessi per ogni persona che usa e abusa di droga e dove è data estrema visibilità alle nozioni neuroscientifiche sulla modificazione organica legata alle droghe, mentre non vengono enucleati i processi psicologici legati ad esse, ad esempio, né si entra nel merito delle differenze tra dipendenza e mania, ecc.

Nel sito sono inoltre presenti diverse altre notizie e comunicati sulle più recenti ricerche scientifiche nel campo delle neuroscienze e su quali siano al giorno d'oggi gli strumenti scientifici migliori per poter diagnosticare e studiare una determinata condizione di dipendenza.

Una prima considerazione che salta alla luce leggendo e sfogliando le varie sezioni del sito, è come sia realmente cambiata la collocazione e il contesto relativo alle droghe.

Se prima l'uso di sostanze psicoattive e la dipendenza da esse venivano comunicate come sintomi di un disagio personale e del contesto sociale nel quale l'individuo è inserito - e di conseguenza la prevenzione veniva fatta evidenziando i danni sociali che il tossicodipendente ha a seguito dell'uso di droga - oggi l'informazione scientifica di tipo neurologico sembra essere considerata il primo e più efficace mezzo di prevenzione. L'idea pare essere quella secondo la quale solo conoscendo gli *oggettivi* danni che le droghe arrecano al cervello si può allontanare il pubblico a cui è rivolto questo tipo di comunicazione dall'idea di incominciare ad assumere - o continuare a farlo - sostanze psicoattive.

Secondo Giovanni Serpelloni, responsabile del Dipartimento per le politiche Antidroga, c'è necessità di una "comunicazione competente da parte dei ricercatori che si occupano di neuroscienze. C'è bisogno di produrre informazioni in grado di incidere sulla società e i neuroscienziati hanno il *dovere morale* di garantire che i media comprendano la scienza correttamente.³⁹" Serpelloni, a supporto della propria affermazione, indica uno studio del 2002 di Colin Blackmore dal titolo "*From the public Understanding of Science to scientists' understanding of public*", proprio per rimarcare l'importanza della comunicazione in un terreno minato come quello della tossicodipendenza⁴⁰.

A dire il vero ci sarebbe una considerazione da fare: nonostante Serpelloni citi un articolo dove viene argomentato il perché sia necessario superare il modello *top-down* di comunicazione della scienza, il processo comunicativo a cui stiamo assistendo sulle tossicodipendenze è sostanzialmente verticale, in cui le informazioni scientifiche di natura neurologica (vale a dire provenienti dalla ricerca neuroscientifica) vengono trasferite dagli scienziati verso un pubblico visto come inesperto rispetto a tali conoscenze, con la convinzione della loro efficacia e lo scopo di creare consenso attorno a una visione biomedica della dipendenza, visione precostituita rispetto al processo informativo. Un modello, inutile dirlo, ormai superato a vantaggio di una partecipazione pubblica sulla tematica in questione e su uno scambio multidirezionale di informazioni fra esperti e non esperti⁴¹.

Il ruolo della scienza usata come mezzo per chiudere ogni confronto e per certificare l'esistenza di un unico approccio e un'unica interpretazione delle tossicodipendenze, è ben visibile nella polemica e nel botto e risposta (documentato nel sito del Dipartimento per le politiche Antidroga) di po-

³⁹ SERPELLONI GIOVANNI ET AL, *Elementi di neuroscienze e dipendenze*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2010

⁴⁰ Ibidem

⁴¹ PITRELLI NICO, "La crisi del *Public Understanding of Science* in Gran Bretagna", JCOM (2) 1, Marzo 2003

chi mesi fa fra lo stesso Serpelloni e il musicista Vasco Rossi, che lamentava “l’eccessivo rigore e moralismo” presente quando si parla di tossicodipendenze e sostanze psicoattive in generale, specie nel caso della cannabis, e la conseguente criminalizzazione del consumatore di droghe. Rispondendo alle considerazioni del cantante emiliano, Serpelloni evidenziava in maniera secca come ormai “sia scientificamente provato che per un ragazzo vulnerabile, i primi spinelli sono quelli più pericolosi, non tanto per i problemi tossicologici acuti, che tuttavia esistono, ma per la grande capacità che hanno di sensibilizzare le strutture cerebrali a ricercare droghe sempre più attive (il 95% degli attuali tossicodipendenti da eroina o cocaina hanno iniziato con la cannabis), oltre che far deviare e alterare la fisiologica maturazione celebrale. Le neuroscienze ormai lo hanno dimostrato molto chiaramente”. Inoltre, lo stesso Serpelloni invitava Vasco Rossi a “farsi una cultura scientifica”, assicurandogli che “esistono moltissimi studi approfonditi su questo tema”.

La polemica fra i due ha portato in luce, a mio modo di vedere, uno dei rischi connessi all’eccessivo utilizzo del modello scientifico sulle tossicodipendenze e cioè quello di utilizzare la scienza come certificatrice di una condizione oggettiva, come unico mezzo per poter accedere correttamente alla questione della tossicodipendenza, etichettando come “ignoranti” o non correttamente informati coloro che criticano l’uso smodato di tale modello.

D’altronde si potrebbe far notare come nel sito del Dipartimento per le politiche Antidroga non è presente alcun forum o piattaforma dove sia possibile esprimere dubbi, considerazioni o esperienze personali inerenti il tema della tossicodipendenza. Un ulteriore segnale di come l’argomento sia blindato e di come la *policy* risulti essere prevalentemente quella di instaurare un flusso informativo in un unico verso.

Dando uno sguardo più generale, un dato estremamente interessante da analizzare è quello relativo a una ricerca svolta dal CENSIS per la Fondazione Università IULM nel 2007 sull'immagine che la società ha dei tossicodipendenti e in generale sulla rappresentazione del "fenomeno droga". Dai risultati dell'indagine il *senso comune* sulla tossicodipendenza, che fino a pochi anni prima era considerata unicamente un pericoloso fenomeno sociale da stigmatizzare e combattere, limitando innanzi tutto i vizi e gli eccessi dei tossicodipendenti, oscillava fra il paradigma della pericolosità sociale, secondo cui il consumo e la vendita di sostanze stupefacenti vanno moralmente disapprovati e penalmente perseguiti, e il paradigma medico, in base al quale l'uso e l'abuso di droghe portano a condizioni patologiche come la dipendenza fisica, i disturbi del comportamento, malattie contaminanti e decesso per overdose⁴².

La prima visione ci propone un tossicodipendente criminale, vizioso e appartenente alla classe sociale più disagiata, mentre la seconda pone l'accento sull'aspetto patologico, influenzata dalla visione medica della dipendenza come tipo di malattia del cervello⁴³. Uno studio che ben rappresenta come la scienza e le recenti scoperte in ambito neuroscientifico stiano sempre più modificando l'immaginario della società sulle tossicodipendenze, con un'attenzione sempre più marcata nei confronti dell'aspetto medico e delle modificazioni neuronali che le sostanze psicoattive provocano.

Se, però, la ricerca CENSIS aveva come target il pubblico generico, la comunicazione istituzionale del Dipartimento per le politiche Antidroga si rivolge in particolar modo a giovani e adolescenti, avendo nella prevenzione delle droghe il proprio obiettivo principale.

⁴² RUSSO VINCENZO, *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Carocci Editore, Roma, 2011

⁴³ *Ibidem*

Nel sito sono presenti sezioni dedicate alle singole droghe, e in particolare alle scoperte scientifiche relative ai meccanismi di azione di queste sostanze. Particolarmente accurate risultano le parti dedicate proprio alle neuroscienze, alle ultime pubblicazioni in tema di tossicodipendenze e alla spiegazione delle varie modalità di indagine scientifica come la risonanza magnetica, la tomografia assiale computerizzata, la tomografia a emissione di positroni e così via.

Attraverso il banner “**DROGA IN BREVE**” il sito è collegato all’omonimo portale esterno, realizzato in collaborazione con il *National Institute of Drug Abuse* degli Stati Uniti. Su questo portale sono presenti diversi prodotti multimediali rivolti, anche in questo caso, a un target di giovani, con finalità preventive.

In un primo video sul concetto di dipendenza la voce fuori campo insiste sul fatto che “*chiunque può sviluppare una dipendenza e che questa non dipende dall’età, dalla razza, dal reddito o dall’occupazione*”. Altre frasi particolarmente simboliche sono:

- “*La dipendenza si manifesta quando si avverte un forte bisogno di continuare ad assumere una sostanza pur sapendo che questo comporta dei danni*”
- “*La dipendenza è una malattia del cervello che può colpire chiunque*”

Sempre a proposito di dipendenza, in una sottosezione apposita, è possibile farsi un’idea del concetto di dipendenza che si vuole trasmettere al pubblico e cioè quello di “*una condizione in cui una persona non riesce a interrompere l’uso di una sostanza pur volendolo. La dipendenza è una vera e propria malattia del cervello, prevenibile, curabile e guaribile.*” Addirittura si paragona la dipendenza a qualunque altro tipo di malattia “*come il diabete o il cancro*”.

Diversi video e altro materiale in genere sono dedicati alle ricerche scientifiche che confermano, secondo il Dipartimento per le politiche Antidroga, il concetto di dipendenza così come presentato nel sito. Come già anticipato nei precedenti capitoli, la questione dell'autonomia e del conseguente significato del termine "dipendenza" sono trattati secondo un'unica direzione, giustificata, confermata e insindacabile proprio grazie alle ricerche scientifiche.

Nessun riferimento invece al concetto di *addiction*, difficile da trattare e per certi versi scomodo, col rischio di poter "sminuire" i danni provocati dalle dipendenze e uscire dal modello di prevenzione severo e a tratti aggressivo utilizzato oggi.

"Oggi l'informazione sulle tossicodipendenze è improntata sul terrorismo" afferma Gian Luigi Gessa, per poi proseguire - "Noi dovremmo semplicemente dire la verità, che poi è la più rivoluzionaria delle informazioni: la tossicodipendenza in molti individui, e non in tutti, può determinare una situazione pericolosa o comunque negativa".

A ogni modo, continuando ad analizzare e leggere la sezione "**DROGA IN BREVE**", è interessante notare come viene presentato l'accostamento fra dipendenza e salute mentale, e la forte correlazione fra la prima e segni chiari di disturbi psichici come depressione, ansia, disturbi bipolari, disturbo da deficit di attenzione e disturbi della personalità. Questo perché - continuando a leggere - "l'uso di droga e i problemi di salute mentale interessano le stesse aree del cervello".

Ovviamente, in un contesto dove la linearità fra l'assunzione di sostanze, la dipendenza e la malattia è considerata come certa, non possono mancare indicazioni sui possibili trattamenti.

