



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Sociale, del Lavoro e della  
Comunicazione

Tesi di laurea Magistrale

**LA DIPENDENZA COME MALATTIA: UNA NARRATIVE REVIEW  
SUL RUOLO DEL DISEASE MODEL OF ADDICTION NELLA  
RIDUZIONE DELLO STIGMA**

*ADDICTION AS A DISEASE: A NARRATIVE REVIEW OF THE ROLE OF  
THE DISEASE MODEL IN REDUCING STIGMA*

***Relatore***  
**Prof. Alessio Vieno**

***Laureando: Mirko Burba***  
***Matricola: 2081044***



## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>PARTE UNO: LO STIGMA DELLA TOSSICODIPENDENZA .....</b>	<b>7</b>
Introduzione allo stigma della dipendenza .....	8
<b>CAPITOLO 1: IL PUBLIC STIGMA .....</b>	<b>9</b>
<i>1.1 Definire lo stigma .....</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Che cos'è il public stigma .....</i>	<i>11</i>
<i>1.3 Il public stigma della dipendenza .....</i>	<i>12</i>
<b>CAPITOLO 2: IL SELF-STIGMA.....</b>	<b>17</b>
<i>2.1 Cos'è il self-stigma e il rapporto con il public stigma .....</i>	<i>17</i>
<i>2.2 Il self-stigma della dipendenza .....</i>	<i>20</i>
<i>2.3 Il self-stigma, l'autostima e l'autoefficacia .....</i>	<i>23</i>
<b>CAPITOLO 3: LO STRUCTURAL STIGMA.....</b>	<b>25</b>
<i>3.1 Cos'è lo structural stigma e il rapporto con il public stigma .....</i>	<i>25</i>
<i>3.2 Lo structural stigma nella Legge.....</i>	<i>26</i>
<i>3.3 Lo structural stigma nel linguaggio e nei media .....</i>	<i>28</i>
<i>3.4 Lo structural stigma presso gli “addetti ai lavori” .....</i>	<i>30</i>
<i>3.5 Structural stigma, lavoro e housing .....</i>	<i>31</i>
<i>3.6 Conclusione prima parte: tre stigmi o tre volti dello stesso fenomeno? .....</i>	<i>32</i>

<b>PARTE DUE: I MODELLI DELLA DIPENDENZA.....</b>	<b>35</b>
<i>Introduzione ai modelli della dipendenza.....</i>	<i>36</i>
<b>CAPITOLO 4: I PRINCIPALI MODELLI PRESENTI IN LETTERATURA.....</b>	<b>37</b>
4.1 <i>Il modello morale.....</i>	<i>37</i>
4.2 <i>Il modello della malattia.....</i>	<i>38</i>
4.3 <i>Il modello di apprendimento di Lewis.....</i>	<i>39</i>
4.4 <i>Il modello naturale.....</i>	<i>41</i>
4.5 <i>Il modello psicologico e psicodinamico.....</i>	<i>43</i>
4.6 <i>Il modello sociologico.....</i>	<i>46</i>
4.7 <i>Il modello biopsicosociale e spirituale.....</i>	<i>48</i>
<b>CAPITOLO 5: IL MODELLO DELLA MALATTIA E IL BDMA.....</b>	<b>50</b>
5.1 <i>Definizione, storia e caratteristiche del DMA.....</i>	<i>50</i>
5.2 <i>Principali caratteristiche del Brain Disease Model of Addiction (BDMA).....</i>	<i>53</i>
5.3 <i>Conclusione seconda parte: i modelli della dipendenza e il loro valore socio-culturale.....</i>	<i>56</i>
<b>PARTE 3: IL MODELLO DELLA MALATTIA E LO STIGMA.....</b>	<b>57</b>
<i>Introduzione al modello della malattia come riduzione dello stigma.....</i>	<i>58</i>
<b>CAPITOLO 6: IL DMA E LO STIGMA: UNA PREMessa TEORICA.....</b>	<b>59</b>
6.1 <i>Le tesi a favore del DMA come strategia di riduzione dello stigma.....</i>	<i>59</i>
6.2 <i>Le tesi contro il DMA come strategia di riduzione dello stigma.....</i>	<i>61</i>
<b>CAPITOLO 7: IL DMA E LO STIGMA: LA RICERCA EMPIRICA.....</b>	<b>65</b>

<i>7.1 Una narrative review del rapporto fra DMA e riduzione dello stigma .....</i>	<i>65</i>
<i>7.2 Conclusione terza parte: credere che la dipendenza sia una malattia riduce lo stigma? .....</i>	<i>75</i>
<i>7.3 Limiti di questa analisi .....</i>	<i>80</i>
<b>CONCLUSIONI GENERALI .....</b>	<b>81</b>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>86</i>
<i>Sitografia .....</i>	<i>100</i>

## **ABSTRACT**

Lo stigma relativo alla dipendenza è uno dei più impattanti a livello mondiale. Alcuni autori credono che diffondere l'idea che la dipendenza sia una malattia possa contribuire alla riduzione dello stigma verso chi ne soffre. In questo elaborato, in primo luogo cercherò di analizzare lo stigma della dipendenza nelle sue componenti principali. Successivamente, dedicherò un capitolo alla presentazione dei maggiori modelli eziologici che hanno tentato di spiegare la dipendenza, concentrandomi in particolare sul modello della malattia. Infine, nell'ultimo capitolo farò una narrative review dei recenti articoli pubblicati sul rapporto fra modello della malattia e lo stigma della dipendenza, cercando di trarre una conclusione sullo stato attuale della ricerca e rispondere alla domanda che guida questo mio scritto: il modello della malattia aiuta a combattere lo stigma della dipendenza?

## **PARTE 1: LO STIGMA DELLA TOSSICODIPENDENZA**

## *Introduzione allo stigma della dipendenza*

In questa prima parte, mi occuperò dello stigma della dipendenza, analizzandolo su tre livelli: individuale, interpersonale e strutturale (Hatzenbuehler e Link, 2014). In letteratura, infatti, vengono differenziate tre tipologie di stigma, che dipendono dal livello di analisi adottato: il public stigma, il self-stigma e lo structural stigma. Per public stigma (o stigma sociale) si intende la percezione, da parte di un gruppo sociale o di una società, che un certo individuo sia socialmente inaccettabile, con conseguenti reazioni negative e comportamenti discriminatori (Vogel, Wade, e Haake, 2006; Corrigan, 2004).

Il self-stigma, invece, si riferisce alla percezione di sé come di un individuo non accettato socialmente, un'interiorizzazione dello stigma con la conseguenza di una riduzione dell'autostima e dell'autoefficacia (Vogel et. al, 2006; Corrigan, 2004). Tale livello di analisi intrapersonale ha come focus il Sé ed è il precipitato del public stigma delle persone non stigmatizzate (Matthews, 2019).

Infine, lo structural stigma viene definito da Hatzenbuehler e Link (2014) come “le condizioni a livello di società, le norme sociali e le policies istituzionali che vincolano le opportunità, le risorse e il benessere degli stigmatizzati” (p. 2). Esso, quindi, si occupa di analizzare le macro-variabili sociali in cui lo stigma viene perpetrato (Hatzenbuehler e Link, 2014).

Nel primo capitolo, analizzerò il public stigma nei confronti delle persone con dipendenza, nel secondo mi concentrerò sul self-stigma e nel terzo, invece, mi occuperò dello structural stigma.

## CAPITOLO 1: IL PUBLIC STIGMA

### *1.1 Definire lo stigma*

Il termine stigma deriva dal latino, che a sua volta origina dal termine greco *στίγμα -ατος*, ovvero “pungere”, “marcare” (“stigma”, Treccani). Infatti, per gli antichi Greci, lo stigma indicava un segno sul corpo che mostrava all’osservatore qualcosa di inusuale, di carattere negativo nella condizione morale di chi lo portava (Goffman, 1963). Il concetto moderno di “stigma” ha come punto di riferimento il celebre saggio di Erving Goffman: “Stigma” (1963). In quest’opera, l’autore definisce lo stigma come un attributo profondamente screditante, relativo al contesto specifico di un’interazione. Egli, quindi, pone il focus sulla natura relazionale e contesto-specifica dello stigma, che non è, quindi, una caratteristica “assolutamente” negativa, ma è semmai un processo di reciprocità tra i due ruoli distinti nella situazione interazionale, basato su aspettative normative non rispettate. Tali attributi o caratteristiche, quindi, “trasmettono un’identità che viene svalutata in un particolare contesto sociale” (Crocker, Major, e Steel, 1998, p. 505). Usando altri termini, nella teorizzazione di Goffman lo stigma può essere inteso come una relazione tra un “marchio” e uno stereotipo negativo (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, e Scott, 1984). Da questa proposta iniziale, è sorta una letteratura crescente nelle scienze sociali mirata a un’indagine approfondita dello stigma.

Il problema che è emerso già nei primi anni del Duemila era definire operativamente lo stigma come un fenomeno a sé, distinto da altri concetti teorici che rischiavano di sovrapporsi. Infatti, alcuni studiosi hanno individuato un’eccessiva vaghezza e discordanza nelle definizioni offerte dai vari esperti, nonché un eccessivo focus su aspetti prettamente individuali del fenomeno (Link e Phelan, 2001; Oliver, 1992). Link e Phelan (2001), quindi, ne hanno proposto una definizione operativa e non riduzionista, intendendo lo stigma come una convergenza di diverse componenti correlate, la cui presenza sarebbe necessaria per poter parlare di stigma vero e proprio. Secondo gli autori, quindi, vi devono essere: un “etichettamento” (*label*) delle varie differenze umane che popolano le società;

credenze culturali dominanti in una certa società che collegano le persone etichettate ai relativi stereotipi negativi; un processo di categorizzazione e di separazione ingroup/outgroup; un'esperienza da parte di chi viene etichettato di una perdita di status e, lo stesso, deve subire forme di discriminazione; il tutto in una situazione di asimmetria di potere che consente alle componenti dello stigma di dispiegarsi (Link e Phelan, 2001). Qualche anno dopo, gli autori aggiungono un ulteriore componente alla definizione, ovvero la reazione emotiva del singolo (Link, Yang, Phelan, e Colling, 2004). Una definizione di questo tipo, evidentemente più ampia di quella ipotizzata inizialmente da Goffman (1963), rende giustizia alla vastità di elementi compresi nel processo di stigmatizzazione e alla quantità di processi coinvolti. Essa, infatti, è divenuta il punto di riferimento per la successiva letteratura sullo stigma, nonostante non sia esente da critiche e aggiustamenti (Anderson, Varga, e Folker, 2022).

Inoltre, tale definizione distingue il concetto di stigma da quello di stereotipo, discriminazione e pregiudizio. Con il termine stereotipo, infatti, ci si riferisce alle caratteristiche e ai tratti ritenuti tipici di una certa categoria sociale (Voci e Pagotto, 2010). L'applicazione di stereotipi risulta una parte importante nel processo di stigmatizzazione, ma non lo risolve. Stesso discorso può essere fatto per quanto riguarda la discriminazione, ovvero un comportamento negativo messo in atto sulla base di un pregiudizio o uno stereotipo (Voci e Pagotto, 2010). Sia l'applicazione di stereotipi, sia un comportamento di discriminazione sono esplicitamente citati nella definizione di stigma fornita da Link e Phelan (2001). Mentre per quanto riguarda il pregiudizio, la situazione è leggermente diversa. Prendo come riferimento la definizione di pregiudizio come "l'esito del processo che porta a giudicare un individuo in modo negativo semplicemente sulla base della sua appartenenza ad un gruppo sociale" (Voci e Pagotto, 2010, pag. 11). In un articolo di Phelan, Link e Dovidio (2008), gli autori hanno sottolineato come i modelli ideati nel filone di ricerca legato al pregiudizio e quello legato allo stigma tendessero sempre più a convergere, individuando diverse similarità fra i due concetti. Infatti, è noto in letteratura come il pregiudizio si basi sull'applicazione di stereotipi negativi a una categoria sociale e come sia strettamente legato alla discriminazione (Voci e Pagotto, 2010), entrambi componenti dello stigma. Secondo Phelan, Link e Dovidio (2008), il pregiudizio e lo

stigma sarebbero “parte di uno stesso animale”. La differenza giacerebbe nell’utilizzo contestuale e tradizionale dei due termini: il pregiudizio nella letteratura psicosociale è sorto nell’analisi di contesti di sfruttamento/dominanza (come nel caso delle differenze etniche), mentre il concetto di stigma è maggiormente usato nei contesti di rinforzo delle norme e di evitamento della contaminazione/malattia. Dovidio, Major e Crocker (2000) propongono di differenziare l’utilizzo dei due termini, in modo da usare il termine “stigma” quando ci si riferisce a un processo più ampio che tenga conto di diversi componenti, tra cui quelli proposti da Link e Phelan (2001), e di usare “pregiudizio” quando ci si riferisce solamente alle componenti relative agli atteggiamenti negativi, in particolare nella loro componente valutativo-affettiva. Secondo questa proposta, anche il pregiudizio, quindi, rientrerebbe a pieno titolo fra le componenti dello stigma. Questo tipo di relazione gerarchica tra i due concetti è stata utilizzata da diversi studiosi (Nieweglowski, Dubke, Mulfinger, Sheehan, e Corrigan, 2019; Nieweglowski, Corrigan, Tyas, Dubke, Lara, Washington, Sayer, e Sheehan, 2017; Corrigan, 2004; Crocker, Major, e Steele, 1998) e verrà utilizzata anche in questo scritto. Quindi, concludendo questa prima parte introduttiva, posso affermare che, sebbene ciascuno di questi termini sia spesso usato in modo intercambiabile con quello di “stigma”, quest’ultimo rimane un concetto più ampio e inclusivo di tutti questi processi presi singolarmente (Major e O’Brien, 2005). E per questo, nonché per la maggior presenza in letteratura del concetto di “stigma” in relazione alla dipendenza, mi baserò su di esso per la mia analisi.

## *1.2 Che cos’è il public stigma*

Come già detto, per public stigma si intende la percezione che un certo individuo sia socialmente inaccettabile, con conseguenti reazioni negative e comportamenti discriminatori (Vogel et al., 2006; Corrigan, 2004). Il public stigma, quindi, pare svolgersi a un livello interpersonale o intergruppo e si riferisce principalmente agli stereotipi, ai pregiudizi e alle discriminazioni operate dalle persone non stigmatizzate nei confronti delle persone stigmatizzate (Niewegloski et al., 2017). Questo parrebbe collocare il public stigma vicino al livello di analisi adottato da Goffman nel saggio accennato in apertura (Goffman,

1963). Iniziare dall'analizzare il public stigma mi pone in continuità con la storia della letteratura sullo stigma. Infatti, nella visione originaria di Goffman, egli si situava nella relazione interpersonale per analizzare il fenomeno (Goffman, 1963). Inoltre, sviscerare gli stereotipi, gli atteggiamenti e le discriminazioni situate a tale livello di analisi può essere un buon trampolino di lancio per poi analizzare gli effetti dello stigma a livello intrapersonale e strutturale.

### *1.3 Il public stigma della dipendenza*

Il public stigma relativo all'uso di sostanze e alla dipendenza risulta essere generalmente poco studiato, soprattutto se confrontato con la letteratura sullo stigma della malattia mentale (McNeil, 2021). Questo avviene nonostante le persone che soffrono di dipendenze siano più stigmatizzate di quelle che soffrono di disturbi mentali noti (Mannarini e Boffo, 2015). Per qualche studioso, il public stigma nei confronti di persone con dipendenze, soprattutto se legate a droghe illegali, potrebbe fungere da deterrente del contatto con esse (Ahern, Stuber, e Galea, 2007). Questo, tuttavia, non considera i valori delle subculture e soprattutto rischia di sottovalutare gli effetti tremendi che lo stigma ha nei confronti di persone che hanno già avuto quel primo contatto.

Negli ultimi anni sono stati prodotti alcuni studi importanti per giungere a una comprensione più approfondita del fenomeno. Tra questi, sicuramente notevoli sono i due studi condotti da Niewelgoski e colleghi (Niewegloski et al., 2017; Niewegloski et al., 2019). In una prima fase qualitativa, gli autori hanno indagato gli stereotipi, le forme di pregiudizio e i comportamenti discriminatori che le persone con dipendenze si ritrovavano ad affrontare, dando luogo a 66 temi principali, suddivisi in 35 stereotipi, 16 pregiudizi e 15 discriminazioni (Niewegloski et al., 2017). Dopo averli accorpati in categorie più inclusive, è seguita una fase quantitativa, in cui è stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa, ottenendo infine 4 fattori per gli stereotipi, 3 per il pregiudizio e 2 per la discriminazione (Niewegloski et al., 2019)

Per quanto riguarda gli stereotipi, un primo macro-elemento individuato è stato

l'incoscienza (*reckless*). Le persone con dipendenza sono viste come imprevedibili, incontrollabili, impulsive e pericolose. Inoltre, vi è una forte percezione di mancanza di controllo sui loro comportamenti, a causa del loro presunto desiderio di procurarsi e assumere la sostanza (Nieweglowski et al., 2017). Nel primo articolo, gli autori riportano che le persone credono nella pericolosità di questi individui e della loro mancanza di limiti morali, ben descritta dall'affermazione: "chi sa cosa farebbero per avere la prossima dose" (Nieweglowski et al., 2017, pag. 3). Questa imprevedibilità e impulsività sono messe in relazione alla possibilità che possano fare del male non solo agli altri, ma anche a se stessi. Inoltre, vi è lo stereotipo che tali persone siano in uno stato di negazione del proprio rapporto con la sostanza, non credendo di avere un "problema". Come conseguenza di tale negazione, le persone vedono gli individui con dipendenza come tendenzialmente auto-distruttivi, incapaci di prendersi cura di sé, e con il costante rischio di far precipitare altre persone nella loro spirale auto-annichilente (Nieweglowski et al., 2017). Gli autori hanno individuato anche che vi sono stereotipi riguardanti l'impotenza e l'inutilità. Queste persone vengono percepite come inclini a ricadere nella condizione di dipendenza, mostrando un atteggiamento di disillusione circa un possibile "recupero". Inoltre, vi è lo stereotipo che queste persone siano prive di educazione, dei "falliti senza potenziale", non in grado di tenersi un lavoro, né di prendersi cura di sé (Nieweglowski et al., 2017; Nieweglowski et al., 2019).

Un altro macro-fattore rilevato riguarda l'inaffidabilità (*unreliable*). Le persone con dipendenza vengono viste come egoiste, deboli e incapaci di affrontare la vita (Nieweglowski et al., 2017). Inoltre, vi è lo stereotipo che le persone con dipendenza amino incolpare gli altri per la loro condizione, mostrandosi altresì egoisti e senza speranza alcuna (Nieweglowski et al., 2019). Quest'ultimo stereotipo potrebbe essere messo in relazione a quanto detto prima relativamente alla percezione che gli individui tossicodipendenti siano necessariamente in negazione circa la loro condizione.

