

Anno XI - Supplemento al n. 2/2012

Salute e Società

La medicina delle emozioni
e delle cognizioni

a cura di

Antonio Maturo
Kristin Barker



FrancoAngeli

Salute e Società

La medicina delle emozioni
e delle cognizioni

a cura di

Antonio Maturo

Kristin Barker

FrancoAngeli

La rivista esce sotto l'alto patrocinio dell'Università degli Studi di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Comitato Scientifico

Achille Ardigò† (Presidente), Augusto Balloni, Domenico Berardi, Patrizio Bianchi, Ivan Cavicchi, Vincenzo Cesareo, Gianluigi Cetto, Daniela Cocchi, Nicola Comodo, Paolo De Nardis, Flavio Delbono, Pierpaolo Donati, Carla Faralli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Riccardo Gatti, Leopoldo Grosso, Rossella Levaggi, David Mechanic, Aldo Morrone, Umberto Nizzoli, Marco Patierno, Alfredo Reborra, Giuseppe Remuzzi, Paolo Roberti di Sarsina, Alex Robertson, Giovanni B. Sgritta, Francesco Taroni, Marco Trabucchi, Paolo Vanni, Paolo Vineis, Bruna Zani.

Comitato Direttivo

Costantino Cipolla (Direttore Scientifico), Leonardo Altieri, Giovanni Bertin, Cleto Corposanto, Guido Giarelli, Sebastiano Porcu, Alessandra Sannella (Delegata NIHMP), Paolo Ugolini (Delegato SISS), Roberto Vignera (Delegato Sez. Sociologia della Salute - AIS).

Segreteria Tecnico-Scientifica

Antonio Maturo (Responsabile Scientifico), Linda Lombi (Coordinatore Scientifico), Agnese Accorsi, Veronica Agnoletti, Alessia Bertolazzi, Francesca Guarino, Maurizio Esposito, Ilaria Iseppato, Lorella Molteni, Luca Mori, Fabio Piccoli, Elisa Porcu, Alice Ricchini.

Redazione

Annamaria Perino (Coordinatore), Anna Apicella, Roberto Battilana, Rosemarie Callà, Sara Capizzi, Gerardo Catena, Antonio Chiarenza, Francesca Cremonini, David Donfrancesco, Elena Elia, Laura Farneti, Stefania Florindi, Ivo Germano, Barbara Ghetti, Rossana Giacomoni, Maura Gobbi, Silvia Lolli jr, Silvia Lolli sn, Luigi Mazza, Lorenzo Migliorati, Cecilia Morelli, Lara Nanetti, Andrea Paltrinieri, Nicoletta Poppi, Francesca Rossetti, Alessandra Rota, Roberta Russo, Elisabetta Scozzoli, Nicola Strizzolo, Rossella Trapanese, Marco Venturini, Valeria Verdolini, Susanna Vezzadini, Angelo Villini, Fabio Voller.

Redazioni Scientifiche "Locali"

SEDI UNIVERSITARIE: *Università di Ancona* (Coordinatore Scientifico: Maria Giovanna Vicarelli; Segretario Scientifico: Sabrina Dubbini); *Università di Cassino* (Coord. Scient.: Francesco Maria Battisti; Segr. Scient.: Paolo Russo); *Università di Catanzaro* (Coord. Scient.: Guido Giarelli; Segr. Scient.: Eleonora Venneri); *Università Cattolica di Milano* (Coord. Scient.: Clemente Lanzetti; Segr. Scient.: Rita Bichi); *Università di Palermo* (Coord. Scient.: Antonio La Spina; Segr. Scient.: Fabio Massimo Lo Verde); *Università di Roma III* (Coord. Scient.: Roberto Cipriani; Segr. Scient.: Luca Diotallevi); *Università di Salerno* (Coord. Scient.: Tullia Saccheri; Segr. Scient.: Giuseppina Cersosimo); *Università di Sassari* (Coord. Scient.: Alberto Merler; Segr. Scient.: Remo Siza); *Università di Siena* (Coord. Scient.: Roberto De Vita; Segr. Scient.: Fabio Berti); *Università di Torino* (Coord. Scient.: Willem Tousijn; Segr. Scient.: Vincenzo Giorgino); *Università di Trento* (Coord. Scient.: Antonio Scaglia; Segr. Scient.: Davide Galesi); *Università di Trieste* (Coord. Scient.: Alberto Gasparini; Segr. Scient.: Daniele Del Bianco); *Università di Verona* (Coord. Scient.: Mauro Niero; Segr. Scient.: Cristina Lonardi).

SEDI ISTITUZIONALI: *ASR Abruzzo* (Coord. Scient.: Francesco di Stanislao; Segr. Scient.: Alessandra Rosetti); *ASR Emilia-Romagna* (Coord. Scient.: Roberto Grilli; Segr. Scient.: Marco Biocca); *ASR Friuli Venezia-Giulia* (Coord. Scient.: Lionello Barbina; Segr. Scient.: Laura Minin); *ARS Marche* (Coord. Scient.: Maurizio Belligoni; Segr. Scient.: Andrea Gardini); *ASR Toscana* (Coord. Scient.: Stefania Rodella; Segr. Scient.: Stefano Beccastrini); *Arsan Campania*

(Coord. Scient.: Tonino Pedicini; Segr. Scient.: Enrico de Campora); *Associazione Stampa Medica* (Coord. Scient.: Giancarlo Calzolari; Segr. Scient.: Filippo Calzolari); *Azienda Ospedaliera di Padova* (Coord. Scient.: Patrizia Benini; Segr. Scient.: Silvana Bortolami); *CERFE* (Coord. Scient.: Marco Montefalcone; Segr. Scient.: Daniele Mezzana); *Collegi IPASVI* (Coord. Scient.: Gennaro Rocco; Segr. Scient.: Alessandro Stievano); *CUP 2000* (Coord. Scient.: Mauro Moruzzi; Segr. Scient.: Giulia Angeli); *Federfarma Emilia-Romagna* (Coord. Scient.: Domenico Dal Re; Segr. Scient.: Dante Baldini); *Fondazione Cesar* (Coord. Scient.: Giancarlo Brunello; Segr. Scient.: Giulia Zamagni); *Ospedale San Martino - Genova* (Coord. Scient.: Loredana Sasso; Segr. Scient.: Rita Rosso); *Osservatorio Metropolitan Dip. Patologiche - Ausl Bologna* (Coord. Scient.: Raimondo Pavarin; Segr. Scient.: Silvia Marani).

