

Адела Ј. Зобеница¹
Општа болница „Др Р. Симоновић” Сомбор
Одељење психијатрије - Одсек за алкохолизам
Сомбор (Србија)

УДК 316.324.8
613.81/.83
Преједни научни рад
Примљен 16/01/2019
Измењен 25/03/2019
11/04/2019
Прихваћен 13/04/2019

doi: 10.5937/socpreg53-20196

АДИКЦИЈА: БОЛЕСТ И/ИЛИ СОЦИЈАЛНИ КОНСТРУКТ

Сажетак: Рад се бави концептом адикције и његовом деконструкцијом. Различити су приступи његовог сагледавања: као болести, порока, греха, криминалног понашања, социјалне конструкције, слабости карактера, генетски условљеног стања или њихових комбинација. Приказујемо развој социјалне мисли о адикцији у историјском и културном контексту и тако улазимо у „званични поглед на адикцију“ који је суштински биомедицински модел. Недоследностима које из њега излазе, „враћамо“ адикцију у социјални контекст, обликујемо нова значења и разматрамо будућност концепта. У закључку предлажемо могућност превазилажења дихотомије из наслова рада са аспекта њихове практичне примене

Кључне речи: адикција, медиализација, недоследности биомедицинског модела.

Увод

Проблеми везани за адикцију концептуализују се у медицинским, психолошким, законским, религиозним, социолошким и другим терминима. Предмет нашег рада је истраживање концепта адикције са социолошког аспекта како би се открила различита значења овог феномена и њихове практичне примене.

Рад приказује еволуцију значења појма, формирање медицинског модела адикције, његове доприносе и недоследности, а кроз које конструишемо обухватнији, социолошки, „нови“ модел адикције. Применљивост новог модела разматрамо у поглављу о будућности концепта, а у закључку предлажемо могућност превазилажења дихотомије из наслова рада.

Један од најранијих покушаја социолошког објашњења адикције био је Линдсмитов (Lindesmith, 1938) који је применио Мидову теорију социјалног учења у конструкцији селфа, процесу постајања адикта. Социологија адикције се примарно бавила изучавањем коришћења алкохола и опијата, марихуане и халуциногена, да би се од седамдесетих година 20. века почела обраћати пажња на понашања

¹ ada.zobenica@gmail.com

која могу бити адиктивна као што је пушење, преједање, коцкање, куповина, секс (Weinberg, 2012). Ово је условило и промене у дефинисању адикције која сада обухвата и супстанце које не узрокују физичку зависност као и адикцију без супстанце.

Адикција има социјалну и органску етиологију, физичке и културне секвеле, како је описују Данбар и сарадници (Dunbar et al. 2010. p.186). Низ термина везаних за адикцију (физичка зависност, губитак контроле, жудња, апстиненцијални синдром), њихова концептуализација у различитим наукама, уз генерални концепт адикције, дају густу и богату интеракцију значењу и разумевању овог феномена. Термин „адикција“ је плодно тло за дискусије његовог значења, које се назива и „концептуалном акробатиком“, као и „митом, феноменом који не постоји стварно ван наше социјално конструисане перцепције“ (Davies, 1997; Reinerman, 2005).

Сматрамо да постоји проблем у преводу термина „адикција“ на српски језик. У енглеском постоје изрази „dependence“ и „addiction“ које на српски обично преводимо као „зависност“ или дословно „адикција“, а који се користе као синоними. Наша медицинска литература чешће говори о болестима зависности, а ређе о адикцијама, вероватно и због коришћења ДСМ -IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) класификације у којој се користи термин „зависност од супстанце“ (APA, 2000). За потребе рада користећемо реч „зависност“ када мислимо на физичку зависност од супстанце. Изразом „адикција“ описавемо стање периодичне или хроничне интоксикације узроковане поновљеним узимањем дроге. Она укључује праксу и јаку жељу или потребу (компулзију) да се настави с коришћењем дроге упркос штетним последицама и тенденцију да се количина дроге повећа, те психичку и физичку зависност од ефеката дроге. Полазимо од критеријума за адикцију, који се базирају на биомедицинској традицији, а које примењујемо у свом дијагностичком и терапијском раду.

Еволуција значења појма адикције

Савремена схватања адикције нису аутономне креације већ су заснована на историјском и културном контексту (Bernhard, 2007). Бављење концептом почињемо од приказа развоја социјалне мисли о адикцији, а у следећем поглављу (медијализација адикције) дајемо наш предлог њене систематизације.

Ливајн (Levine, 1978) наводи да медицински модел адикције дугује своје постојање више трансформацијама у социјалној мисли, него научним открићима. Адикција као биомедицински конструкт има корене у промени погледа на употребу алкохола (Levine, 1978). Историју социјалне логике концепта пратимо кроз Ливајнову студију који пише да се појам адикције тек с применом на пијење алкохола препознаје као болест. Реч „адикција“ (addiction) се у ОЕД (Oxford English Dictionary) из 1884. године преводи као „стање или услови посвећености стварима; придржавање; особа која ради нешто регуларно и предвидиво“ без импликација на болест или морални проблем. Она је „киднапована“ у 19. веку од медицинске и моралистичке интересне групе и добила значење болести (Alexander, 2010a).

Идеја о адикцији у данашњем значењу се јавља у специфичном историјском и културном контексту, у Америци, средином 19. века. Људи су и раније препознали проблем пијења, али су га доживљавали као једноставну ствар одлуке, људи

пију јер то желе, а не зато што „морају“. Пијење се препознавало, али не и тумачило као болест или патња која може преузети контролу над понашањем и животом. Адикција, те са њом повезана идеја „губитка контроле“ настаје у западној култури као последица модернитета и наглашавања самоконтроле (Levine, 1978).

Идеје протестантске етике (аскетски начин живота, самоконтрола) и индустријализације креирале су социјални миље у којем је индивидуализам и самоконтрола одлучујућа за опстанак. Ово је било у супротности са пијењем, које се доживљавало као порок или грех. Индустријализација је додатно проблематизовала неумереност у пијењу јер је радна снага требало да буде способна да ефикасно ради. Историјски ово је и период велике мобилности популације која је нарушавала повезивања нуклеарне са широм породицом. Зато се јавља потреба јачања саме нуклеарне породице, а за коју је важна снага односно самоконтрола посебно оца/супруга.

Модел болести је инкорпориран и у Покрет умереност² који настаје у том периоду и који истиче концепт „самоконтроле“, посебно за одрасле мушкарце. Покрет умерености је установио као чињеницу да алкохол оставља негативне последице, а губитком контроле се објашњавала употреба алкохола упркос негативним последицама (Room, 2003).

Трезност и пијанство се наглашавају и тридесетих година 20. века када се у Америци оснива покрет „Анонимних алкохоличара“ и терапијски покрет „Дванаест корака“. Један од најранијих и најутицајнијих аутора у социологији адикције, Јелинек (Jellinek, 1962) инспирисан „Анонимним алкохоличарима“, дефинише алкохолизам као прогресивну болест.