Un terzo fattore individuato riguarda l'inadeguatezza (*inadequate*). Un primo punto comprende la scarsità di igiene personale. Probabilmente legata all'immaginario sociale classico della persona tossicodipendente, chi fa uso di sostanze viene visto come una persona sporca (Nieweglowski et al., 2017). A livello meno letterale, è noto come,

soprattutto nei contesti in cui si parla inglese, ci si riferisca alle persone che hanno smesso di usare sostanze come “clean”, ovvero pulito (Wakeman, 2019). Un altro elemento stereotipico riguarda la presunta povertà di tali individui, con la credenza che i tossicodipendenti proverrebbero solo da contesti sociali svantaggiati (Nieweglowski et al., 2019). Inoltre, sono stati osservati stereotipi negativi deumanizzanti, come il fatto che siano considerati senza valore e dei “perdenti” (losers), insieme a note credenze circa una loro fantomatica pigrizia. Infine, vi è un elemento di colpevolezza: i tossicodipendenti sono visti come persone da incolpare per la loro condizione. E in letteratura si è osservato che incolpare una persona per la sua condizione porta a provare una minor empatia nei confronti della stessa (Batson, Polycarpou, Harmon-Jones, Imhoff, Mitchener, Bednar, Klein, e Highberger, 1997).

Infine, un ultimo fattore riguarda la minaccia (*threat*) (Nieweglowski et al., 2019). In primo luogo, vi è la credenza che tali individui sarebbero bugiardi e imbrogliatori, nonché dei potenziali criminali. Questo si ricollega agli stereotipi sull’impulsività e sull’assenza di limiti morali. Secondo quanto riportato dagli autori, infatti, questo legame con la criminalità si concretizzerebbe nel momento in cui la persona tossicodipendente fosse sopraffatta dai suoi bisogni di farsi una dose (Nieweglowski et al., 2017). Inoltre, un altro aspetto morale colto dagli autori nel primo articolo si riferisce al considerare le persone con dipendenze come dei peccatori (*sinner*) (Nieweglowski et al., 2017). Seppur nei capitoli successivi ritroveremo questo aspetto, le analisi quantitative del secondo articolo non hanno riportato questo stereotipo (Nieweglowski et al., 2019)

Per quanto riguarda il pregiudizio, gli autori hanno osservato tre macro-fattori. Un primo fattore riguardava la paura (*dread*) provata nei confronti di tali persone (Nieweglowski et al., 2019). Probabilmente, a causa degli stereotipi riguardanti la criminalità e la pericolosità, le persone tendono a reagire con paura nei confronti di questi individui. A ciò si lega un senso di diffidenza e un continuo mettere in dubbio le loro reali intenzioni, con annesso un senso di paranoia (Nieweglowski et al., 2017; Nieweglowski et al., 2019). Infine, in questa categoria è presente un vissuto di disgusto per i loro comportamenti, cosa che fa pensare a una relazione con lo stereotipo circa una presunta scarsa igiene personale (Nieweglowski et al., 2017).

Un secondo fattore tiene conto della rabbia (*anger*) provata nei confronti di tali persone, che porta a odio e risentimento (Nieweglowski et al., 2019). La paura può trasformarsi in rabbia o risentimento soprattutto se la persona con dipendenza è in uno stato di negazione o incolpa gli altri (Nieweglowski et al., 2017).

Infine, un terzo fattore riguarda il senso di pietà (*pity*), con vissuti di preoccupazione e tristezza per la loro condizione e una sorta di impotenza per l'incapacità di trovare un modo per aiutare queste persone (Nieweglowski et al., 2019). Nelle analisi qualitative del primo articolo era emerso anche un senso di curiosità nei confronti della condizione e delle persone appartenenti alla categoria (Nieweglowski et al., 2017).

Infine, gli autori esplorano i temi legati alla discriminazione, individuando due fattori principali. Un primo fattore riguarda la limitazione di opportunità (*restrictions*). Questo fattore, in realtà, si può collocare anche nell'analisi dello stigma strutturale, come si vedrà più avanti. Le persone con problemi legati alla dipendenza (passata o attuale) riscontrano delle opportunità inferiori per condurre una vita sana e sicura, con opere costanti di respingimento, anche in campo lavorativo, abitativo e sanitario (come approfondirò nel terzo capitolo). Risulta evidente come questo "restringimento delle opzioni" sia in stretta relazione con quanto detto sugli stereotipi negativi che riguardano le persone con dipendenza. Ad esempio, negare un affitto a una persona con una storia da tossicodipendente può essere legato a stereotipi circa una sua inaffidabilità e pericolosità, oppure negare un lavoro potrebbe essere collegato al fatto che sono considerati "falliti senza potenziale", pigri e senza valore.

Un secondo fattore riguarda l'invalidazione (*invalidation*). Le persone tendono a guardare gli individui tossicodipendenti con sospetto, attuando un comportamento deumanizzante, ovvero il tenere loro costantemente sotto controllo, in attesa che "rovinino tutto" (Nieweglowski et al., 2019). Inoltre, si verifica un comportamento di evitamento e desiderio di distanza sociale nei loro confronti (Kilian, Manthey, Carr, Hanschmidt, Rehm, Speerforck, e Schomerus, 2021). A esso si associano comportamenti di ignoranza nei confronti della loro condizione esistenziale e un sistematico rifiuto. All'esperienza di evitamento ed esclusione sociale si collega la forte deumanizzazione che queste persone subiscono, con differenze relative a quanto è stigmatizzata la sostanza in sé (Sumnal,

Atkinson, Gage, Hamilton, e Montgomery 2021).

Questi contenuti del public stigma sono stati riscontrati in modo simile in altri studi e review (Yang, Wong, Grivel, e Hasin 2017). Tuttavia, ciò che emerge da questi studi sono aspetti generici che possono celare in realtà delle differenze importanti tra la natura dello stigma in relazione a sostanze diverse e al relativo status (Nieweglowski et al., 2019). Infatti, alcuni studi condotti negli USA hanno notato che sostanze legali come l'alcol erano generalmente meno stigmatizzate di sostanze illegali come l'eroina o la cocaina (Brown, Kramer, Lewno, Dumas, Sacchetti e Powell, 2015), mentre vi sembrano essere delle particolari differenze all'interno delle sostanze legalizzate, come ad esempio tra l'alcol e gli oppiacei da prescrizione, il primo meno stigmatizzato dei secondi (Krendl e Perry, 2022).

## CAPITOLO 2: IL SELF STIGMA

### *2.1 Cos'è il self-stigma e il rapporto con il public stigma*

Il self-stigma, o stigma interiorizzato, si riferisce a “un processo nel quale gli individui affetti sostengono gli stereotipi riguardanti la loro condizione, anticipano il rifiuto sociale, considerano tali stereotipi come rilevanti per il sé e credono di essere membri svalutati della società” (Livingston e Boyd, 2010, p. 2151). Corrisponde agli stereotipi, ai pregiudizi e ai comportamenti stigmatizzanti che l'individuo rivolge verso se stesso (Corrigan, 2004). L'utilizzo del termine “self” sottolinea come il bersaglio dello stigma sia il Sé della persona nella sua interezza e non soltanto alcune sue azioni o comportamenti specifici in specifiche situazioni (Matthews, 2019). È l'identità dell'individuo a essere “rovinata” (*spoiled* nel linguaggio di Goffman) dagli atteggiamenti che l'individuo stesso indirizza verso se stesso. Esso, quindi, si distingue dallo stigma percepito. Infatti, quest'ultimo è soltanto la consapevolezza del public stigma che affligge la persona stigmatizzata, mentre il self-stigma è una sua interiorizzazione e l'applicazione delle sue categorie al Sé e al proprio gruppo di appartenenza (Livingston e Boyd, 2010; Corrigan e Watson, 2002). Questa distinzione mette già in evidenza il rapporto stretto fra il public stigma e il self-stigma. Molti autori, infatti, sostengono che il primo sia la fonte primaria per l'emersione del secondo (Matthews, 2019). Coerentemente con questa tesi, Luoma, Twohig, Waltz, Hayes, Roget, Padilla, e Fisher (2007) hanno trovato un'associazione significativa tra la percezione dello stigma e la sua interiorizzazione, sottolineando la dipendenza dello stigma indirizzato al sé dalla consapevolezza dello stigma che nella società è indirizzato allo stigmatizzato. Altri autori sottolineano come questa non sia l'unica fonte per il self-stigma, specie nel caso delle persone con dipendenza. Flanagan (2013), infatti, sottolinea come a volte il self-stigma derivi da una sorta di autovalutazione sul come la dipendenza abbia compromesso l'adesione ai propri valori e alle motivazioni e dai continui fallimenti delle proprie aspettative. Anche se questo è sicuramente plausibile, tuttavia il caso più rilevante pare essere quello sopra descritto e che la fonte primaria del self-stigma sia il public stigma

presente nel contesto socioculturale in cui l'individuo si relaziona (Schomerus, Corrigan, Klauer, Kuwert, Freyberger, e Lucht, 2011). Inoltre, tale distinzione sfuma nel concreto vissuto di tali individui, in quanto anche le auto-valutazioni sono influenzate dalle categorie fornite dal contesto sociale più ampio (Matthews, 2019).

Corrigan, Rafacz, e Rusch (2011) hanno proposto un modello progressivo per spiegare in che modo lo stigma viene interiorizzato. Esso è stato ideato nel campo delle malattie mentali, per poi essere adattato e validato per l'uso di sostanze (in particolare per la dipendenza da alcol) da Schomerus et al. (2011). Il modello comprende quattro fasi principali, che si focalizzano prevalentemente sulla componente degli stereotipi. La prima fase si riferisce alla consapevolezza (*aware*) degli stereotipi esistenti in società nei confronti del proprio gruppo stigmatizzato. Una seconda fase di accordo (*agree*) prevede che la persona stigmatizzata provi un certo accordo nei confronti di questi stereotipi. Diversi studi in letteratura spiegavano il self-stigma limitandosi alla consapevolezza degli stereotipi e/o al grado di accordo con questi (Corrigan et al., 2011). Tuttavia, il modello prevede anche la necessità che questi siano successivamente applicati al Sé, in una terza fase (*apply*). Infine, il modello presenta il danno (*harm*) che tale applicazione causa nel benessere psicosociale della persona stigmatizzata, in particolar modo sull'autostima (Corrigan et al., 2011) e sull'autoefficacia (Schomerus et al., 2011).

Tuttavia, lo stigma non agisce su tutti allo stesso modo e l'individuo non è un mero percettore passivo dello stigma sociale. In uno studio di da Silveira, Monteiro, Ferreira, Freitas, Machado, Noto, e Ronzani (2018), gli autori hanno osservato che, in un campione di partecipanti tossicodipendenti in cerca di trattamento, diverse variabili demografiche e psicologiche correlavano significativamente con il self-stigma, nonostante quelle psicologiche sembrassero maggiormente rilevanti. Per quanto riguarda le variabili demografiche, gli autori hanno rilevato regressioni significative con il genere, il tipo di sostanza e lo status occupazionale. Relativamente al genere, essi hanno osservato che essere donna correlava con un maggior self-stigma (da Silveira et al., 2018), contrariamente a quanto trovato da altri autori (Simpson e McNulty, 2008), mentre altri ancora non hanno trovato alcuna differenza (Vogel, Schechtman, e Wade 2010). Da Silveira et al. (2018), inoltre, hanno osservato regressioni significative con lo status occupazionale: essere

disoccupato e avere un basso reddito correlavano positivamente con il self-stigma. Infine, il tipo di sostanza in questione pareva avere una certa rilevanza nella determinazione del self-stigma, soprattutto in relazione all'accettabilità sociale della sostanza stessa e al danno potenziale percepito (da Silveira et al., 2018). Quindi, persone con dipendenza da sostanze estremamente stigmatizzate, come l'eroina o la cocaina crack, potrebbero avere un maggior self-stigma. Le variabili psicologiche osservate, invece, erano la presenza di sintomi depressivi, una bassa autostima e un basso senso di speranza. In letteratura, esse mostrano un legame bidirezionale con il self-stigma, operando, quindi, sia come antecedenti, sia come conseguenze (da Silveira et al., 2018). Gli autori hanno ipotizzato un'azione di tipo circolare di queste variabili. Nel caso dell'autostima, ad esempio, essa pare favorire l'insorgere del self-stigma, ma è anche vero che il self-stigma agisce abbassando i livelli di autostima della persona stigmatizzata (da Silveira et al., 2018), come approfondirò più avanti. Integrando i due precedenti modelli che volevano spiegare il self-stigma solo con variabili demografiche o solo con variabili psicologiche, gli autori hanno proposto un modello integrativo che tenesse conto di entrambe queste classi di caratteristiche (da Silveira et al., 2018). In questo modello, permanevano le relazioni tra il self-stigma e lo stato occupazionale, i sintomi depressivi e il senso di speranza, mentre cadevano quelle con il tipo di sostanza e il genere (da Silveira et al., 2018). Gli autori hanno spiegato questo risultato affermando che “nel modello più comprensivo, il controllo di altre variabili ha portato a un decremento significativo del contributo sia del tipo di sostanza usata sia del genere nell'internalizzazione dello stigma” (da Silveira et al., 2018, pag. 48). Infine, Corrigan e Watson (2002) hanno osservato effetti diversi dello stigma sulla persona stigmatizzata, che vanno da una sua interiorizzazione con conseguente abbassamento dell'autostima, una reazione di rabbia per l'ingiusto trattamento e una manifesta indifferenza. Essi, quindi, hanno sviluppato un modello situazionale della risposta allo stigma, il quale si basa sulle rappresentazioni collettive salienti nella situazione specifica e le azioni negative condotte dagli altri, nella legittimità percepita dello stigma in quella situazione specifica e nel grado di identificazione della persona con il gruppo stigmatizzato (Corrigan e Watson, 2002).

Seppur l'esperienza e la gravità del self-stigma differiscano da persona a persona nella

specificità del contesto socioculturale e della situazione, la letteratura ha riscontrato alcuni elementi condivisi che descrivono il modo in cui il self-stigma della dipendenza può essere esperito da chi ne è vittima.

## *2.2 Il self-stigma della dipendenza*

L'interiorizzazione dello stigma può portare la persona a percepirsi attraverso un'identità svalutata di "tossico" che può minare al benessere e all'efficacia di affrancarsi dalla dipendenza (Lloyd, 2013). Come già detto, l'individuo può applicare a se stesso gli stereotipi socialmente noti riguardo l'uso di sostanze e la dipendenza, arrivando a vedersi attraverso questa lente stigmatizzante. Questo genera un vissuto emotivo-affettivo e comportamentale generalmente negativo. Uno studio di Judd, Yaughner, O'Shay, e Meier (2023) condotto su un gruppo di partecipanti con dipendenza da oppiacei, ha rilevato un vissuto di forte disperazione e angoscia. Alcuni partecipanti hanno riportato la sensazione di sentirsi inutili (Judd et al., 2023). Inoltre, spesso è emerso il tentativo di nascondere la propria dipendenza, per il timore di un conseguente discredito sociale (Judd et al., 2023). Questo comportamento era prevalentemente legato a un vissuto di estrema vergogna, forse il tema centrale dell'esperienza di self-stigma delle persone con dipendenza (Luoma e Platt, 2015).

Per vergogna, si intende "un sentimento più o meno profondo di turbamento e di disagio suscitato dalla coscienza o dal timore della riprovazione e della condanna di altri per un'azione, un comportamento o una situazione, che siano o possano essere oggetto di un giudizio sfavorevole, di disprezzo o di discredito" ("vergogna", Treccani). Blum (2008) descrive fenomenologicamente la vergogna come un'esperienza di dolore intenso, disagio e rabbia, caratterizzata dal desiderio di nascondersi e una forte sensazione di inadeguatezza. Le persone che interiorizzano lo stigma provano vergogna nei confronti di se stessi anche se non si considerano meritevoli di accusa o colpevolizzazione alcuna (Matthews, 2019). Inoltre, come il self-stigma, anche la vergogna ha come oggetto l'interezza del Sé della persona e non tanto alcune sue azioni o disposizioni (Matthews, 2019). Matthews (2019) lega l'esperienza della vergogna del self-stigma di persone con dipendenza ad altri fattori a

essa collegati. Un primo fattore riguarda la colpa. Il senso di colpa provato per certe azioni o la mancata adesione alle aspettative sociali e private può “traboccare” dalle azioni stesse fino alla persona stessa, intaccandola nella sua interezza. Un secondo fattore generato dalla vergogna è il senso di paura e paranoia di essere incolpati o accusati, che questi individui provano in determinate situazioni sociali. Un esempio riguarda una situazione in cui un oggetto particolare viene rubato. Siccome le persone sono consapevoli degli stereotipi vigenti sul loro conto, si possono trovare a temere di essere accusati in quanto tossicodipendenti e, quindi, stereotipicamente inclini al furto e al crimine (Matthews, 2019; Newelgoski et al., 2017). Tale paura è maggiore in situazioni in cui tali stereotipi sono più salienti e questo può portare la persona a evitare queste stesse situazioni (Matthews, 2019). Un terzo fattore, tipico della generale esperienza di vergogna, riguarda la rabbia auto-diretta (Matthews, 2019). Un quarto fattore, invece, si riferisce al tentativo di mascherare o cancellare l'identità oggetto di vergogna (Matthews, 2019). Nel caso delle persone con dipendenza, questo può tradursi in una serie di tecniche di evitamento e volte a mantenere una sorta di anonimato, come l'inibizione nelle relazioni sociali e lo stare perennemente nella propria abitazione (Matthews, 2019). Inoltre, come quinto fattore, la vergogna produce il cosiddetto effetto “John Henryism” (Link e Phelan, 2001), ovvero la messa in atto di azioni di “sovracompensazione” per sfatare il mito stereotipico che affligge la persona (Matthews, 2019). Infine, la letteratura ha osservato fenomeni di autosabotaggio che impediscono alla persona di affrancarsi dalla situazione in cui si ritrova (Matthews, 2019). Matthews, Dwyer, e Snoak (2017) descrivono questo autosabotaggio come un tentativo di essere coerente con il “segno” posto dalla società alla persona stessa, ritenuta dagli altri e da sé come “non meritevole di partecipare alla vita sociale” (p. 280).

Nel primo capitolo, ho riportato come l'esperienza del public stigma possa includere un'aperta deumanizzazione della persona stigmatizzata. La letteratura ha reso noti due processi che possono incontrare le vittime di deumanizzazione, ovvero la meta-deumanizzazione e la self-deumanizzazione. La prima si riferisce alla credenza e alle aspettative che la propria persona e/o il proprio gruppo siano deumanizzati (Bustillos, Demoulin, Rodriguez, Vazquez, e Zlobina, 2023). Ad esempio, durante il mio colloquio per iniziare il tirocinio in una comunità che ospitava persone con dipendenza, un'operatrice si è

preoccupata di chiedermi se avessi timore di lavorare con queste persone. Dopo aver risposto di no, ella, evidentemente sollevata, ha precisato: “perché sai, la gente crede che i tossicodipendenti siano delle specie di mostri con tre teste!”. E’ evidente che, come gli stereotipi e i pregiudizi sono noti nella società, anche la deumanizzazione che queste persone subiscono non è celata agli occhi della gente, soprattutto di chi la subisce (Fontesse, Stinghamer, Demoulin, Chavallereau, Timary, Cappeliez, Bon, Geus, Talent, Ayache, e Maurage 2020).