Viene così specificato che "*esistono farmaci che aiutano a non assumere alcol, provocando vomito e malessere tutte le volte che la sostanza psicoat-*

tiva viene assunta”, oppure “*alcuni farmaci che inibiscono il desiderio di sostanze*” e anche “*altri che bloccano la sensazione di euforia derivante dall’uso di droghe*”. Nonostante venga messa in luce anche l’importanza di un sostegno psicologico, l’impressione è che il modello di medicalizzazione della dipendenza sia ormai quello maggiormente utilizzato in tutto il processo comunicativo. Anche in questa sezione non è presente alcun tipo di interazione col pubblico e nessuna piattaforma di dialogo e comunicazione: l’informazione che è sempre e solo diretta *verso* gli utenti

Come accennato in precedenza, il target del Dipartimento per le politiche Antidroga sembra essere prevalentemente quello dei giovani in età adolescenziale, sebbene in diverse sezioni compaiano consigli su come aiutare i figli che si crede si stiano avvicinando al mondo delle droghe. È inoltre presente una sezione dedicata a un pubblico decisamente giovane (lo si evince dal continuo utilizzo dei fumetti) dove in ogni caso si fa ampio riferimento alle neuroscienze per spiegare gli effetti e il meccanismo di azione delle diverse droghe.

Proprio per “catturare” e indirizzare il messaggio verso un pubblico di adolescenti e giovani è stata creata una sezione “Social Network” con link verso Facebook, Twitter, Youtube e BlipTV (che però non è un social network). L’unico luogo dove avviene uno scambio di opinioni fra il pubblico è proprio Facebook, più adatto rispetto a Twitter e Youtube per instaurare un certo tipo di dibattito. Dibattito però ridotto davvero al lumicino, visto che - in generale - l’utilizzo dei social network da parte del Dipartimento per le politiche Antidroga è decisamente poco continuo e imbrigliato in meccanismi quanto meno rigidi: addirittura su Facebook bisogna passare al vaglio dell’accettazione dell’amicizia. Comunque, non manca occasione di notare come diverse discussioni vertano proprio sul concetto di dipendenza e sul suo legame con quello di malattia.

L'utilizzo di Twitter è ridotto ai minimi termini (appena 23 tweet negli ultimi 5 mesi del 2012 e ancora nessuno nel 2013), mentre i video postati su Youtube contengono prevalentemente interviste a esperti che evidenziano come sia ormai "scientificamente provato" che le droghe arrecano danni a chi ne fa uso. Video la cui maggior parte fatica a raggiungere le 1000 visualizzazioni nonostante siano inseriti da anni e per i quali i commenti sono quasi sempre disabilitati. Insomma, un uso dei social network quanto meno discutibile che ben rappresenta il tipo di comunicazione che intende adottare il Dipartimento per le politiche Antidroga, poco basata su dialogo e confronto e incentrata sul flusso monodirezionale delle informazioni.

La domanda che sorge spontanea a questo punto è: se è cambiato il modello di comunicazione sulle tossicodipendenze, con le neuroscienze sempre più protagoniste, sono anche mutate le rappresentazioni e le percezioni che gli utenti hanno delle sostanze psicoattive? Più precisamente, il pubblico, o anche gli stessi tossicodipendenti, cosa pensano del rapporto fra dipendenza e malattia? Credono che con l'uso di droghe si possa davvero perdere la capacità di scegliere? Cosa sanno e quanto si fidano delle nuove ricerche scientifiche che spiegano i meccanismi di azione delle droghe?

Non esiste letteratura recente che affronti la questione di come oggi viene percepita la tossicodipendenza dagli stessi consumatori di droghe, in rapporto al cambio di paradigma - da sociale a prevalentemente scientifico - che vi è stato negli ultimi anni. Ho reputato quindi interessante intraprendere un lavoro preliminare, riportato nel successivo capitolo, per studiare come parte degli utenti, consumatori o ex consumatori di droghe, ai quali sono dirette le informazioni, recepiscono le stesse e per capire in che modo sono percepite le questioni "portanti" della tossicodipendenza (concetto di libero arbitrio e dipendenza) e se esse variano a seconda della droga di riferimento.

“Tossicomania”, “libero arbitrio” e “cervello”: cosa pensano i tossicodipendenti?

Per studiare l'immaginario dei tossicodipendenti in relazione ai concetti di dipendenza, danni cerebrali e libero arbitrio, ho svolto una ricerca qualitativa su un campione di 7 consumatori di eroina, cocaina, alcol e cannabis presso un Servizio Dipendenze della Sardegna. La ricerca è stata condotta con interviste semi-strutturate, ovvero non ponendo domande già precedentemente decise ma conducendo l'intero colloquio lungo la linea delle tematiche principali che si volevano affrontare: informazioni scientifiche e loro importanza per i tossicodipendenti, concetto di dipendenza e libero arbitrio. I testimoni sono stati selezionati in modo ragionato (indicati dagli

specialisti per disponibilità e tipo di dipendenza, così da esplorare esperienze legate a diverse sostanze e durate della tossicomania⁴⁴).

Tutti i tossicodipendenti, tranne due, si sono dimostrati piuttosto diffidenti a esporre le loro considerazioni e opinioni, sebbene mostrassero un deciso trasporto nel momento in cui narravano la loro storia personale. Il tempo per ogni intervista è stato di pochi minuti, sia per la disponibilità degli intervistati, sia perché spesso sono state svolte mentre gli stessi erano in attesa della dose di metadone. Nonostante le difficoltà incontrate, il risultato presenta un quadro ben definito, con considerazioni e risposte significative che mi hanno permesso di svolgere una prima analisi sulle percezioni dei tossicodipendenti attorno alle tematiche di interesse per questa tesi.

La particolare attenzione all'aspetto narrativo e la ricerca dei significati a partire dal racconto del tossicodipendente e del suo vissuto rientrano nell'ottica di riconsiderare la malattia e/o la condizione patologica (sebbene nel caso della dipendenza il legame fra i due concetti sia perlomeno delicato, come si è visto) la salute e la medicina come "sistemi sociali", definiti da un insieme di valori e norme comportamentali e dalle relazioni che strutturano l'esperienza della stessa malattia⁴⁵.

Saranno ora riportate le storie degli intervistati, la loro narrazione e alcuni virgolettati particolarmente significativi; poi tenteremo una analisi trasversale con gli argomenti e/o concetti ricorrenti.

Prima di incominciare ricordo che i concetti sui quali abbiamo lavorato sono quelli emersi dalle analisi precedenti.

⁴⁴ Si rimanda alla nota metodologica, Allegato A

⁴⁵ PELLEGRINO VINCENZA, *Follie ragionate. Il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, UTET Università, Torino 2012

Le storie

M. , maschio, 38 anni, cocainomane, alcolista e fumatore di hashish.

La storia di M. e la considerazione della propria condizione di tossicodipendenza è pesantemente influenzata dall'aspetto giudiziario e dall'attesa della sentenza, oltre che dalle conseguenze che la sua dipendenza ha nelle relazioni familiari. Di buona cultura e con un lessico decisamente sopra la media, M. non si dimostra particolarmente interessato ai danni che le droghe provocano al cervello:

“Guarda, di fatto la cocaina comunque ha effetti nocivi, come tutte le droghe, perché bruciano le cellule nervose, i neuroni e ti danno euforia.”

Invece si dimostra molto interessato agli effetti derivanti dall'assunzione di cocaina, sia dal punto di vista più strettamente legale - abbastanza ovvio data la sua condizione - sia da quello *del controllo* delle azioni:

“Ho letto che la crisi finanziaria è dovuta all'abuso di cocaina da parte dei broker di Wall Street che avevano un senso di onnipotenza e hanno fatto speculazioni che sennò non avrebbero fatto.”

Come in tutte le narrazioni dei tossicodipendenti, anche in M. è fortemente presente il senso di *colpa* per la propria condizione che, unitamente alla ferma convinzione del pieno *controllo* delle proprie azioni nel momento della *scelta* di drogarsi, serve per distinguere il concetto di dipendenza da quello di malattia:

“No no, non è una malattia, perché alla fine è una cosa che scegli tu anche se sai che ti danneggia. Una malattia per me è una cosa che ti capita a prescindere dalla tua volontà, una cosa con cui entri in contatto non perché lo vuoi.”

Il continuo rimarcare l'esistenza di una propria volontà nel momento in cui non vengono assunte sostanze psicoattive è una forte caratteristica di M., che rifiuta l'aggettivo di malato e dimostra un forte disagio - e di conseguenza interesse - per l'aspetto sociale della sua condizione, dal rapporto con la moglie ai problemi sul lavoro.

L., maschio, 43 anni, ex eroinomane e consumatore di cannabis.

L. è reduce da circa vent'anni di tossicodipendenza da eroina. In terapia col metadone, afferma di non utilizzare le droghe ormai da due anni. L'interesse verso i danni che l'eroina provoca al cervello sembrano essere minimi e decisamente influenzati dalla diffidenza e dalla cattiva considerazione di alcuni *farmaci*, nel caso specifico i tranquillanti:

“Guarda, io so solo che vivi male. Poi fa dei danni soprattutto al fegato, al cuore, ai polmoni. Poi magari ti brucia le cellule del cervello, anche se secondo me te le bruciano di più i medicinali come le pastiglie, perché mi è capitato con le pastiglie di non ricordarmi più nulla. Le prendevo la sera e l'indomani non capivo niente e non sapevo cosa avevo fatto.”

Interessante notare il rapporto fra farmaco e droga. Nel caso di L. la pessima considerazione dei medicinali sminuisce il danno provocato dall'eroina, particolarmente sentito invece in ottica sociale. La sensazione di esclusione sociale e il disagio provocato dal giudizio esterno è talmente forte in L. che lui stesso si definisce malato proprio per via della considerazione che si ha di lui e non per la sua reale condizione fisica:

“Cioè, io abito in un piccolo paese e magari vieni immaginato in un certo modo e allora ti senti un po' così... Sì, diciamo malato. Però dipende dalle persone. Qualcuno magari si sente un malato perché gli interessa cosa dicono gli altri e sta male in generale. Altri si drogano e stanno bene e magari non si sa in giro.”

Un elemento centrale della narrazione di L. che è possibile trovare in altre interviste, è la diffusa percezione della reazione differenziata e personale alla condizione di malato: un approccio che contrasta quello medico che rende tutti noi “corpi simili fra loro”, malati in ugual modo nel momento in cui un determinato parametro biochimico varia nello stesso modo in diverse persone. Gli intervistati invece, quando riflettono sull’aspetto corporeo, pensano a ciascun corpo come “unico e diverso dagli altri”. Inoltre, come nella storia precedente, quello a cui L. non vuole assolutamente rinunciare è la propria volontà e capacità di giudicare e scegliere nel momento in cui non assume la sostanza:

“Guarda... Io ho sempre scelto di farmi per conto mio e scegliendo io. Mi sono messo in testa di prendere il metadone, ma l’ho scelto io, eh.”

In L., è fortissimo l’aspetto sociale della malattia, tanto che essa “si costruisce” dall’esterno, dalle relazioni e dalle considerazioni sulla sua condizione. Anche in questo caso l’aspetto più scientificamente patologico è considerato di poco interesse e scarsamente approfondito.

A., maschio, 44 anni. Alcolista.

A. ha dedicato pochissimo tempo all’intervista. Non ha voluto raccontare molti aspetti della sua vita privata e del suo rapporto odierno con la malattia. Nonostante tutto, in lui traspare una più forte preoccupazione per l’aspetto della salute, in particolare per il fegato, mentre è poco informato sui danni cerebrali causati dall’abuso di alcol:

“Sicuramente danneggia il fegato... Ti viene la cirrosi e rischi di morire. So che danneggia il cervello anche se non so bene cosa. Però mi piacerebbe saperlo.”