У почетку је узрок болести био сам алкохол, схватао се као инхерентно адиктиван - супстанца која има снагу да сломи самоконтролу свих људи који постају његове жртве. Касније се увидело да не губе сви људи контролу, па се интерес померио са алкохола на тело/ум (Weinberg, 2000). Променом парадигме, адикција се посматра као физиолошки поремећај, као вулнерабилност, те се њоме објашњава зашто само неки људи губе контролу. Адикција је постала унутрашња биохемијска болест која може укључивати или неукључивати супстанцу (Shafer, 2005). Као унутрашњи поремећај, узрок је лоциран у телу, уму или души или у њиховој комбинацији (Room, 2003). Упркос померању од супстанце ка телу, уму или души, темељни концепт (губитка контроле) остао је доминантан. Дакле, етиологија адикције је пронађена у биологији индивидуе, наводи Вајнберг, а то је област медицине и тако је медицина „преузела“ адикцију.

Медикализација адикције

У изучавању концепта, управо, у медицинској концептуализацији адикције, препознајемо неколико „таласа“. Пишемо о процесима који немају увек јасно хронолошко одређење, већ понекад теку паралелно.

² Покрет умерености био је друштвени покрет, који је постојао од средине 19. века до почетка 20. века, а који се борио против конзумације алкохолних пића у јавном и приватном животу. Његови чланови су критиковали опијање, те су промовисали потпуну апстиненцију. Занимљиво је приметити да су жене чланице овог покрета често истицале слоган на којем је писало да „усне које дотичу алкохол, неће дотаћи њихове усне“. (ирим. аутора)

Први талас, како га ми видимо, почиње од Покрета умерености и њиме повезаног Јелинековог описа „болести алкохолизма“ којим је адикција од моралног постала медицински проблем. Са овим почиње интензивна медицинска дијагностика адикције кроз следеће класификације: Светске здравствене организације (СЗО) - Међународна класификација болести (МКБ), односно (ИЦД / ICD) што је акроним енглеског назива International Classification of Diseases. Такође, постоји и класификација психијатријских поремећаја у тзв. Дијагностичком и статистичком приручнику менталних поремећаја (ДСМ / DSM) што је акроним енглеског назива Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Биолошка психијатрија је великим делом допринела схватању адикције као болести, али иако се кренуло од болести (феномени адикције објашњавају се у биолошким терминима), дијагноза се постављала у терминима психолошког функционисања и субјективног стања кроз које пацијент пролази (Clark, 2011). Светска здравствена организација (СЗО), 1964. године проширује значење адикције од болести ка зависности како би обухватила супстанце као што су никотин, канабис и кокаин (Helmersson - Bergmark, 2018). Термин „зависност“ се од седамдесетих до деведесетих година 20. века појављује у бројним ревизијама класификација Светске здравствене организације (СЗО) – ИЦД / ICD и ДСМ / DSM. У последњој ревизији ДСМ / DSM –V (APA, 2013) радна група је предложила је да се тадашња категорија „Адиктивна злоупотреба супстанце и зависност“ замени са „Коришћење супстанце и адиктивни поремећаји“. Ова категорија, по радној групи која ју је предложила, укључује како поремећаје настале због кориштења супстанце тако и поремећаје који настају без употребе супстанце, бихејвиоралне адикције.

Медицинска класификација и њене ревизије „теку“ и данас, упоредо са следећим таласом који је везан за откриће рецептора за дрогу у мозгу седамдесетих година прошлог века, као и новим технолошким могућностима снимања промена у биохемији мозга. Ово је посебно, током последњих деценија, недвосмислено дефинисало адикцију као болест мозга. Америчка психијатријска асоцијација (APA / АПА) (American Psychiatric Assotiations, 2000) дефинише: „Адикција је хронична, рецидивантна, неуробиолошка болест мозга коју одликује компулзивна употреба дрога упркос негативним последицама.“ Лешнер, у време када је обављао функцију директора (америчког) Националног института за злоупотребу дрога (NIDA / НИДА) (National Institute on Drug Abuse) свој чланак насловљава „Адикција је болест мозга и то је најважније“ (Leshner, 2001). Тако је настао „званични поглед на адикцију“ (Alexander, 2010a,p.36). Чини се, да је упркос „опчињености“ применом високих технологија које су омогућиле посматрање и мерење хемодинамике и физиологије промена у мозгу под утицајем психоактивне супстанце, управо неуронаучнике довела у дилеме. Неуронаучници, свесни комплексности својих истраживања и сами доводе у питање неке апсекте званичног погледа на адикцију (Buchman et al. 2011; Hart, 2013; Satel & Lilienfeld, 2013), те почетком друге деценије 21. века, Ливај (Levy, 2013) насловљава свој чланак „Адикција није болест мозга (и то је најважније)“.

Шта је медијализација донела адикцији?

Медицинска дефиниција адикције постала је језгро званичног погледа на адикцију, погледа који је градио свој пут у политици, медијима и постао јавно видљив.

Он је пропагиран од стране НИДА (National Institute on Drug Abuse) која проводи 85% свих научних истраживања адикције у Америци (Vrecko, 2010). Године 2007. у Америци се проводила медијска кампања названа по књизи Хофмана и Фремкеа (Hoffman & Froemke, 2007) - „Зашто не могу једноставно да престану?“. То су биле телевизијске емисије, филмови, књиге, високо рекламиране јавне приредбе у великим америчким градовима, са интервјуисањем врхунских научника и јавних личности. Тако Нора Волков (Nora Volkow), директорка НИДА у свом интервју говори; „Адикција је болест, ужасна болест и то је потребно да се разуме... наш циљ у овом пројекту је да едукујемо јавност и тако елиминишемо стигму асоцирану са адикцијом.“³ Осим елиминације стигме, адиктима је омогућено да користе сервисе јавног здравља као и други болесници, као и приступ социјалној и законској заштити. Коцептуализација адикције као болести помаже и члановима породице адикта који сада живе са медицински легитимизованом особом, а помаже и адикту да конструише наратив болести у којем може да повеже своју садашњост са ранијим искуствима. Ово може да изгради ефективније интервенције, елиминише структуралне баријере у друштву, а који превенирају и последично смање штету коју адикција чини индивидуи и друштву. Социолошко (конструктивистичко) објашњење ове теме било би следеће: адикција је мит, начин да се оправдају осећања и акције. Адикција је изговор за потрошњу упркос негативним последицама, она даје медијима приче, политичарима кампање, фармацеутској индустрији прилику да заради више, производећи „мање адиктивне лекове“ (Dejvis, 1997, Weinberg, 2000). Овде имамо напомену која се тиче нашег културног миљеа. Код нас је, за разлику од америчког друштва, болест разлог за стигматизацију, те у нашем терапијском раду са адиктима (алкохоличарима) инсистирањем да прихвате свој алкохолизам као болест, јавља се отпор лечењу који тумачимо као појачавање стигме. Драгоцено социолошко објашњење горње напомене (виђења једног адиктолога практичара) налазимо код Рењармана (Reinarman, 2005). Процес идентификације себе као адикта подразумева учење језика адикције/опоравка и реинтерпретацију свог понашања и живота. Вајнберг наводи да они који траже формално лечење морају презети идентитет адикта који има губитак контроле, биомедицински адиктивни идентитет. Овај се стално обнавља кроз перформативну праксу где бивши адикти причају своја искуства кроз дискурс болести преносећи адиктивни дискурс на друге. Тако смо у свом раду кроз институализацију и интернализацију одржавали и репродуковали биомедицински модел, а они адикти који га нису прихватили етикетиран су као „она психијатријска једна трећина неизлечивих“. Овај мит или наратив о „правилу једне трећине у психијатрији“ (једна трећина пацијената се излечи, друга трећина залечи, а последња трећина је неизлечива) резултат је неформалне „едукације“ аутора током дугогодишњег рада у психијатријској институцији.