Più importante ai fini del nostro discorso è la self-deumanizzazione. Essa è un’interiorizzazione della deumanizzazione e si riferisce all’auto-percezione di sé come “meno umano rispetto agli altri” (Fontesse, Demoulin, Stinghamer, Timary, e Maurage, 2021, pag. 239). Se nel primo capitolo ho mostrato come la deumanizzazione possa essere esperita nei processi di stigmatizzazione, allora posso tracciare un parallelismo e affermare che la self-deumanizzazione possa essere parte dell’esperienza del self-stigma. Infatti, se il self-stigma è l’interiorizzazione della consapevolezza dello stigma, la self-deumanizzazione è l’interiorizzazione della meta-deumanizzazione, includendo quindi l’accordo e l’applicazione di essa al Sé (Fontesse et al., 2021). La self-deumanizzazione pare correlare con le emozioni negative presenti nell’esperienza del self-stigma, come la vergogna, la colpa, la rabbia e la tristezza (Bastian e Crimston, 2014), nonché ridurre l’autoefficacia in persone con dipendenza (Fontesse et al., 2021).

Lloyd (2013) ha condotto una revisione della letteratura che ha rilevato un importante impatto dello stigma sull’interiorizzazione della colpa e la mancanza di fiducia. Inoltre, Brown et al. (2015) hanno individuato relazioni tra il self-stigma e l’ansia e la depressione, con un probabile legame bidirezionale, come già accennato (da Silveira et al. 2018). Inoltre, sono state trovate delle relazioni negative tra il self-stigma e la qualità della vita (Brown et al., 2015). In relazione ai comportamenti di evitamento e di ostracismo detti nel primo capitolo, la letteratura sullo stigma riporta un forte impatto su quattro bisogni fondamentali, ovvero l’appartenenza, l’autostima, il controllo e il condurre un’esistenza significativa (Zamperini, 2011). Nel prossimo paragrafo, mi soffermerò in modo più approfondito sugli effetti del self-stigma sulle due variabili su cui è stata posta maggior attenzione, ovvero l’autostima e l’autoefficacia.

### 2.3 Il self-stigma, l'autostima e l'autoefficacia

L'autostima viene definita come un barometro globale di autovalutazione che coinvolge valutazioni cognitive circa il proprio valore (*self-worth*) ed esperienze affettive del Sé (Abdel-Khalek, 2016). Essa si riferisce a cosa le persone sentono di se stesse, come si valutano, ed è legata a un senso di soddisfazione con se stessi (Abdel-Khalek, 2016). Ma, siccome l'essere umano non è un atomo solitario che interagisce con altri atomi solitari, l'autostima dipende fortemente dalle relazioni e dal giudizio altrui: quindi, possiamo dire che l'autostima corrisponde a “come pensiamo che gli altri ci pensino” (Zamperini, 2011, pag. 50). Come già accennato, le pratiche discriminatorie e ostracizzanti che subiscono le persone tossicodipendenti stigmatizzati hanno un forte impatto sull'autostima. Possiamo dedurre che l'interiorizzazione degli stereotipi negativi e, in generale, del public stigma possa avere un effetto estremamente negativo sull'autostima della persona stigmatizzata. Questo trova conferma nella letteratura sul self-stigma delle malattie mentali (Livingston e Boyd, 2010; Picco, Pang, Lau, Jeyagurunathan, Sathgare, Abdin, Vaingankar, Lim, Poh, Chong, e Subramaniam, 2016). Inoltre, uno studio di Park, MinHwa, e Seo (2019) ha osservato che il self-stigma aveva effetti negativi sull'autostima in un gruppo di partecipanti con dipendenza da alcol. Tuttavia, i loro risultati hanno mostrato anche che una maggiore “resistenza allo stigma” prediceva livelli più alti di autostima (Park et al., 2019), implicando che la non accettazione e interiorizzazione dello stigma fosse un fattore di protezione rispetto all'abbassamento dell'autostima. Corrigan e Watson (2002), infatti, hanno sostenuto che se le persone stigmatizzate ritengono lo stigma ingiusto e illegittimo, la loro autostima non viene intaccata. Questo può farci supporre che lo stigma sociale percepito può portare a una varietà di risposte situazione-e-persona-specifiche, mentre la sua interiorizzazione, intesa come consapevolezza, accordo, applicazione e danno al Sé (Corrigan et al., 2011), probabilmente porta ad effetti generalmente negativi sull'autostima stessa.

Il concetto di autoefficacia è stato formulato da Albert Bandura e si riferisce al “giudizio di quanto bene l'individuo riesca a eseguire le azioni richieste per affrontare determinate situazioni” (Bandura, 1982, p. 122). Essa è una fondamentale determinante di diversi

outcome positivi, attraverso la sua influenza sugli sforzi compiuti e la persistenza nell'affrontare una situazione o un compito (Sitharthan e Kavanagh, 1991). Inoltre, pare che l'autoefficacia sia un elemento necessario per cambiare un certo comportamento (Bozdag e Cuhadar 2022). Infatti, diversi studi hanno mostrato come l'autoefficacia influenzasse notevolmente l'astensione dall'uso di sostanze e il rischio di "ricadute" (Ilgen, Tiet, Finney, e Moss 2006; Greenfield, Hufford, Vagge, Muenz, Costello, e Weiss 2000). Se il self-stigma corrisponde all'interiorizzazione del public stigma con i suoi relativi stereotipi (tra cui il ritenersi inutili e dei "falliti senza potenziale"), vissuti emotivi come la disperazione e pregiudizi auto-diretti, possiamo ipotizzare che chi ha alti livelli di self-stigma abbia anche bassi livelli di auto-efficacia. Infatti, diversi studi hanno mostrato questa relazione negativa fra il self-stigma e l'auto-efficacia (Bozdag e Cuhadar 2022; Schomerus et al., 2011). Infine, si è osservato che alti livelli di auto-efficacia e autostima favoriscono il cambiamento di comportamento, tra cui quello della dipendenza, e aumentano il grado di "conformità" al trattamento (Bozdag e Cuhadar, 2022).

Seppur ci sia qualche studioso che ritiene che il self-stigma e il vissuto di vergogna a esso collegato siano delle spinte per mutare il comportamento, non pare essere il caso delle persone con dipendenza (Matthews, 2019). Anzi, alla luce di quanto ho riportato, sembra evidente che l'interiorizzazione dello stigma porti a effetti prevalentemente negativi per la persona con dipendenza, non solo per il suo diretto impatto sul benessere, ma anche perché funge da ostacolo al cambiamento e alla ricerca di trattamento.

## CAPITOLO 3: LO STRUCTURAL STIGMA

### *3.1 Cos'è lo structural stigma e il rapporto con il public stigma*

Quando si parla di structural stigma (o stigma strutturale) ci si riferisce alle “condizioni a livello di società, le norme sociali e le policies istituzionali che vincolano le opportunità, le risorse e il benessere degli stigmatizzati” (Hatzenbuehler e Link, 2014, p. 2). Esso è la forma di stigma meno studiata nel campo delle dipendenze (Major e O'Brien, 2005). Infatti, tendenzialmente la ricerca psicosociale si concentra sullo stigma situato a livello intra- o interpersonale (Rehman, Chapman, Liu, Calvert e Sukhera, 2024), trascurando la sua manifestazione a livello societario e strutturale. Tuttavia, esso è una parte importante per capire il fenomeno complessivo dello stigma. Infatti, già la definizione fornita da Link e Phelan (2001) presentava lo stigma anche da un punto di vista strutturale. Gli autori, infatti, tra gli elementi facenti parte dello stigma, parlano di perdita di status e del ruolo del potere (Link e Phelan, 2001). Phelan, Lucas, Ridgeway e Taylor (2014) hanno individuato diversi parallelismi tra i processi di status e la stigmatizzazione, mostrando come i primi siano parte integrante della seconda e come questi contribuiscano alla stratificazione sociale. Inoltre, Link e Phelan (2014) introducono il concetto di “potere dello stigma”, in riferimento alla creazione di strutture sociali gerarchiche in cui le persone e i gruppi stigmatizzati vengono sistematicamente sfruttate, controllate ed escluse, in vantaggio di chi detiene il potere. Il livello di analisi dello structural stigma, inoltre, rende evidente l'importanza del prendere in considerazione il contesto socioculturale specifico nell'analizzare un particolare fenomeno come è la tossicodipendenza. Infatti, lo structural stigma pare essere un importante mediatore dell'efficacia degli interventi anti-stigma, in quanto spiega perché questi hanno successo in certi contesti e in altri no (Hatzenbuehler, 2016).

Occorre, però, fare una precisazione. Hatzenbuehler, nel definire lo structural stigma, tiene conto degli “atteggiamenti pubblici” (public attitudes) che le persone hanno nei confronti del gruppo stigmatizzato, chiamando questo aspetto “public stigma” (Hatzenbuehler, 2016).

Questo può creare confusione rispetto al modo in cui ho usato il termine nel primo capitolo. Tuttavia, se si considerano i livelli in cui mi sono posto nel distinguere queste tre forme manifeste di stigma, il quadro si può chiarire. Nel primo capitolo, parlando di public stigma, mi sono riferito agli stereotipi, ai pregiudizi e alle discriminazioni operate da parte di persone non stigmatizzate nei confronti di persone stigmatizzate, situandomi a livello prettamente interpersonale. In questo capitolo, affronterò ancora tali credenze, atteggiamenti e pratiche discriminanti con una prospettiva più strutturale, che si allarga e si amplia rispetto al livello di analisi meramente interpersonale, concentrandosi su come queste siano incorporate nella Legge e nel linguaggio dei media, su come influiscano sulla salute e sulla restrizione di opportunità nel trovare un impiego e un tetto (McNeil, 2021).

### *3.2 Lo structural stigma nella Legge*

In questo paragrafo ci si occuperà in particolare dello stigma strutturale legato alla dipendenza da sostanze illegali. La letteratura sullo structural stigma riguardante il sistema legislativo italiano in merito all'uso di droghe è praticamente assente. Negli USA, si è osservato come il sistema legale e normativo sia estremamente punitivo nei confronti di chi usa sostanze, restrittivo e denso di stereotipi razzisti (J. J. Avery, 2019). Basti pensare alla War on Drugs (o meglio, la War on Drug Addicts) che per decenni è stata portata avanti dagli USA e dalla maggior parte dell'Occidente e di cui ancora non ci si è riusciti del tutto a liberare (J. J. Avery, 2019). Seppur l'Italia presenti una situazione leggermente diversa e meno punitiva, rimangono ancora delle grandi problematichità. L'attuale legislazione sulla tossicodipendenza in Italia è rappresentata dal "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (Decreto del Presidente della Repubblica, 9 ottobre 1990, n. 309), modificato nel corso degli anni, che presenta un approccio "trattamento o punizione" (Allamani, 2008; D.P.R. 309, 1990). La prima cosa che si nota è come il testo regolamenti sia i trattamenti di recupero, prevenzione, reintegrazione del tossicodipendente, sia i reati concernenti lo spaccio di sostanze, lasciando intendere una "sottile" relazione fra

tossicodipendenza e criminalità, come esposto nel primo capitolo. Inoltre, nonostante il possesso di una quantità minima (“media giornaliera”) per uso personale non sia perseguito a livello penale, è pur vietato, come specificato dall’articolo 72, e si può incorrere in sanzioni amministrative, come specificato nell’articolo 75, tra cui: il ritiro momentaneo della patente di guida, del passaporto, di altri documenti equipollenti e dell’eventuale permesso di soggiorno, con un tempo variabile a seconda del tipo di sostanza in questione (D.P.R. 309, 1990). In seguito, il detentore di sostanze è di fatto obbligato a rivolgersi a servizi di cura e programmi terapeutici, pena l’applicazione di altre misure restrittive, tra cui il divieto di allontanarsi dal comune di residenza, l’obbligo di presentarsi almeno due volte a settimana presso l’ufficio della Polizia e l’obbligo di rientrare a casa a una certa ora prefissata e non oltre, come da art. 76 (D.P.R. 309, 1990). Tutto ciò rimarca la relazione fra dipendenza e criminalità per quanto riguarda le droghe illegali. Inoltre, è bene ricordare quanto detto nel primo capitolo circa il comportamento discriminante e deumanizzante di estremo controllo sulla persona con dipendenza. In questi brevi cenni della normativa vigente, è evidente come queste forme di stigma siano chiaramente incorporate a livello strutturale.

E’ da specificare come vi siano importanti differenze riguardanti la situazione normativa circa la dipendenza da alcol e la dipendenza da altre sostanze illegali (Allamani, 2008). Infatti, come appena enunciato, l’atteggiamento incorporato nella legge e dalla pratica clinica riguardante la dipendenza (o il mero uso) di sostanze illegali è caratterizzato da un paternalistico controllo sulla persona (Allamani, 2008) e una riduzione delle libertà personali e dell’autodeterminazione, garantita dall’art. 32 della Costituzione. Mentre la dipendenza da alcol ha un approccio più “bottom up”, basato e fondato sulla comunità (Allamanni, 2008). E chiaramente, la detenzione di alcol non è punita dalla legge. Nonostante vi sia un’apparente attenzione per la riabilitazione di persone che devono scontare una pena detentiva, predisponendo la necessità che vi siano strutture e trattamenti adeguati, e la prevenzione, cura e riabilitazione del tossicodipendente siano affidati al Ministero della Sanità, come enunciato dagli articoli 1, 89 e 95; rimane la presenza di un approccio tendenzialmente paternalista, repressivo e stigmatizzante nei confronti della persona che usa sostanze illegali, con un’ampia presenza delle forze dell’ordine nel

percorso di vita del tossicodipendente, a rimarcare la stretta concezione della persona con dipendenze come un pericoloso criminale su cui si può (e si deve) operare un puntiglioso controllo (D.P.R. 309, 1990).

### *3.3 Lo structural stigma nel linguaggio e nei media*

La letteratura scientifica ha mostrato come il linguaggio utilizzato per riferirsi a un fenomeno possa influire e delineare un particolare stigma (Wakeman, 2019). Due studi condotti negli USA hanno dimostrato che riferirsi a una persona con dipendenza come “addict” o “substance abuser”, piuttosto che “a person with a substance use disorder”, correlava con un maggior supporto verso politiche punitive (Kelly e Westerhoff, 2010; Goodyear, Haas-Koffler, e Chavanne, 2018). Inoltre, è stato dimostrato come l’utilizzo di termini quali “abuser”, “addict” e “junkie” aumentino lo stigma (Wakeman, 2019). Nel contesto italiano, sono noti gli epiteti di uso comune coperti di un alone dispregiativo e negativo assimilabili a quelli appena citati, soprattutto in relazione ai consumatori di droghe illegali. Un esempio è il termine “tossico” (in un certo senso la versione italiana di “junkie”). Tuttavia l’analisi del linguaggio non si limita ai termini in sé, ma si estende anche all’analisi di come certi fenomeni sono narrati. E a tal fine, un ruolo fondamentale è svolto dai media. Uno studio di Beccaria, Rolando, Hellman, Bujalski e Lemmens (2015) ha analizzato le categorie rappresentative più diffuse nelle testate giornalistiche italiane di tre anni differenti, ovvero il 1991, il 1998 e il 2011. In primo luogo, la persona con dipendenze veniva rappresentata come un peccatore, una persona debole, incapace di amare e provare rimorso e con stretti legami con il crimine (in particolare nel 1991). Tutto ciò non è nuovo, ma riflette ancora la deumanizzazione di queste persone e l’ennesimo esempio del legame stereotipico fra tossicodipendenza e crimine. Lo stesso atteggiamento moralizzante si può riscontrare nel noto titolo di giornale recante la colorita dichiarazione del ministro dei trasporti Matteo Salvini, che recita: “la droga è merda e chi si droga è un coglione” (Corriere della Sera, 2024). Un’altra narrazione rappresentava il tossicodipendente come “malato”, specie nel 1998 e nel 2011. Egli viene visto come una persona con una malattia

cronica che necessita di trattamento. Infine, un'importante categoria era rappresentata dalla descrizione di persone famose con problemi di dipendenza. Tali persone venivano rappresentate come vittime del sistema tossico dello show-business, legato, nell'immaginario, a un alto rischio di assunzione di alcol e cocaina (Beccaria et al., 2015). Inoltre, essi venivano rappresentati come depressi e tristi, richiamando talvolta il mito del "genio maledetto". Questo sottolinea come la rappresentazione del tossicodipendente cambi da deviante morale a vittima dell'ambiente a seconda dello status della persona rappresentata. Un aspetto interessante è che non sono state trovate descrizioni di trattamenti efficaci e di successo (Beccaria et al., 2015). Questo mi fa ipotizzare che la persona con dipendenza sia spesso raccontata come una persona "condannata a vita", non come una persona che sta affrontando una certa condizione potenzialmente limitata nel tempo. Una tale rappresentazione avrebbe di certo effetti negativi sullo stigma e sull'identità di una persona con dipendenza. Infine, un altro studio ha riportato come vi sia una tendenza individualizzante nella rappresentazione della tossicodipendenza, con sempre più spazio alle storie individuali, alle questioni tecnico-scientifiche e sempre meno alle variabili sociali e politiche (Bujalski, Hellman, Moskalewicz, Beccaria, e Rolando, 2018).

Il cinema occupa sicuramente un posto rilevante fra i mass media e la sua influenza sulla percezione di un particolare fenomeno è nota (Cape, 2003). Una review di Cape (2003) ha individuato quattro stereotipi principali presenti nel cinema che tratta la tossicodipendenza, ovvero: l'eroe tragico, il consumatore demonizzato, lo spirito libero ribelle e il consumatore comico. Il primo riguarda una rappresentazione relativamente positiva di un personaggio che incarna "i difetti dell'essere umano" (Cape, 2003). Un esempio è il film "Leaving Las Vegas". Questa rappresentazione è simile a quanto visto per la descrizione delle persone famose con dipendenza e, se da una parte pare essere priva di atteggiamenti negativi, dall'altra risulta in un ulteriore stereotipo che si allontana dalla concretezza della tossicodipendenza. Lo *spirito libero ribelle* rappresenta la persona che usa droghe come un individuo che va contro le norme sociali (Cape, 2003). Tuttavia, questa rappresentazione sembra più legata a un uso ricreativo e saltuario di sostanze e non tanto alla tossicodipendenza (Cape, 2003). Il *consumatore demonizzato* è la categoria più stigmatizzante. Essa rappresenta la persona con dipendenza come un individuo "intossicato

di sostanze e rabbia” (p. 168), con conseguenze drastiche ed esplosive. Inoltre, tali individui sono mostrati come persone moralmente degne di biasimo (Cape, 2003). Un esempio è *Blue Velvet* di David Lynch. Infine, il *consumatore comico* rappresenta la persona che usa droghe in un contesto divertente e privo di conseguenze negative. In questo caso, lo stereotipo rischia di rendere “glamour” la dipendenza e l’uso di sostanze (Cape, 2003). Un esempio di questa categoria è il film *Saving Grace*.