Ha un buon rapporto coi farmaci, tanto che considera la terapia farmacologica di cui è fruitore come principale ancora per uscire dalla dipendenza.

Anche in lui è forte il disagio sociale, specie per la perdita del lavoro a causa dell'alcol e i giudizi delle persone.

“Ti ritrovi a 44 anni senza lavoro e magari l’hai perso perché bevevi troppo. E la gente comincia a pensare male di te e questo ti fa riflettere perché magari se tutti ti evitano allora vuol dire che qualcosa di grave ce l’hai”.

“... Ci sono quelli che poi sono forti e ne escono da soli. Se però non ce la fai e ti butti giù e ti senti oppresso allora lì comincia la malattia”.

Anche in A. è ben visibile come il concetto di malattia non coincide tanto con quello di dipendenza ma più che altro col senso di *disagio* personale avvertito. Disagio amplificato da meccanismi, norme e relazioni sociali per cui si crea la percezione di “qualcosa di grave”, ovvero di malattia. Come gli altri intervistati, A. non rinuncia alla sua libertà di pensiero e di scelta:

“Guarda, io in fin dei conti non riesco a ragionare solo quando bevo... Però quando sei sobrio per tutte le cose puoi decidere. Mica sono pazzo, io.”

Dalla narrazione di A., come nel corso di altre interviste, emerge un concetto di “intermittenza della volontà”, a volte alterata - nel momento di pieno utilizzo della sostanza - ma mai “svuotata” o affievolita dalle droghe nel momento in cui non c’è utilizzo. Particolarmente interessante notare l’enfasi con cui A. vuole discostarsi da una condizione - la pazzia - che percepisce come invalidante e lesiva della sua autonomia. Visibilmente innervosito dalla domanda sulla capacità di giudizio, A. si alza e decide di chiudere l’intervista.

R., donna, 39 anni, ex eroinomane e consumatrice di cannabis.

La storia di R., dipendente per 15 anni dall’eroina, è fortemente influenzata dal rapporto col ragazzo con cui ha provato l’eroina la prima volta. È particolarmente riscontrabile il continuo senso di colpa per non aver rifiu-

tato l'invito ad assumere la sostanza. Rispetto agli altri intervistati, R. mostra una rabbia verso la droga molto più spiccata, e i denti digrignati e i pugni chiusi che spesso mostra mentre ne parla sono un chiaro segno della sua collera. In terapia col metadone, R. si preoccupa poco dell'aspetto scientifico e patologico della dipendenza, sebbene si renda conto degli effetti delle droghe sul cervello:

“Secondo me provoca qualcosa al cervello perché te lo sfasa proprio. Negli anni proprio te lo brucia.”

Il continuo senso di colpa mostrato nel corso dell'intervista incide pesantemente anche sull'immagine che R. ha della dipendenza, avvertita come malattia proprio in virtù del disagio e della rabbia che provava *“perché dovevo fare di tutto per andare ad acquistare quella merda”*. Come nel caso della prima intervista il *senso di colpa* è legato alla *volontà* di compiere l'azione di drogarsi, tanto da influire pesantemente nell'identificare un preciso inquadramento nosologico della dipendenza. Confrontando la dipendenza con altre malattie come il cancro, R. dice:

“No, sono due cose diverse. Perché il cancro ti viene e quindi anche una persona che non vorrebbe averlo ce l'ha mentre nella tossicodipendenza è una cosa che vuoi tu. Te la stai prendendo tu la malattia. Il cancro ti viene, mentre la dipendenza te la cerchi tu, ed è molto peggio.”

Come prevedibile, R. è assolutamente convinta che le sostanze psicoattive non modificano la capacità di giudizio o di scelta di un tossicodipendente:

“Io ce l'ho fatta da sola. Poi dipende troppo dalla persona e soprattutto da cosa è circondato. Se uno vuole uscirne lo fa, sennò no. Però è in grado di decidere...”

In R. è meno forte l'aspetto sociale che inquadra la malattia, che in questo caso è più definita dall'*illness*, ovvero dal proprio vissuto personale e dalla consapevolezza delle proprie azioni. Anche in questo caso non è la parte

più strettamente biochimica a giocare un ruolo rilevante nel “sentirsi” una persona malata.

F., maschio, 40 anni, ex eroinomane e cocainomane.

La storia di F. è fortemente condizionata dalla propria malattia psichica e le narrazioni della tossicodipendenza e della bipolarità si intrecciano continuamente. F. non si fida dei medici, in virtù di una sbagliata diagnosi di schizofrenia che per quattro anni lo ha costretto ad assumere farmaci senza alcun effetto positivo per la propria salute. Anche per questo non considera le droghe particolarmente dannose per il cervello, specie in relazione agli psicofarmaci, e non si preoccupa tanto di informarsi:

“No, cioè non le ho lette (le informazioni sui danni delle droghe al cervello) però ne sono consapevole. Però immagina i danni che possono creare gli psicofarmaci, a volte sbagliando delle diagnosi”

“Io sono bipolare e la droga lo ha manifestato ancora meglio. Poi può rendere paranoici, però ogni persona reagisce in un determinato modo. C’è gente che resta illesa dall’uso delle droghe per quanto mi riguarda. Anzi, secondo me, la droga a volte può aiutare molto più degli psicofarmaci, specie la cannabis.”

Il cattivo rapporto coi farmaci viene ricordato di continuo, anche quando parla del suo rapporto con la dipendenza da droga. Non accetta la distinzione che viene fatta fra tossicodipendenti e fruitori di psicofarmaci proprio perché vede questi ultimi più dannosi di ogni sostanza psicoattiva:

“... Ci sono persone che usano psicofarmaci che fanno malissimo e secondo me sono drogati... Conosco molte persone depresse che preferiscono farsi una canna la sera piuttosto che prendersi dieci milligrammi di Depakin o qualsiasi altra cosa... E stanno bene così. Secondo te cosa fa più male? Io sono per la cannabis.”

A differenza degli altri intervistati, in F. non è presente un senso di colpa per il tipo di vita condotto, sebbene riconosca che esista una criminalizzazione morale del tossicodipendente che contribuisce a renderlo malato. Alla domanda se la dipendenza sia una malattia alla pari del cancro F. risponde così:

“No, è sbagliato. La droga non ti uccide come il cancro, ci vuole molto più tempo. Poi il cancro è una cosa che ti viene e la dipendenza te la cerchi tu. Però dare la colpa non funziona... È che viviamo in una società dove tutti puntano il dito.”

Come negli altri casi, il significato di malattia è fortemente ancorato non all'aspetto medico ma all'“esterno”, al contesto sociale e alle modifiche relazionali che la condizione di dipendenza comporta. Il senso di disagio e l'esclusione sociale rendono, secondo F., malata una persona anche se *“il dipendente non è sempre malato”*. Anche F. difende strenuamente la propria capacità di giudizio e di libero arbitrio, benché riconosca di avere più danni al cervello rispetto a una persona che non fa uso di droghe.

“Ma chi le dice queste cose? Io sono perfettamente in grado di capire cosa è giusto e cosa non è giusto. Sicuramente ho meno cellule di una persona che non fa uso di droghe e una parte del mio cervello è stato danneggiato. Di certo però non il fatto di non saper valutare cosa è giusto e cosa è sbagliato.”

F. chiude l'intervista affermando di non essere tanto interessato alla disintossicazione dalle droghe in sé, quanto alla ricerca di nuove sostanze - farmaci ma non psicofarmaci - che possano dargli un senso di calma con meno effetti collaterali dell'eroina e meno sperpero di denaro.

M., maschio, 47 anni, eroinomane.

M. è una persona con forti problemi di salute causati dall'abuso di eroina. Entra ed esce spesso dall'ospedale, ed è stato da poco vittima di una brutta overdose che lo ha convinto a chiedere aiuto. Ha più volte provato a disintossicarsi, specie entrando in comunità, ma senza nessun riscontro positivo. Visto il suo stato di salute, è particolarmente preoccupato per i danni che l'eroina causa al corpo ed è convinto della sua pericolosità:

“Sicuramente (l'eroina danneggia) tutto il corpo e la mente. Tipo fegato, cuore, polmoni... Le cose che dovrebbero reggere tutto.”

Nella “lista” di organi di cui M. si preoccupa non compare il cervello, anche se alla domanda precisa se l'eroina sia pericolosa anche per quello risponde così:

“Beh sì, perché diventi un mezzo pazzo e vai fuori dal mondo. Ti brucia il cervello.”

Anche qui troviamo il rimando a una condizione di “pazzia” e di inabilità che causa l’“uscita” dal mondo, dalla società. Rispetto agli altri intervistati, forse proprio per via del suo percorso ospedaliero, M. dichiara cominciata la sua malattia quando ha avvertito i primi danni fisici:

“Quando ho cominciato io era diverso. Era tutto ‘che bello, che bello’. Ora è un po’ diverso... Quando sono in astinenza io sto male e devo cercarmi la dose.”

M. non mostra, a differenza di altri, nessun senso di colpa per la condizione in cui si trova, sebbene sia fermamente convinto di aver sempre agito nel pieno delle proprie facoltà e che le droghe non abbiano mai influito sulla sua capacità di scelta. Alla notizia che alcune ricerche scientifiche mettono in dubbio la reale capacità di scelta di un tossicodipendente risponde in maniera stizzita:

“No, è una puttanata grande e grossa. Sai cosa fai in ogni momento. Sono io che ho scelto di farmi aiutare... Magari non riesco da solo però so che devo farmi aiutare.”

S., maschio, 54 anni, ex alcolista, consumatore di cannabis e cocaina.

Tra tutti gli intervistati, S., forse anche per l'età più matura, dimostra di avere una certa consapevolezza nell'uso delle droghe. Sempre sorridente, disponibile e voglioso di esprimere le proprie opinioni a riguardo, S. è pienamente convinto dell'importanza di non guardare le tossicodipendenze secondo l'ottica del moralismo. Rispetto agli altri intervistati sembra avere una capacità di riflessione più profonda, probabilmente dovuta al tipo di legame più “maturo e responsabile” che è convinto di avere con le diverse droghe di cui ha fatto e fa utilizzo. Anche lui, però, non si interessa particolarmente ai danni che le sostanze psicoattive provocano al cervello:

“Guarda, è come le scritte che ci sono nelle sigarette, tipo “Il fumo uccide”. La stessa cosa... Vabbé, io prendo atto che fa male, però siccome provocano delle situazioni piacevoli o comunque diverse allora si assumono...”

Inoltre, è particolarmente dubbioso su come vengono comunicate le informazioni scientifiche:

“Bisognerebbe dare le informazioni giuste, non questo tipo di terrorismo psicologico che non va da nessuna parte.”

Come nel caso di altri intervistati, è interessante notare come in S. la diffidenza nei confronti dei farmaci in generale lo rende dubbioso sull'eccessiva enfasi che viene data ai danni provocati dalle droghe:

“Sto sentendo cose tipo che ti brucia i neuroni e ti buca il cervello. Ci sono sostanze legali che ti bruciano i neuroni... Quelli fanno bene e la cocaina fa

male??"