Недоследности медицинског модела адикције

Уочене недоследности даћемо кроз приказ неких делова „старе и нове приче“ о адикцији Бруса Александра (Alexander, 2018) допуњену нашим истраживањима литературе, а мотивисану сазнањима и питањима из дугогодишњег терапијског рада са адиктивним особама (Zobenica, 2012).

³ www.addictionaction.org/about/about-the-project.html

„Стара прича“ о адикцији гласи овако: адикција је проблем алкохола / дрога по себи, јер дроге имају снагу да преузму и трансформишу мозак већине људи, дрога превазилази снагу воље. Адикти пате од хроничне, рецидивантне болести мозга која је суштински неизлечива. Адикти се могу задовољавајуће опоравити само кроз професионални третман или групе самопомоћи. Актуелна истраживања у неуронауци и психофармакологији, наводимо као део услова, који су омогућили да ово постане званични поглед на адикцију који је ушао у 21. век.

Наводимо истраживања и аргументе која доводе у питање овај, како га Александер назива, „званични поглед на адикцију“.

Прва премиса да је адикција проблем алкохола и дроге по себи. Фармаколошки детерминизам објашњава да фармаколошке особине супстанце доводе до адикције. Зинбергова (Zinberg, 1984) и Александерова (Alexander, 1978) истраживања људи који су користили хероин и морфин у медицинске сврхе (самомедикализација) против болова, нису извештавали о апстиненцијалним сметњама или о потреби за узимањем веће количине супстанце. Рефрамирање адикције у језик неуронауке условило је приче о јако адиктивним дрогама које трансформишу мозак те адиктивна особа не може да постигне осећај задовољства са нормалним лучењем допамина. Међутим, те „јако адиктивне дроге“ које су после краткотрајног узимања деформисале мозак (повећавају лучење допамина у мезолимбичком наградном систему мозга) и стварале панику у друштву због смрти младих људи од предозирања, имале су своју „моду“. Александер наводи да је у Канади седамдесетих година 20. века смрт од предозирања узроковао хероин, осамдесетих и деведесетих били су амфетамини и кокаин, затим крак „инстант адиктиван“. Тренутно су актуелни метафетмини које називају „најадиктивнијим дрогама на свету“ (Alexander, 2018). Ова „мода“ указује да проблем није само у „најадиктивној дроги“, већ у фокусу на индивидуу, биомедицински језик који усмерава на виђење адикције само као индивидуалног проблема.

Друга премиса је да дроге имају снагу да преузму и трансформишу већину људи, да она превазилази снагу њихове воље и да су људи под спољном контролом која преокреће њихов мозак. Неуроадаптацију повезану са адикцијом објашњава „губитак контроле“ прескачући капацитет за избор. Међутим, епидемиолошке националне студије у Америци, истраживања Националног института за злоупотребу алкохола и алкохолосам NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2001/2) показале су да по ДСМ - 4 критеријумима ниво адикције има свој пик у адолесценцији или раном одраслом добу и после опада, адикт сазрева у касним двадесетим или раним тридесетим годинама и већина престаје са узимањем дроге. Изузетак су особе које су имале сметње у смислу анксиозности, сметњи расположења, а који су се лечили психијатријски (Compton et al. 2007). Ово су показали и резултати истраживања америчких војника који су учествовали у рату у Вијетнаму, а код којих се током учествовања у рату развила адикција на хероин. По повратку кући, само око 5% је наставило са узимањем хероина и то они који су имали психијатријски коморбидитет (Robins, 1993). Истраживања на животињама, оперантни самоадминистрирајући модел преклиничких испитивања адикције на експерименталним животињама, у почетку су поткрепљивала тезу да је адикција неуроадаптација која се испољава као губитак контроле и компулзија. Експерименти у Скинеровом кавезу показивали су да изоловани, од кокаина, морфина и хероина зависни пацови, узимају дрогу у за-

мену за храну и умиру од изгладнелости (Alexander et al. 1978). После више од три деценије Александер понавља истраживања под промењеним условима. Закључује да је смрт због узимања дроге и неузимања јела био артефакт изоловане животиње у стандардним, стресним, експерименталним условима. Када се променио контекст, тако да је околина у којој су боравиле животиње била преуређена на начин да су се животиње могле дружити и парити, направљен је тзв. Парк пацова - животиње су између различитих понуђених врста воде за пиће зашећерене, примамљиве, воде са дрогом и обичне воде, чешће бирале обичну воду (Alexander, 2010b). У другом експерименту животиње (овде мајмуни, примати) мање су узимале дрогу када се биле у друштву са другим животињама (Heilig et al. 2016). Здравно социјално окружење, код животиња које користе дрогу, онемогућава развој адикције, „трансформацију мозга“ и оставља капацитет за избор.

Људи који постају адикти пате од хроничне, рецидивантне болести мозга која је суштински неизлечива, још једна премиса коју доводимо у питање. Неуронаучници објашњавају адикцију (апстиненцијски синдром, рецидив, губитак контроле) као проблем који настаје због тога што дрога блокира допаминском наградни пут, односно, изложеност дроги мења мозак. Препознавање механизма који је укључен у неуралну адаптацију на дроге, омогућен је захваљујући мозговним „имиџинг“ процедурама и методама молекуларне и интерцелуларне сигнализације. Међутим, управо неуронаучници указују (Buchman et al. 2011) да мозак није једини фактор адикције и да су многи фактори укључени у „симфонију узрока“. Биолошки процеси су несумњиво укључени у адиктивно понашање као и у сва понашања, наводе Сател и Лилиенфилд (Satel, & Lilienfeld, 2014), али разумевања мозга даје део објашњења зашто је неко постао зависан. Људи могу бити повремено контролисани хемијом, али нису контролисани само хемијом. Оштећење неуралног механизма повезаног са адикцијом нарушава персонални капацитет за избор, али га не уништава. Адикција погађа истовремено и биолошке и персоналне капацитете. Неспорно је да изложеност дроги мења мозак, али сазнање о неуралним механизмима има мало релевантности за третман психолошких и социјалних узрока. Као и све метафоре, болест мозга садржи неке истине, дуга употреба разара мождане структуре које модулирају управљање собом. Уколико је суштина проблема у мозгу, онда би то била и суштина решења. Надаље, ову тему заокружује Пикардова (Pickard, 2012), она пише да је оздрављење људски процес који има сврховиту акцију, смисаони избор, пројекат срца и памети. Најдубља лична историја не може да се разуме разумевајући неуралне кругове.