### *3.4 Lo structural stigma presso gli “addetti ai lavori”*

Ho già ripetuto quanto lo stigma possa nuocere al benessere, sia tenendo lontane le persone stigmatizzate dagli ambienti sanitari, sia impedendo loro la ricerca di trattamento. Tuttavia, anche quando queste barriere vengono superate, gli stigmatizzati si ritrovano in un ambiente denso di stigma. Infatti, è stato osservato che chi fornisce assistenza alle persone con dipendenza vede questi individui come “meno importanti” rispetto ad altri pazienti (J. D. Avery, 2019). Uno studio condotto in diversi Stati europei, tra cui l’Italia, ha osservato che i professionisti della salute attribuivano un minor status al lavorare e fornire aiuto a persone con dipendenza rispetto ad altri gruppi, ovvero individui con diabete o depressione (Gilchrist, Moskalewicz, Slezakova, Okrulica, Torrens, Vajd, e Baldacchino 2011). Inoltre, è stato osservato che tali individui sono generalmente visti come poco motivati, manipolatori e violenti e pare diffuso anche fra i clinici un atteggiamento di condanna, che vede la tossicodipendenza come un fallimento morale (J. D. Avery, 2019). Gli autori riportano l’esempio del caso di John, un uomo con dipendenza da alcol, che dopo esser stato in ospedale diverse volte per intossicazione da alcol e per l’astinenza, decide di seguire un trattamento. In seguito, dopo otto mesi, ha una “ricaduta” e torna in ospedale. Lì un medico, commentando ad alta voce, dice: “Oh, è soltanto John. Sapevamo sarebbe tornato” (J. D. Avery, 2019). L’utilizzo del nome di battesimo, la noncuranza per il paziente stesso, che ovviamente ha sentito la conversazione, sono chiari segni dell’atteggiamento deumanizzante che queste persone subiscono anche nei contesti di cura (J. D. Avery, 2019). Queste credenze sono coerenti con quanto discusso nel primo capitolo

sul public stigma. Infatti, si potrebbe pensare che lo stigma riscontrato presso gli “addetti ai lavori” derivi proprio dal public stigma e che, quindi, anni di formazione e contatto possano migliorare la situazione. Tuttavia, non è questo il caso. Infatti, è stato osservato che gli atteggiamenti negativi di queste persone non solo non diminuiscono con il passare degli anni, ma addirittura aumentano (Gilchrist et al., 2011). Ancora non è chiaro il perché, anche se sono state formulate diverse ipotesi e concorrono di certo diverse motivazioni, sia relative alle credenze, sia a fattori strutturali (J. D. Avery, 2019).

Inoltre, è stato osservato che vi è una perpetrazione strutturale dello stigma all’interno delle comunità terapeutiche e di alcuni specifici trattamenti (Richter, Vuolo, e Salmassi, 2019). Un esempio è chiaramente riscontrabile negli Alcolisti Anonimi: se da una parte mantenere l’anonimato è il rispettare un diritto e pare proteggere le persone dallo stigma, dall’altro dare così tanto credito all’anonimità può rendere implicito il messaggio che questa debba essere una prerogativa e che sia giusta e morale, rischiando di alimentare nella persona con dipendenza un senso di vergogna e self-stigma (Richter et al., 2019). Inoltre, anche certe forme di terapia risultano essere molto stigmatizzate. Ad esempio, nel caso dell’utilizzo del metadone come terapia di mantenimento per chi soffre di dipendenza da oppiacei, è diffusa la percezione che questa pratica non sia altro che “sostituire una dipendenza con un’altra”, anche presso il personale di assistenza (Richter et al., 2019).

### *3.5 Structural stigma, lavoro e housing*

Per quanto riguarda il settore lavorativo, è noto come le persone con dipendenza sperimentino forte stigma. In particolare, si presentano comportamenti discriminatori, già citati nel primo capitolo, di “evitamento” e di “estremo controllo”. Infatti, le persone con dipendenza, se riescono a ottenere un lavoro o già lo possedevano, sono costantemente sotto i riflettori di un pubblico che aspetta soltanto che le cose vadano male e che essi rovinino tutto (Newelgoski et al., 2017). Tutto questo si traduce in una sistematica discriminazione nelle assunzioni, nelle promozioni, nelle policies aziendali e nelle interazioni sociali (Roche, Kostadinov, e Pidd, 2019). Inoltre, chi ha avuto una storia di

dipendenza ha un alto rischio di essere disoccupato o avere contratti di lavoro svantaggiosi, come ad esempio contratti precari (Roche et al., 2019). Tuttavia, la Legge italiana tutela chi ha un contratto a tempo indeterminato, il quale, per norma, ha diritto a conservare il proprio posto di lavoro fino alla fine della disintossicazione (D.P.R., 1990). Questa norma, però, pare non tutelare quello che potrebbe avvenire in seguito.

Inoltre, un altro settore in cui le persone con dipendenza sono fortemente stigmatizzate risulta essere quello abitativo. La letteratura ha evidenziato come nelle società occidentali, il tasso di dipendenza da sostanze presso le persone senza fissa dimora sia parecchio elevato (Dyb, 2016). Questo, ovviamente, include la dipendenza sia come “causa”, sia come “conseguenza” della situazione. Uno studio norvegese ha osservato che se una persona con dipendenza iniziava il trattamento da senzatetto, con molta probabilità dopo la fine del trattamento sarebbe “tornata in strada” (Dyb, 2016). In Italia pare che la maggior parte degli uomini tossicodipendenti viva con la famiglia d’origine, mentre la maggior parte delle donne tossicodipendenti viva con partner e/o figli (Ministero della Salute, 2022), anche se questi dati grezzi non ci permettono di dire qualcosa di certo e in modo esaustivo circa le ragioni. Considerando il forte legame fra la condizione di senza fissa dimora e la dipendenza da sostanze (Testoni, Russotto, Zamperini, e De Leo, 2018), sicuramente le prospettive non sono delle migliori. Inoltre, le persone con dipendenza povere e senza fissa dimora sono vittime di quella che Bauman chiama “mixofobia”, ovvero la paura di mescolarsi che i ceti medi e alti hanno nei confronti degli strati più bassi della società, che si traduce, a livello urbano, in una ghettizzazione e una netta separazione tra queste due fette di popolazione (Bauman, 2007).

### *3.6 Conclusione prima parte: tre stigmi o tre volti dello stesso fenomeno?*

Possiamo sicuramente affermare che lo structural stigma perpetra il public stigma, rinforzandolo e istituzionalizzandolo (Rehnam et al., 2024). Tuttavia, possiamo anche ipotizzare il contrario. Se consideriamo le policies e le leggi aderenti a certe politiche, è possibile notare come queste influenzino notevolmente il public stigma. Il ruolo già citato

delle istituzioni e dei media nel trasmettere un certo tipo di immagine del tossicodipendente non serve solo a rafforzare lo stigma, ma anche a delinearlo. Ad esempio, è stato riscontrato che i consumatori di cocaina in polvere sono meno esposti allo stigma rispetto ai consumatori di cocaina crack (Crawford, Rudolph, Jones, e Fuller, 2012). Questo può avere un legame con la campagna mediatica e gli atteggiamenti criminalizzanti intrapresi dalle istituzioni americane durante l'epidemia di crack degli anni Ottanta, che ha contribuito a creare un clima di panico generale e collettivo e un forte stigma nei confronti di chi è dipendente dal crack (Hartman e Golub, 1999; Dollar, 2018). Questo esempio, inoltre, rende conto del un fenomeno di intersezionalità fra diversi stigmi, nel caso attuale quello etnico (il consumo di crack era notoriamente diffuso nelle comunità afroamericane) e quello legato alla dipendenza (Dittrich e Schomerus, 2022). Infatti, Dollar (2018) e Shachar, Wise, Katzenelson, e Campbell (2020) hanno osservato differenze significative nelle narrazioni dell'epidemia di crack, denotate da un atteggiamento di estrema criminalizzazione, e le narrazioni dell'attuale epidemia di oppiacei (i cui consumatori sono tipicamente bianchi), quest'ultime caratterizzate da un frame medicalizzante e focalizzato sulla salute pubblica.

Ho già mostrato nel secondo capitolo come il self-stigma sia legato al public stigma. Altre ricerche hanno mostrato che il self-stigma possa fungere da mediatore tra lo structural stigma e certi outcome, ad esempio quelli rilevanti per la salute (Hatzbuehler e Link, 2014). Nonostante alcuni studi abbiano mostrato come queste tre forme di stigma possano essere concettualmente distinte (Angermeyer, Matschinger, Link e Schomerus, 2014), le forme intrapersonali, interpersonali (micro) e strutturali (macro) dello stigma interagiscono strettamente nel produrre i diversi outcome a cui sono legati (Hatzbuehler, 2016). La prevalenza di studi che separano queste tre forme di stigma, tuttavia, non mi permette di dare una risposta esaustiva alla domanda posta come titolo del paragrafo, anche se, coerentemente con la definizione adottata all'inizio di tale scritto, opterei per una visione unitaria dello stigma. Tuttavia, per capire bene come lo stigma operi su questi tre livelli, sono necessari altri studi che tengano conto delle tre forme di stigma esposte e della loro interazione (Hatzbuehler, 2016).

Quel che è chiaro è che lo stigma impatta in maniera evidente sulle persone con

dipendenza. Deturpando le relazioni interpersonali e le interazioni nella vita quotidiana, attaccando direttamente il Sé della persona, limitando le opportunità di vita e salute, diminuendo status e potere, lo stigma rivolto verso le persone con dipendenza può rendere la loro vita un vero e proprio inferno. Per questo, è evidente che il fenomeno necessita di una comprensione maggiore ed efficaci pratiche di intervento per tutelare e favorire il benessere di chi ne è vittima.

## **PARTE DUE: I MODELLI DELLA DIPENDENZA**

### *Introduzione ai modelli della dipendenza*

Dopo la sintetica panoramica riguardante lo stigma relativo alla dipendenza, in questa seconda parte esplorerò brevemente i modelli più noti sviluppati in letteratura con l'obiettivo di "spiegare" questo complesso fenomeno. Nel capitolo 4 farò una breve rassegna di questi modelli, alcuni dei quali saranno utili nel discutere i risultati delle ricerche che tratterò nella parte conclusiva di questa review. In questo capitolo, introdurrò brevemente anche il modello della malattia, che sarà approfondito e trattato in modo più esaustivo nel capitolo 5. Tuttavia, la sua precoce introduzione è necessaria per rendere più chiari i ragionamenti che farò nell'espone gli altri modelli, sia per la sua rilevanza storico-academica (alcuni modelli sorgeranno come critica a questo modello), sia per comprendere meglio le varie concettualizzazioni riguardanti il tema della scelta e del libero arbitrio nel fenomeno della dipendenza. Questa seconda parte vuole compiere un passo in più nel legare le forme dello stigma con la rappresentazione che si ha della dipendenza. In particolare, chiarire cosa si intende per "modello della malattia" mi permetterà di discutere in modo più consapevole che rapporto sussiste fra la credenza in questo modello e lo stigma.

## CAPITOLO 4: I PRINCIPALI MODELLI PRESENTI IN LETTERATURA

### 4.1 *Il modello morale*

Il modello morale ha dominato la concezione della dipendenza per molto tempo, in particolare nell'era pre-industriale (Miller, 1987). Secondo Pickard (2017), il modello morale della dipendenza ha due attributi principali: in primo luogo vede l'uso di sostanze come una scelta deliberata; inoltre, prevede che tale scelta sia moralmente degna di biasimo. Quindi, secondo tale modello, le persone con dipendenza compiono innanzitutto una scelta che ha caratteri morali ed è basata prevalentemente sui propri valori (Peele, 1987). Siccome le persone con dipendenza operano continuamente una scelta moralmente condannata a livello sociale, spesso i sostenitori del modello credono che esse siano persone da incolpare (*blame*) per la loro condizione, con la conseguenza di meritarsi lo stigma e i duri trattamenti punitivi ricevuti (Pickard, 2017). Il processo di moralizzazione di una certa scelta, inoltre, opera una traslazione del focus di indagine dal fenomeno in sé all'individuo (Frank e Nagel, 2017). Si può intuire, quindi, come questo modello sia strettamente legato a molte credenze stigmatizzanti e alle numerose discriminazioni viste nella *Prima Parte* di questo elaborato. Inoltre, Allamanni (2008) ha sottolineato come il grado di accettazione sociale del rapporto con una certa sostanza dipenda dal tipo di sostanza in questione: vi sono sostanze il cui uso è accettato in quantità considerate "normali", o in certi contesti e con certi significati, come l'alcol, e altre, invece, che sono moralmente condannate in sé, a prescindere da altri aspetti, come nel caso delle droghe illegali.

Un esempio di questo modello può essere osservato nella campagna condotta dai coniugi Reagan alla fine degli anni Ottanta negli USA, nota con il nome "Just Say No" e legata a una politica di stampo proibizionista (Peele, 1987).

Questo modello ha funto da cornice teorica per inquadrare la dipendenza per molto tempo e ha sicuramente contribuito al successo dell'approccio proibizionista e stigmatizzante della War on Drugs. Inoltre, nonostante la prevalenza di altri modelli nella ricerca scientifica, in

alcuni studi è emerso come alcune credenze moralizzanti circa la dipendenza permangano anche nel personale medico e di assistenza (Lawrence, Rasinski, Yoon, e Curlin, 2013; Broadus, Hartje, Roget, Cahoon, e Clinkinbeard, 2010).

Occorre specificare, concludendo, che tale modello ormai è raramente sostenuto dagli studiosi e dai teorici che si occupano di dipendenza (Broadus e Evans, 2014). Tuttavia, vi sono delle variazioni e teorizzazioni del modello che sono ad esso parzialmente sovrapponibili. Ad esempio, Singh (2021), afferma la possibilità di coesistenza del sostegno al modello morale da una parte e un atteggiamento compassionevole dall'altra. Quanto propone consiste nel mantenimento della concezione di responsabilità, libera scelta e colpevolizzazione morale (*blame*) della persona, senza che a questo seguano delle punizioni o un trattamento “duro” (Singh, 2021).

Come si può ben osservare, il tema della “scelta”, con o senza moralizzazioni, diventa centrale. Infatti, come vedremo nella discussione dei prossimi modelli, sarà uno dei terreni in cui dibatteranno le diverse prospettive teoriche in merito alla natura della dipendenza.

#### *4.2 Il modello della malattia*

Il modello della dipendenza come malattia (*disease model of addiction, DMA*) è un modello molto influente, soprattutto in contesto americano, e ha il merito di essere la prima indagine di natura scientifica (e non moralistica) sul fenomeno della dipendenza (Blume, Rudisill, Hendricks, e Santoya, 2013). Inoltre, è un modello che è stato preso come riferimento da istituzioni come la NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2020) e a cui si rifà evidentemente il DSM-5 nel descrivere il disturbo da uso di sostanze. Nella sua formulazione attuale, esso presenta alcune caratteristiche specifiche. In primo luogo, intende la dipendenza come una malattia cronica e recidivante del cervello (Leshner, 1997). L'uso e l'abuso di sostanze porterebbe a dei mutamenti permanenti in alcune strutture cerebrali, rendendo di fatto il cervello di una persona con dipendenza un cervello “malato”. Questo modello si presenta come una concettualizzazione fortemente medicalizzata del fenomeno, ponendo il focus sull'alterazione delle strutture cerebrali, sul craving, sulla

tolleranza, sull'astinenza e sulle basi genetiche (Blume et al., 2013, Sheehan e Owen, 1999, Leshner, 1997). In tema di scelta, infine, si pone agli antipodi del modello morale appena descritto, in quanto concepisce il comportamento di assunzione di sostanze come un comportamento prevalentemente di natura compulsiva (Henden, Melberg, e Røgeberg, 2013). Approfondirò le caratteristiche del modello nel prossimo capito a esso dedicato.

#### *4.3 Il modello di apprendimento di Lewis*

Il modello è stato elaborato da Marc Lewis come alternativa al disease model. Il neuroscienziato voleva creare un modello che non considerasse la dipendenza come una malattia del cervello, ma che allo stesso tempo non mettesse in secondo piano l'importanza degli aspetti neuroscientifici (Lewis, 2017). Secondo l'autore, la dipendenza è una “ripetizione motivata che dà origine a un apprendimento profondo (*deep learning*)” (Lewis, 2017, p. 15). In altre parole, la dipendenza è un'abitudine (*habit*) appresa che modifica la struttura cerebrale, che si auto-perpetra e cresce rapidamente, più rapidamente (e in maniera più solida) di altri comportamenti, a causa dell'intensità dell'attrattività degli stimoli che motivano a ripetere i medesimi pattern (ad esempio, l'assunzione di una sostanza). Questa condizione crea un desiderio ricorrente nei confronti di un singolo obiettivo e restringe il campo di possibilità di altri obiettivi potenziali.

Tale modello non nega l'apporto di fattori psicosociali e culturali nello sviluppo della dipendenza (Lewis, 2018; Lewis, 2017). Tuttavia, si focalizza su una reinterpretazione dei cambiamenti cerebrali, i quali nel disease model erano interpretati come la prova che la dipendenza fosse una malattia del cervello. Per Lewis (2017), invece, i cambiamenti riscontrati nella struttura cerebrale sono dovuti alla neuroplasticità del cervello stesso e non sono, quindi, segni di un cervello malato. Infatti, l'autore ricorda che la ripetizione di certe esperienze modifica i network cerebrali e questo crea un “ciclo di feedback reciproci fra l'esperienza e i cambiamenti del cervello, i quali si modellano a vicenda” (Lewis, 2017, p. 14). Quindi, secondo Lewis, la dipendenza non è una malattia del cervello cronica dalla quale non si può guarire, ma un comportamento appreso particolarmente resistente che,

come appreso, si può disapprendere (Lewis, 2017). Inoltre, per Lewis è assurdo parlare di malattia basandosi sui cambiamenti neuroplastici del cervello, poiché la presenza di tali cambiamenti non implica che nel cervello stesso vi sia qualcosa che non va (Lewis, 2017). Anzi, l'autore sottolinea le similarità cerebrali (e non) fra la dipendenza e altri stati non patologici, come i comportamenti compulsivi socialmente accettati e l'amore stesso. In quest'ultimo caso, egli sottolinea come gli amanti pensino ossessivamente all'oggetto d'amore, ne esagerino le qualità positive e non pensino alle ripercussioni negative. Inoltre, l'amore romantico, sempre secondo Lewis, potrebbe essere definito come un vissuto di natura compulsiva, di difficile controllo, focalizzato particolarmente sull'immediato (Lewis, 2017; per le similarità fra i circuiti cerebrali implicati nell'amore e nella dipendenza, vedere Burkett e Young, 2012). Ma tutto ciò non porta gli studiosi a definire l'amore una malattia.

Tuttavia, Lewis riconosce che la dipendenza sia un comportamento molto difficile da eradicare. Secondo lo studioso questo avviene in particolare per l'elevata attrattività di ricompense che creano dipendenza e, di conseguenza, consolidano il comportamento di dipendenza (Lewis, 2017). Lewis spiega tale aspetto appellandosi a tre meccanismi principali. Il primo è quello che chiama "*delay discounting*" (Lewis, 2017). Esso opera restringendo il campo dell'attenzione alle ricompense imminenti e sopprimendo la consapevolezza di altri obiettivi concorrenti. Secondo Lewis, ciò viene messo in atto attraverso l'attività legata alla dopamina dei network striali (Lewis, 2017). Un altro meccanismo consiste nell'amplificazione motivazionale causata dalle ricompense che possono creare dipendenza (Lewis, 2017). Il desiderio di assumere la sostanza per i suoi effetti positivi diretti e per la soppressione di altri vissuti emotivi spiacevoli, insieme all'astinenza che si può provare, rende questi stimoli di ricompensa molto attrattivi (Lewis, 2017). E la ripetizione di un certo comportamento, specialmente se rafforzata da un boost motivazionale, rinforza i pattern sinaptici. Un ultimo meccanismo riguarda la fusione fra lo sviluppo della personalità e il consolidarsi di abitudini legate alla dipendenza (Lewis, 2017). Questi comportamenti convergono con altri comportamenti, consolidandosi a vicenda allo stesso modo dei network sinaptici, i quali non sono solo auto-rinforzanti ma si rinforzano anche mutualmente. Questo rischia di mantenere la dipendenza come parte della

propria struttura di personalità (Lewis, 2017). Non a caso, infatti, è stato osservato che le dipendenza si instaura con maggior probabilità durante l'adolescenza o la prima età adulta (Hall, Carter e Barnett, 2017).