Corrispondenti Internazionali

Cecilia M. Benoist (University of Victoria, Canada), John J. Bruhn (New Mexico State University, Usa), Peter Conrad (Brandeis University, Usa), Mary Fennell (Brown University, Usa), Eugene B. Gallagher (University of Kentucky, Usa), Siegfried Geyer (Università di Hannover, Germania), Claudine Herzlich (CERMES, Parigi, Francia), David Hughes (University of Swansea, Gran Bretagna), Inez Johansson (University College of Health Sciences, Jönköping, Svezia), David J. Kallen (Michigan State University, Usa), Donald Light (University of Medicine & Dentistry, New Jersey, Usa), Linda Montanari (Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze, Lisbona, Portogallo), Jake Najman (University of Queensland, Australia), Jürgen Pelikan (Università di Vienna, Austria), Mike Sacks (De Montfort University, Leicester, Gran Bretagna), Josep A. Rodríguez (Università di Barcelona, Spagna), Mauro Serapioni (Centro de Estudios Sociais, Università di Coimbra, Portogallo), Ulrich Stöessel (Università di Friburgo, Germania), Silvia Mamede Studart Soares (Universidade Federal do Ceará, Brasile), Hilary Thomas (University of Hertfordshire, Gran Bretagna), Göran Tomson (Karolinska Institute, Stoccolma, Svezia), Andrew Twaddle (University of Missouri-Columbia, Usa).

Tutti gli articoli che appaiono sulla rivista sono valutati da due referees anonimi.

Direzione Scientifica

Costantino Cipolla, Dipartimento di Sociologia, Strada Maggiore 45, 40125 Bologna
tel. 051/2092858-0543/374205
www.salutesocieta.com

Segreteria Tecnico-Scientifica

Antonio Maturo, Facoltà di Scienze Politiche, via G. della Torre 1, 47100 Forlì
tel. 0543/374207, e-mail: salutesocieta@gmail.com

Redazione, amministrazione, distribuzione, abbonamenti

FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano, tel. 02/2837141
Ufficio abbonamenti: fax 02/2895762, e-mail: riviste@francoangeli.it
www.francoangeli.it

Coordinamento editoriale di Anna Buccinotti, e-mail: buccinotti@francoangeli.it

Abbonamenti

Per conoscere il canone d'abbonamento corrente, consultare il nostro sito (www.francoangeli.it), cliccando sul bottone "Riviste", oppure telefonare al nostro Ufficio Riviste (02.28.37.14.54/56) o, ancora, inviare una e-mail (riviste@francoangeli.it) indicando chiaramente il nome della rivista. Il pagamento potrà essere effettuato tramite assegno bancario, bonifico bancario, versamento su conto corrente, o con carta di credito. *L'abbonamento verrà attivato non appena giunta la notifica dell'avvenuto pagamento del canone*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 137 del 6 marzo 2002 - Quadrimestrale - Direttore responsabile: Stefano Angeli - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Copyright 2012 by FrancoAngeli srl - Stampa: Tipomozza, via Merano 18, Milano.

Supplemento al II quadrimestre 2012 - Versione Italiano-Inglese - Finito di stampare nel mese di ottobre 2012

La cura redazionale ed editoriale di questo fascicolo è di Alberto Ardisson.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org); e-mail autorizzazioni@clearedi.org).

In caso di copia digitale, l'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Salute e Società. Confronti. Numeri usciti e curatori

2002

Costantino Cipolla, Guido Giarelli, *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità* (a. I, n. 1)

Leonardo Altieri, *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità* (a. I, n. 2)

Gruppo Cerfe, *Per una interdipendenza attiva tra Nord e Sud del pianeta* (a. I, n. 3)

2003

Giorgino Enzo, Willem Tousijn, *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica* (a. II, n. 1)

Mauro Moruzzi, Antonio Maturò, *e-Care e Salute* (a. II, n. 2)

Tullia Saccheri, *Prima che ... Promozione della salute e responsabilità istituzionali* (a. II, n. 3)

2004

Giovanna Vicarelli, *Il paradigma perduto? Medici nel duemila* (a. III, n. 1)

Cinzia Conti, Giovanni B. Sgritta, *L'immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri* (a. III, n. 2)

Società Italiana di Sociologia della Salute, *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità - The Sociology of Health in Italy: Topics, Approaches, Practicability* (a. III, n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)

Mauro Moruzzi, Costantino Cipolla, *Telemedicina* (a. III, n. 3 - Supplemento)

2005

Paola Maria Fiocco, Luca Mori, *La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza* (a. IV, n. 1)

Rosanna Memoli, *Dimensioni socio-sanitarie dell'ambiente* (a. IV, n. 2)

Domenico Secondulfo, *Medicina Medicina. Le cure "altre" in una società che cambia* (a. IV, n. 3)

2006

Guido Giarelli, Siegfried Geyer, *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano* (a. V, n. 1 - Supplemento)

Carlo Borzaga, Luca Fazzi, *Del non profit sociosanitario* (a. V, n. 1)

Raffaele Rauty, *Le contraddizioni del corpo: presenza e simbologia sociale* (a. V, n. 2)