Улазећи у тему „оздрављења“, размотрићемо и последњу премису „званичног погледа на адикцију“ - адикти се не могу излечити, могу се задовољавајуће опоравити кроз професионални третман или групе самопомоћи. Адикција је проблем (девијантне) индивидуе у (функционалном) друштву. Опоравак или оздрављење проводе се на разне начине: кроз превентивне програме, „Анонимне алкохоличаре“, различите психотерапијске и социотерапијске групе, групе самопомоћи, супституциону терапију метадоном, покрета за „Смањење штете“ (Harm reduction) који помажу људима да савладају или да се ефикасније носе са адикцијом, дају људима поклон да су препознали њихову патњу. Опоравак и оздрављење усмерен је на адиктивну индивидуу, а при том се са уласком у 21. век, јавља „поплава

адикција“ (Alexander, 2010) од преједања, видео-игрица, куповине до социјалних мрежа и др. По медицинском моделу све више људи би требало да се укључује у дуготрајне третмане, све више људи треба „поправљати“. Овде почиње Александерова „нова прича“ о адикцији (Дислокацијска теорија адикције) која се не фокусира на индивидуу, већ на социјално окружење. Александер адикцију види као адаптацију, не као маладаптацију, те би требало „поправљати“ друштво које не може да контролише „поплаву адикција“. Глобализована друштва слободног тржишта, траже конкуренцију на свим аспектима људске егзистенције. Она раздваја (отуђује, одваја) индивидуу од своје заједнице, културе, смисла и идентитета, током времена постаје универзална, производи масовну дислокацију. Конкуренција тражи индивидуализацију која слаби лојалност према породици, пријатељима, традиционалним вредностима религије, културе, етничке групе и нације. Масовна дислокација је последица социјалне фрагментације и има различите називе: психолози говоре о брзом расту дефицита осећаја припадања, идентитета, смисла. Дислокација од своје културе, без обзира да ли су људи богати или сиромашни, за њих је неподношљива (Alexander, 2010). Другим речима, код неких људи недостатак психосоцијалне интеграције, која даје доживљај индивидуалног идентитета и осећај смисла, јер концептуализује место особе у материјалном свету, доводи до тога да га они обнављају или граде кроз адикцију. На тај начин што усвајају субституциони животни стил, постају адикти (па се називају шопинголик, радохолик, џанки, алкохолик, анорексик). Чак и најштетнија адикција, напомиње Александер, има виталну, компензаторну функцију за дислоцирану индивидуу. Субституциони стил живота (понекад деструктиван и опасан) враћа (парадоксално) осећај припадања, идентитета и смисла.

Будућност адикције

Дислокацијском теоријом враћамо адикцију у социјални контекст. Сандерс (Sanders, 1994) пре четврт века пише о губитку осећаја за заједницу (дислокација!), о потреби интервенције у социјалној и економској политици које се маскирају медијализацијом социјалних девијација, посебно адикције. Напомиње потребу да се кроз интервјуе сагледа како адикт конструише свој идентитет и ко је он, те се тако ствара основа за конструкцију нових питања. Кроз Сандерсово сагледавање проблема адикције илуструјемо континуитет „борбе“ за „социјализацију“ адикције као и актуелну ситуацију у адикцији⁴. У Аустралији је оформљен Програм социјалних студија концепта адикције (Social Studies of Addiction Concepts [SSAC]) инспирисан је Латуровим (Latour, 2010) „композиционим манифестом“ као и „новом онтологијом“ који социјалне феномене сазнаје кроз креацију социјалне ситуације, кроз социјалну активност, прихватајући да нема дефинитивног одговора или коначне истине (Fraser, 2017). Студије су квалитативне и оживљене кроз савремене

⁴ У чланку “Будућност адикције” Фрејзерова (Fraser, 2017) наводи писмо деведесет и четири истраживача из целог света који су на основу прегледаних радова забележили да се адикција као болест мозга наводи као неконтроверзна истина. Они су покренули дебату да се значење адикције прошири од њеног схватања као малформације мозга, ка њеном смештању у социјални, психолошки, културни и правни контекст (*прим. аутора*).

социјалне теорије: феминистичке студије, нови материјализам, постколонијалне и постхуманистичке теорије. Оне су допринеле новим путевима која постављају нова питања коју улогу дрога има у друштву. Из ове перспективе се идентификује и дијагностикује адикција као и животи људи који су тако идентификовани. У једном од истраживања из серије истраживања (Pienaar, 2017.) упоређујући традиционалне адиктивне наративе са реконструисаним биографијама из квалитативних интервјуа препознају се многе дискрепанце (адикти који описују бригу о свом здрављу, квалитету живота, пажљиво регулишу количину дроге у циљу смањења штете!!!), постављају нова питања. Будућност концепта адикције, инспирисани Фрејзеровом (Fraser, 2017) и Латуром (Latour, 2010), видимо у компоновању нових праваца мишљења и говора о коришћењу дроге. У социјалној акцији у пробном процесу заједничког стварања нових перспектива, грађењу нове реалности у одговору на садашњу адикцију, у креирању нове перспективе пре него идеалне.

Закључак

У избору литературе користили смо изворе који адикцију посматрају са социолошког аспекта, тако смо за практичара адиктолога открили лепезу могућности и објашњења овог феномена, од „неуралних кругова“ до дислокацијске теорије адикције. Дислокацијска теорија која тако убедљиво и заводљиво објашњава адикцију као адаптацију на дислокацију, фрагментираност савременог света, нема одговор на питање нпр. делиријум тременса дугогодишњег адикта. Овде улазимо у зону „користи“ од медицинског модела у којој моћна фармацеутска индустрија и психијатри постају неопходни. Негде на путу од медицинског (биолошког) ка психолошком и социјалном, на фином, осетљивом отварању хоризонта, налази се адиктолог практичар који лако може да „утоне“ у старо (само медицинско) које је увек „гласније“ од новог (дислокацијског, социјалног модела). Стари модел је недовољан за разумевање и ефикасне интервенције. Дислокацијска теорија адикције усмерава пажњу на социјалне узроке који се могу отклонити само дубоким променама друштва. Одговор на ширење адикције је да нема чаробног лека јер адикција и није болест, већ је треба разумети као функцију коју има за одређеног човека, да би се нашла алтернатива. Сваки наратив који стимулише на реконцептуализацију своје егзистенције може помоћи адикту да изађе из свог дислоцираног живота. Многи адикти се проналазе у новој причи, многимима је важно да је њихова прича разумљива у обичном језику људске депривације.

Социолошко схватање адикције је, на први поглед, супротно медицинском. С једне стране (медицинске), адикција је болест, а с друге (социолошке), начин адаптације. Разумемо овај „нови“ модел адикције као модел који узима у обзир контекст, социјалне факторе (који се, додуше, као „украси“ увек помињу, али најчешће не објашњавају). Кроз историју концепта адикције, удео социјалног фактора у њеном настанку никада није негиран, већ са различитом снагом видљив. Постаје скоро невидљив почетком 21 века. Драматични развој високих технологија омогућио је да се биохемијски процеси утицаја дроге на мозак, визуализују, те тако добију „објективни“ докази да је адикција болест мозга. Задивљеност могућношћу високих технологија потиснула је и куртоазно помињање удела социјалног фак-

тора у адикцији. Зато социолошко објашњење у облику дислокацијске теорије и њеног „превода“ на психолошке термине, успоставља неопходну равнотежу неспорног тријаса (биолошког – психолошког - социјалног) који обликује феномен адикције.