Infine, sul tema della scelta, tale modello non contempla un'assoluta perdita di controllo e un'involontarietà del comportamento, elementi tipici del disease model. Per Lewis, la persona con dipendenza non perde il controllo sui propri impulsi, ma tale controllo diventa molto più complesso e sfumato, meno automatico, poiché è fortemente influenzato da diversi fattori psicologici e sociali (Lewis, 2017). Pickard (2017) sottolinea che il lavoro di Lewis nel riportare un modello basato sulla "scelta" rischia di reintrodurre aspetti moralizzanti, perché attribuisce agency e responsabilità alle persone con dipendenza. Per questo, l'autrice propone un framework che da una parte riconosce la responsabilità individuale della persona con dipendenza, dall'altra lo separa da accuse di colpa e biasimo (*responsibility without blame*).

#### 4.4 Il modello naturale

Questo modello è stato proposto per la prima volta da Weil e Rosen (2004) e parte dal presupposto che l'essere umano abbia un'innata curiosità e attrazione verso le sostanze. Per gli autori, l'uso di droghe è un modo per alterare la coscienza e viene paragonato all'ascolto di musica, alla meditazione e all'avere rapporti sessuali (Weil e Rosen, 2004). Inoltre, essi sostengono che gli esseri umani abbiano bisogno, saltuariamente, di alterare il proprio stato di coscienza. Infatti, Weil e Rosen (2004) osservano che già i bambini tentano di sperimentare stati alterati, ad esempio roteando su loro stessi, andando volontariamente in iperventilazione, ecc. Secondo gli autori, le droghe sono solo altri strumenti per ottenere l'accesso a questi stati. L'universalismo di questa ricerca potrebbe giacere in un tratto che rende più probabile lo sviluppo di un rapporto di dipendenza con la sostanza, ovvero il cosiddetto novelty-seeking, riscontrato sia in soggetti umani, sia animali (Wingo, Nesil, Choi e Li, 2016)

Gli autori indicano diverse funzioni che svolge l'assunzione di droghe con lo scopo di

alterare la propria coscienza. Un primo caso è il rito religioso. Esempi noti sono l'uso del peyote presso le comunità di nativi americani o l'uso del vino durante l'eucarestia cristiana (Weil e Rosen, 2004). Un altro obiettivo è l'esplorazione del proprio mondo interiore. Un esempio riguarda l'uso degli psichedelici nella controcultura e l'esperienza di Aldous Huxley con la mescalina (Weil e Rosen, 1998; Huxley, 1954). Altri casi sono il cambiamento di umore, il trattamento dell'ansia e la cura di certe malattie, come nel caso degli antidepressivi SSRI, le benzodiazepine, gli oppiacei, l'alcol o la marijuana (Weil e Rosen, 2004). Infine, gli autori elencano altre funzioni che svolgono le droghe nelle varie culture, tra cui l'affrontare la noia e la disperazione, svolgere un ruolo sociale e di disinibizione (in Italia l'alcol è la sostanza più nota per questo scopo), la ricerca del piacere, stimolare la ricerca artistica, migliorare la performance fisica, ribellarsi ai valori dominanti di una società, adeguarsi alla pressione dei pari e creare un senso di identità (Weil e Rosen, 2004).

Come appare chiaro, tutto questo prende parte alle ragioni per cui l'uso di sostanze è molto attrattivo. Inoltre, emerge come l'uso in sé non sia necessariamente problematico. Infatti, gli autori sottolineano l'importanza dell'indagare la relazione tra la sostanza e chi la usa: "non ci sono droghe buone o cattive, ma solo relazioni positive o negative con le droghe" (Weil e Rosen, 2004, p. 29). Essa, a livello farmacologico, è determinata in parte dal metodo di assunzione. Tuttavia, ci sono altri fattori che modificano l'effetto di tali sostanze e ne influenzano la relazione con chi le assume (Weil e Rosen, 2004). Riprendendo il famigerato saggio di Zinberg (1984), gli autori parlano di *set*, ovvero le aspettative che la persona ha rispetto agli effetti di una sostanza, e *setting*, ovvero l'ambiente in cui la sostanza viene assunta (Weil e Rosen, 2004). Secondo gli autori, infine, una relazione positiva con la sostanza è determinata da quattro caratteristiche: sapere che si sta usando un droga e la consapevolezza degli effetti sul proprio corpo; la frequenza dell'uso in relazione agli effetti (se si usa la sostanza troppo frequentemente, gli effetti tenderanno a diminuire con il tempo); la facilità nel separarsi dal suo utilizzo; la libertà dagli effetti negativi sulla salute.

Infine, gli autori spiegano il loro punto di vista sulla dipendenza. Essi sostengono che la dipendenza sia un "normale" problema umano, una tendenza degli esseri umani e che,

quindi, abbia più a che fare con noi che con le droghe (Weil e Rosen, 2004). Inoltre, essi sottolineano come alcune dipendenze siano più dannose di altre (Weil e Rosen, 2004) e alcune addirittura positive (Broadus e Evans, 2014). Essa, tuttavia, strappa certi gradi di libertà all'essere umano, che baratta il suo potere per percepire un certo stato, per poi soffrire il fatto che gli oggetti della dipendenza paiano controllare le persone con dipendenza (Weil e Rosen, 2004). Quindi, per gli autori, l'unico modo per spezzare tale legame è rendersi conto di questo processo, comprendendo che il senso di soddisfazione attribuito alle droghe (o altri oggetti di dipendenza) proviene in realtà dall'interno della nostra persona e, infine, reclamare il proprio potere sulla sostanza (Weil e Rosen, 2004). Questa visione ci fa dedurre alcune cose su come viene concepito il tema della scelta. In primo luogo, l'assunzione di sostanze è vista come una scelta motivata da spinte naturali, non moralmente condannabili, ma diffuse in tutte le culture, in tutti i tempi e luoghi della nostra specie. Tuttavia, sembra suggerire che questa libertà di scelta si riduca nel momento in cui la dipendenza si costruisce e la persona inizia a perdere il controllo sulla sostanza stessa, in una relazione che pare diventata asimmetrica. Ma nonostante questo, gli autori non negano che la persona con dipendenza possa agire sulla relazione per sfuggire dalla sua condizione. Quindi, la scelta non pare completamente libera come nel modello morale (se non nelle assunzioni relative all'assunzione di droga senza che vi sia dipendenza), né completamente fuori dal controllo individuale come nel modello della malattia. Ma pare porsi in una posizione intermedia, in modo che ritengo simile al modello dell'apprendimento di Lewis.

#### *4.5 Il modello psicologico e psicodinamico*

Il modello psicologico vede la dipendenza come l'applicazione di meccanismi di coping disfunzionali a situazioni di sofferenza, traumi e cattive relazioni interpersonali; nonché determinata da particolari tratti di personalità (Broadus e Evans, 2014; Mosher e Atkins, 2007). Il modello in realtà è un termine ombrello che Broadus e Evans (2014) hanno unificato perché porta in comune il focus sulle relazioni intrapersonali e interpersonali

nell'uso di sostanze, ma come vedremo, esso è costellato da diversi approcci e teorie, talvolta distanti da esse. In primo luogo, daremo uno sguardo sulle teorie e sulle ipotesi derivanti dalla ricerca della psicologia sperimentale, soprattutto di stampo comportamentista e cognitivista. In seguito, mi soffermerò in una breve analisi della concezione psicodinamica legata al fenomeno della dipendenza.

In primo luogo, mi soffermerò sulla teoria della *self-derogation*, la quale afferma che l'uso eccessivo di sostanze deriverebbe da un rifiuto di sé (*self-rejection*) e da una bassa autostima (Mosher e Atkins, 2007). Questo avverrebbe in particolare per le persone che non riescono a sviluppare un'immagine di sé positiva nelle interazioni con la famiglia, con la scuola e coi pari, poiché riverserebbero la ricerca di questa immagine di sé positiva in altri tipi di comportamenti (Mosher e Atkins, 2007). Inoltre, viene sottolineata l'importanza dei valori delle sottoculture, alternativi rispetto alla cultura dominante: se una persona viene rifiutata dalla cultura dominante, cercherà ovviamente un'identità sociale altrove (Mosher e Atkins, 2007).

Fondamentale per questo modello sono le teorie legate ai meccanismi di apprendimento comportamentale. Un primo caso è il condizionamento classico, che viene usato per spiegare in particolare il fenomeno del *craving* (Wanigaratne, 2006). Il condizionamento classico consiste in un meccanismo psicologico studiato per la prima volta da Pavlov (1927) e che si riferisce a un apprendimento associativo fra uno stimolo inizialmente neutro che, se associato a uno stimolo che provoca una certa reazione, a sua volta esso provocherà la risposta originariamente legata allo stimolo a cui esso è legato. Nel caso dell'uso di sostanze, è noto come il set e il setting in cui viene assunta una sostanza ha un forte ruolo sugli effetti della sostanza stessa (Zinbberg, 1984). Un secondo, forse più rilevante, riguarda il condizionamento operante, preso come base per spiegare la natura della dipendenza (Wanigaratne, 2006). “Un comportamento di dipendenza viene visto come un rinforzo nel processo di condizionamento allo stesso modo del cibo o del sesso” (Wanigaratne, 2006, p. 455). Quando si parla di rinforzo, ci si riferisce a un evento che aumenta la probabilità che il comportamento che precede quello stesso evento si ripeta (Wanigaratne, 2006). Il rinforzo può essere positivo o negativo, a seconda che produca un outcome positivo o riduca una situazione avversiva. Ciò si applica molto bene alle funzioni

dell'assunzione della sostanza. Se da una parte l'assunzione di sostanza produce degli outcome positivi, a causa degli effetti farmacologici nei cambiamenti degli stati mentali, ad esempio inducendo piacere, calma ed euforia, dall'altra può anche far cessare una situazione avversiva, come è noto durante i casi di astinenza. Infine, la teoria dell'apprendimento sociale ha dato origine a diverse teorie cognitivo-comportamentali per spiegare il fenomeno della dipendenza. La teoria dell'apprendimento sociale è stata formulata per la prima volta da Bandura (1977) e pone l'accento sul ruolo del modellamento e dell'imitazione di una particolare azione, senza ricorrere necessariamente a concetti strettamente comportamentisti come rinforzi, premio e punizione. L'introduzione di variabili cognitive fra lo stimolo e la risposta in questa teoria è stata fondamentale per il passaggio dal dominio del paradigma comportamentista nella comprensione dei fenomeni, tra cui la dipendenza, alla forte influenza del modello cognitivista. Direttamente ispirato a questo modello, possiamo trovare il modello cognitivo-comportamentale della ricaduta di Marlatt e Gordon, il quale si focalizza sul ruolo delle strategie di coping e dell'autoefficacia nello spiegare la dipendenza (Wanigaratne, 2006). Gli interventi derivanti da questa teoria si basano sull'aumento della consapevolezza dell'individuo nei processi di ricaduta, al fine da limitarla e prevenirla, esaminando i pattern relativi alla storia di ricadute specifica dell'individuo in questione (Wanigaratne, 2006). In tal modo, il modello prevede un rinforzo dei punti di forza dell'individuo e una particolare attenzione ai punti di debolezza, ai rischi che possono facilitare una ricaduta, nonché una forte attenzione ai meccanismi di coping maggiormente funzionali (Wanigaratne, 2006). Un'altra teorizzazione importante che si potrebbe inserire nell'ombrello dei modelli psicologici è il modello cognitivo. Esso si focalizza sull'interazione fra diversi livelli di credenze legate all'assunzione di sostanze e alla dipendenza, attivate da particolari situazioni e responsabili dell'emersione di fenomeni di craving (Wanigaratne, 2006). In seguito, il craving dà luogo a pensieri permissivi che inducono all'applicazione di comportamenti legati alla dipendenza. Quindi, è possibile affermare che questo modello pone il focus nel lavoro sulle credenze individuali riguardanti l'uso di sostanze e la dipendenza in generale, con il prospetto di costruire interventi specifici basati sull'individuo, nell'ottica di cambiare le credenze relative alla dipendenza e ridurre i comportamenti legati all'uso di sostanze (Wanigaratne, 2006).

Il modello psicodinamico, invece, teorizza la dipendenza come originata da vissuti inconsci o repressi, da traumi e da fantasie rimosse (Wanigaratne, 2006). Secondo Khantzian (2012), la sofferenza è alla base della dipendenza e sottolinea la centralità della relazione terapeutica come rimedio alle cause e conseguenze “disumane” della dipendenza stessa. Egli sostiene che la dipendenza sia fundamentalmente un disturbo legato all’auto-regolazione delle emozioni, dell’autostima, delle relazioni e dei comportamenti (Khantzian, 2012). L’uso di sostanze avrebbe, quindi, il ruolo di automedicazione per il dolore associato alle difficoltà dei meccanismi auto-regolatori, incrementando o contenendo le emozioni, influenzando il senso del Sé, il benessere, l’autostima e l’abilità di connettersi con gli altri. Non a caso, infatti, è stato osservato che lo sviluppo di una dipendenza è maggiormente probabile negli individui che hanno subito traumi durante l’età infantile o persone che soffrono di disturbi dell’ansia e depressivi (Hall et al., 2017). Infine, la dipendenza sarebbe influenzata dalla propria capacità di prendersi cura di sé (Khantzian, 2012).

Come si può ben notare, non esiste un solo modello psicologico unico in letteratura, ma diversi contributi che qui ho riassunto brevemente, i quali hanno in comune il focus prevalentemente intra-individuale, comportamentale, cognitivo, dinamico e sociale, si pongono al livello delle relazioni interpersonali, focalizzandosi su strategie di apprendimento, meccanismi di coping, autostima, autoefficacia, credenze personali, emozioni e sofferenza individuale. Il tema della scelta, quindi, non è chiaro, né viene affrontato direttamente. Dal vago framework concettuale che emerge, si può dedurre che vi sia un’idea di scelta parzialmente libera, almeno nell’iniziale utilizzo delle sostanze e che i comportamenti legati alla dipendenza non diventino mai veramente compulsivi, ma che allo stesso tempo siano fortemente influenzati dalle variabili trattate.

#### *4.6 Il modello sociologico*

Il modello sociologico pone maggiore attenzione alle strutture sociali rispetto ai fattori psicologici individuali (Mosher e Atkins, 2007). Tale modello pone l’accento sul ruolo dell’ambiente, delle credenze sociali e religiose, dei media, del sistema educativo, ecc.

(Broadus e Evans, 2014). Tuttavia, anche in questo caso, il modello, pur condividendo questa prospettiva, include diverse teorie le quali pongono differente valore al ruolo dei fattori individuali e sociali (Mosher e Atkins, 2007). Ad esempio, le teorie dell'apprendimento (tra cui la teoria della *differential association*, la teoria dell'apprendimento sociale e le teorie dell'apprendimento dalle subculture) assumono che gli individui siano tabula rasa e che, quindi, tutti i comportamenti, compresi quelli legati alla dipendenza, siano socialmente appresi (Mosher e Atkins, 2007). Altre teorie riguardanti il controllo sociale e la teoria del legame sostengono che la "devianza" (entro cui fanno ricadere anche i comportamenti di dipendenza) è una normale tendenza dell'essere umano che avviene se l'individuo non è adeguatamente socializzato a conformarsi (Mosher e Atkins, 2007). Infine, la teoria del conflitto assume che l'ordine sociale non è un prodotto del consenso, ma una funzione delle differenze di potere nella società stessa (Mosher e Atkins, 2007). Le condizioni strutturali che originano da questa disparità generano alienazione, frustrazione, disillusione e l'uso di droghe può diventare una fuga da queste condizioni avverse (Mosher e Atkins, 2007). In questo scenario, pare necessaria l'esistenza di gruppi marginalizzati e il fatto che le leggi promulgate tutelino prevalentemente gli interessi di chi tale potere lo detiene, come nel caso delle leggi punitive circa l'uso di alcune sostanze (Mosher e Atkins, 2007). Questo rende maggiormente impattanti le conseguenze (legali e non) associate all'uso di droghe illegali nelle classi più basse e svantaggiate a livello sociale.

Un esempio dell'importanza derivante dall'ambiente sociale e culturale nel determinare comportamenti di dipendenza risiede in una serie di esperimenti sui ratti condotti da Bruce Alexander negli anni Settanta. In una prima parte dell'esperimento, i ratti vivevano isolati e potevano nutrirsi sia di acqua, sia di acqua tagliata con una sostanza stupefacente (morfina). In seguito, dopo aver modificato l'ambiente sociale e aver introdotto nuovi ratti (riducendo l'isolamento), gli autori hanno osservato che il comportamento di assunzione dell'acqua contenente droga diminuiva rispetto alla condizione di isolamento, dimostrando il forte impatto che ha l'ambiente sociale nel determinare il comportamento di assunzione della sostanza (Gage e Sumnal, 2018)

Anche in questo caso, il tema della scelta può risultare ambiguo. Se da una parte, non si

parla del comportamento dell'uso di sostanze come compulsivo e ci si concentra più sulle condizioni che spingono all'avvicinamento all'uso di sostanze, è anche vero che la scelta è notevolmente influenzata dalle condizioni sociali e strutturali nelle quali l'individuo si ritrova. Quindi, è possibile parlare di una scelta parzialmente libera, influenzata e non moralizzata.

#### *4.7 Il modello biopsicosociale e spirituale*

Il modello biopsicosociale afferma che fattori genetici e biologici, psicologici e socioculturali contribuiscono all'uso di sostanze e alla dipendenza e che, quindi, tutti devono essere presi in considerazione per una corretta comprensione del fenomeno (Skewes e Gonzales, 2013). Tale modello è stato proposto per la prima volta da Engel (1977). Egli ha proposto un modello olistico alternativo al modello biomedico esistente al tempo, spostando il focus dalla "malattia" all'individuo (Becoña, 2018). Questo approccio non si limita a dire che questi fattori influenzano l'eziologia e il trattamento della dipendenza, focalizzandosi su uno o alcuni di questi aspetti singolarmente. Ma sostiene che i fattori biologici, genetici, legati alla personalità, psicologici, cognitivi, sociali, culturali e ambientali interagiscono tra loro nel dare luogo al fenomeno della dipendenza (Skewes e Gonzales, 2013).

A queste dimensioni, si aggiunge l'analisi dei fattori spirituali e religiosi. Miller (1998), infatti, sottolinea il ruolo delle variabili spirituali come fattori di rischio o protettivi per lo sviluppo della dipendenza, come variabili dipendenti influenzate dall'uso di sostanze e come parti del processo di recupero.