Sergio Belardinelli, Leonardo Allodi, Ivo Germano, *Bioetica del dolore* (a. V, n. 3)

2007

Marco Ingrosso, *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute* (a. VI, n. 1)

Costantino Cipolla, *Il consumo di sostanze psicoattive oggi* (a. VI, n. 1 - Supplemento/Numero speciale in occasione del V anno di *Salute e Società*)

Francesca Guarino, Licia Mignardi, *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza* (a. VI, n. 2 - supplemento)

Cleto Corposanto, *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari* (a. VI, n. 2)

Andrea Gardini, *L'ospedale del XXI secolo* (a. VI, n. 3)

2008

Augusto Balloni, Roberta Bisi, *Processi di vittimizzazione e reti di sostegno alle vittime* (a. VII, n. 1)

Nicola Porro, Sergio Raimondo, *Sport e salute* (a. VII, n. 2)

Francesco Maria Battisti, Maurizio Esposito, *Cronicità e dimensioni socio-relazionali* (a. VII, n. 3)

2009

Giuseppe Costa, Cesare Cislighi, Nicola Caranci, *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura* (a. VIII, n. 1)

Ilaria Iseppato, Simona Rimondini, *Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza* (a. VIII, n. 1 - Supplemento)

Antonio Maturò, Peter Conrad, *La medicalizzazione della vita - The Medicalization of Life* (a. VIII, n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)

Costantino Cipolla, Mauro Moruzzi, Achille Ardigò e *la sociologia della salute* (a. VIII, n. 2 - Supplemento)

Donatella Cavanna, Luisa Stagi, *Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività* (a. VIII, n. 3)

Società Italiana di Sociologia della Salute, *Essere e Fare il sociologo in sanità* (a. VIII, n. 3 - Supplemento)

2010

- Alberto Marradi, Daniele Nigris, *Evidence-Based Medicine: una critica* (a. IX, n. 1)
Roberto Cipriani, *Narrative-Based Medicine: una critica* (a. IX, n. 2)
Guido Giarelli per la Eshms, *Metodologie di ricerca comparata in Sociologia della salute e della medicina - Comparative Research Methodologies in Health and Medical Sociology* (a. IX, Suppl. al n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)
Mauro Giacca, Carlo Gobbatto, *Polis genetica e società del futuro - Polis genetica and society of the future* (a. IX, n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)
Franco Prina, Enrico Tempesta, *I giovani e l'alcool: consumi, abusi, politiche. Una rassegna critica multidisciplinare - Youth and Alcohol: Consumption, Abuse and Policies. An Interdisciplinary Critical Review* (a. IX, Suppl. al n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)
Guido Giarelli, Roberto Vignera, *Sociologia e sociologia della salute: andata e ritorno - Sociology and sociology of health: A round trip* (a. XI, n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)

2011

- Carmine Clemente, Giuseppina Cersosimo, *La fine pre-scelta. Forme e disposizioni sulla propria morte - The pre-chosen death. End of life arrangements and instructions* (a. X, n. 1 - numero bilingue italiano-inglese)
Leonardo Altieri, Maria Augusta Nicoli, Vittoria Sturlese *La sanità dei cittadini - Citizens' health services* (a. X, n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)
Mauro Niero, Giovanni Bertin, *Vulnerabilità e fragilità sociale. Una teoria delle disuguaglianze di salute - Vulnerability and social frailty. A theory of health inequalities* (a. X, n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)

2012

- Fosco Foglietta, Franco Toniolo, *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria - New models of governance and health system integration* (a. XI, n. 1 - numero bilingue italiano-inglese)
Guido Giarelli, Roberto Vignera, *Sociologia e sociologia della salute: andata e ritorno - Sociology and sociology of health: A round trip* (a. XI, n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)
Antonio Maturò, Kristin Barker, *Medicina delle emozioni e delle cognizioni - Medicine of emotions and cognitions* (a. XI, Suppl. al n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)

Numeri programmati e curatori

2012

- Carla Faralli, *Consenso informato - Informed consent* (a. XI, n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)
Franca Orletti, Marilena Fatigante, *La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente - The challenge of multiculturality in patient-physician interaction* (a. XI, suppl. al n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)

2013

- Elisabetta Ruspini, *Sessualità, salute, istituzioni. Dalle pratiche di controllo ai percorsi educativi - Sexuality, health, institutions: From control practices to educational pathways* (a. XII, n. 1 - numero bilingue italiano-inglese).
Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, *Scenari plurali dell'assistenza infermieristica - Multiple scenarios in nursing care* (a. XII, n. 2 - numero bilingue italiano-inglese)
Rita Biancheri, *Genere e salute - Gender and health* (a. XII, n. 3 - numero bilingue italiano-inglese)

Sommario a. XI, n. 2, 2012 Supplemento

EDITORIALE

- 11** Piet Bracke

INTRODUZIONE

- 13** Antonio Maturo e Kristin Barker

SAGGI

- 15** Antonio Maturo
Giustizia sociale e miglioramento umano nella società bionica
Social justice and human enhancement in the bionic society
- 29** Johanne Collin, Julien Simard e Hugo Collin-Desrosiers
Tra “droghe intelligenti” e antidepressivi: un’analisi culturale
sull’utilizzo di farmaci tra gli studenti universitari
Between smart drugs and antidepressants: A cultural analysis
of pharmaceutical drug use among university students
- 54** Stephen Katz e Kevin Peters
Migliorare la memoria? La medicina della memoria, la de-
menza e il cervello che invecchia
Enhancing the mind? Memory medicine, dementia and the
aging brain
- 74** Annette Schnabel, Carita Bengs e Maria Wiklund
Modernità, stress e ricerca dell’autogestione emotiva
Modernity, stress and the quest for emotional self-management

CONFRONTI

- 91** *Miglioramento cognitivo: scenario, prospettive e dilemmi*
Cognitive enhancement: scenario, perspectives and dilemma
TAVOLA ROTONDA: Frans Brom, Ira van Keulen, Ori Lev, Mauro Turrini