S. si dimostra particolarmente riflessivo anche quando parla della situazione di dipendenza e - come diversi altri - non crede che sia corretto identificarla come una malattia:

"Malato è uno che ha una patologia, un guaio. La dipendenza è un diverso tipo di patologia.... Non so come spiegare... No, per me non sono malattie, sono qualcos'altro di cui però momentaneamente non ho il termine."

Come atteso, anche in S. è molto forte la convinzione che un consumatore di droga mantenga il libero arbitrio, anche se in lui traspare il dubbio che la capacità di scelta possa essere influenzata dalla quantità di droga assunta:

"Ma assolutamente no! Forse perché io non sono entrato in situazioni di uso forte... Io ho sempre mantenuto il controllo anche perché poi, per alcune droghe tipo la cocaina, ci vogliono disponibilità finanziarie e io... Io metto prima altre cose."

Rispetto agli altri intervistati S. sembra subire meno la "pressione sociale" che il giudizio esterno provoca nei consumatori di droga., sebbene riconosca che "il giudizio esterno conta tantissimo nel capire chi sei". E' invece molto interessante notare come S. attribuisca alla scienza un ruolo chiave nel cambio dell'immagine del tossicodipendente all'interno della società:

"La scienza non resta mai fissa e queste cose si evolveranno ancora e cambierà ancora quello che si pensa di un tossicodipendente. E' la legge di Darwin.... L'evoluzione... Non so se ne hai sentito parlare. Prima c'era molta più ignoranza poi..."

L'analisi trasversale delle interviste

Le sette interviste hanno messo in luce come alcuni aspetti dell'immaginario legato alla tossicodipendenza degli stessi consumatori di droga siano comuni e ampiamente riconosciuti, mentre altri possono essere considerati in evoluzione e molto legati al proprio vissuto personale.

Come facilmente immaginabile anche prima di intervistare i consumatori (o ex consumatori) di sostanze stupefacenti, la prima cosa che salta all'occhio è quanto i tossicodipendenti siano legati all'idea della propria **volontà**: solo nella prima intervista possiamo leggere una considerazione sul "senso critico" che la cocaina può far venir meno. Tutti rimarkano le scelte fatte e l'assoluta convinzione di essere *capaci* di giudicare e scegliere esattamente come qualunque persona che non faccia uso di droghe. Di fronte alla notizia che esistono studi scientifici che dimostrano il contrario, l'atteggiamento è di forte chiusura, contornato dal nervosismo causato dalla paura di vedersi privati della volontà, l'elemento che, forse più di ogni altro, identifica la propria persona.

Singolare, ma non del tutto inaspettato, come invece fra gli intervistati, tranne in un solo caso, ci sia pochissima curiosità di approfondire o conoscere con maggiore dettaglio il rapporto fra droga e danno al cervello, mentre traspare ansia e preoccupazione per le conseguenze che possono esserci al cuore, al fegato e ai polmoni. Tutto questo, probabilmente, è legato alla piena convinzione dell'essere in possesso di tutte quelle facoltà mentali che li rendono consapevoli delle proprie azioni e di conseguenza alla mancata percezione di danno al cervello. Nonostante ciò, è continuo il rimando al "cervello bruciato" o al "cervello sfasato", sebbene non sia mai chiaro cosa questo comporti. Finché non si sopraggiunge a una condizione di "pazzia" i danni al cervello non vengono visti come pericolosi per la sa-

lute quanto quelli recati ad altri organi, percepiti come “portanti” per l'intero organismo.

Se nelle narrazioni dei tossicodipendenti le acquisizioni in campo scientifico sul cervello e sul libero arbitrio paiono non attecchire e interessare, diverso è il discorso relativo alla *dipendenza*. Tutti i tossicodipendenti capiscono di essere percepiti dall'esterno come malati e comprendono come la dipendenza sia considerata una vera e propria malattia: un legame che, come abbiamo visto nei precedenti capitoli, è diventato sempre più forte proprio in virtù delle ricerche scientifiche sui danni causati dalle droghe al cervello. A ogni modo, tutti gli intervistati concordano nel *non* far coincidere il concetto di dipendenza con quello di malattia, e pongono l'accento sull'importanza che il contesto sociale ha nel definire quest'ultima.

Se oggi esiste una vasta letteratura sull'*illness narrative* e sulle componenti sociali che contribuiscono a inquadrare e definire la malattia, è innegabile che ci sia ancora una forte convinzione che l'aspetto biologico (*disease*) sia quello che contraddistingue maggiormente il malato. Proprio i *danni fisici* che le droghe causano al cervello sono, a giudicare dalla comunicazione del Dipartimento per le politiche Antidroga, il fatto che attesta come la tossicodipendenza sia *oggettivamente* una malattia. Questo però non secondo i consumatori di droga, che invece sembrano quasi minimizzare l'aspetto dei danni cerebrali per l'identificazione della condizione patologica, mentre evidenziano in modo pressante come nel “sentirsi” malato risultino importanti fattori “esterni” al proprio corpo come i giudizi delle persone, le relazioni, la perdita del posto di lavoro e così via.

Da notare inoltre, come la componente sociale della malattia, la sua identificazione “dall'esterno”, unita alla piena convinzione della consapevolezza delle proprie azioni produce un senso di colpa per essere caduti in una condizione - quella del malato, per l'appunto - proprio in virtù dei propri

comportamenti passati. Un meccanismo di colpevolizzazione della malattia che, come nel caso dei sieropositivi, viene avvertito con forte disagio e frustrazione personale.

Un'ultima considerazione sui farmaci e le terapie per la disintossicazione. Diversi intervistati hanno espresso una forte diffidenza, e in qualche caso addirittura contrarietà, all'utilizzo dei farmaci, in particolar modo quelli usati per contrastare stati d'ansia o per curare malattie mentali. Il metadone invece è avvertito *non* come farmaco per curare una patologia, ma genericamente come una sostanza *sostitutiva* della droga (che come tale crea sempre dipendenza), con minori rischi per la propria salute. La visione dei farmaci narrata dai tossicodipendenti risulta quindi più ancorata a un concetto "anglosassone" di farmaco, dove farmaco e sostanza d'abuso si fondono in un'unica parola: *drug*, ovvero droga⁴⁶. Farmaci che, dunque, secondo i consumatori di sostanze psicoattive, così come le droghe hanno benefici ma anche rischi elevati, diversi a seconda dei modi e dei tempi di utilizzo e soprattutto della persona che riceve la terapia, in un continuo rimarcamento dell'unicità della propria persona e del proprio corpo.

⁴⁶ CANALI STEFANO, "Farmaco o droga?", Italian Journal of Addiction, settembre-dicembre 2002, 10, 36-37; pp. 5-6

Conclusioni

Sono passati quasi trent'anni da quando Nancy Reagan, moglie dell'ex presidente degli Stati Uniti, lanciò il programma contro le droghe dal titolo *"Just say no"* ovvero "Basta dire di no", dove era la volontà del tossicodipendente a essere decisiva per uscire dalla droga. Se la Reagan avesse immaginato l'evoluzione scientifica nello studio delle tossicodipendenze probabilmente non avrebbe impostato la comunicazione in quel modo. Oggi, secondo la scienza, non basta dire di no, proprio a causa degli aspetti patologici provocati dall'uso e abuso delle sostanze psicoattive.

La tossicodipendenza è così passata da un fenomeno sociale a uno più strettamente scientifico, con un inquadramento nosologico ampiamente sfruttato in termini comunicativi. Se prima la dipendenza dalle droghe era mostrata come un enorme rischio di esclusione sociale, oggi viene presentata come una vera e propria *malattia del cervello*. E, se da un lato questo sta lentamente modificando l'immagine che la società ha del tossicodipendente, non più visto come un criminale vizioso ma come una vittima dei danni cerebrali che le droghe provocano, dall'altro produce un fortissimo senso di colpa e disagio negli stessi consumatori di droga, mal disposti a rinunciare al libero arbitrio e alla loro capacità di giudicare e valutare una determinata situazione.

Questo è il punto: se, da un lato, la trasformazione in 'malattia' della dipendenza dovrebbe togliere all'immagine del tossicodipendente lo stigma di asociale, al contrario i tossicodipendenti sentono proprio come stigma la privazione del libero arbitrio.

Come abbiamo visto nel quarto capitolo, la comunicazione adottata dal Dipartimento per le politiche Antidroga spinge ed evidenzia in maniera precisa e continua gli aspetti scientifici delle tossicodipendenze, nella convinzione che essi possano essere un valido strumento per la prevenzione o l'uscita dalle droghe qualora il pubblico sia costituito da persone tuttora tossicodipendenti o comunque consumatrici di sostanze psicoattive.

Dalle considerazioni fatte sul concetto di dipendenza e libero arbitrio, dalla panoramica esposta in precedenza sulla complessità e la continua evoluzione delle ricerche neuroscientifiche sulle droghe e dalle rappresentazioni dell'immaginario sulle tossicodipendenze degli stessi consumatori, si capisce come il tipo di comunicazione adottato sia quanto meno discutibile, se non addirittura poco funzionale agli obiettivi prefissati. Nei soggetti tossicodipendenti l'interesse verso l'aspetto scientifico è minimo e la dipendenza da sostanze psicoattive è ancora vista secondo un modello più prettamente sociale.

L'identificazione della dipendenza come una malattia del cervello non solo non convince i tossicodipendenti, ma rischia di essere percepita come un "attacco" al proprio stile di vita e come un'attestazione esterna di una pesante condizione di invalidità.

La discrepanza fra comunicazione istituzionale e narrazioni dei tossicodipendenti è forse frutto di un preciso "salto" o vuoto nel processo comunicativo: considerare il pubblico come ignorante e credere di poter creare consenso attorno alla propria idea unicamente trasferendo informazioni scientifiche dall'alto (scienza) verso il basso (pubblico). Una più attenta valutazione della percezione e dell'immaginario dei tossicodipendenti sulla questione legata all'uso di droghe può e deve sicuramente contribuire a far maturare un diverso modello di comunicazione, a partire dalla trattazione di concetti chiave come quello di dipendenza e malattia.

Proprio a tal proposito è stato particolarmente interessante notare come nelle parole dei tossicodipendenti non si riesce a identificare verbalmente la differenza fra i termini “tossicodipendente” e “tossicomane”, sebbene la differenza fra i due sia decisamente percepita.

Comunque, è innegabile come oggi le neuroscienze stiano contribuendo a indagare e capire un fenomeno ampiamente complesso come quello della tossicodipendenza. Le nuove ricerche e i dati scientifici, inseriti in un processo comunicativo dove lo scambio di informazioni risulti multidirezionale, e non utilizzati in chiave riduzionistica come mezzo per raggiungere obiettivi che spesso rispondono più a esigenze politiche di stampo moralistico che altro, possono essere una chiave importante per incrementare nel pubblico la *consapevolezza* riguardo l'uso delle droghe.

La ricerca qualitativa svolta rappresenta uno studio pilota, condotta su un piccolo campione di utenti per capire se e quanto i temi di interesse della tesi possono trovare riscontro e interesse nei tossicodipendenti. Il risultato raggiunto suggerisce e rimarca l'interesse nello svolgere una ricerca più ampia, con un discreto numero di individui coinvolti, che possa confermare i dati e le informazioni raccolte in questo lavoro.