Tuttavia, occorre specificare che questo approccio biopsicosociale (e spirituale) più che essere un singolo modello, è un framework in cui si inseriscono diverse proposte teoriche. Ad esempio, Griffith (2005) sostiene che la dipendenza sia meglio descritta come un processo, in cui i comportamenti di dipendenza possono essere inseriti in uno spettro di severità di uso e abuso. Inoltre, sottolinea come il significato del termine "dipendenza" (*addiction*) sia contestuale e socialmente costruito. Egli, adottato un framework

biopsicosociale, propone un modello di dipendenza che tenga conto prevalentemente della salienza del comportamento di dipendenza nella vita dell'individuo, nella modificazione dell'umore, in aspetti di tolleranza e astinenza, nel conflitto e nella ricaduta (Griffith, 2005). Satel (2016), invece, definisce la dipendenza come “un complesso set di comportamenti che operano su diverse dimensioni, che vanno dalle funzioni e la struttura molecolari e la fisiologia del cervello alla psicologia, l'ambiente psicosociale e le relazioni sociali e culturali” (p. 1). Inoltre, l'autore sostiene che queste dimensioni non vadano intese come organizzate in semplicistiche gerarchie, ma vadano considerate “side-by-side”, in un arrangiamento secondo il quale ogni livello è determinato da una sua specifica complessità (Satel, 2016). Ognuna di queste dimensioni esplica distintamente la dipendenza, con qualcuno di esso che appare più rilevante a livello clinico o scientifico, in relazione alla domanda posta e il contesto specifico (Satel, 2016).

Il tema della scelta, di conseguenza, può variare a seconda della teoria specifica. Secondo Griffith (2005), l'esperienza soggettiva della perdita di controllo, da una parte implica che la dipendenza non è un problema da collocare meramente all'interno dell'individuo, ma d'altra parte non nega che sia possibile attribuire un qualche tipo di responsabilità all'individuo stesso. Skewes e Gonzales (2013), tenendo conto di fattori come l'autoefficacia e la prontezza al cambiamento, lasciano spazio a una almeno parziale possibilità che l'individuo influenzi il comportamento di dipendenza. Infine, Snoek (2017), il quale ha proposto di inserire un modello *disease-like stage* nel fenomeno della dipendenza, afferma che le persone con dipendenza hanno una possibilità di scelta e di controllo, totale o parziale, ma che allo stesso tempo è frequente la descrizione di uno o più periodi in cui essi erano totalmente privi di controllo. Seppur diverse, queste formulazioni suggeriscono ancora posizioni più o meno intermedie fra la totale assenza di scelta e il controllo del modello della malattia e la scelta completamente libera del modello morale.

## CAPITOLO 5: IL MODELLO DELLA MALATTIA E IL BDMA

### 5.1 Definizione, storia e caratteristiche del DMA

In primo luogo, è bene capire cosa si intenda per malattia. Riferendomi al termine inglese *disease*, esso viene definito come un malessere (*sickness*), un disturbo (*disturbance*) o un impedimento (*impairment*) delle funzioni (e spesso delle strutture) del corpo, di una parte del corpo o della mente (Oxford English Dictionary). Frequentemente con una parola modificante, indica il sito, la natura, la causa, ecc. di tale malessere (Oxford English Dictionary). Inoltre, viene sottolineata la presenza di un agente causante o un fattore identificabile che dà luogo al malessere. Il disturbo (*disorder*), invece, viene definito come un disturbo (*disturbance*) delle funzioni e talvolta delle strutture del corpo, una parte del corpo o la mente; ovvero un *illness* o una condizione che “distrugge” le funzioni normali fisiche e psichiche (Oxford English Dictionary). Nonostante la differenza tra i due termini non appaia molto chiara, si può individuare qualche elemento che differenzia l’uso di uno piuttosto che l’altro. Un primo elemento sottolinea come spesso il disturbo sia differenziato dal concetto di *disease* dall’assenza di cambiamenti strutturali nelle parti affette (Oxford English Dictionary). Un’altra questione riguarda il fatto che il termine *disease* presuppone una condizione di malessere (*illness*) che spesso prevede una causa sottostante (Peterson e Keeley, 2015). Una malattia (*disease*) è distinta e misurabile; un disturbo (*disorder*) può indicare che è possibile la presenza di una malattia, ma non ci sono abbastanza evidenze cliniche per diagnosticarla (Verywell Health, 2023). Inoltre, è chiaro come il termine malattia sia più spesso associato a condizioni di tipo medico, mentre il termine disturbo è maggiormente associato a condizioni psicologiche e psichiatriche. Un esempio è nel linguaggio usato dal DSM-V, che spesso si rifà alle condizioni descritte utilizzando il termine “*disorder*” (American Psychiatric Association, 2013).

Il modello della malattia (*Disease model of addiction*, DMA) interpreta la dipendenza come una malattia di natura fisiologica, con dei sintomi specifici e un decorso ben definito (Blume et al., 2013). Tale modello ha una concezione di tipo biomedico e questo è evidente

dalla terminologia utilizzata (l'uso del termine "trattamento" invece di "terapia") e la natura dei trattamenti previsti, spesso focalizzati su modalità di tipo medico-farmacologico (Blume et al., 2013). Esempi noti sono l'utilizzo di terapie farmacologiche o di sostanze sostitutive, come il noto esempio del metadone e del subuxone per ridurre il craving da altri oppiacei quali l'eroina.

Il moderno modello della malattia così definito è il primo tentativo di inquadrare il fenomeno della dipendenza avvalendosi di un'indagine di natura scientifica (Blume et al., 2013). Esso pone le sue radici nel lavoro di Benjamin Rush, il quale, tra la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento definì l'alcolismo come una "malattia della volontà" (Blume et al., 2013). Egli, inoltre, descrive l'alcolismo come una malattia che ricorda certe malattie ereditarie, familiari e contagiose (Sheehan e Owen, 1999). Nel 1849, Magnus Huss conia il termine "alcolismo" e lo definisce come una malattia che può risultare da un eccessivo consumo di alcol (Blume et al., 2013). In seguito, Silkworth nel 1939 descrive la dipendenza da alcol come una malattia caratterizzata da una reazione fisiologica atipica nei confronti dell'alcol, la quale in seguito genera un'ossessione mentale (Sheehan e Owen, 1999). Tale ossessione permette il corpo di rifornirsi di alcol in seguito a una domanda di consumo di tale sostanza, nonostante le conseguenze negative o i tentativi di smettere. Di conseguenza, per le persone con dipendenza da alcol non sarebbe possibile ricominciare un comportamento "normale" di consumo della sostanza (Sheehan e Owen, 1999). Già in questa concettualizzazione pare emergere il carattere compulsivo del consumo di sostanze da parte delle persone con dipendenza, visione tipica di questo modello.

Il moderno modello di malattia si rifà in modo considerevole al lavoro di Jellik (Blume et al., 2013). Similmente a Silkworth, anche Jellinek (1946) sosteneva che le persone con dipendenza (in particolare da alcol) esperissero una risposta atipica all'alcol, con una conseguente perdita di controllo sul consumo della sostanza (Sheehan e Owen, 1999). Egli propose un modello a stadi dell'alcolismo, il quale includeva una fase sintomatica pre-alcolica, una fase prodromica, una fase cruciale e una fase cronica. La prima è caratterizzata dalle iniziali qualità di ricompensa ottenute dal consumo di alcol (Sheehan e Owen, 1999). In questa fase, tale comportamento viene messo in atto con frequenza sempre maggiore e di conseguenza aumenta la tolleranza. Secondo l'autore, nella fase successiva,

la fase prodromica, è caratterizzata dai numerosi “blackout” conseguenti al bere. Altri sintomi riguarderebbero il bere per sentirsi “normali”, un senso di preoccupazione circa l’alcol, un consumo rapido per un senso di sollievo e un vissuto caratterizzato da sentimenti di colpa (Sheehan e Owen, 1999). Nella fase cruciale, invece, diviene palese la perdita di controllo relativa al bere (Sheehan e Owen, 1999). Questa fase è caratterizzata da una ipervigilanza, una razionalizzazione e da periodi di rimorso (Sheehan e Owen, 1999). In sostanza, la persona con dipendenza da alcol sviluppa uno stile di vita centrato sul consumo di alcol stesso. La fase cronica, infine, è caratterizzata dalla presenza dei sintomi dei primi quattro stadi e da prolungati periodi di intossicazione, che risultano in un deterioramento etico, disfunzioni mnemoniche, traumi fisici e paure irrazionali (Sheehan e Owen, 1999). In questa fase si riscontra il deteriorarsi completo della vita sociale e lavorativa, le relazioni interpersonali cessano e la persona non è più in grado di essere produttiva. Secondo l’autore, se la persona non viene trattata, questo stadio risulterà in una disabilità irreversibile, oppure nella morte (Sheehan e Owen, 1999). Nel 1954, la American Medical Association (AMA) ha affermato che l’alcolismo è qualificato come una malattia (*illness*) (Blume et al., 2013). Al tempo, questo atto fu molto utile per porre un forte dubbio alla concezione della dipendenza come un “peccato morale” e di conseguenza aumentare la possibilità di trattamento per chi ne era affetto (Blume et al., 2013).

Per concludere, la dipendenza è definita come una malattia cronica e recidivante dalla quale non c’è cura medica, caratterizzata da una progressione di sintomi che peggiorano nel tempo e la cui gravità è spesso determinata dalla progressione dei sintomi fisiologici, tra cui la tolleranza e l’astinenza (Broadus e Evans, 2014; Blume et al., 2013). La tolleranza può essere definita come il “decremento relativo all’entità degli effetti della sostanza nel corso di successive somministrazioni della stessa dose di quella sostanza” (Craft e Lustyk, 2013, p. 177). Essa, quindi, si riferisce alla necessità di aumentare la dose di sostanza assunta per ottenere l’effetto desiderato (Craft e Lustyk, 2013). L’astinenza, invece, si riferisce a “un cluster di sintomi che risultano da reazioni biologiche avverse alla mancanza di sostanza nel sistema” (Craft e Lustyk, 2013, p. 183). Oltre a tali indicatori fisiologici, sono centrali i concetti di craving e di perdita di controllo. Il concetto di craving è stato studiato da Jellinek (Sheehan e Owen, 1999). Esso si riferisce a “una risposta fisiologica spesso

generata da processi di astinenza che creano un forte desiderio di ricerca e uso della sostanza” (Blume et al., 2013, p. 71). Per perdita di controllo, invece, ci si riferisce a “un processo che contribuisce all’inabilità del paziente di predire o controllare per quanto e quando metteranno in atto il comportamento legato alla dipendenza”, nonché un senso di impotenza nei confronti della sostanza stessa (Blume et al., 2013, p. 71). In questo frangente, si inserisce il discorso legato al tema della scelta nel fenomeno della dipendenza. Tale modello, come è evidente, esplica che l’assunzione di sostanza durante la “malattia” della dipendenza sia fondamentalmente un comportamento compulsivo, privo di una reale scelta individuale (Henden et al., 2013), situandosi in una posizione opposta rispetto a quanto detto sul modello morale.

Queste concettualizzazioni intendono la dipendenza da sostanze come una malattia, tuttavia non riconoscono un “luogo” specifico intaccato dalla malattia stessa. Negli ultimi anni del Ventesimo secolo, nel filone teorico del DMA, è sorta un nuovo modello molto influente, che pone le basi di questa malattia nel cervello.

### *5.2 Principali caratteristiche del Brain Disease Model of Addiction (BDMA)*

Il National Institute of Drug Abuse (NIDA) definisce la dipendenza come una malattia del cervello, di tipo cronico, caratterizzata dalla ricerca e uso della sostanza che ha una natura compulsiva, a prescindere delle conseguenze negative che questo comportamento può portare (National Institute of Drug Abuse, 2023). Nonostante la decisione iniziale possa essere considerata volontaria, il cambiamento cerebrale indotto dall’uso della sostanza mette in crisi l’auto-controllo della persona e interferisce con l’abilità di resistere al bisogno di assumere le sostanze. Inoltre, si specifica che questi cambiamenti possano essere persistenti e si spiega è questo il motivo per cui la dipendenza è considerabile una malattia recidivante: infatti, le persone in trattamento possono tornare a usare sostanze anche dopo molti anni di astinenza. Leshner nel 1997 pubblica un articolo fondamentale per la nascita di questa nuova forma del modello della malattia, ovvero “Addiction is a Brain Disease, and it matters”. Egli spiega che virtualmente tutte le droghe d’abuso hanno effetti simili,

legati a un *pathway* profondo all'interno del cervello, ovvero il sistema di ricompensa mesolimbico. Esso si estende dal tegmento ventrale al nucleus accumbens, con proiezioni ad aree come il sistema limbico e la corteccia orbitofrontale (Leshner, 1997) e coinvolge prevalentemente la dopamina (Hall, Carter e Forlini, 2015). Leshner (1997) riporta che la letteratura ha mostrato come l'attivazione di questo sistema sia l'elemento comune che fa continuare la persona ad assumere sostanze. L'uso prolungato di sostanze causa dei cambiamenti pervasivi e permanenti, che durano anche dopo la cessazione dell'assunzione di sostanze (Leshner, 1997). A un certo momento, a causa dell'adattamento cellulare, vi è un metaforico passaggio dall'uso all'abuso e in questo momento il cervello diventa fondamentalmente alterato (Sheehan e Owen, 1999). Questo genera numerose differenze tra il cervello di una persona con dipendenza e una persona con nessuna dipendenza. Leshner sostiene che il fatto che la dipendenza sia legata ai cambiamenti nella struttura cerebrale è quanto la rende una malattia del cervello (Leshner, 1997). La ricerca ha mostrato che questi cambiamenti permanenti nel cervello occorrono in quanto spesso la dipendenza viene instaurata durante l'adolescenza, un periodo in cui il cervello è particolarmente plastico e questo porterebbe al consolidarsi dei meccanismi prima citati nell'identità cerebrale dell'individuo (Volkow, Koobm e McLellan, 2022). Inoltre, alcuni fattori possono essere più predisponenti rispetto ad altri nell'indurre dipendenza, come il già citato novelty seeking (Volkow et al., 2022).

Occorre sottolineare che Leshner nel suo celebre articolo riconosce il ruolo del contesto sociale, di fattori psicologici come il condizionamento classico e della necessità che i trattamenti includano elementi biologici, comportamentali e socio-contestuali. Tuttavia, è chiaro il framework medico e medicalizzante che sta alla base del modello: non a caso, Leshner spesso usa come paragoni malattie quali il diabete, l'ipertensione cronica, l'infarto, l'Alzheimer e la schizofrenia (Leshner, 1997). Questo viene ribadito anche dal NIDA, che afferma l'incurabilità della malattia: “come la maggior parte delle malattie croniche, come il diabete, l'asma o la malattia cardiaca, il trattamento per la dipendenza da droghe non è una cura. Tuttavia, la dipendenza è trattabile e può essere gestita con successo” (National Institute of Drug Abuse).

Nonostante il successo di questo modello, le evidenze empiriche sembrano più ambigue. Da

una parte, ci sono dei risultati che paiono fortemente supportare le istanze del BDMA. Ad esempio, le scoperte relative ai circuiti neurali coinvolti nella dipendenza derivano da studi fatti su animali, nei quali si osservava che l'auto-somministrazione di sostanze potenzialmente in grado di creare dipendenza nei ratti diminuiva in seguito alla stimolazione elettrica dei centri della ricompensa (Hall et al., 2015). Inoltre, hanno mostrato delle similarità con la dipendenza umana, come il fenomeno della tolleranza. Tuttavia, questi studi erano caratterizzati da condizioni ambientali molto minimali e standard per gli animali in questione, mentre è possibile che i ratti si comportino in maniera diversa in ambienti più ricchi (Hall et al., 2015). In studi di neuroimaging, invece, è stato osservato che i cambiamenti cerebrali sembrano persistere anche parecchio tempo dopo una lunga astinenza e sono usati per spiegare le frequenti ricadute presenti nel fenomeno della dipendenza (Hall et al., 2015). Tuttavia, alcuni studi hanno mostrato dei problemi nel replicare questi risultati positivi (Hall et al., 2015). Inoltre, studi sui gemelli hanno indicato che il fattore genetico contribuisce al rischio di sviluppare dipendenza da alcol, nicotina e cannabis, stimando un'ereditarietà del 40-60% (Hall et al., 2015). Tuttavia, pare che la predizione genetica del rischio di malattia sia improbabile (Hall et al., 2015).

D'altro canto, ci sono anche delle perplessità relative ad alcune caratteristiche del modello. Ad esempio, alcuni ricercatori criticano il fatto che la dipendenza sia considerata una malattia cronica. Heyman (si vedano Hall et al., 2015, p. 3) riporta che spesso le persone con diagnosi SUD sono in astinenza da molto tempo al momento in cui sono intervistati negli studi epidemiologici e spesso hanno raggiunto la "sobrietà" in maniera autonoma. Inoltre, viene spesso citato il caso dei veterani della guerra del Vietnam, i quali usavano spesso eroina durante la permanenza in Vietnam, mentre hanno cessato non appena tornati in patria (Robins, 1993). Questi risultati possono essere integrati nel BDMA se si tiene conto della differente gravità del disturbo, considerando cronici solo i casi di dipendenza più gravi (Hall et al., 2015). Tuttavia, rimane il dubbio circa la possibile cronicità di tale "malattia". Un'altra questione riguarda il fatto che il comportamento di assunzione della sostanza diventi compulsivo, quindi privo di controllo. Ad esempio, uno studio ha mostrato che piccoli incentivi economici a non usare la sostanza in certi casi bastavano per ottenere urine pulite (Hall et al., 2015). Infine, diverse prospettive ottimistiche circa la creazione di

vaccini, di nuovi farmaci basati sul BDMA, interventi diretti sul cervello hanno incontrato, in questi ultimi anni, risultati tiepidi, se non deludenti (Hall et al., 2015). E la complessità della neurobiologia della dipendenza è andata aumentando dalla proposta del modello ai giorni nostri, rendendo questa formulazione inadatta a tener conto della varietà del fenomeno.

### *5.3 Conclusione seconda parte: i modelli della dipendenza e il loro valore socio-culturale*

Questa breve disamina dei principali modelli della dipendenza in letteratura, con una particolare attenzione posta al modello della malattia, ci permette di gettare un primo sguardo a come la credenza in un certo tipo di modello (e quindi nella rispettiva definizione di cosa sia la dipendenza) possa influenzare gli atteggiamenti e lo stigma nei confronti delle persone con dipendenza. West (2001) sostiene che la dipendenza sia un costrutto socialmente definito, influenzato dal tempo, dalla ricerca e dalla cultura. Occorre, quindi, spostarci da una visione di questi modelli come meri prodotti della ricerca scientifica ed entrare nel regno degli atteggiamenti pubblici. Infatti, insieme alla definizione scientifica del fenomeno della dipendenza, sono cambiati gli atteggiamenti e le credenze riguardanti la dipendenza stessa (Broadus e Evans, 2014). I modelli della dipendenza riflettono i cambiamenti di atteggiamenti verso la dipendenza, con alcune credenze che sottolineano i fattori eziologici, la prognosi, la responsabilità individuale, ecc. (Broadus e Evans, 2014). Quindi, essi non sono mero oggetto di dibattito intellettuale, ma determinano sia come la dipendenza viene concepita, gestita e trattata, sia come viene guardata. Nel prossimo capitolo, vedremo le speranze e i fallimenti del concepire la dipendenza come una malattia rispetto alla riduzione dello stigma.