ESPERIENZE

- 105** Meika Loe e Leigh Cuttino
Consumatori ambivalenti. Uso strategico di farmaci e gestione dell'identità tra studenti universitari con ADHD
Ambivalent consumers. Strategic Pharmaceutical Use and Identity Management among ADHD College Students
- 132** Davide Galesi
La farmacologizzazione della solitudine e dell'insicurezza
The pharmacologization of loneliness and insecurity

DIBATTITO

- 145** Catherine Coveney, Jonathan Gabe e Simon Williams
Potenziamento della capacità mentale? Dalla medicalizzazione della cognizione alla farmacologizzazione delle routine mental life
Boosting brainpower? From the medicalisation of cognition to the pharmaceuticalisation of routine mental life

COMMENTI

- 161** Kristin Barker
Farmacologizzazione: cosa è (e cosa non è) medicalizzazione?
Pharmaceuticalisation: What is (and is not) medicalisation?
- 166** Jonathan Kaplan
Dalla medicalizzazione al "biolooping"
From Medicalization to Biolooping
- 170** Francesca Minerva
Medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmaceutizzazione entro una prospettiva sociologica e bioetica
Medicalisation, biomedicalisation and pharmaceutisation from a sociological and from a bioethical perspective

RECENSIONI

- 175** Donatella Simon, Alain Ehrenberg
La società del disagio. Il mentale e il sociale

NOTE

INTERVENTI

- 181** Paola D’Incau, Monia Donati, Corrado Barbui, Anna Carreri, Jacopo Tubini e Anita Conforti
Eventi stressanti e psicofarmaci. Uno studio osservazionale condotto nelle farmacie territoriali della Regione del Veneto
- 192** Alessia Bertolazzi e Nicola Strizzolo
Oltre i riduzionismi scientifici sul consumo di droghe
Beyond the scientific reductionism on drug consumption
- 196** Luca Mori e Linda Lombi
Disapprovazione sociale e uso di marijuana: un commento critico
A critical thinking on social disapproval and marijuana use
- 200** Cleto Corposanto
Quali indicatori per valutare l’associazionismo dei medici di medicina generale e pediatri?
What indicators to evaluate the association of general medicine doctors and paediatricians?

EDITORIALE

di Piet Bracke*

La sociologia della salute è una vibrante area di ricerca che va dagli studi di salute globale, la macrosociologia della salute e della malattia alla epidemiologia sociale, la ricerca sui servizi sanitari, la sociologia delle professioni di cura fino alla sociologia delle emozioni e cognizioni. Avendo la salute connotazioni sociali, affettive, cognitive e corporee la sociologia della salute è uno dei campi di studio sociologici maggiormente orientati verso la interdisciplinarietà.

Questo orientamento che attraversa i confini tematici è stimolato dal fatto che numerosi sociologi della salute lavorano presso facoltà di medicina piuttosto che in dipartimenti di sociologia. Dunque, sono sfidati a rendere la loro ricerca rilevante per la medicina, la psicologia clinica, la promozione della salute e altre discipline di quelle facoltà. Questa necessità ha anche un lato negativo perché questo tipo di ricerche disconnettono le problematiche sociologiche della salute dal cuore disciplinare della nostra materia.

Solo pochi approcci della ricerca sociologica sulla salute riescono a superare questo dilemma e la sociologia della medicalizzazione è tra questi, sebbene il suo focus non siano i comportamenti e gli atteggiamenti verso la salute come tali, bensì i mutamenti nelle definizioni di salute e nei comportamenti e atteggiamenti verso la salute¹. Le condizioni sociali sono sempre più valutate secondo le loro conseguenze per la salute e il benessere e la teoria della medicalizzazione e trova qui il suo campo di applicazione più fecondo, sebbene abbia un approccio critico verso questa evoluzione culturale. Questo approccio dimostra inoltre ammirevole resilienza – non perché ancora rimane fedele ai suoi padri fondatori – ma perché capace di trasformare se stesso costantemente: dalla teoria tradizionale della medicalizzazione e gli studi sull'imperialismo medico alla medicalizzazio-

* Presidente della European Society for Health and Medical Sociology e professore di Sociologia presso la Ghent University.

Traduzione dall'inglese di Antonio Maturo.

1. Conrad P. e Schneider J.W. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

ne come iatrogenesi, fino agli studi sull'ottimizzazione delle caratteristiche normali².

L'arrivo della sociologia della medicina delle emozioni e cognizioni è parte di quest'ultima ondata di ricerca sulla medicalizzazione e aiuta a rinfrescare questa teoria. Essa si relaziona direttamente alla sociologia delle emozioni e delle identità e quindi alla psicologia sociale in generale. Inoltre, come sociologia del mutamento sociale, mette in connessione il personale con il globale. Il suo sotto-dominio della farmacologizzazione della normalità connette la sociologia della salute mentale con questioni relative alle biotecnologie, la neurochimica e le identità. Questo nuovo ambito di studio non riduce la persona alla struttura e al funzionamento del cervello – come accade con la neuropsicologia (che come conseguenza espunge la psicologia dal suo approccio) – ma riflette su come le innovazioni biotecnologiche, che permettono la rimodulazione di cognizioni ed emozioni, trasforma le identità nelle società tardo moderne.

Ho già menzionato un contributo tratto dal numero di *Salute e Società* sulla medicalizzazione della vita curato da Antonio Maturo e Peter Conrad per mostrare come la più prestigiosa rivista della sociologia della salute italiana non ha mai dimenticato la teoria della medicalizzazione come vibrante area di ricerca.