Adela Z. Zobenica¹
General Hospital “Dr R. Simonović”, Sombor
Department of Psychiatry - Center for Alcoholism
Sombor (Serbia)

ADDICTION: DISEASE AND/OR SOCIAL CONSTRUCT

(Translation In Extenso)

Abstract: The paper deals with the concept of addiction and its deconstruction. There are different approaches to its study: as a disease, vice, sin, criminal behavior, social construct, weakness of character, genetically conditioned state, or the combination of the above. We present the development of social thought about addiction in the historical and cultural context and so we reach the “official view of addiction”, which is essentially a biomedical model. Through inconsistencies that come out of it, we “return” addiction to the social context, design a new meaning and consider the future of the concept. In conclusion, we suggest the possibility of overcoming the dichotomy arising from the title in terms of its practical application.

Keywords: addiction, medicalization, inconsistencies of the biomedical model

Introduction

Problems related to addiction are conceptualized in medical, psychological, legal, religious, sociological and other terms. The subject of our paper is to explore the concept of addiction from the sociological aspect in order to reveal the different meanings of this phenomenon and their practical application.

The paper presents the evolution of the meaning of the term, the formation of the medical model of addiction, its contributions and inconsistencies, through which we construct a more comprehensive, sociological, “new” model of addiction. The applicability of the new model is discussed in the chapter on the future of the concept, and we suggest the possibility of overcoming the dichotomy from the title in conclusion.

One of the earliest attempts at sociological explanation of the addiction was Lindesmith’s (Lindesmith, 1938), applying Mead’s theory of social learning in the construction of the self, the process of becoming an addict. The sociology of addiction was primarily concerned with the study of the use of alcohol and opiates, marijuana and hallucinogens, so since the 1970s attention has been paid to behaviors that can be addictive such as smoking, overeating, gambling, shopping, sex (Weinberg, 2012). This has also led to changes in

¹ ada.zobenica@gmail.com

the definition of addiction so that now it includes substances that do not cause physical dependence as well as non-substance addiction.

Addiction has social and organic etiology, physical and cultural consequences, as described by Dunbar and associates (Dunbar et al., 2010, p. 186). A number of terms related to addiction (physical dependence, loss of control, craving, abstinence syndrome), their conceptualization in different sciences, along with the general concept of addiction, provide a dense and rich interaction to the meaning and understanding of this phenomenon. The term “addiction” is a fertile ground for the discussion on its meaning, also called “conceptual acrobatics”, as well as “myth, a phenomenon that does not exist really beyond our socially constructed perception” (Davies, 1997; Reinerman, 2005).

We believe that there is a problem in translating the term “addiction” into the Serbian language. In English, there are expressions “dependence” and “addiction”, which are usually translated to Serbian as “zavisnost” or literally “adikcija”, used as synonyms. Our medical literature more often refers to dependence illnesses, and less often to addictions, possibly due to the use of the DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, which uses the term “substance dependence” (APA, 2000). For the purposes of the paper, we will use the word “dependence” when we refer to the physical dependence on the substance. The term “addiction” will describe the state of periodic or chronic intoxication caused by repeated drug use. It includes the practice and a strong desire or need (compulsion) to continue using drugs despite the harmful consequences, the tendency to increase the amount of drugs, and the psychological and physical dependence on the effects of drugs. We shall start from the criteria for addiction, based on the biomedical tradition, which we apply in our diagnostic and therapy work.

The evolution of the meaning of the notion of addiction

Modern conceptions of addiction are not autonomous creations but are based on historical and cultural contexts (Bernhard, 2007). Our discussion of the concept starts with the presentation of the development of social thought on addiction, and in the next chapter (Medicalization of addiction) we give our proposal for its systematization.

Levine (Levine, 1978) stated that the medical model of addiction owed its existence to transformations in social thought more than to scientific discoveries. Addiction as a biomedical construct has its roots in the changed view on the use of alcohol (Levine, 1978). The history of the social logic of the concept can be monitored through Levine’s study that states that the notion of addiction started to be recognized as a disease only when it was applied to alcohol. The word “addiction” is translated into the OED (Oxford English Dictionary) of 1884 as “the state of being (self-) addicted or given *to* a habit or pursuit; devotion; a person who does something regularly and in a predictable way” without any implications in terms of it being an illness or a moral problem. It was “kidnapped” in the 19th century by the medical and moralist interest group and it got the meaning of illness (Alexander, 2010a).

The idea of addiction in today’s sense appeared in a specific historical and cultural context, in America, in the mid-19th century. People had previously recognized the problem of drinking, but they perceived it as a simple matter of decision, people drink because they wanted to, not because they “had to”. Drinking was rec-

ognized, but not interpreted as a disease or suffering that can take control of behavior and life. Addiction, and the related idea of “loss of control” originated in Western culture as a result of modernity and emphasis on self-control (Levine, 1978). The ideas of Protestant ethics (the ascetic way of life, self-control) and industrialization created a social milieu in which individualism and self-control were decisive for survival. This was in contrast to drinking, perceived as a vice or a sin. Industrialization additionally problematized heavy drinking because the workforce was supposed to be able to work efficiently. Historically, this was also a period of a high mobility of the population that disrupted the connection of nuclear family with the wider family. That is why there was a need to strengthen the nuclear family itself, for which purpose the power/self-control of father/husband was especially important.

The disease model was incorporated into the Temperance Movement² that arose during that period and which emphasized the concept of “self-control”, especially for adult men. The Temperance Movement established the fact that alcohol had negative consequences, and the loss of control was explained by the use of alcohol despite the negative consequences (Room, 2003).

Sobriety and drunkenness were highlighted in the 1930s when the movement “Alcoholics Anonymous” was established in America and the “Twelve-step” therapy program. One of the earliest and most influential authors in the sociology of addiction, Jellinek (Jellinek, 1962), inspired by “Alcoholics Anonymous” defined alcoholism as a progressive disease.

Initially, the cause of the disease was alcohol itself, it was considered inherently addictive - a substance that has the power to break the self-control of all people who become its victims. Later, it was realized that not all people were losing control, so the interest shifted from alcohol to the body/mind (Weinberg, 2000). By changing the paradigm, addiction was viewed as a physiological disorder, as vulnerability, and it explained why only some people lost control. Addiction became an internal biochemical disease that may or may not involve substance (Shafer, 2005). As an internal disorder, the cause is located in the body, the mind or the soul or in their combination (Room, 2003). Despite moving from substance to body, mind or soul, the fundamental concept (loss of control) remained dominant. Thus, the etiology of addiction was found in the individual’s biology, says Weinberg, and that is the field of medicine, and so the medicine “took over” addiction.

Medicalization of addiction

We recognize several “waves” in the medical conceptualization of addiction in the study of the concept. We are writing about processes that do not always have a clear chronological definition, but sometimes run parallel to each other.