### **PARTE 3: IL MODELLO DELLA MALATTIA E LO STIGMA**

*Introduzione al modello della malattia come riduzione dello stigma*

In quest'ultima parte, suddivisa in due capitoli, in primo luogo mostrerò quali sono gli argomenti portati a favore dell'efficacia del DMA nel ridurre lo stigma e le relative critiche, unendo all'argomentazione i risultati derivati dalla letteratura sullo stigma legato alla salute mentale. Nell'ultimo capitolo, invece, mostrerò i risultati degli articoli che trattano del rapporto fra il DMA e la riduzione dello stigma, cercando di trarne qualche conclusione. Utilizzerò come metodo di indagine l'analisi narrativa, in quanto più libera e adatta all'esiguo numero e all'eterogenea forma degli studi condotti in questo campo. Infine, per concludere il trattato, farò qualche riflessione finale circa la visione di dipendenza che ha percorso questo scritto e la mia opinione sulla direzione che dovrebbe prendere la ricerca sulla riduzione dello stigma della dipendenza.

## CAPITOLO 6: IL DMA E LO STIGMA: UNA PREMESSA TEORICA

### *6.1 Le tesi a favore del DMA come strategia di riduzione dello stigma*

Per alcuni studiosi, avere un'idea della dipendenza coerente con quanto dipinto dal disease model avrebbe come effetto una diminuzione dello stigma. Negli Stati Uniti, termini medici come “malattia del cervello cronica e recidivante” o “disturbo” sono stati utilizzati da organi istituzionali come il già citato NIDA, con il tentativo di mitigare lo stigma riguardante la dipendenza e l'uso problematico di sostanze (Kelly, Greene e Aby, 2020). Inoltre, nel secolo scorso, alcuni autori hanno addirittura pensato che la definizione della dipendenza come malattia avesse scopi soprattutto sociali, più che eziologici e utili a comprendere il fenomeno (Crawfor e Heather, 1987; Pattison, 1969). E' utile capire quali siano le ragioni che spingono tali autori a vedere nell'accettazione di un modello medicalizzato come il DMA (e il BDMA) una conseguente riduzione dello stigma e un miglioramento della condizione sociale del tossicodipendente.

Una prima motivazione riguarda l'assenza di moralizzazione presente nel disease model (Sheehan e Owen, 1999). Come ho mostrato nella prima parte di questa trattazione, una parte dello stigma relativo alle persone con dipendenza sta nel vederle come persone deboli, moralmente corrotte. Secondo i sostenitori del modello, promuovere il disease model demolirebbe questa credenza (Matthews, 2019), poiché le persone con dipendenza non sarebbero più viste come persone moralmente corrotte, ma come persone malate da curare (Leshner, 1997). A questo si associa la previsione che l'integrare in modo sempre più sistematico la dipendenza nella pratica medica avrebbe come risultato una riduzione generale dello stigma (J. D. Avery, 2019). Naturalmente, questa operazione sarebbe legata a un trasferimento della dipendenza dal campo morale a quello medico-scientifico. Questa prima grande motivazione che spinge alcuni autori a sostenere il DMA come soluzione allo stigma è coerente con la storia della comprensione del fenomeno dipendenza. Infatti, come già ho mostrato nello scorso capitolo, il modello della malattia è il primo modello scientifico apparso in Occidente con l'obiettivo di comprendere la dipendenza: è stato il

primo modello che ha tentato di de-moralizzare la dipendenza stessa (Blume et al., 2013). Considerando che aspetti moralizzanti e giudicanti sono ancora molto presenti, come è evidente dalla forma dello stigma delle dipendenze, allora è comprensibile perché il DMA paia uno sguardo de-stigmatizzante e non giudicante, di beneficio per la persona con dipendenza.

Un'altra motivazione riguarda l'assenza di responsabilizzazione e colpevolizzazione (Pickard, 2017). Logicamente, se una persona non è ritenuta responsabile del comportamento di assunzione della sostanza (che il modello vede come "compulsivo"), allora non è nemmeno colpevole. Questo dovrebbe ancora una volta eradicare le credenze circa la debolezza e l'incapacità di scelta delle persone con dipendenza.

Un modello biomedico come il DMA risulterebbe in una riduzione dello stigma perché ridurrebbe la colpevolizzazione, la rabbia moralistica e i conseguenti trattamenti punitivi nei confronti delle persone con dipendenza (Kvaale, Haslam e Gottdiener, 2013). La riduzione della colpa e delle sue conseguenze giacerebbe nella teoria dell'attribuzione causale, formulata in primo luogo da Heider (1957), il quale sosteneva che gli esseri umani hanno un bisogno psicologico di fornire spiegazioni causali agli eventi a cui assistono. Diverse attribuzioni causali possono elicitare diverse risposte da parte dell'individuo. In questo caso, attribuire cause biologiche incontrollabili all'individuo de-responsabilizzerebbe gli individui stessi, in quanto i comportamenti manifestati dalle persone con dipendenza non deriverebbero più da loro devianze morali, ma dalle suddette cause biologiche incontrollabili (Kvaale et al., 2013; Weiner, Perry e Magnusson, 1988). Infine, è possibile analizzare l'impatto del BDMA sulla public policy, in particolare quella americana. Un esempio riguarda lo stabilizzare l'età legale per bere alcolici a 21 anni e l'intento di fare la stessa operazione per quanto riguarda il consumo di tabacco. Questo verrebbe giustificato dal fatto che i network prefrontali critici per il giudizio e l'auto-regolazione non maturano completamente prima dei 21-25 anni (Volvow et al., 2022). Inoltre, il BDMA ha avuto un ruolo attivo nella promozione di importanti iniziative per la salute pubblica e il trattamento della dipendenza, come il Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA) e l'Affordable Care Act (Volkow et al., 2022), anche se è ancora presto per valutare l'effettivo impatto di queste due policies.

Da ciò emerge l'importante ruolo che ha avuto il modello nel far rientrare la dipendenza nel dibattito intorno alla salute mentale e pubblica, ma il suo effetto circa la riduzione dello stigma sui tre livelli trattati non è così chiara come potrebbe sembrare.

### *6.2 Le tesi contro il DMA come strategia di riduzione dello stigma*

Secondo alcuni autori, le prospettive biomediche relative a problematiche di salute mentale hanno profondamente modellato il modo in cui queste ultime sono comprese e di conseguenza trattate (Kvaale et al., 2013). Il DMA può essere iscritto in questi tentativi di medicalizzare fenomeni relativi alla vita psicosociale e alla devianza, in un clima proliferante di categorie diagnostiche riguardanti la miseria umana (Kvaale et al., 2013). Tuttavia, l'ipotesi che la credenza nel DMA possa eliminare lo stigma non convince molti studiosi del settore. Da una parte, pare convincente il ruolo di queste spiegazioni nel ridurre la colpevolizzazione delle vittime di stigma. Tuttavia, paiono emergere altri problemi. Un grande problema che ho notato nell'esporre le precedenti argomentazioni riguarda la visione ristretta della definizione di stigma adottato dai sostenitori del DMA. Come ho mostrato nella prima parte di questa trattazione, lo stigma legato alle dipendenze è composto da diversi elementi e si ritrova ad agire in diverse forme. I sostenitori del DMA, invece, si concentrano su una parte ristretta dello stigma, legato soprattutto ad aspetti moralizzanti e colpevolizzanti. Ma siccome lo stigma è un fenomeno sfaccettato e complesso, concentrarsi su aspetti singoli e limitati potrebbe far giungere a conclusioni errate o quantomeno eccessivamente ottimistiche.

Inoltre, i sostenitori del DMA sono preoccupati che rifiutare l'ipotesi del comportamento compulsivo significhi colpevolizzazione e moralizzazione (Heather, 2017). Come è stato visto nei capitoli precedenti, il DMA si colloca a un estremo del continuum "scelta-compulsione", mentre altri modelli si collocano in posizioni più intermedie o addirittura verso l'altro estremo. Ma rifiutare la compulsione significa ristabilire la responsabilità individuale per il proprio comportamento e non necessariamente la colpevolizzazione (Lewis, 2018; Pickard, 2017). Quindi, l'ipotesi del comportamento compulsivo del DMA

potrebbe non essere l'unica via per ridurre la colpevolizzazione e la moralizzazione legata alla dipendenza. E forse neanche la via migliore.

Kvaale et al. (2013) hanno condotto una meta-analisi sul ruolo delle spiegazioni biogenetiche nella riduzione dello stigma dei disturbi mentali. Il loro discorso ci risulta molto utile perché, in primo luogo, lo stigma della dipendenza e lo stigma legato ai disturbi mentali condividono certi aspetti, come già enunciato nel primo capitolo. Inoltre, il DMA, soprattutto nella sua formulazione contemporanea, pone le sue radici in una visione del mondo medicalizzante, dà molta importanza ai fattori biologici e genetici e secondo il mio punto di vista può essere considerato a pieno titolo una spiegazione biogenetica di una condizione mentale. Quindi, le loro ipotesi e i loro risultati possono fungere da ipotesi di partenza riguardanti il ruolo del modello della malattia nella riduzione dello stigma.

In primo luogo, essi hanno osservato come il credere nei fondamenti biomedici dei disturbi mentali possa incrementare un pensiero essenzialista, ovvero la credenza che i membri di uno stesso gruppo condividano caratteristiche profonde, radicate, fisse e immutabili (Haslam, Rothschild e Ernst, 2000). Il pensiero essenzialista favorisce una componente fondamentale del processo di stigmatizzazione: la separazione noi-loro (Kvaale et al., 2013; Link e Phelan, 2001). Haslam (2011) fornisce una spiegazione del perché ciò avvenga. In primo luogo, egli sostiene che se le differenze tra le persone sono fisse e immutabili, allora si riduce la speranza che queste vengano meno. Inoltre, se sono viste come “naturali”, se ne deduce che vengano viste come fondamentalmente e moralmente corrette (Haslam, 2011). L'autore aggiunge anche che il pensiero essenzialista mostra i gruppi come categoricamente distinti. Quindi, ne consegue che le ragioni di tali differenze si collochino in profondità all'interno dell'identità sociale dei membri di tali gruppi (Haslam, 2011). Infine, è stato osservato che la tendenza a essenzializzare gli attributi umani è associata a una maggiore interiorizzazione degli stereotipi sociali (Bastian e Haslam, 2006). La forte impronta biomedica del DMA e l'importanza assegnata alla predisposizione genetica e al descrivere il cervello della persona con dipendenza come un “cervello malato” potrebbe incrementare un pensiero essenzialista. In particolare, due forme di essenzialismo sembrano adatte al nostro discorso, ovvero l'essenzialismo genetico e il neuroessenzialismo. Il primo si riferisce alla tendenza a inferire le caratteristiche di una persona come basate sul suo

“innato potenziale”, ovvero sulle sue basi genetiche (Dar-Nimrod e Heine, 2011). Il secondo si riferisce alla credenza che il cervello e le sue anomalie definiscano e determinino l'identità individuale (Haslam, 2011). Siccome stiamo parlando di stigma, un fenomeno che interessa l'intero corpo sociale, bisogna anche considerare come vengano apprese e trasmesse certe conoscenze. Se l'intento degli accademici e degli studiosi promotori del BDMA non è quello di implementare un pensiero essenzialista, è anche utile capire come i non addetti ai lavori recepiscono le informazioni legate al modello della malattia. Infatti, è noto come le informazioni relative alla genetica e alle neuroscienze siano spesso insufficientemente acquisite, mal comprese e con un effetti incerti sullo stigma (Lanie, Jayaratne, Sheldon, Kardian, Anderson, Felbaum e Petty, 2004; Sperduti, Crivellaro, Rossi e Biondoli, 2012; Phelan, Cruz-rojas e Reiff, 2011). Quindi, informazioni legate alla genetica e a immutabili differenze site nel cervello possono portare a un pensiero essenzialista, il quale favorisce lo stigma, in particolare in uno dei modi spesso usati in letteratura per rilevarlo, ovvero la distanza sociale (Kvaale et al., 2013; Link, Yang, Phelan e Collins, 2004).

Un altro aspetto rilevante riguarda il pessimismo prognostico. Esso si riferisce a un'aspettativa negativa riguardante un esito fausto relativo a una certa patologia, è legato a un senso di pessimismo relativo ad eventuali miglioramenti, a scarse probabilità di guarigione, a una bassa trattabilità e una lunga durata del problema e può anche riferirsi a una mancanza di abilità nel gestire o superare le proprie difficoltà (Kvaale et al., 2013). Sempre nella meta-analisi di Kvaale et al. (2013), è stato osservato che le spiegazioni biogenetiche relative ai disturbi mentali incrementavano il pessimismo prognostico. Oltre al pericolo relativo alla profezia che si auto-avvera e alla riduzione dell'autoefficacia (che qui non tratterò), questo aspetto è rilevante al nostro discorso, poiché persone percepite senza speranza potrebbero essere ulteriormente allontanate e separate dai “normali” della società, andando a contribuire allo stigma.

Un altro aspetto rilevato dalla meta-analisi di Kvaale et al. (2013) riguarda la percezione di pericolosità. E' bene ricordare come le persone con dipendenza siano viste come imprevedibili e pericolose. Una componente rilevante del DMA è la caratteristica ipotesi del comportamento compulsivo relativo alla ricerca e all'assunzione della sostanza, che

quindi sfugge al controllo dell'individuo, giustificato dai cambiamenti cerebrali osservati in studi neuroscientifici (Leshner, 1997), seppur con qualche riserva (Hall et al., 2015). Spiegare il comportamento di chi ha una dipendenza come mera compulsione e la dipendenza come una malattia del cervello cronica recidivante potrebbe alimentare la percezione di imprevedibilità e pericolosità delle persone tossicodipendenti (Kelly, 2021). Quindi, utilizzare spiegazioni biomediche potrebbero rinforzare gli stereotipi relativi alla pericolosità (Kvaale et al., 2013). Il senso di paura provato nei confronti di queste persone non verrebbe, quindi, diminuito. In effetti, la meta-analisi di Kvaale et al. (2013) ha riportato questi risultati alquanto preoccupanti e in potenziale disaccordo con le tesi promosse dai sostenitori del DMA.

Nel loro fondamentale articolo relativo alla definizione operativa di stigma, Link e Phelan (2001) sottolineavano come una sua componente fondamentale sia “l'etichettamento” (*label*). Seppur con altri linguaggi rispetto al modello morale, il DMA mantiene una forte etichetta sulla persona con dipendenza, ponendo su di essa il suo label diagnostico di malattia incurabile (Young, 2011). Inoltre, Fraser, Pienaar, Dilkes-Frayne, Moor, Kokanovic, Treloar e Dunlop (2017) hanno trovato sorprendente l'idea che etichettare la dipendenza come malattia possa ridurre lo stigma, in quanto è noto nel campo della sociologia della salute quanto la condizione di “malato” sia già di per sé stigmatizzante. Essi suggeriscono di ragionare sul ruolo sociale e sociologico dello stigma, un ruolo di controllo e differenziazione, legato al controllo, al potere e alla disuguaglianza (Fraser et al., 2017). Per loro, il modello della malattia passerebbe semplicemente dalla criminalizzazione alla patologizzazione della dipendenza (Fraser et al., 2017).

## CAPITOLO 7: IL DMA E LO STIGMA: LA RICERCA EMPIRICA

### *7.1 Una narrative review del rapporto fra DMA e riduzione dello stigma*

Seppur la promozione del modello della malattia sia visto da alcuni autori come un metodo efficace per ridurre lo stigma, quanto è emerso dalla mia revisione è che il rapporto fra questi due elementi è poco studiato e, come vedremo, con esiti ambigui e non favorevoli. Soltanto negli ultimi anni, insieme alle critiche mosse al DMA e il sorgere di modelli alternativi, i ricercatori hanno provato a indagare che rapporto sussiste fra il credere che la dipendenza sia una malattia e lo stigma. In questo paragrafo esporrò cosa è emerso da questi studi, al fine di provare a trarre una conclusione e rispondere alla domanda che muove questo breve trattato. Per gli articoli prodotti attualmente, dovrò concentrarmi prevalentemente su alcuni aspetti dello stigma e soprattutto sul public stigma.

Il primo studio che riporto è una ricerca condotta da Crawford e Heather (1987) nel contesto inglese. Essi si erano posti quattro obiettivi principali, ovvero: misurare il grado di accettazione dell'epoca della concezione di alcolismo come malattia nel Regno Unito, confrontandolo con il contesto statunitense; esaminare la relazione fra l'interiorizzazione delle concezioni di dipendenza da alcol come malattia o come debolezza morale; investigare la relazione fra la desiderabilità sociale e l'interiorizzazione del concetto di alcolismo come malattia e infine indagare la relazione fra l'interiorizzazione del concetto di alcolismo come malattia e l'espressione di atteggiamenti positivi riguardo le persone con tale dipendenza. Gli autori hanno reclutato 200 partecipanti, a cui è stato somministrato l'Attitudes and Beliefs About Alcoholism and Alcoholics Questionnaire, uno strumento che indaga fattori come le concezioni di alcolismo (malattia, peccato, abitudine, dipendenza da sostanza), l'eziologia dell'alcolismo (fisica con focus nel corpo più che nella mente, inadeguatezza personologica, psicosociale, debolezza morale, ereditaria), gli atteggiamenti verso le persone con dipendenza (in particolare, si indagava la misura per cui tali individui fossero percepiti come meritevoli di compassione e interventi pubblici) e la desiderabilità sociale, con uno strumento specifico sviluppato da Crowne e Marlowe (1960). Tale

indagine riporta che, seppur la maggior parte degli inglesi concepisse l'alcolismo come una malattia, le credenze nella debolezza morale di persone con questa dipendenza persistevano nel campione, a differenza della letteratura prodotta negli USA, dove l'accettazione del modello al tempo era già più radicata (Crawfor e Heather 1987; Orcutt, 1976). Questo risultato pone alcuni dubbi sull'efficacia del modello nel ridurre la moralizzazione della dipendenza, come già riscontrato nella letteratura sulla malattia mentale (Loughman e Haslam, 2018). Inoltre, un altro risultato d'interesse riguarda il rapporto fra l'accettazione del modello e la desiderabilità sociale. Infatti, gli autori hanno riscontrato che una maggior accettazione del modello non produceva maggior desiderabilità sociale nei confronti delle persone con alcolismo, né atteggiamenti empatici o di offerta d'aiuto con il coinvolgimento di fondi pubblici, a differenza di quanto promosso dai sostenitori del modello della malattia (Crawfor e Heather, 1987).