Appendice A

Nota metodologica

I tre macrotemi che si è scelto di approfondire in questa tesi, e di conseguenza anche nel corso delle interviste, sono: aspetti scientifici della dipendenza, concetto di dipendenza, libero arbitrio nella tossicodipendenza.

Il lavoro è stato quindi condotto in quattro fasi:

- 1) Approfondimento dei macrotemi di interesse e intervista col neuroscienziato Gian Luigi Gessa, per comprendere il legame fra scienza e tossicodipendenza e per capire come sono orientate le ricerche in corso
- 2) Analisi del sito del Dipartimento per le politiche Antidroga al fine di capire come vengono utilizzati i tre concetti nel processo comunicativo
- 3) Intervista ai tossicodipendenti per comprendere se e in che modo i temi di studio siano presenti nelle loro narrazioni
- 4) Analisi delle interviste e confronto con la comunicazione istituzionale del Dipartimento per le politiche Antidroga.

Obiettivo e contenuti della ricerca

L'obiettivo della ricerca era analizzare l'immaginario mostrato dalla narrazione dei tossicodipendenti per confrontarlo col tipo di comunicazione istituzionale messa in atto dal Dipartimento per le politiche Antidroga. Per far questo ho scelto tre macrotemi da approfondire nel corso delle interviste: aspetti scientifici della dipendenza, concetto di dipendenza, libero arbitrio nella tossicodipendenza.

Durante l'intero lavoro di tesi sono state evidenziate (in grigio scuro) le parole-chiave che mi sono sembrate significative per poter approfondire il ragionamento e l'analisi sui tre macrotemi d'interesse.

Elenco parole-chiave:

- Cognitive neuroscience
- Ippocampo
- Recettori
- Dopamina
- Acido GABA
- Accumbens
- Ricompensa
- Decision making
- Volere
- Piacere
- Dipendenza
- Addiction
- Malattia

- Tolleranza
- Astinenza
- Desiderio
- Consapevolezza
- Incontrollabilità
- Bonding
- Tossicomania
- Liberamente
- Libero veto
- Volontà
- Senso comune
- Danno al cervello

Interviste

Sono state condotte sette interviste a tossicodipendenti o ex consumatori di droga e un'intervista a un neuroscienziato esperto nel campo della tossicodipendenza per un totale di otto interviste.

Il **neuroscienziato** intervistato è Gian Luigi Gessa, docente di Neuropsicofarmacologia all'Università di Cagliari, dove ha diretto per un lungo periodo il Dipartimento di Neuroscienze. Ha ricoperto il ruolo di presidente della Società italiana di Farmacologia ed è stimato e apprezzato a livello internazionale per i suoi studi sulla tossicodipendenza.

I **tossicodipendenti** - o ex tossicodipendenti - sono stati intervistati presso un SerD della Sardegna, dopo aver contattato varie strutture ed essermi imbattuto contro difficoltà burocratiche non indifferenti, data l'estrema attenzione dimostrata da parte delle strutture nel garantire pieno anonimato

ai propri utenti. Proprio per questo, anche per via delle ridotte dimensioni, il SerD presso il quale sono state svolte le interviste ha preferito restare anonimo; è stata quindi indicata solamente la regione di appartenenza. Il numero dei tossicodipendenti intervistati è stato deciso in relazione alla modalità e all'obiettivo dello studio e dell'analisi che si intendeva realizzare.

Metodologia di ricerca

Lo studio svolto è una ricerca qualitativa che si avvale dello strumento delle interviste semi-strutturate.

Per quanto riguarda l'aspetto scientifico è stato ritenuto sufficiente intervistare unicamente Gian Luigi Gessa, proprio in virtù della sua eccellenza scientifica riconosciuta nel campo delle tossicodipendenze.

Per l'analisi delle narrazioni dei tossicodipendenti, intendendo il lavoro come studio pilota per un'analisi più approfondita a livello quantitativo, il campione scelto è stato di sette persone, numero considerato sufficiente per avere informazioni attendibili in relazione all'obiettivo della ricerca.

Dopo un'iniziale fase di *ice-breaking*, le interviste sono state condotte in modo da affrontare i tre concetti di interesse: comprensione e informazione sul legame fra neuroscienze e tossicodipendenze, concetto di dipendenza e percezione del libero arbitrio per quanto concerne la scelta di usare le sostanze psicoattive.

È stato scelto di fare un tipo di intervista semi-strutturata - e non strutturata con domande più puntuali e precise - in modo da dare all'intervistato un ampio margine di libertà nelle risposte e poter raccogliere più spunti possibile da parte degli stessi tossicodipendenti in relazione alla complessità della tematica trattata. Per quanto possibile, le interviste sono state condotte dal generale al particolare, partendo dalla storia del rapporto fra in-

dividuo e sostanza e finendo con considerazioni su punti precisi legati ai tre macrotemi di riferimento.

Analisi del sito

Il sito del Dipartimento per le politiche Antidroga presenta al suo interno diverse sezioni e sottosezioni più collegamenti a portali esterni. Dopo un'accurata analisi delle parti più interessanti del sito si è scelto di riportare i contenuti più significativi in relazione alle principali tematiche d'interesse. Nell'analisi è stata posta particolare attenzione al "cosa" si voleva comunicare, alla forma, alle diverse modalità di comunicazione e al target verso cui è rivolto il messaggio.

Le parti del sito analizzate sono state:

- La sezione "droghe", per capire quali sono le informazioni scientifiche che si volevano trasmettere
- La sezione "comunicazione", per recuperare le vecchie campagne di comunicazione e confrontarle con quelle attuali
- La sezione "social network", per capire se e in che modo si instauri un dibattito o un dialogo con il pubblico sulle diverse questioni inerenti la tossicodipendenza
- Il portale esterno "Droga No Grazie", per comprendere come viene costruita la comunicazione per il pubblico più giovane
- Il portale esterno "Droga in breve", per la sua ricchezza di video, animazioni e materiale multimediale in generale.

POLITICHEANTIDROGA.IT

- Organismi**
 - Ministro
 - Dipartimento
 - Consulta
 - Comitato scientifico
- Piano d'azione**
 - Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe 2010 - 2013
- Indirizzi utili**
 - Ser.T e Comunità
- Droghe**
 - Sostanze psicoattive
 - Normativa
 - Giurisprudenza
 - Linee d'indirizzo
 - Legislazioni Stati
 - Membri UE
- Progetti e ricerca**
 - Progetti DPA
 - Relazioni al Parlamento
 - Studi e rapporti internazionali
 - Accordi e Protocolli d'intesa
 - Geo Drugs Alert
 - Accesso SIND e NIOD
 - Neuroscience of Addiction
 - Progetto Reji
 - "La Strada per una Guida Sicura - SGS"
- Publicazioni**
 - In ordine alfabetico
 - In ordine cronologico
- Osservatorio**

Primo piano



Notizie

- » 21/01/2013 - Sigarette: l'impatto delle "bionde" nei film sul fumo degli adolescenti
- » 18/01/2013 - Rischio droghe, la percezione tiene lontano dall'uso
- » 17/01/2013 - Alcol: il Regno Unito studia l'opportunità di vietare la pubblicità nei contesti sportivi.
- » 16/01/2013 - HCV, trasmissione del virus anche attraverso acqua e filtri per iniettare la droga
- » 15/01/2013 - Uso non medico degli oppioidi, gli Stati Uniti e il Canada lanciano l'allarme
- » 14/01/2013 - Gravidanza e dipendenza da oppioidi: il naltrexone come possibile trattamento
- » 11/01/2013 - Fumare la sigaretta fattore di rischio per gravidanze extrauterine
- » 10/01/2013 - La crisi economica ha un impatto negativo sugli adolescenti
- » 09/01/2013 - La Risonanza Magnetica funzionale evidenzia il meccanismo emotivo alla base del craving alcolico
- » 08/01/2013 - Ansia e cambiamenti di umore nei cinesi che usano stimolanti
- » 07/01/2013 - Mefedrone e catinoni sintetici: dall'Italia un'ampia revisione storico-scientifica
- » 04/01/2013 - Adolescenti e HIV: gli interventi precoci riducono i comportamenti a rischio
- » 03/01/2013 - Tossicodipendenza, divorzio, disoccupazione minacciano l'infanzia
- » 02/01/2013 - Nuove sfide nel campo della tossicologia forense, una revisione italiana
- » 01/01/2013 - Neuroimaging, strumento efficace contro la dipendenza da cocaina
- » 31/12/2012 - Italian Journal on Addictions: on line il volume 2, dicembre 2012
- » 28/12/2012 - Fumo: USA, fornire dati scientifici ai governanti per non fermare la prevenzione
- » 27/12/2012 - Il fascino della pubblicità e il binge drinking nei minorenni
- » 26/12/2012 - Il profilo dell'alcolista: impulsivo e con scarso controllo comportamentale

Archivio

Appuntamenti

3° Congresso Internazionale
ADDICTION: new evidences from Neuroimaging and Brain Stimulation
III Congresso Internazionale "ADDICTION: new evidences from Neuroimaging and Brain Stimulation"

Informazioni scientifiche

DROnet
Network Nazionale sulle Dipendenze

Drog@news

THE ITALIAN SCIENTIFIC COMMUNITY ON ADDICTION

ITALIAN SCHOOL ON ADDICTION

ITALIAN JOURNAL ON ADDICTION

N.E.W.S.

Pagina iniziale del sito DpA

- Comunicazione**
 - Notizie
 - Comunicati
 - Campagne di comunicazione
 - Campagne internazionali
 - Rassegna stampa e Agenzie
 - Eventi
 - Video
 - Galleria fotografica
- Social Network**
 - Facebook
 - YouTube
 - Blip TV
 - Twitter
- Area riservata**
 - Osservatorio
 - Epidemiologia



- » 08/01/2013 - Avvertenze contro i rischi del gioco d'azzardo: pronte le indicazioni anche in lingua araba
- » 24/12/2012 - Gambling le indicazioni da distribuire, online le avvertenze del DPA contro i rischi del gioco d'azzardo
- » 21/12/2012 - DPA, MIUR e scuole insieme per una prevenzione sempre più 'precoce dell'uso di tutte le droghe e la legalità' tra i banchi di scuola
- » 20/12/2012 - Prevenzione uso di droghe e alcol: ANCI sigla importante accordo con dipartimento politiche antidroga
- » 14/12/2012 - Amsterdam dice no al consumo di cannabis nelle scuole: una decisione che salvaguarda il cervello degli adolescenti
- » 30/11/2012 - Giornata mondiale contro l'aids non abbassare la guardia e tutelare le nuove generazioni
- » 28/11/2012 - "No drugs be free" il calcio femminile scende in campo con il dpa per dire no a tutte le droghe
- » 15/11/2012 - Relazione annuale Osservatorio Europeo 2012: "dichiarazioni di Gotz su regolarizzazione cannabis inopportune e non scientifiche"

NEUROSCIENZE e DIPENDENZE

DROGA: materiali e metodologie PREVENZIONE

Prevenzione

EARLY DETECTION OF DRUG USE AND EARLY INTERVENTION

DrugFreEdu.org
Il primo strumento online alla scuola per prevenire l'uso di droghe

NO DRUGS ALCOHOL

Protocollo
DRUGS ON STREET

DREAM ON
FOR A FUTURE WITHOUT DRUGS

Droga in Breve

5ª Conferenza nazionale sulla droga

Conferenza Nazionale sulle Droghe
Torino, 12-14 marzo 2013

Visita il sito ufficiale

pagine iniziali del sito DpA

La dipendenza è una vera e propria malattia del cervello.