The first wave, as we see it, begins with the Temperance Movement and the related Jellinek’s description of the “illness of alcoholism” that has made addiction a medical prob-

² The Temperance Movement was a social movement which existed from the mid-19th century to the beginning of the 20th century, which fought against the consumption of alcoholic drinks in public and private life. Its members criticized drunkenness and promoted complete abstinence. It is interesting to note that the female members of this movement often emphasized the slogan which said that “Lips That Touch Liquor Shall Not Touch Ours”. (author’s note)

lem instead of the moral one. With this, intensive medical diagnostics of addiction began, with the following classifications: World Health Organization (WHO) - International Classification of Diseases (ICD). Also, there is a classification of psychiatric disorders in the so-called Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Biological psychiatry largely contributed to the understanding of addiction as a disease, but although starting from the disease (the phenomenon of addiction is explained in biological terms), the diagnosis was made in terms of psychological functioning and the subjective state through which the patient passes (Clark, 2011). The World Health Organization (WHO), in 1964, extended the meaning of addiction from illness to dependence to include substances such as nicotine, cannabis and cocaine (Helmersson - Bergmark, 2018). From the 1970s to the 1990s, the term “dependence” appeared in numerous revisions of the World Health Organization (WHO) classifications - ICD and DSM. In the latest revision DSM-V (APA, 2013), the working group suggested that the category “Addictive Substance Abuse and Substance Dependence” be replaced with “Substance-Related and Addictive Disorders”. This category, according to the working group that suggested it, includes both substance disorders, and disorders that occur without the use of substance, behavioral addictions.

The medical classification and its revisions have been “ongoing” today, along with the next wave associated with the discovery of drug brain-receptors in the 1970s, as well as new technological possibilities for recording changes in brain biochemistry. This, in particular, has unambiguously defined addiction as a brain disease over the last decades. The American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2000) defines: “Addiction is a chronic, recurrent, neurobiological disease of the brain characterized by a compulsive use of drugs despite negative consequences.” Leshner, at the time he was the director of the American National Institute of Drug Abuse (NIDA), titled his paper “Addiction is a brain disease, and it matters” (Leshner, 2001). This led to the “official view of addiction” (Alexander, 2010a.p.36). It seems that in spite of the “enchantment” with the use of high technologies that enabled the observation and measurement of hemodynamics and the physiology of changes in the brain under the influence of psychoactive substances, this was precisely the issue that led neuroscientists to dilemmas. Neuroscientists, aware of the complexity of their research, questioned some of the aspects of the official view of addiction (Buchman et al., 2011, Hart, 2013; Satel & Lilienfeld, 2013), thus, at the beginning of the second decade of the 21st century, Levy (Levy, 2013) titled his paper “Addiction is not a brain disease (and it matters)”.

What has medicalization brought to addiction?

The medical definition of addiction became the core of the official view of addiction, a view that built its way into politics, the media, and became publicly visible. It was propagated by NIDA (National Institute on Drug Abuse), which conducted 85% of all scientific research on addiction in America (Vrecko, 2010). In 2007, a media campaign took place in America, named after Hoffman and Froemke’s book (Hoffman & Froemke, 2007) – “Why can’t they just stop?”. There were television shows, films, books, highly publicized public events in major US cities, interviews with top scientists and public figures. Nora Volkow, NIDA Director, said in an interview; “Addiction is a

disease, a terrible disease and it needs to be understood... our goal in this project is to educate the public and thus eliminate the stigma associated with addiction.”³ Apart from the elimination of stigma, addicts are enabled to use public health services as other patients, as well as to access social and legal protection systems. The conceptualization of addiction as a disease also helps family members who now live with a medically legitimized person, and it helps the addict to construct a narrative of the disease in which he/she can connect their present with past experiences. This can build more effective interventions, eliminate structural barriers in society, preventing and consequently reducing the harm that addiction brings to individuals and society. Sociological (constructivist) explanation of this topic would be the following: addiction is a myth, a way to justify feelings and actions. Addiction is an excuse for use despite the negative consequences, it provides the media with stories, politicians with campaigns, the pharmaceutical industry with the opportunity to earn more by producing “less addictive drugs” (Davis, 1997, Weinberg, 2000). Here, we need to make a note regarding our cultural milieu. In our country, unlike the American society, illness is a cause of stigmatization, and in our therapy work with addicts (alcoholics), by insisting that they accept their alcoholism as a disease, we are met with resistance to treatment that is interpreted as an increase of stigma. A valuable sociological explanation of the remark above (a view of an addictologist) is found in Reinerman’s work (Reinerman, 2005). The process of identifying oneself as an addict implies learning the language of addiction/recovery and reinterpreting one’s behavior and life. Weinberg states that those who seek formal treatment must assume the identity of an addict who suffers from a loss of control, a biomedical addictive identity. This is constantly renewed through performative practice where former addicts speak about their experiences through a discourse of disease, transferring the addiction discourse to others. Thus, in our work, through institutionalization and internalization, we have maintained and reproduced the biomedical model, and the addicts that did not accept it were labeled “that psychiatric one-third of the incurable ones”. This myth or narrative on the “rule of one-third in psychiatry” (one-third of the patients are cured, the other third are semi-cured, and the last ones are incurable) is the result of authors’ informal “education” during many years of work in psychiatric institutions.

Inconsistencies of the medical model of addiction

We will present the observed inconsistencies through the presentation of some parts of the “old and new narratives” about addiction of Bruce Alexander (Alexander, 2018) supplemented with our review of literature and motivated by knowledge and questions from long-term therapy work with addicts (Zobenica, 2012).

The “old narrative” about addiction reads like this: addiction is a problem of alcohol/drugs, because drugs have the power to take over and transform the brain of most people, the drug overcomes the willpower. Addicts suffer from a chronic, recurrent brain disease that is essentially incurable. Addicts can satisfactorily recover only through professional treatment or self-help groups. Current research in neuroscience and psychopharmacology are cited as part of the condi-

³ www.addictionaction.org/about/about-the-project.html

tions which enabled this to become an official view of addiction in the 21st century. We state research and arguments that call this, as Aleksander calls it, “official view of addiction”, into question.

The first premise is that addiction is the problem of alcohol and drugs. Pharmacological determinism explains that the pharmacological properties of the substance lead to addiction. Zinberg (Zinberg, 1984) and Alexander’s (Alexander, 1978) research on people who used heroin and morphine for medical purposes (self-medicalization) against pain did not report abstinence problems or the need for taking a higher amount of substance. Reframing addiction into the language of neuroscience has led to narratives about highly addictive drugs that transform the brain, so that the addict cannot achieve a sense of satisfaction with the normal secretion of dopamine. However, these “highly addictive drugs” that deform the brain after a short time (increasing the dopamine secretion in the meso- limbic brain system) and cause panic in society due to deaths of young people from overdose had their “fashion moment”. Alexander says that in the 1970s in Canada, death from overdoses were caused by heroin, in the 1980s and the 1990s there were amphetamines and cocaine, then the “instantly addictive” crack. Currently, there are methamphetamines, referred to as “the most addictive drugs in the world” (Alexander, 2018). This “fashion” indicates that the problem is not only in the “most addictive drugs”, but in the focus on the individual, in the a biomedical language that directs viewing addiction only as an individual problem.