Il presente numero di *Salute e Società* sulla medicina delle emozioni e cognizioni è una apprezzabile continuazione di questa tradizione. Esso contribuisce all'ulteriore sviluppo della seconda ondata di ricerca sulla medicalizzazione in Europa e farà sentire la sua voce all'interno dell'intera comunità accademica della sociologia della salute. Come attuale Presidente della *European Society for Health and Medical Sociology* spero che questo numero non solo rinforzi la comunità europea dei sociologi della salute stimolando il dibattito e generando nuove acquisizioni, ma che contribuisca anche a trasformare le concezioni degli scienziati che si occupano di salute sul sorprendente *intermix* tra biotecnologie, identità, cognizioni ed emozioni.

2. Christiaens W. e van Teijlingen E. (2009). Four meanings of medicalization: child-birth as a case study. *Salute e Società* 8(2): 123-141.

INTRODUZIONE

di Antonio Maturò e Kristin Barker*

Nel dibattito scientifico contemporaneo il tema della medicalizzazione della vita risulta essere uno degli argomenti più dibattuti. Gli sviluppi tecnologici permettono infatti di realizzare cose che un tempo non erano neppure immaginabili. La riflessione teorica sembra non stare al passo con le possibilità aperte dalle tecnologie mediche. I successi della medicina, inoltre, trasformano il nostro modo di vedere il modo. Come da tempo e in modo diversi hanno scritto Illich, Zola, Foucault e Conrad la medicalizzazione si realizza, oltre che come pratica, anche come linguaggio e come discorso. Questo volume di *Salute e Società* analizza alcune delle modalità attraverso cui ciò avviene: ovvero come discorsi e pratiche mediche influenzano la medicalizzazione e viceversa. In specifico ci focalizziamo sulla medicalizzazione delle emozioni e delle cognizioni.

Oggi, biologia e neurologia forniscono il lessico per scoprire/costruire nuovi fenomeni patologici e nuove condizioni umane che possono essere migliorate attraverso un intervento tecnologico. Oltre agli aspetti “classici” della medicalizzazione, legati al *disease mongering*, emergono altresì usi migliorativi della medicina. Il miglioramento umano è infatti un’azione medico-tecnologica svolta sulla normalità e non sulla patologia. Dunque, la onnipresenza culturale dei farmaci è consistente. I farmaci sono infatti utilizzati in modo crescente per modificare aspetti del nostro carattere (emozioni) e delle nostre possibilità di performance (cognizioni). Utilizziamo dei dispositivi artificiali per modificare la nostra natura. Il nostro *bios*, l’essenza biologica che ci contraddistingue, diviene manipolabile. Per questo, alcuni studiosi propongono di utilizzare il termine *farmacologizzazione*, un termine che secondo loro è maggiormente pertinente rispetto a medicalizzazione per questo contesto.

In termini pratici, l’idea del volume ha preso corpo nel maggio 2011 a seguito di una conferenza tenuta da Antonio Maturò presso l’Oregon State

* Antonio Maturò, professore associato di Sociologia della salute presso l’Università di Bologna e Regular Visiting Professor presso la Brown University; Kristin Barker, professore associato di Sociologia della salute presso la University of New Mexico. Corresponding author: Antonio Maturò, antonio.maturò@unibo.it

University (OSU), su invito di Kristin Barker. In precedenza avevamo parlato di queste tematiche agli incontri periodici organizzati dai sociologi inglesi e americani (*UK-US conference*), specialmente quello tenuto a Boston del 2008. Dopo la conferenza di Maturo, e soprattutto dopo una giornata di *hike* (in italiano: trekking) nella *wilderness* delle foreste dell'Oregon sotto una pioggia ininterrotta, la decisione del volume era presa.

In particolare, nel volume grande spazio viene dato al miglioramento cognitivo. Johanne Collin, Julien Simard e Hugo Collin-Desrosiers presentano un'interessante ricerca svolta sugli studenti di Montreal proprio riguardo all'utilizzo di farmaci per migliorare capacità cognitive e stati d'animo. E Coveney, Gabe e Williams si appoggiano proprio al proprio il tema del miglioramento cognitivo per introdurre il loro concetto di farmacologizzazione. Nei loro commenti a questo articolo Kristin Barker, Jonathan Kaplan e Francesca Minerva offrono, individualmente, alcuni *insight* molto peculiari. Inoltre, le prospettive e i dilemmi del miglioramento cognitivo sono al centro della discussione, coordinata con perizia da Linda Lombi, tra Frans Brom, Ira van Keulen, Ori Lev e Mauro Turrini.

Meika Loe e Leigh Cuttino hanno invece fatto una profonda ricerca qualitativa sul management dell'identità da parte di universitari con una diagnosi di ADHD, come sappiamo una "malattia" molto controversa negli Usa (e non solo), mentre le studiose di Umeå, Carita Bengs, Annette Schnabel e Maria Wiklund svolgono una ricerca analoga, ma con riguardo al rapporto tra emozioni, disagio e identità. Stephen Katz e Kevin Peters forniscono invece una precisa ricostruzione dei bias dei clinical trials nel caso dei farmaci per il disturbo mentale lieve. Davide Galesi mostra i dati di una ricerca molto innovativa in termini metodologici rispetto al consumo di psicofarmaci in un'area del Nord Italia, dati che mostrano un notevole incremento. Antonio Maturo si interroga invece sulle conseguenze in termini di giustizia sociale collegate ai farmaci per il miglioramento umano.

Vogliamo ringraziare tutti gli autori che hanno contribuito a questo volume di *Salute e Società*. Grazie all'entusiasmo dei giovani studiosi che hanno tradotto sapientemente i testi, crediamo di avere realizzato un'opera innovativa e originale. Inoltre, ci sembra un segno di distinzione essere riusciti a coinvolgere oltre a studiosi americani e italiani, come noi curatori, anche colleghi canadesi, svedesi, tedeschi e olandesi.