La dipendenza è comunque una malattia prevenibile, curabile e guaribile.

- Le droghe modificano il funzionamento del cervello.
- Questi cambiamenti cerebrali possono durare a lungo.
- Possono causare problemi come sbalzi di umore, perdita di memoria, anche difficoltà nel pensare e nel prendere decisioni.

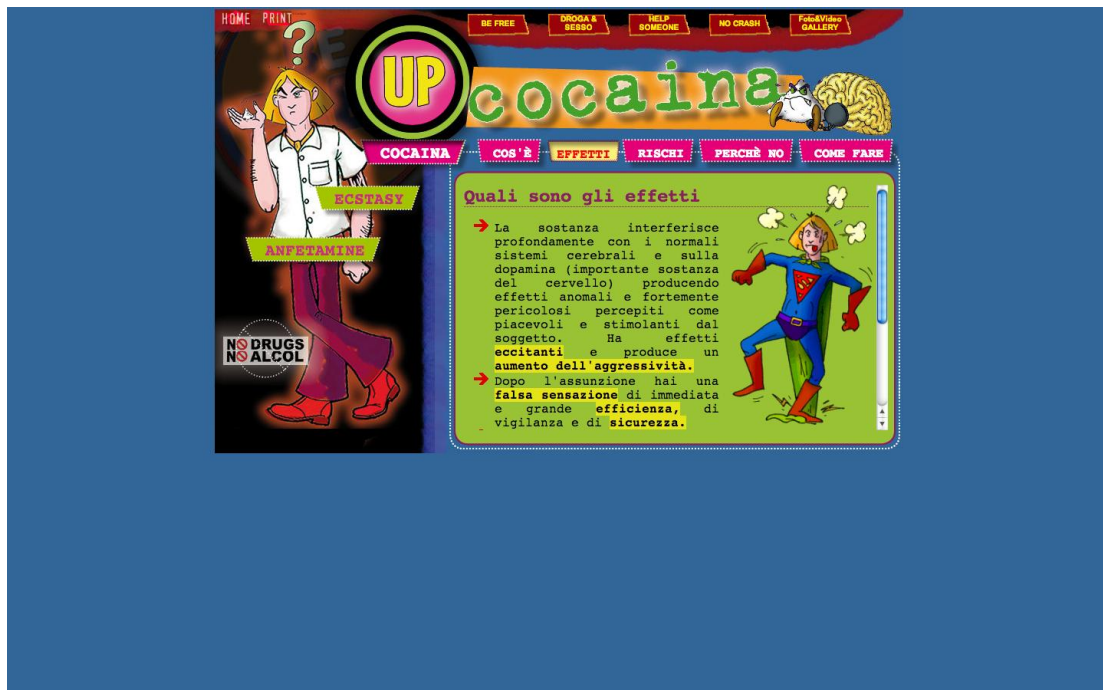
La dipendenza è una malattia, al pari del diabete e del cancro. Non è semplicemente una debolezza. Persone di ogni estrazione sociale la possono sviluppare. Si può manifestare a qualunque età, ma di solito ha inizio in età giovanile.

Avanti: Tu o una persona a te cara avete un problema di dipendenza? ►

In collaborazione con:



Concetto di dipendenza secondo il DpA



Sezione "Droga No Grazie" dedicata ai più giovani

Appendice B

Le interviste

M, maschio, 36 anni. Cocainomane.

Ciao M., come mai qui?

“Mi ci ha mandato l’avvocato per qualche grana con la giustizia?”

C’entrano le droghe?

“Sì, sì.”

Con che droghe hai avuto problemi?

“Hashish tutti i giorni, cocaina dalle due alle tre volte a settimana. Alcol sempre, di continuo...”

Hai cominciato molto tempo fa?

“Sì. A 15 anni con gli spinelli e saltuariamente la cocaina.”

E oggi?

“Sì sì, continuo anche oggi.”

Ma quali sono i giorni della settimana più a rischio?

“Da giovedì in poi... Perché comincia a pesare il lavoro. Però quando la prendo sono di ottimo umore anche se so che non valuto bene i pericoli. E allora lì mi viene da compensare con l’hashish perché la cocaina ti dà troppa botta.”

E cosa ti piace della cocaina?

“È come fare bungee jumping, una sensazione unica. Però non ho mai avuto over, eh! Solo una volta ho avuto affanno ma niente di che...”

Ti sta dando anche problemi relazionali?

“Beh, la situazione mi sta sfuggendo di mano. Per mia moglie non sono cose normali. Diciamo che come mi sono sposato e soprattutto da due anni a questa parte ho esagerato. Con mio figlio piccolo poi... Non riesco più a seguirlo bene. ”

Cioè?

“Non mi sento tranquillo. Torno a casa e non riesco a sintonizzarmi e allora mi viene da stare più tempo fuori perché è peggio se torno in quello stato. Non rientro a casa per paura e per vergogna. Infatti ora me ne sono andato da mio cugino per ritrovare l'equilibrio.”

Ti dà problemi anche sul lavoro?

“Sì, ormai sul lavoro fatico a mantenermi e poi ora ci fanno le visite e questo è un grosso problema. Anche perché mi hanno dato la mansione per i mezzi pesanti e quindi ora ho proprio l'obbligo del narco-test. Quindi, se mi beccano vengo sospeso e succede davvero un casino...”

Ma che problemi di giustizia hai?

“Un... amico... mi ha spedito a casa tre chili di cocaina, dall'Olanda”

Quando?

“Dieci anni fa.”

Processo?

“Sì, condannato a 5 anni e 8 mesi in primo grado. Poi 4 anni e 9 mesi in appello e ora c'è la Cassazione e vediamo un po'...”

Ascolta... ma tu ti senti un dipendente?

“Beh, nel momento in cui non ti senti sicuro di poter smettere allora lo sei. Cioè, tu dici che puoi quando vuoi però a volte non puoi. E dov'è il confine?”

Ti reputi malato?

“No no, non è una malattia perché alla fine è una cosa che scegli tu anche se sai che ti danneggia. È come per uno che fuma... Lo sai che fa male ma continui a farlo lo stesso. Poi magari non pensi alle conseguenze perché prima non hai il bambino, il lavoro e non rischi che ti licenzino o di andare in galera... Poi vengono le responsabilità e cominci a pensare che qualcosa deve cambiare.”

Secondo te un tossicodipendente è autonomo nelle scelte, anche quelle di tutti i giorni?

“Beh, la libertà di scelta è una cosa che esiste fino a un certo punto per tutti... Certo che prendere cocaina può influire, però solo nel momento in cui sei fatto. Cioè, lì ti manca proprio il senso critico perché è alterato dalla droga.”

Sì, ma nel momento in cui ne hai bisogno... Chi comanda?

“Lei, è lei sa meri (la padrona)”

Tornando al discorso della malattia... Tu dici che ti provoca danni, che addirittura ti altera il senso critico... Ma allora perché non è una malattia?

“Perché non è una cosa che ti capita. Cioè... Una malattia per me è una cosa che ti capita a prescindere dalla tua volontà, una cosa con cui entri in contatto non perché lo vuoi. Io non è che mi drogo perché c'è qualcuno che mi punta la pistola alla testa, eh. Semplicemente ti ci trovi e lo fai, però non è casualità... Sei sempre tu che scegli se prenderla o no. Quindi no, non può essere una malattia.”

Ma ti sei mai informato su che danni provoca al cervello?

“Beh, mi sono informato su Internet!”

Del tipo?

“Tipo ho letto che la crisi finanziaria è dovuta all'abuso di cocaina da parte dei broker di Wall Street che avevano un senso di onnipotenza e hanno fatto speculazioni che sennò non avrebbero fatto. Guarda, di fatto la cocai-

na ha effetti nocivi, come tutte le droghe, perché bruciano le cellule nervose, i neuroni e ti danno euforia.”

Ascolta, hai mai visto il sito del Dipartimento Antidroga per le informazioni sui danni?

“No, perché alla fine mi sono informato più sulla legge e i problemi che ci sono con la giustizia.”

Ma i danni al tuo corpo ti interessano? In che misura?

“Vorrei che mio figlio avesse un padre ancora per un po’ di tempo. E poi, torni a casa sbronzo e che immagine dai di te?”

Perfetto, grazie mille.

L., maschio, 43 anni. Ex eroinomane.

Dunque, hai cominciato tanto tempo fa a prendere droghe?

“Circa 22 anni fa, forse 23.”

Con quali?

“Vabbé, prima con spinelli e maria... Poi sono passato direttamente all’eroina.”

Costantemente?

“Prima sì, era proprio un problema. Poi quando è arrivata la cocaina e mettevo tutto insieme era meno un problema, perché così prendevo meno eroina. Poi col metadone ancora meglio...”

E adesso?

“Adesso sono quasi due anni che non mi faccio.”

Ascolta, hai mai letto qualcosa sui danni delle droghe al cervello? Ti sei mai preoccupato?

“Sì, ci pensi però quando ci sei in mezzo...”

Ma sai cosa ti fa?

“Guarda, io so solo che vivi male. Poi fa dei danni soprattutto al fegato, al cuore, ai polmoni. Poi magari ti brucia le cellule del cervello anche se secondo me te le bruciano di più i medicinali come le pastiglie, perché con le pastiglie mi è capitato di non ricordarmi più nulla. Le prendevo la sera e l'indomani non capivo niente e non sapevo cosa avevo fatto.”

Ma che pastiglie?

“Tranquillanti, quelle pesanti che si usano per dormire. Poi magari le mischi col bere ed è la fine.”

Ma ti sentivi dipendente?

“Sì, mi alzavo e il primo pensiero della mattina era quello di andare a farmi. Tutto questo prima del metadone, eh...”

E ti sentivi anche malato?

“Quando proprio ne facevo uso e soprattutto quando hanno cominciato a saperlo in giro allora sì... Cioè, io abito in un piccolo paese e magari vieni immaginato in un certo modo e allora ti senti un po' così... Sì, diciamo malato. Però dipende dalle persone.”

Cioè?

“Non tutti sono uguali. Qualcuno magari si sente un malato perché gli interessa cosa dicono gli altri e sta male in generale. Altri si drogano e stanno bene e magari non si sa in giro.”

Oggi molte ricerche scientifiche dicono che le droghe tolgono la capacità di giudizio e di scelta. Sei d'accordo?

“Guarda... Io ho sempre scelto di farmi per conto mio e scegliendo io. Quando lavoravo io sapevo che lo facevo per farmi i soldi e andare a comprare la roba. Poi mi sono accorto che la mia vita era tutta lì e mi sono chiesto perché andavo a lavorare se tanto i soldi li usavo per quello... Allora mi sono messo in testa di prendere il metadone, ma l'ho scelto io, eh.”

Qualcuno ti ha spinto a disintossicarti?