Another premise is that drugs have the power to take over and transform most people, to overcome the power of their will, and that people are under the control of their brain. Neuroadaptation associated with addiction is explained by the “loss of control”, skipping the capacity for choice. However, epidemiological national studies in the US, the research studies of the National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2001/2), have shown that according to DSM - 4 criteria, the level of addiction has its peak in adolescence or early adulthood, and declines later, the addict matures in the late twenties or early thirties and the majority stop taking the drug. The exception are the people suffering from anxiety disorders, mood disorders, and who have had psychiatric treatment (Compton et al., 2007). This was also demonstrated by the results of a study on American soldiers who participated in the Vietnam War, during which they developed heroin addiction. Upon returning home, only about 5% continued to take heroin, people with psychiatric comorbidity (Robins, 1993). Studies on animals, the operant self-administering model for pre-clinical study of addiction with experimental animals, initially supported the thesis that addiction is a neuroadaptation that manifests itself as a loss of control and compulsion. Experiments in Skinner’s cage have shown that isolated rats dependent on cocaine, morphine and heroin took drugs in exchange for food and died of starvation (Alexander et al., 1978). After more than three decades, Alexander repeated his research under changed conditions. He concluded that death due to taking drugs and not consuming food was an artefact of isolated animals in standard, stressful, experimental conditions. When the context changed, so that the environment in which the animals were located was rearranged in such a way that the animals could be socialized and mating, in the so-called Rat Park - among the various types of water offered for drinking, the sweetened water, the tempting kind of water, the water with drugs and plain water, the animals more frequently chose plain water (Alexander, 2010b). In another

experiment, animals (monkeys, primates) were less likely to take drugs when they were in the company of other animals (Heilig et al., 2016). A healthy social environment for animals using drugs prevents the development of addiction, “brain transformation” and leaves the capacity for choice.

People who become addicts suffer from a chronic recurrent brain disease that is essentially incurable, another premise we are calling into question. Neuroscientists explain addiction (abstinence syndrome, relapse, loss of control) as a problem that arises because the drug blocks the dopamine reward path, that is, the exposure to the drug changes the brain. The recognition of the mechanism involved in neural drug adaptation is facilitated by brain “imaging” procedures and methods of molecular and intercellular signaling. However, neuroscientists point out (Buchman et al., 2011) that the brain is not the only factor of addiction and that many factors are included in the “symphony of causes”. Biological processes are undoubtedly involved in addictive behavior as well as in all behaviors, Satel and Lilienfeld (Satel & Lilienfeld, 2014) say, but the understanding of the brain provides a part of the explanation of why someone became addicted. People can be periodically controlled by chemistry, but they are not controlled only by chemistry. Damage to the neural mechanism associated with addiction disrupts the personal capacity to choose, but does not destroy it. Addiction affects both biological and personal capacities at the same time. It is undeniable that the exposure to drugs changes the brain, but the knowledge about neural mechanisms has little relevance for the treatment of psychological and social causes. Like all metaphors, brain disease contains some truths, a long use destroys brain structures that modulate the control of the brain. If the essence of the problem is in the brain, then that would be the essence of the solution. Furthermore, this topic is rounded up by Pickard (Pickard, 2012) who writes that healing is a human process that has a purposeful action, a thoughtful choice, a project of the heart and mind. The deepest personal history cannot be understood by understanding neural circles.

Starting the subject of “healing”, we will also consider the last premise of the “official view of addiction” – the addicts cannot be cured, they can recover satisfactorily through professional treatment or self-help groups. Addiction is a problem of (deviant) individuals in a (functional) society. Recovery or healing is carried out in various ways: through preventive programs, “Alcoholics Anonymous”, various psychotherapy and sociotherapy groups, self-help groups, methadone substitution therapy, the Harm Reduction movement that helps people to master or more effectively deal with addiction, gift people with the knowledge that they have recognized their suffering. The recovery and healing is directed to the addicted person, with a “flood of addictions” appearing from the beginning of the 21st century (Alexander, 2010), from overeating, playing video games, shopping to social networks, etc. According to the medical model, more and more people should be involved in long-term treatments, more and more people need to “be mended”. Alexander’s “new narrative” about addiction (Dislocation Theory of Addiction) begins here, focusing not on the individual, but on the social environment. Alexander sees addiction as adaptation, not as maladaptation, and we should “mend” the society that cannot control the “flood of addictions”. Globalized free-market societies seek competition in all aspects of human existence. It separates (alienates, splits) the individual from the community, culture, sense and identity, becoming universal over time, producing mass dislocation. The competition requires individualization that diminishes loyalty to family, friends, traditional values of

religion, culture, the ethnic group and nation. Mass dislocation is a consequence of social fragmentation and has different names: psychologists speak of the rapid growth in the deficit of the sense of belonging, identity, and meaningfulness. Dislocation from culture, whether people are rich or poor, is unbearable according to them (Alexander, 2010). In other words, with some people, the lack of psycho-social integration, providing the experience of individual identity and the sense of meaningfulness, because it conceptualizes the place of the person in the material world, leads them to renew it or build it through addiction. In this way, they adopt the substitution lifestyle, they become addicts (referred to as shopaholics, workaholics, junkies, alcoholics, anorexics). Even the most severe addiction, Alexander notes, has a vital compensatory function for the dislocated individual. The substitution style of life (sometimes destructive and dangerous) returns (paradoxically) the sense of belonging, identity and meaningfulness.

Future of addiction

Through dislocation theory, we return the addiction to the social context. Over a quarter of a century ago, Sanders (Sanders, 1994) wrote about a loss of the community sense (dislocation!), about the need for intervention in the social and economic politics masked by medicalization of social deviations, especially addiction. He noted the need to realize how the addicts construct their identity and who they are through interviews, thus creating the basis for constructing new questions. Through Sanders' consideration of the problem of addiction, we illustrate the continuity of the "struggle" for the "socialization" of addiction as well as the actual situation in addiction⁴. In Australia, the Social Studies of Addiction Concepts (SSAC) program was formed, inspired by Latour's (Latour, 2010) "Compositionist Manifesto" as well as the "new ontology" that studies social phenomena through the creation of social situations, through social activity, accepting that there are no definite answers or the ultimate truth (Fraser, 2017). Studies are qualitative and brought to life through contemporary social theories: feminist studies, new materialism, postcolonial and post-humanist theories. They have contributed to new paths which ask new questions about the role of drugs in society. From this perspective, we identify and diagnose addiction as well as the lives of people who have been identified so. In one research study from a series of studies (Pienaar, 2017) comparing traditional addiction narratives with reconstructed biographies from qualitative interviews, many discrepancies were recognized (addicts that describe care about their health, quality of life, carefully regulating the amount of drugs in order to reduce harm !!!), asking new questions. We see the future of the concept of addiction, inspired by Fraser (Fraser, 2017) and Latour (Latour, 2010), in the creation of new directions of thought and discourse on the use of drugs. In the social action in the trial process of joint creation of new perspectives, building a new reality in response to the current addiction, creating a new perspective rather than the ideal one.

⁴ In the paper "*The future of 'addiction'*" (Fraser, 2017), Fraser presents a letter signed by ninety-four researchers from around the world who, based on their review of studies, concluded that addiction as a brain disease is cited as a non-controversial truth. They have begun a debate to extend the meaning of addiction from its perception as a malformation of the brain to its placement in the social, psychological, cultural and legal context (author's note).

Conclusion

In the choice of literature, we used sources that view addiction from the sociological aspect, so we discovered a range of possibilities and explanations of this phenomenon for addictologists, from “neural circles” to the dislocation theory of addiction. The dislocation theory that so convincingly and seductively explains addiction as adaptation to the dislocation, to the fragmentation of the modern world, has no answer, for example, to the question of delirium of tremens of long-term addicts. Here we enter the zone of the “usefulness” of the medical model in which the powerful pharmaceutical industry and psychiatrists become necessary. Somewhere along the path from the medical (biological) model to the psychological and social model, in the fine sensitive opening of the horizon, there are addictologists who can easily “sink” into the old (only medical) model, which is always “louder” than the new (dislocation, social) model. The old model is insufficient for understanding and effective interventions. The dislocation theory of addiction draws attention to social causes that can be resolved only by profound changes in society. The answer to spreading addiction is that there is no magic medication, because addiction is not a disease, but should be understood as a function it performs for a particular person in order to find an alternative. Any narrative that stimulates the reconceptualization of one’s existence can help the addict escape his/her dislocated life. Many addicts find themselves in a new narrative, for many it is important that their story is understandable in the common language of human deprivation.