Nell'ambito della sociologia non era ancora stato costruito un libro sugli aspetti sociali del miglioramento umano. Abbiamo fiducia che questo nostro contributo possa contribuire allo sviluppo di questo nuovo filone di ricerca della sociologia della salute.

Giustizia sociale e miglioramento umano nella società bionica

di Antonio Maturo*

The use of substances that improve cognitive abilities is now more and more common in many countries. These treatments are not aimed at curing pathologies, but rather at enhancing normal human capabilities, i.e. people are using pharmaceutical products to alter their biological makeup. The following article investigates this phenomenon and questions the role of the State in relation to this practice. The article concludes with an explanation of why the State, unlike what some bioethicists have proposed, should not support the use of cognitive enhancers.

Key-words: bionic society, egalitarianism, pharmaceuticalization, social justice, medicalization, human enhancement

Parole-chiave: società bionica, egualitarismo, farmaceuticizzazione, giustizia sociale, medicalizzazione, miglioramento umano

1. La biologia come linguaggio della vita quotidiana

Woody Allen, negli anni ottanta, in uno dei suoi esilaranti film, affermava: “Marx è morto, Dio è morto e anch’io oggi non mi sento tanto bene”. In questa battuta Woody Allen condensava decenni di rarefatte riflessioni filosofiche sulla perdita di capacità esplicativa dei sistemi di pensiero fondati sulla religione o sul pensiero critico. In più, si può trovare anche un riferimento alla crisi del soggetto (“anch’io oggi non mi sento tanto bene”) e quindi alle teorie dell’attore razionale e alla sua capacità di scelta basata sulla valutazione delle conseguenze (cfr. Barbera, 2004).

Già nel 1979, in ambiti più seri, Francois Llyotard, aveva previsto la crisi delle grandi narrazioni (illuminismo, idealismo, marxismo) nel fornire modelli esplicativi del sociale (Llyotard, 1979). La società postmoderna, diceva Llyotard, può essere compresa solo attraverso narrazioni parziali, contingenti e legate al contesto.

Successivamente, Luhmann (1996) aggiunge a questi caratteri il tema della complessità. La società è divisa in sotto-sistemi che si relazionano

* Antonio Maturo, professore associato presso l’Università di Bologna e regular visiting professor presso la Brown University, antonio.maturo2@unibo.it

all'ambiente di riferimento attraverso un proprio codice. Non c'è un centro che guidi la società, ogni sotto-sistema (economia, diritto, potere...) è caratterizzato da un proprio codice, che è anche il filtro comunicativo con il resto.

Negli ultimi anni, la società si è ulteriormente complessificata. Per lo più a causa delle – o grazie alle – nuove tecnologie, in primis internet, e alla globalizzazione. Interdipendenze, turbolenza e dominanza del rischio hanno incrinato la possibilità di “governarla” e persino di darne una descrizione condivisa (Beck, 2000; Rosenau, 1997).

In parole povere, rilevato l'indebolimento delle dottrine religiose, seppelitte le teorie critiche di derivazione marxiste e constatata la permanenza di un pensiero debole, per analizzare il presente, orientare le scelte dei singoli e trovare saldi punti di riferimento per l'interpretazione del mondo riemerge una episteme, un frame, un modello di diretta derivazione biomedica.

Sembra infatti che oggi la medicina goda di ottima salute.

In effetti, non passa giorno senza una notizia riguardo alle scoperte delle neuroscienze. L'assunto di base è che siccome cognizioni ed emozioni sono l'esito di processi neuronali, se riusciamo ad agire su questi meccanismi possiamo modificare le nostre capacità di pensare e di sentire. Così, attraverso una selezione casuale delle notizie apparse sui principali quotidiani italiani negli ultimi anni, scopriamo che un neuroscienziato, Colin Camerer, docente di “finanza comportamentale” della Caltech di Pasadena, stima che, grazie ai suoi esperimenti di risonanza magnetica sull'attività cerebrale delle persone, entro dieci anni sarà prodotta una pillola per migliorare la capacità di prendere decisioni giuste nel mercato azionario¹. Su *la Stampa* del 14 agosto 2010² c'è invece la notizia di un “classico” della medicalizzazione, l'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), questa volta però ritrovato in un ambito particolare: il matrimonio. Infatti, secondo la ricercatrice Melissa Orlov, autrice di *The ADHD effect on marriage* (tradotto anche in cinese), molte separazioni sono causate dalla distrazione patologica di uno dei partner (generalmente il marito). Se si riuscisse a curare questo deficit dell'attenzione ci sarebbero meno divorzi. Sappiamo delle forti polemiche che ci sono negli Stati Uniti per gli effetti devastanti dei farmaci sulla cura di questa sindrome (Conrad, 2007). Il quotidiano *la Repubblica* del 22 ottobre 2009³ riporta invece i progressi delle ricerche sul sonno. Alcuni scienziati della University of Pennsylvania starebbero sperimentando una pillola capace di “mimare” gli effetti del dormire manipolando gli enzimi del cervello (Vecsey, 2009).

1. Maria Teresa Cometto, “E se inventassimo la pillola per stare bene?”, *Corriereconomia*, 13 giugno 2011, p. 21.

2. Eugenia Tognotti, I malati di matrimonio, *La Stampa*, 14 agosto 2010, p.23.

3. Elena Dusi, Sonno. Con una pillola puoi farne a meno, *la Repubblica*, 22 ottobre 2009, p. 22.

Tali Sharot (2012) sostiene invece, nel volume dall'azzeccato titolo *Ottimisti di natura*, che l'ottimismo sia stato selezionato nell'evoluzione perché le persone ottimiste vivono più a lungo, visto che le aspettative positive, agendo da *self-fulfilling prophecy*, aumentano le nostre probabilità di successo.

L'impressione è che tali ricerche siano molto complicate, ma che gli scienziati, o forse i giornalisti che riportano le loro scoperte, tendano alla semplificazione e all'ottimismo.