“Io so solo che quando mio padre e mia madre mi chiedevano di smettere io non lo facevo. Poi quando ho scelto io per conto mio allora l’ho fatto.”

Ok, grazie mille.

A., maschio, 44 anni. Alcolista.

A., quanto tempo fa hai cominciato?

“Neanche me lo ricordo... Però bevo davvero tanto da un paio d’anni.”

Un paio intendi due o...

“Beh, un po’...”

Con cosa?

“Vino, birra, liquori... Tutto.”

E come mai sei qui?

“Stavo esagerando. E quando esageri possono accadere cose brutte.”

Ma credi che l’alcol provochi danni al fisico?

“Sicuramente al fegato. Ti viene la cirrosi e rischi di morire.”

E al cervello?

“Sì, so che danneggia il cervello anche se non so bene cosa. Però mi piacerebbe saperlo.”

Vorresti essere informato di più?

“Sì, anche se le poche volte che ho letto qualcosa non ci ho capito nulla.”

Ti sei sempre sentito dipendente dall’alcol?

“No, all’inizio no. Poi è diventata una cosa così piacevole che non potevo farne a meno. Certo... A quel punto ero un dipendente. Fortunatamente ora prendo dei farmaci che mi aiutano tanto e sto migliorando.”

Ma un dipendente è un malato?

“Io credo che a volte lo può essere... Dico, quando ha bisogno di aiuto. Ci sono quelli che poi sono forti e ne escono da soli. Se però non ce la fai e ti

butti giù e ti senti oppresso, allora lì comincia la malattia. E poi c'è tutto il resto...”

Cioè?

“Che ti ritrovi a 44 anni senza lavoro e magari l’hai perso perché bevevi troppo. E la gente comincia a pensare male di te e questo ti fa riflettere, perché magari se tutti ti evitano allora vuol dire che qualcosa di grave ce l’hai.”

Ma uno che prende alcol è davvero in grado di decidere per conto suo?

“Guarda, io in fin dei conti non riesco a ragionare solo quando bevevo. Poi certo che c'è l’astinenza e ci stai male, ma non è che diventi scemo e non riesci a capire cosa è giusto e cosa non lo è. Semplicemente è difficile... Però quando sei sobrio tutte le cose puoi decidere. Mica sono pazzo, io.”

Perfetto, grazie mille.

R., donna, 39 anni. Ex eroinomane

R., hai cominciato molto tempo fa?

“Dunque, avevo 19 anni.”

Con cosa?

“Sono andata subito con l’eroina. Fumavo gli spinelli e poi è capitato che non ce n'erano, e io avevo un ragazzo che si faceva già. Però non toccavo nulla... Ero terrorizzata e quando lo vedevo farsi mi spostavo. Poi ho cominciato a vedere lo sballo e allora lui mi ha detto “La vuoi provare?” e io “No, ma sei pazzo?”. Poi l’ho provata e mai l’avessi fatto... La mia vita è cambiata e non ne sono più uscita.”

E ora?

“E ora sono 5 anni che non prendo niente però. Solo metadone.”

Sai qualcosa dei danni che provoca al cervello? Hai letto qualcosa?

“Letto no però qualche conoscenza ce l’hai sempre. Cioè, te ne rendi conto che la testa sfasa perché non riesci più a proseguire... Secondo me provoca qualcosa al cervello perché te lo sfasa proprio. Negli anni proprio te lo brucia.”

Ti sentivi una malata quando eri dipendente?

“Sì, sinceramente sì... Perché dovevo fare di tutto per andare ad acquistare quella merda.”

Ma ti sei sentita subito malata?

“No, perché all’inizio pensavo di mollare quando volevo e invece non era così. Hai sempre bisogno di questa cosa e fai il possibile per trovarla. Però alla fine era veramente brutto... Guarda, non puoi stare bene da dipendente. Io ho un’amica che dice che si fa ogni tanto e invece ho scoperto che si fa ogni giorno. Non è una cosa che fai una volta a settimana... Fai sempre di più, perlomeno con l’eroina.”

Nel sito del Dipartimento per le politiche Antidroga si paragona la dipendenza al cancro. Sei d’accordo?

“No, sono due cose diverse. Perché il cancro ti viene e quindi anche una persona che non vorrebbe averlo ce l’ha, mentre la tossicodipendenza è una cosa che vuoi tu. Te la stai prendendo tu la malattia. Il cancro ti viene, mentre la dipendenza te la cerchi tu, ed è molto peggio. C’è un senso di colpa enorme. Io ho proprio la rabbia dentro perché alla fine l’ho voluto io... Dovevo essere più attenta anche se una volta che ci entri...”

Si dice che un tossicodipendente non è in grado di decidere. È vero secondo te?

“No, io ad esempio ho scelto di uscire per conto mio. Andavo prima in comunità, anche se non funzionava. Uscivo e dopo due mesi mi rifacevo perché non c’ero con la testa ed ero depressa. Allora sono andata al SerD e col metadone è andata molto meglio. Però questa cosa che non sei in

grado di scegliere non mi sembra vero. Dipende dalla persona, non si può dire per tutti.... Però se mi voglio drogare è una mia scelta e se decido di smettere è perché decido io. Anzi, guarda, quelli che vanno in comunità perché lo vogliono altri, come i genitori, non ne escono mai. Escono dalla comunità e si rifanno.”

Ma tu quindi pensavi di essere libera nelle tue decisioni? Oggi alcune ricerche scientifiche dicono che il tossicodipendente non sia proprio in grado di scegliere che azioni compiere.

“No, non è vero. Io ce l’ho fatta da sola. Poi dipende troppo dalla persona e soprattutto da cosa è circondato. Se uno vuole uscirne lo fa, sennò no. Però è in grado di decidere...”

Grazie mille.

F., maschio, 40 anni. Ex eroinomane.

Hai cominciato molto tempo fa a farti?

“Sì, 14 anni. Le prime canne anche prima”

E a 14 anni cosa?

“Eroina”

Hai scelto tu di smettere?

“Sì sì, io. Dopo svariate volte ho deciso che questa doveva essere quella definitiva. Mi sono sempre fatto schifo... Poi io mica prendevo la droga per sballo, ma solo per dimenticare. L’ho usata per sballo solo per poco tempo.”

Sai qualcosa dei danni che la droga provoca al cervello?

“Beh sì, so che fa male e che può accentuare delle invalidità... Ad esempio io sono bipolare e la droga lo ha manifestato ancora meglio. Poi può rendere paranoici, però ogni persona reagisce in un determinato modo. C’è

gente che resta illesa dall'uso delle droghe, per quanto mi riguarda. Anzi, secondo me la droga a volte può aiutare molto più degli psicofarmaci, specie la cannabis.”

Hai letto qualcosa del danno che provoca ai neuroni?

“Sì... No, cioè non le ho lette, però ne sono consapevole. Però immagina i danni che possono creare gli psicofarmaci, a volte sbagliando delle diagnosi.”

Ti sei mai sentito dipendente?

“Sì, a un certo punto sì”

E ti sei mai sentito malato?

“Mmm... Alla fine sì perché non riuscivo a smettere. O meglio smettevo e ricominciavo. Però il dipendente non è sempre malato... Io ho raggiunto una certa consapevolezza su questo. Il tossicodipendente nell'arco della vita raggiunge una certa maturità. Un ragazzino di 15 anni che comincia a fare uso di sostanze stupefacenti e cerca di smettere a 20 anni, molte volte tramite punti come il SerD o le comunità, magari può anche uscirne però è troppo presto: bisogna avere una certa maturità per uscire davvero dalle droghe. Devi avere proprio uno schifo per le droghe e devi capire che non ti servono.”

Ma quindi è possibile essere dipendenti ma non malati?

“Sì sì, ti ripeto... Ci sono persone che usano psicofarmaci che fanno malissimo e secondo me sono drogati... Conosco molte persone depresse che preferiscono farsi una canna la sera piuttosto che prendersi dieci milligrammi di Depakin o una qualsiasi altra cosa... E stanno bene così. Secondo te cosa fa più male? Io sono per la cannabis.”

Hai mai letto il sito del Dipartimento per le politiche Antidroga?

“No.”

Si paragona la dipendenza al cancro... Sei d'accordo?

“No, è sbagliato. La droga non ti uccide come ti cancro, ci vuole molto più tempo. Poi gli accanimenti terapeutici per il cancro non sono come quelli per la droga e poi il cancro è una cosa che ti viene e la dipendenza te la cerchi tu. Però dare la colpa non funziona... È che viviamo in una società dove tutti puntano il dito. Secondo me funziona molto bene in Svizzera, dove il tossicodipendente, se vuole fare uso di droga, ha lo Stato che gli passa la sua dose settimanale e se vuole smettere viene aiutato a smettere. Così dovrebbe essere. Io sono contro la droga però a me la droga ha aiutato... Parlano male della ketamina ma a me la ketamina mi ha illuminato, ho fatto viaggi allucinanti. L'eroina mi ha dato la tranquillità, la calma, e ora sono molto calmo. La cocaina invece è uno schifo totale.”

Ci sono studi scientifici che dicono che i tossicodipendenti hanno meno capacità di giudizio delle persone che non prendono droga. Sei d'accordo?

“No, questa è una bugia. Ma chi le dice queste cose? Forse coi cocainomani... Io sono perfettamente in grado di capire cosa è giusto e cosa non è giusto. Lo dimostra il fatto che sono qua, guarda. Sicuramente ho meno cellule di una persona che non fa uso di droghe e una parte del mio cervello è stato danneggiato, però...”

Però?

“Non so cosa comporta questa cosa. Di certo però non il fatto di non saper valutare cosa è giusto e cosa è sbagliato. Io, ad esempio, so benissimo che sono qui al SerD non perché voglio smettere di fare uso di droghe.”

E come mai allora?

“Perché da quando sono tornato da Londra non ho rapporti sociali perché non mi trovo bene con le persone, mia madre è anziana ed ero molto nervoso in casa. Io sono seguito dallo psichiatra, però non riesco a trovare un farmaco per tenermi calmo. Allora cosa ho pensato? Mi faccio dare Suboxone, perché contiene dell'oppio.”

Ma tu qua in Sardegna hai problemi a trovare la droga?

“No no, se voglio la trovo quando voglio. Però il Suboxone mi calma e sai... Sto cominciando un corso d’inglese, thai chi, vorrei reintegrarmi nella società... E l’eroina non conviene perché mi dà dipendenza e mi fa star male. E poi è una questione di soldi. Io non posso farmi un pippottino al giorno come molte persone. Ma sai quanti medici....??? Lasciamo stare, guarda!

Grazie mille.

“Grazie a te, spero troverai gente migliore di me.”

M., maschio, 47 anni. Eroinomane.

M., quando hai cominciato?

“Circa 25 anni fa.”

Con cosa?

“Direttamente con l’eroina... Vabbè, le canne poi...”

Come mai qui?

“Ho provato molte comunità terapeutiche, una a Spoleto e poi queste cose tipo Progetto Uomo. Poi sono stato male per un’overdose e altre cose un po’ peggiori... Alla lunga il corpo cede... E quindi sono qui.”

Ma ti ci hanno mandato o hai scelto tu?

“Diciamo che dall’ospedale mi hanno detto di scegliere. Se volevo lasciare il mondo o venire qui.”