The sociological understanding of addiction is, at first glance, contrary to the medical one. On the one hand (medical), addiction is a disease, and on the other (sociological), it is a way of adaptation. We understand this “new” model of addiction as a model that takes into account the context, social factors (which are always mentioned, as “decorations”, but most often not explained). Through the history of the concept of addiction, the role of the social factors in its origin has never been denied but viewed as having different strength. It became almost invisible at the beginning of the 21st century. The dramatic development of high technology has enabled biochemical processes of drug influence on the brain to be visualized, and thus provide “objective” evidence that addiction is a brain disease. The amazement with the possibilities of high technologies has suppressed even a courteous mention of the role of social factors in addiction. Therefore, the sociological explanation in the form of the dislocation theory and its “translation” to psychological terms establishes the necessary balance of the undeniable triad (biological - psychological - social) that forms the phenomenon of addiction.

REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

- Alexander, B.K., Coombs, R.B., & Hadaway, P.F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175-179. [doi:10.1007/bf00426903](https://doi.org/10.1007/bf00426903)
- Alexander, B. (2010). *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford University Press (OUP). [doi:10.1093/med/9780199588718.001.0001](https://doi.org/10.1093/med/9780199588718.001.0001)

- Alexander, B.K. (2010). *A Change of Venue for Addiction: From Medicine to Social Science*. Available at <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/>
- Alexander, B.K. (2010). *Addiction: The View from Rat Park*. Retrieved November 21 2017 Available at <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-theview-from-rat-park>
- Alexander, B.K. (2018). Treatmen for Addiction: Why Aren't We Doing Better. In *Presentation to Leeds and York Partnership, NHS Foundation Trust*. Available at: <http://www.brucekalexander.com/articles-speeches/>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC. 5th Edn.
- Bergmark, K.H. (2018). Behavioral addictions-a social science perspective. *General Internal Medicine and Clinical Innovations*, 3(2), doi:10.15761/gimci.1000159
- Bernhard, B.J. (2007). The voices of vices: sociological perspectives on the pathological gambling entry in the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Behavioral Scientist*, 51(1), 8-32. doi:10.1177/0002764207304869
- Buchman, D.Z., Illes, J., & Reiner, P.B. (2011). The Paradox of Addiction Neuroscience. *Neuroethics*, 4(2), 65-77. doi:10.1007/s12152-010-9079-z
- Clark, M. (2011). Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct. *International Journal of Humanities and Social Science*, Vol. 1 No. 13 [Special Issue – September 2011 Available at http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_13_Special_Issue_September_2011/8.pdf.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566. doi:10.1001/archpsyc.64.5.566
- Davies, J. (1997). *The Myth of Addiction*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Dunbar, D., Kushner, H., & Vrecko, S. (2010). Addiction, biology and culture. *BioSocieties*, 5, 1. Available at <https://link.springer.com/article/10.1057/biosoc.2009.10>.
- Fraser, S. (2017). The future of 'addiction': Critique and composition. *International Journal of Drug Policy*, 44, 130-134. doi:10.1016/j.drugpo.2017.05.034
- Hart, C. (2013). *High price: A neuroscientist's journey of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society*. New York, NY: Harper Collins.
- Heilig, M., Epstein, D.H., Nader, M.A., & Shaham, Y. (2016). Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(9), 592-599. doi:10.1038/nrn.2016.67
- Hoffman, J., & Froemke, S. (2007). *Addiction: Why Can't They Just Stop*. New York, NY: Rodale.
- Jellinek, E.M. (1962). Phases of alcohol addiction. In D.J. Pittman & C. Snyder (Eds.), *Society Culture and Drinking Patterns*. Carbondale (IL): Southern Illinois University Press. Pp. 356-368.
- Latour, B. (2010). An attempt at a 'compositionist manifesto'. *New Literary History*, 41(3), 471-490.

- Leshner, A.I. (2001). *Addiction is a brain disease. Issues in Science and Technology*. Available at: Online, <http://www.issues.org/17.3/leshner.htm>
- Levine, H.G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1), 143-174. [doi:10.15288/jsa.1978.39.143](https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.143)
- Levy, N. (2013). Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, [doi:10.3389/fpsy.2013.00024](https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00024)
- Lindesmith, A.R. (1938). A Sociological Theory of Drug Addiction. *American Journal of Sociology*, 43(4), 593-613. [doi:10.1086/217773](https://doi.org/10.1086/217773)
- National Institute on Drug Abuse. (2007). *Drugs, Brains and Behavior: The Science of Addiction*. Bethesda MD: National Institutes of Health.
- Pickard, H. (2012). The Purpose in Chronic Addiction. *AJOB Neuroscience*, 3(2), 40-49. [doi:10.1080/21507740.2012.663058](https://doi.org/10.1080/21507740.2012.663058)
- Pineaar, K., & Dilkes-Frayne, E. (2017). telling different stories, making new realities: The ontological politics of 'addiction' biographies. *International Journal of Drug Policy*, 44, 145-154 Available at <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.011>
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research & Theory*, 13(4), 307-320. [doi:10.1080/16066350500077728](https://doi.org/10.1080/16066350500077728)
- Robins, L.N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation. *Addiction*, 88(8), 1041-1054. [doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x)
- Room, R. (2003). The Cultural framing of addiction. *Janus Head*, 6(2), 221-234.
- Sanders, C. (1994). Workshop Notes: Deconstructing Addiction Mythology. *The Calgary Participant*, 25-28; 4.
- Satel, S., & Lilienfeld, S.O. (2013). Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, 4, (141). from [doi: 10.3389/fpsy.2013.00141](https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00141)
- Shaffer, H. (2005). From disabling to enabling the public interest: Natural transitions from gambling exposure to adaptation and self-regulation. *Addiction*, 100(9), 1227-1230. [doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01200.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01200.x)
- Vrecko, S. (2010). Birth of a brain disease: science, the state and addiction neuropolitics. *History of the Human Sciences*, 23(4), 52-67. [doi:10.1177/0952695110371598](https://doi.org/10.1177/0952695110371598)
- Weinberg, D. (2000). "Out there": the ecology of addiction in drug abuse treatment discourse. *Social Problems*, 47(4), 606-621.
- Weinberg, T. (2012). The sociology of addiction, in Historical Developments and Theoretical Approaches in Sociology. In -UNESCO-EOLSS Joint Committee (Ed.), *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Oxford, UK: Eolss Publishers. Developed under the Auspices of the UNESCO, <http://www.eolss.net>.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. London: Yale University Press.
- Zobenica, A. (2012). *Effect of systemic therapy on alcoholics family resilience*. Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu. (doctoral disseratation), Available at: <https://fedorabg.bg.ac.rs/fedora/get/o:6095/bdef:Content/> [In Serbian].