Queste proposte scientifiche hanno in comune l'assunto di poter agire su alcuni aspetti della nostra biologia per renderci diversi. Grazie a dei dispositivi tecnologici possiamo diventare "migliori". In alcuni casi, come l'ADHD, si tratta di cure farmaceutiche. In altri casi, come la pillola anti-sonno, di interventi farmaceutici su persone potenzialmente sane (benché la ricerca sia iniziata a scopi terapeutici). Nel caso della "pillola per gli investimenti" avremmo invece un miglioratore cognitivo "classico" – esattamente come descritto nel film *Limitless*. Per quanto riguarda Sharot invece ci troviamo di fronte a una situazione diversa: una spiegazione biologica – precisamente: genetica – di un tratto psicologico del carattere. Dunque, un farmaco che ci permetta una percezione del mondo più rosea ci renderebbe più adatti e vincenti.

Ho trascurato in questi esempi tutti i casi di genetizzazione che vengono riportati puntualmente sui mezzi di informazione e che guardano ai geni come "facitori" del destino umano (cfr. Cipolla, 2010). Per esempio, il gene dell'alcolismo, il gene del tumore al polmone o, come si è scritto, il gene della tendenza politica. Una linea di ricerca molto fertile oggi, e il motivo è evidente, è quella che indaga come modificare il nostro codice genetico in modo da dare risposte immunitarie adeguate: per esempio un sistema immunitario resistente al virus dell'HIV o che prevenga i processi cancerogeni (cfr. Balisteri, 2011, p. 24).

Tutte queste scoperte o linee di ricerca, in modi diversi, trascurano l'aspetto sociale della vita umana. In altri termini, benché siano state presentati esempi molto eterogenei, vi è oggi una tendenza a rivolgersi alla tecnica per ricercare soluzioni a problemi che in larga parte hanno cause sociali. Come detto, il lessico utilizzato per "costruire" queste situazioni è il linguaggio biomedico. Ci troviamo di fronte a una medicalizzazione concettuale della società (Conrad, 2009). Guardiamo a noi stessi come a individui determinati dalla nostra componente biologica. Individui somatici, ovvero: «esseri la cui individualità è, almeno in certa misura, radicata nella nostra esistenza carnale, corporea, e che fanno esperienza, si esprimono, giudicano e agiscono su stessi, almeno in parte, nel linguaggio della medicina» (Rose, 2008, p. 37). L'esito di questa biologizzazione di ogni comportamento, azione, emozione è il riduzionismo: «Il sociale si riconduce al cerebrale, il culturale al naturale, la mente al corpo» (Marrone, 2011, p. 40). Il contesto invece è rappresentato dalla centralità con cui si

guarda alla propria salute oggi: *healthization*. Il diritto al perseguimento della Felicità sancito dalla Costituzione americana è stato assorbito dal *dovere* di essere in forma: «La promozione e celebrazione della salute come valore primario (*paramount*) della società occidentale ha incoraggiato la gente a interpretare una grande varietà di attività umane attraverso il vocabolario della medicina» (Furedi 2006, p. 14). Per esempio, nelle pubblicità la bontà del cibo è vicaria rispetto al contenuto di calorie o agli effetti di abbassamento del tasso di colesterolo (Lawrence & Germov, p. 2008). Ma del resto questa colonizzazione della sfera medica su gran parte delle azioni umane ha radici lontane. Nel 1948, infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone la sua definizione di salute: “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Vi è ovviamente molta letteratura su questa definizione. E generalmente la critica si concentra sul carattere “ambizioso” di questa definizione oppure, in modo positivo, sull’allargamento del concetto di salute agli aspetti sociali (Maturò, 2009a). Tuttavia, si può anche vedere questa definizione come connotata da “pansalutismo”. Ovvero, ben poco della vita umana viene lasciato fuori dalla salute. Inoltre, se la medicina è l’istituzione deputata a intervenire sulla salute e definire cosa è normale e cosa è patologico (Freidson, 1970) allora la medicina è legittimata a estendere la sua giurisdizione (Abbott, 1988) ben oltre il letto del malato.

2. La società bionica

Viviamo oggi in una società che è sempre più “bionica”. Aumentano gli interventi tecnologici volti alla trasformazione della biologia umana. Mentre per millenni si è cercato di controllare l’ambiente esterno tramite la tecnologia, oggi la tecnologia viene sempre più utilizzata per intervenire all’interno dell’uomo, modificandolo (Garreau, 2004).

Non solo si agisce sul biologico, ma si “pensa” in termini biologici. La medicalizzazione, ovvero la trasformazione di condizioni umane, che fino a quel momento non presentavano caratteristiche patologiche, in problemi medici, cresce (Conrad, 2009). Non sono solo gli esperti a promuovere questa visione. Anche il cosiddetto mondo della vita quotidiana, tanto caro ad Habermas (1986), “pensa e parla” in termini sistemici. Di sistema biomedico. In alcuni casi, infatti, è il sapere profano a promuovere la medicalizzazione, come dimostra Barker (2008, p. 21), nella sua analisi dei gruppi di auto-mutuo aiuto on-line di malati di fibromialgia: «gli ESG possono svolgere un ruolo cruciale nella definizione della sofferenza umana diffusa in termini medici e nel generare un’istanza di riconoscimento medico, che spesso i medici sono riluttanti a concedere». Recentemente, Cardano e Lepori (2012) hanno ricostruito e analizzato la lotta per il riconoscimento medico degli uditori di voci. Del resto già Conrad (2009) ave-

va già segnalato come i motori della medicalizzazione siano oltre i medici, anche i consumatori.