Che danni fisici credi che faccia la droga?

“Sicuramente tutto il corpo e la mente. Tipo fegato, cuore, polmoni... Le cose che dovrebbero reggere tutto.”

E il cervello?

“Beh sì, perché diventi un mezzo pazzo e vai fuori dal mondo. Ti brucia il cervello.”

Ti sei mai sentito malato?

“No no, poi quando ho cominciato io era diverso. Era tutto “che bello, che bello”. Ora è un po’ diverso... Quando sono in astinenza io sto male e devo cercarmi la dose.”

E lì ti senti malato?

“Sì sì, lì sì.”

Ascolta, hai mai visto il sito del Dipartimento per le politiche Antidroga?

“No.”

C’è scritto che la dipendenza è una malattia come il cancro. Sei d’accordo?

“Dipende... Un po’ di differenza c’è. Magari un giorno ti svegli e scopri di avere il cancro senza un perché mentre la dipendenza... Insomma sai benissimo cosa stai facendo.”

Ascolta, secondo te un dipendente ha la capacità di giudizio pari a quella di una persona che non fa uso di droghe?

“Sì, certo.”

Oggi ci sono studi scientifici che dicono che la droga ti danneggia una parte del cervello per cui non sei più in grado di scegliere e valutare bene le situazioni. Sei d’accordo?

“No, è una puttanata grande e grossa. Sai cosa fai in ogni momento. Sono io che ho scelto di farmi aiutare... Magari non riesco da solo, però so che devo farmi aiutare.”

Perfetto, grazie mille.

S., maschio, 55 anni. Ex alcolista.

Ciao S., a che età hai cominciato a fare uso di droghe?

“Da tempo immemorabile. Ma intendi sostanze proibite dalla legge?”

“Sì”

“Da tantissimo.”

Con cosa?

“Spinelli... Poi quando mi è capitato di fare uso di cocaina ho fatto uso di cocaina. Poi quando mi è capitato di fare uso anche di qualche altra sostanza, ma molto occasionalmente, ci ho provato”

Hai mai visto il sito del Dipartimento per le politiche Antidroga oppure altro materiale informativo sulle droghe?

“Mah... Ogni tanto. Poi non sono d'accordo sulle politiche sulla droga perché non portano a nulla di buono...”

A livello di proibizionismo, dici?

“Sì sì...”

Oggi si spinge molto sull'aspetto della salute e in particolare sui danni che le droghe provocano al cervello. Hai mai letto qualcosa su questo?

“Guarda, è come le scritte che ci sono nelle sigarette, tipo “Il fumo uccide”. La stessa cosa... Vabbé, io prendo atto che fa male, però siccome provocano delle situazioni piacevoli o comunque diverse allora si assumono...”

Tu pensi che smettendo di assumere cocaina il cervello torni normale?

“Mah, io non ce li vedo questi drammi di smettere o iniziare. Dipende dalla persona... Se uno fa abuso di alcol è uno stupido. Se uno fa abuso di cocaina di cocaina è uno stupido. Se uno fa abuso di spinelli è uno stupido. Ci vuole consapevolezza nell'uso, che è alla base di tutto. Anche nel cibo, ad esempio.”

Ti sei mai sentito dipendente?

“Una volta ero un forte bevitore ma l'ho superata senza particolare accorgimenti. La cannabis l'ho sempre usata ma secondo me non provoca dipendenza, esattamente come la cocaina. L'eroina non l'ho provata in

maniera tale da... Ho visto conseguenze brutte in gente che conosco e quindi ho preferito non approfittare. Io comunque la dipendenza non la percepisco come una cosa che se non prendi la sostanza hai dolori atroci... La dipendenza è quando ti piace usarla perché ti mette in uno stato di... di tranquillità. E tutta questa situazione è favorita dal fatto che è proibita.”

Tu sei d'accordo nel dire che un dipendente è un malato?

“Malato è un termine... No, non è giusto. È uno che ha problemi perché non riesce a fare a meno di quella sostanza”

E cosa lo contraddistingue da un malato?

“Malato è uno che ha una patologia, un guaio. La dipendenza è un diverso tipo di patologia.... Non so come spiegare. Uno che si fa è semplicemente un ignorante che è cascato in una situazione di disagio, che però si è creato lui e solo lui può venirne fuori, naturalmente con aiuto. Però deve partire da lui.”

Ma quindi è un malato o no?

“È come il gioco d'azzardo... Magari quello non ti brucia i neuroni come cocaina... Però siamo nella stessa situazione. No, per me non sono malattie, sono qualcos'altro di cui però momentaneamente non ho il termine.”

Ci sono molti studi che dicono che le droghe rovinano una parte del cervello che serve per valutare e giudicare determinate situazioni. Ti sei mai sentito come incapace di volere e scegliere?

“Ma assolutamente no! Forse perché io non sono entrato in situazioni di uso forte... Io ho sempre mantenuto il controllo, anche perché poi per alcune droghe tipo la cocaina ci vogliono disponibilità finanziarie e io... Io metto prima altre cose.”

Secondo te è utile dare tante informazioni sulle ricerche scientifiche?

“Beh, il problema è complesso. Se uno fa uso di queste cose sa già che prende una sostanza che è dimostrato che fa male. Se la assume si sta già mettendo in gioco. Uno è impermeabile a queste informazioni... Bisognerebbe dare le informazioni giuste, non questo tipo di terrorismo psicologico che non va da nessuna parte.”

Che intendi?

“Sto sentendo cose tipo che ti brucia i neuroni e ti buca il cervello. Ci sono sostanze legali che ti bruciano i neuroni... Quelli fanno bene e la cocaina fa male?”

Che rapporto hai coi farmaci?

“Pessimo. Se possibile non ne prendo.”

Ma si può uscire dalla droga con i farmaci?

“Assolutamente no! Poi di che droga parliamo? Per me cannabis non è droga... No no, comunque no.”

Ma ti fidi degli scienziati che fanno studi sulle tossicodipendenze?

“Beh, ci sono tante ricerche ora, da quanto so. Poi ci sono gli scienziati buoni e quelli non buoni.”

E come li giudichi?

“In base alla mia esperienza. Poi leggo molto su Internet... Anche gli scienziati hanno i loro pareri e le loro tesi... Ma io ho la mia.”

Secondo te oggi è cambiata l'immagine del tossicodipendente?

“Sì sì, ma cambierà ancora fra dieci o vent'anni. La scienza non resta mai fissa e queste cose si evolveranno ancora e cambierà ancora quello che si pensa di un tossicodipendente. È la legge di Darwin.... L'evoluzione... Non so se ne hai sentito parlare. Prima c'era molta più ignoranza poi... Ah, poi volevo dire un'altra cosa sulla malattia...”

Dimmi.

“Questi concetti li costruiscono. Quello è malato, quello non lo è...
Ognuno ha le sue particolarità, in base alla situazione economica, a dove
vivi, ecc... Poi il giudizio esterno conta tantissimo nel capire chi sei.”

Perfetto, S. Grazie mille.

Bibliografia di riferimento

- Archivio Storico Corriere della Sera, 21 Novembre 1992
- CAMPIONE GUGLIELMO, NETTUNO ANTONIO, *Il gruppo patologico delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano, 2007
- CANALI STEFANO, *Alter Ego*, Edizioni del Centro per la Diffusione della Cultura Scientifica Università degli Studi di Cassino, Cassino, 1995
- CANALI STEFANO, “Farmaco o droga, Italian Journal of Addiction”, settembre-dicembre 2002, 10, 36-37; pp. 5-6
- CANALI STEFANO, “Parole Ambigue”, *Mente e Cervello*, n°9 maggio-giugno 2004
- COHEN PETER, “The Naked Empress. Modern neuroscience and the concept of addiction”, 12° Piattaforma per il trattamento delle tossicodipendenze, Mondsee, Austria, 21-22 marzo 2009
- DE CARO MARIO, LAVAZZA ANDREA, SARTORI GIOVANNI, *Siamo davvero liberi? Le neuroscienze e il mistero del libero arbitrio*, Codice edizioni, Torino 2010
- GESSA GIAN LUIGI, *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2008
- FODDY B., SAVULESCU J., “Addiction is not an Affliction: Addictive Desires are Mere Pleasure Oriented Desires”, *American Journal of Bioethics*, 2007,
- LAVAZZA ANDREA, “Le neuroscienze rivalutano alcune forme di paternalismo?”, *Filosofia politica*, 2011
- MONTAGUE READ, *Perché l’hai fatto - Come prendiamo le nostre decisioni*, Cortina Raffaello, Milano, 2008
- PECINA, S., CAGNIARD, B., BERRIDGE, K. C., ALDRIDGE, J. W. AND ZHUANG, X, “Hyperdopaminergic mutant mice have higher ‘wanting’ but not ‘liking’ for sweet rewards”, *J Neurosci* 23: 9395-9402, 2003
- PELLEGRINO VINCENZA, *Follie ragionate - Il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, UTEC, Torino 2012

PITRELLI NICO, “La crisi del Public Understanding of Science in Gran Bretagna”, JCOM (2) 1, Marzo 2003

RUSSO VINCENZO, *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Carocci Editore, Roma, 2011

SERPELLONI GIOVANNI ET AL, *Elementi di neuroscienze e dipendenze*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2010

Bibliografia di approfondimento

DE CARO MARIO, GOZZANO SIMONE, SINIGAGLIA CORRADO, “Sic et non - Autonomia della filosofia e neuroscienze”, *Rivista di Filosofia*, vol. CII, n° 2, agosto 2011

GAINOTTI AMANN M., *Corporeità e tossicodipendenza. Una ricerca sulle rappresentazioni e i vissuti corporei di giovani tossicodipendenti*, Unicopli, Milano, 1999

GALIMBERTI LUIGI, *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, Milano, 2012

LAVAZZA ANDREA, SARTORI GIOVANNI, *Neuroetica*, Il Mulino, Bologna, 2011

MANIACI GIORGIO, “Contro il paternalismo giuridico”, *Materiali per una storia della cultura giuridica*, a. XLI, n.1, giugno 2011

MASINI VINCENZO, *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano, 2010

REDISH DAVID A., “Addiction as a Computational Process Gone Awry”, *Science* 306, 1944 (2004)

SANSOY P., *Tossicodipendenza. Uno sguardo etico*, Sapere 2000 Ediz. Multimediali, Roma, 2006

SHAFER-LANDAU RUSS, “Liberalism and Paternalism”, *Legal Theory*, 11 (2005), 169-191

Sitografia

www.politicheantidroga.it

www.droganograzie.it

www.drogainbreve.dronet.org

www.drugsonstreet.it

www.dpascientificcommunity.it

www.allertadroga.it

www.wikipedia.org/wiki/Dipendenza

www.insiemesenza.org

www.iragazzidellapanchina.wordpress.com

www.cannabis.dronet.org

www.cocaina.dronet.org

www.alcol.dronet.org

www.neuroscienzedipendenze.it

www.droga.net

www.approdocomunita.org

www.osservatoriodroga.it

www.tossicodipendenza.org

www.droganews.it

www.ristretti.it

www.fuoriluogo.it

www.drogaforum.forumfree.it

www.drugfreedu.org

www.sostanze.info/