Non solo si interviene per curare ciò che viene scoperto/costruito come patologico, ma anche per potenziare la normalità. Tuttavia, il paradosso che si può osservare è che *si utilizzano dispositivi medici non per diventare più artificiali, ma per ritrovare la propria naturalità*. Si prendono psicofarmaci, che per definizione alterano le sensazioni e le percezioni, per ritrovare se stessi. Come scrive Rose, analizzando la pubblicità di un antidepressivo: «Il farmaco non promette quindi di creare un falso sé; al contrario grazie ad esso il sé è restituito a sé stesso. Se c'è una linea ricorrente, o promessa, che attraversa tutti questi materiali promozionali, è questa: con questo farmaco, posso riavere indietro il mio vero sé, posso sentirmi me stesso, posso sentire che sono di nuovo io» (Rose, 2008, p. 333). Ecco che attraverso dei dispositivi artificiali diveniamo più naturali. Si utilizzano psicofarmaci per ripristinare una presunta normalità. Se ciò ha senso per le cure, diviene interessante notare che questo accade anche nell'ambito di sostanze stupefacenti. In Italia, aumenta il consumo di cocaina e cannabis in setting domestici, distanti dai luoghi di sballo classici (Mori, 2008). La normalizzazione indica l'utilizzo "responsabile" di droghe per scopi ricreazionali ed anche una maggiore accettazione sociale del consumatore (Parker *et al.*, 1998). Di conseguenza, si considera più "normale" e meno stigmatizzante l'uso di droghe (Lombi, 2012). Tuttavia, accanto a questa accezione principale, si potrebbe proporre anche una seconda connotazione del termine, ovvero l'idea che l'utilizzo, almeno in alcuni setting, serva proprio a rendere più "normali" le persone, altrimenti impacciate per motivi di timidezza, abuso alcolico o stanchezza. Se la spontaneità viene vista, socialmente, come contigua alla autenticità e sincerità di una persona, l'utilizzo di droga ci rende più veri e più naturali. In altri termini, le droghe – sia quelle legali sia quelle illegali – si caratterizzano per presentarsi come sempre più pulite, accettabili e controllabili. Ovvero più subdole e pericolose. Attraverso sintesi chimiche diveniamo più naturali e dunque, per analogia, più "biologici".

Se una persona svolge un lavoro che ha dei turni che mutano – per esempio un/a hostess – è naturale e normale che abbia delle difficoltà con il ritmo del sonno. Tuttavia, per connotare questa situazione come patologica basta inventare e accreditare presso le più moralmente porose società scientifiche una malattia: lo *shift work sleep disorder* (che non letteralmente, ma sensatamente potrebbe essere tradotto con il "disturbo del sonno da lavoro discontinuo"). Queste persone vengono così a trovarsi in una condizione patologica: sono "colpite" da una malattia. Per ristabilirsi e tornare "normali" c'è il farmaco (certo non viene suggerita l'idea di tutela della salute del lavoratore sul posto di lavoro). Se anche l'*International Classification of Disease – 9* recepisce questa condizione, com'è accaduto, allora la malattia viene a vivere di vita propria. Si noti il paradosso lo-

gico: una normale e naturale reazione a uno stile di vita anormale e innaturale viene etichettato come condizione patologica (ovvero anormalità). Attraverso un intervento artificiale (il farmaco) il soggetto si riadatta a una vita innaturale e torna (socialmente) “sano”.

Tuttavia, una volta brevettato, nella commercializzazione, oltre che sulla patologia, si può insistere anche sugli aspetti di miglioramento della normalità (cfr. Greely, 2008). Williams *et al.* (2008) hanno mostrato, sulla stampa britannica, come il Provigil (ora Modafinil) oltre che reclamizzato verso un potenziale target di acquirenti con turni di lavoro irregolari, sia stato costruito mediaticamente anche come farmaco che aiuta la concentrazione e, implicitamente, la memoria⁴.

Lo studioso inglese John Abraham sostiene che oggi accanto alla medicalizzazione vada utilizzato un altro concetto, ovvero la farmacologizzazione. In effetti, farmaci e medicalizzazione non si implicano vicendevolmente. Alcune sfere della medicalizzazione non contemplano l'utilizzo di medicinali, come per esempio la medicalizzazione concettuale e quella interazionale (Conrad, 2007; 2009). Inoltre vi sono condizioni medicalizzate che presuppongono l'utilizzo di dispositivi medici diversi dal farmaco in senso stretto. Si pensi al ruolo delle tecnologie mediche nell'ambito della medicalizzazione della morte, della medicalizzazione della gravidanza e della procreazione, della medicalizzazione della bruttezza (cfr. Maturo e Conrad, 2009; Ghigi, 2009). Ci sono condizioni definite patologiche la cui cura non è né farmacologica né medica in senso stretto, ma consiste nell'aderire a uno specifico regime di vita. L'esempio più calzante è la celiachia (cfr. Corposanto, 2011). Tuttavia, secondo Abraham (2010) il mercato dei farmaci, nonché il loro utilizzo e la loro valenza socio-culturale hanno oggi acquisito delle caratteristiche del tutto peculiari, irriducibili ad altri aspetti relativi alla medicalizzazione. La farmacologizzazione agisce dunque lungo due direttrici: l'estensione della sfera del patologico e il miglioramento delle prestazioni. Le due dimensioni sono in molti casi difficilmente separabili. Anzi, si può affermare che a livello epistemologico la prima dimensione abbia la precedenza, perché capita spesso che ciò che oggi è normale (e possa quindi venire migliorato), domani venga percepito come patologico (e quindi debba venire curato) (Maturo, 2010; Maturo, 2012a). Inoltre, per avere l'approvazione della FDA, e poter essere lanciato sul florido mercato americano, il farmaco deve essere brevettato per la cura di una specifica malattia.

4. Tanto che un cattedratico di Cambridge si sentì il dovere di polemizzare di fronte alle grandi aspettative suscitate da questo farmaco e scrisse un articolo sul *Daily Mail* ironicamente intitolato: “A pill for my memory? Forget it!” (Williams *et al.*, 2008: 845)