Un altro studio, condotto da Lanzillotta-Rangeley, Zeller, Beachler, Litwin, Clark e Stem (2021), si è concentrato sulla dipendenza da oppiacei, in un contesto come quello statunitense che in questi anni sta affrontando un situazione estremamente complessa con queste sostanze. Gli autori hanno ipotizzato che coloro che accettavano la definizione di dipendenza coerente con il BDMA accettassero maggiormente interventi evidence-based e di riduzione del danno, minor marginalizzazione e stigmatizzazione. Gli autori hanno somministrato un questionario con domande raggruppate in 5 sotto-categorie, ovvero domande relative allo stigma (sviluppate dalle evidenze riportate da Corrigan, Schomerus, Schuman, Kraus, Perlick, Harnish e Smelson, 2017), domande relative alla conoscenza del BDMA e domande relative alle pratiche di riduzione del danno. Per quanto riguarda le domande relative allo stigma, quelle più interessanti ai fini del nostro discorso, esse si rifacevano ai seguenti statements: “vivrei con piacere nello stesso quartiere con una persona con un disturbo da uso di sostanze (SUD)”; “i SUD affliggono soltanto persone con basso status economico”; “riuscirei a individuare facilmente un individuo della mia comunità con un SUD”; “sarei imbarazzato nel dire che qualcuno vicino a me soffre di disturbo da uso di sostanze”; “gli individui con SUD sono probabilmente pericolosi”; “un individuo con SUD dovrebbe avere gli stessi diritti nel mondo del lavoro rispetto a tutti gli altri”; “è importante

per gli individui con SUD essere parte di una comunità supportiva”. E’ stato osservato che chi non concordava con il fatto che il SUD fosse una “vera malattia”, soltanto il 31% avrebbe vissuto nello stesso quartiere con persone con dipendenza, soltanto il 20% credevano che avrebbero dovuto avere gli stessi diritti degli altri in campo lavorativo e il 61% credeva nella loro pericolosità.. E’ da specificare che anche chi credeva che il SUD fosse una vera malattia portava atteggiamenti stigmatizzati. Infatti, tra essi, soltanto il 54% avrebbero voluto vivere nello stesso quartiere di una persona con dipendenza e il 59% credevano nell’equità dei diritti economici fra chi ha dipendenza e chi non ce l’ha. Tuttavia, meno di un terzo di loro credeva che le persone con dipendenza fosse pericolose. Il tema della marginalizzazione, invece, non differiva nei due gruppi. Quindi, possiamo dire che essi hanno individuato che fra gli abitanti di una comunità rurale americana, chi credeva che la dipendenza fosse una “vera malattia” come il diabete o il cancro, portasse atteggiamenti meno stigmatizzanti nei confronti delle persone con dipendenza rispetto a chi non vi credesse, aveva minor timore della distanza sociale, minor percezione di pericolosità e minor credenze discriminatorie.. La dicotomia espressa nelle misure di questo studio può essere considerato un limite, in quanto i partecipanti potevano rispondere solamente con “in accordo” o con “in disaccordo” con le frasi del questionario. Un altro limite consta nell’aver ancora una volta limitato il campo di indagine circa lo stigma, restringendo parecchio le caratteristiche tipiche degli stereotipi relativi allo stigma della dipendenza, nonché non aver indagato direttamente le reazioni emotive provate nei confronti di queste persone. Risulta, invece, interessante la non differenza relativa al tema della marginalizzazione espresso nei due gruppi, facendoci intendere che la credenza che la dipendenza sia una malattia non riesca sradicare questo aspetto comportamentale dello stigma, mettendo dei dubbi sui risultati circa la distanza sociale.

Uno studio di Schomerus, Matschinger e Hangermayer (2013) ha trovato che la credenza in fattori causali biogenetici per la dipendenza da alcol fosse legata a un’accettazione sociale maggiore rispetto allo stress e a traumi infantili, tuttavia, in modo imprevisto con quanto ipotizzato dal modello. Gli autori infatti, avevano ipotizzato una relazione fra la credenza in

determinate cause e l'accettazione sociale (misura equivalente all'inverso l'inverso di quelle relative alla distanza sociale) mediata da fattori quali la responsabilità individuale, la pericolosità, la differenziazione noi-loro e la trattabilità (Schomerus et al., 2013). I risultati positivi, se ben osservati però, mostrano che le relazioni fra la credenza in una causa biogenetica dell'alcolismo e i mediatori appena descritti non sono coerenti con le previsioni del modello della malattia. Sono stati trovati due effetti indiretti significativi: un effetto positivo mediato dalla riduzione della responsabilità individuale (coerente con altri risultati già esposti), ma anche una maggior percezione di pericolosità. Inoltre, se si osservano solo le relazioni fra la credenza nelle cause biogenetiche e i mediatori, notiamo una relazione negativa con la responsabilità individuale, una relazione positiva con la differenziazione e con la pericolosità e una negativa con la trattabilità. Infine, è stato osservato un effetto diretto positivo fra le credenze in queste cause biogenetiche e il grado di accettazione sociale. Quindi, seppur il legame fra la credenza in fattori causali biogenetici per la dipendenza da alcol fosse legata a un'accettazione sociale maggiore rispetto agli altri antecedenti, non è chiaro il motivo di questa relazione, poiché i mediatori ipotizzati (che ricordano quanto presente nello stigma delle dipendenze trattato nel primo capitolo e con quanto emerso dalla letteratura relativa alla salute mentale) non seguono quanto previsto dall'ipotesi del modello. Sarebbe interessante indagare i motivi del perché questo accade.

In uno studio di Speerforck, Schomerus, Pruess e Angermeyer (2014) sono state indagate le relazioni fra la credenza in tre terminologie di tipo biologico come "chemical imbalance of the brain", "disease" e "heredity" come cause di tre differenti condizioni: la schizofrenia, la depressione e la dipendenza da alcol. I risultati interessanti al nostro discorso riguardano ovviamente la dipendenza da alcol. In questo caso, gli autori hanno osservato che le credenze relative a queste tre terminologie correlavano positivamente con l'accettazione sociale (ancora, l'inverso della distanza sociale). Questo risultato pare positivo per quanto riguarda gli aspetti discriminatori e comportamentali legati allo stigma sulle dipendenze e sono coerenti con quanto trovato nello studio prima trattato. Tuttavia, gli autori hanno osservato anche una correlazione positiva con reazioni emotive di rabbia e di paura (Speerforck et al., 2014). Ricordo che la reazione emotiva era stata aggiunta alle varie

componenti dello stigma nella definizione di Link e Phelan (2001) in un lavoro successivo, discusso nel primo capitolo, e soprattutto che sia la rabbia, sia la paura erano parti fondamentali dello stigma specifico legato alle dipendenze, come già precedentemente esplicitato. Anche in questo caso, quindi, otteniamo risultati ambigui riguardo l'efficacia o meno dell'utilizzo di termini affini al modello della malattia per mitigare lo stigma.

Uno studio di Meurk, Carter, Partridge, Lucke e Hall (2014) ha cercato una correlazione fra la credenza che la dipendenza sia una malattia e/o una malattia del cervello e lo stigma. Gli autori hanno intervistato telefonicamente 1263 partecipanti e hanno posto loro un questionario in cui venivano indagati le loro credenze verso le cause della dipendenza, il trattamento, il ruolo della coercizione e della punizione, lo stigma, la discriminazione e la pericolosità (Meurk et al., 2014). In questo studio gli autori separano la misura dello stigma e l'aspetto della discriminazione e della pericolosità, anche se nelle definizioni di stigma che ho fornito nella prima parte, queste ultime due sarebbero in realtà parte integrante del processo di stigmatizzazione. Gli autori hanno fatto riferimento alla dipendenza da due sostanze: in un caso l'alcol (una droga legale comune) e l'eroina (una droga conosciuta e illegale) (Meurk et al., 2014). Per quanto riguarda lo stigma, la discriminazione e la pericolosità, gli autori hanno utilizzato una variazione del Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ), strumento che contiene cinque domande le quali indagano atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti della salute mentale di un individuo. Le domande riguardano la carriera, la volontà di un contatto sociale con la persona con dipendenza e problemi familiari/legali. Gli autori, inoltre, hanno creato tre variabili con il fine di misurare l'eziologia della dipendenza: biologica, se causata dalla chimica del cervello o da ereditarietà genetica; socio-ambientale, se causata dal modo in cui una persona è stata cresciuta o dallo stress; qualità personali, includenti problemi psicologici, una personalità potenzialmente *addictive* e un brutto carattere (Meurk et al., 2014). Come già possiamo osservare, queste tre variabili non si sovrappongono ad alcuni fra i modelli analizzati nella seconda parte, seppur li possano ricordare. Quindi, non ci è possibile fare un discorso più ampio. Tuttavia, la prima variabile, la quale contiene aspetti quali la chimica del cervello e l'ereditarietà, comprende degli aspetti del modello della malattia. Gli autori hanno

osservato che la credenza che la dipendenza sia una malattia o una malattia del cervello non correlava in modo significativo con il supporto di pratiche punitive e coercitive (Meurk et al., 2014). Ci tengo a specificare che l'assenza di correlazione non vale come una correlazione negativa, che sarebbe in questo caso più auspicabile e coerente con quanto propugnato dai sostenitori del DMA. Tuttavia, è un risultato più incoraggiante rispetto alla correlazione positiva fra la credenza che la dipendenza sia caratterizzata da qualità personali (che contiene anche aspetti leggermente moralizzanti, come “*bad character*”) e il supporto di strategie punitive e coercitive. Inoltre, è stato individuato che le persone che credevano che la dipendenza fosse causata da fattori biologici e ambientali più probabilmente si sentirebbero a loro agio con persone con dipendenza rispetto a chi crede che la dipendenza sia dovuta a qualità personali (Meurk et al., 2014). Tuttavia, vi sono due cose da specificare. In primo luogo, da un precedente studio condotto da Meurk, Carter, Hall e Lucke (2014) è emersa una concezione generale di dipendenza come un fenomeno multi-sfaccettato, tenente conto della complessità delle cause della dipendenza, il che suggerisce una conoscenza non riduzionista del fenomeno. Inoltre, i risultati di questo studio appena citato suggeriscono che una ricezione delle spiegazioni neurobiologiche a livello popolare non ha come conseguenza necessaria una produzione di cambiamenti concettuali rilevanti nelle credenze circa la dipendenza (Meurk et al., 2014). Infine, nello studio di partenza, Meurk et al. hanno indagato il ruolo dell'applicazione di etichette circa “malattia” o “malattia del cervello”. In questo caso, quindi, si è osservato che spiegazioni di tipo biologico possano essere benefiche nella riduzione di certe componenti dello stigma, tuttavia quando entrava in gioco l'etichetta “malattia” questa correlazione positiva non si ripeteva. Inoltre, i risultati sono coerenti con la ricerca precedente nel confermare che le spiegazioni neuroscientifiche della dipendenza non andavano a scardinare vecchie credenze, ma ad esse si univano nella comprensione popolare del fenomeno. Inoltre, sono state individuate delle grandi differenze fra il supporto di pratiche mediche “nuove” in relazione al tipo di droga di riferimento, ovvero alcol o eroina (come poteva ben essere previsto, dato che la seconda è caratterizzato da uno stigma molto più forte della prima, in accordo con Meurk et al. 2014). Quindi, da una parte, i risultati non supportano l'idea che etichettare la dipendenza come malattia del cervello comporti una riduzione dello stigma,

ma allo stesso tempo comunicare gli aspetti biologici della dipendenza potrebbe avere un effetto benefico sulla riduzione dello stigma, almeno per quanto riguarda la dipendenza da alcol (Meurk, 2014).

Negli ultimi anni, sono stati pubblicati tre studi fondamentali per dare avvio a una ricerca più diretta e meno caotica sul rapporto fra il DMA e lo stigma. Il primo che andrò ad analizzare è lo studio pubblicato da Kelly et al. (2021), i quali hanno indagato il rapporto fra sei diversi modi di descrivere la dipendenza e alcune componenti dello stigma. I partecipanti leggevano una delle possibili dodici vignette (6 termini x 2 generi) descrittive di una persona con dipendenza da oppiacei e attualmente in trattamento. I termini utilizzati per descrivere la condizione del protagonista della vignetta erano: “chronically relapsing brain disease”, “brain disease”, “disease”, “illness”, “disorder” e “problem”. Un esempio della descrizione di una possibile vignetta è il seguente: “Alex stava avendo seri problemi a casa e al lavoro a causa dell’aumento del suo uso di oppiacei. Lui/lei è attualmente in un programma di trattamento dove sta imparando dallo staff che l’uso di droghe è meglio comprensibile come un (qua veniva inserito uno dei sei termini) che spesso impatta diverse aree della vita di una persona. Alex si impegna nel fare tutto ciò che può fare per assicurare il successo del trattamento. Nel frattempo, a lui/lei è stato chiesto dal counselor di pensare a cosa abbia imparato a proposito della sua comprensione del suo uso di oppiacei come (inserito uno dei sei termini)”. Dopo aver letto questa vignetta, i partecipanti rispondevano a 27 domande legate allo stigma, utilizzando lo Stigma and Attribution Assessment. Tali domande erano associate a cinque scale: colpevolizzazione (*blame*), distanza sociale, ottimismo prognostico, necessità di cure continue, pericolo percepito. Come possiamo già notare, questa misura dello stigma è parziale perché non copre tutti gli aspetti legati allo stigma delle dipendenze e la vignetta descrive una persona che sta cercando di “farsi curare”, fattore che potrebbe influire sull’atteggiamento che i partecipanti hanno espresso (Pennington, Monk, Hein, Rose, Gough, Clarke, Knibb, Patel, Rai, Pavat, Ali, Anastasiou, Asgari, Bate, Bourke, Boyles, Campbell, Fowler, Hester, Neio, McIntyre, Ogilvy, Renouf, Stafford, Toothill, Wong e Jones, 2023). Gli autori hanno osservato che il termine “chronically relapsing brain disease” era associato ai più bassi livelli di attribuzione di

colpa, mentre il più elevato era “problem”. Interessante è notare la forte differenza di attribuzione di colpa fra i termini “chronical relapsing brain disease” e “brain disease” con il mero termine “disease”, quest’ultimo con il più alto livello di attribuzione di colpa dopo “problem”. Gli autori non danno un’interpretazione esplicita a questo risultato, per me rilevante, ma probabilmente i termini “problem”, “illness” e “disorder”, insieme a “disease”, possono dare l’impressione che la persona abbia un malessere, ma non specificatamente biologico legato al cervello e quindi alle capacità decisionali dell’individuo. Sarebbe stato opportuno indagare cosa le persone intendessero per questi ultimi tre termini, abbastanza sovrapponibili nel linguaggio sia accademico, sia comune. In contrasto, i partecipanti nella condizione “problem” hanno mostrato maggior credenza che la persona possa uscire dalla sua condizione, indicatore dell’ottimismo prognostico, soprattutto in relazione al termine “chronically relapsing brain disease”. Inoltre, nella condizione “problem” la persona era vista come meno pericolosa, più in grado di recuperare uno stato di salute ottimale e meno bisognosa di cure continuative rispetto alla condizione “chronically relapsing brain disease”. Tuttavia, non è stata trovata alcuna differenza significativa nella percezione della distanza sociale fra i termini utilizzati. Questo è già un altro risultato importante, in quanto la distanza sociale è un importante indice dello stigma e questo studio pare suggerire che l’utilizzo di terminologie medicalizzanti non abbia l’effetto di ridurre questo aspetto fondamentale dello stigma.

Un altro studio fondamentale è quello svolto da Rundle, Cunningham e Hendershot (2021) ha indagato se la credenza nei punti caratteristici di cinque modelli eziologici della dipendenza (Morale, Malattia, Psicologico, Sociologico, Naturale) avessero un rapporto positivo o negativo con lo stigma. Lo studio consisteva in un survey online che aveva come target adulti statunitensi, canadesi e australiani, a cui venivano presentate diverse vignette su differenti stati di salute di una persona immaginaria. La vignetta relativa alla dipendenza da alcol era così posta: “Negli ultimi mesi, John/Jane ha sofferto di stanchezza, bassa energia e difficoltà nel portare avanti la sua routine quotidiana. Diverse volte, lui/lei ha provato a motivarsi, ma continua ad avere difficoltà nel mantenere i suoi impegni familiari. Recentemente, l’unica cosa che ha fatto star meglio John/Jane è bere alcol. Sua

moglie/marito ha notato questo suo comportamento peggiorare e l'ha spinto/a ad andare da un medico. Alla visita del medico, a John/Jane è stato diagnosticato un disturbo da uso di sostanze (una dipendenza da alcol). Il dottore gli/le dice che potrebbe essere una condizione potenzialmente a lungo termine e che potrebbe peggiorare nel tempo, ma potrebbe anche migliorare se lui/lei iniziasse subito un trattamento". Le altre vignette erano simili e comprendevano una versione in cui a John/Jane veniva diagnosticata la depressione, una in cui riceveva una doppia diagnosi depressione e dipendenza da alcol e una in cui gli/le veniva detto che aveva il diabete. Per il resto, erano molto simili. Gli autori hanno condotto delle analisi di regressione multipla per comprendere se la credenza in uno dei cinque modelli di dipendenza presi in considerazione predicesse un maggiore o minore stigma verso la dipendenza da alcol (Rundle et al., 2021). Per indagare le credenze nei modelli di stigma, gli autori hanno adottato il Public Attitudes About Addiction Survey, sviluppato da Broadus e Evans (2014), mentre per misurare il public stigma hanno utilizzato il Personal and Perceived Public Stigma Measure, uno strumento con 23 item suddiviso in quattro sottoscale: il public stigma percepito, lo stigma percepito relativo al trattamento, lo stigma personale stereotipico/pregiudiziale, lo stigma personale relativo alla discriminazione (Rundle et al., 2021). Un esempio dell'item della prima sottoscala è: "Le persone come John dovrebbero sentirsi imbarazzati per la loro situazione". Un esempio della seconda è: "Se le persone sapessero che John sta facendo questo trattamento, perderebbe degli amici". Un esempio della terza: "Quanto è probabile che John faccia qualcosa di violento a sé o agli altri" oppure "Le persone come John sono imprevedibili" o ancora "Stare accanto a John non mi farebbe sentire a mio agio". Queste sotto-scale coprono diversi stereotipi e pregiudizi enunciati nella prima parte, seppur non tutti e ne inserisce alcuni non negativi come "Le persone come John sono più creative degli altri" (uno stereotipo comune che si rifà all'antico mito del "genio e sregolatezza"). La quarta sottoscala, riferita alla discriminazione, ha item come: "Vorrei John come vicino di casa" oppure "Vorrei lavorare con John" o ancora "Vorrei che John sposasse qualcuno che conosco". Anche in questo caso, gli item coprono alcuni degli aspetti della discriminazione che abbiamo visto nella prima parte, ma non li esaurisce. Quindi, queste due sotto-scale vanno a individuare lo stigma diretto della persona che sta compilando il questionario e non a quanto percepisce.

Quanto gli autori hanno osservato era che il credere in un modello psicologico e naturale della dipendenza da alcol predicesse meno stigma, mentre il credere nel modello morale predicesse maggior stigma. Un risultato importante per quanto riguarda il nostro discorso è l'assenza di associazione fra il credere nel modello della malattia e lo stigma, risultato in contrasto con quanto previsto dai sostenitori del modello, i quali avevano previsto che il credere in questo modello avrebbe portato a una diminuzione dello stigma. Quindi, secondo quanto rilevato dagli autori, credere nei fattori caratterizzati il modello della malattia così riassunto da Broadus e Evans (2014) non ha come risultato una riduzione dello stigma.

Infine, come ultimo studio, riporto un paper di Pennington et al. (2023), i quali hanno analizzato i due studi precedenti e hanno indagato la relazione fra il disease model e lo stigma, isolando i diversi fattori utilizzati nei passati due studi, ovvero: la condizione di salute (uso di droghe vs preoccupazione sanitaria), etichettamento eziologico (*chronically relapsing brain disease vs problem*) e giudizi attribuiti (stabilità bassa o alta nel trattamento, quindi essere compliant o ambivalente). I partecipanti dovevano leggere una delle otto vignette, ricavate da un mix delle vignette utilizzate nei precedenti studi. Un esempio di tali vignette è il seguente: “Alex stava avendo seri problemi a casa e al lavoro relativamente al suo *uso di droghe/problemi di salute* (health concern). Ora è in un programma terapeutico/ha visitato un dottore dove ha compreso dallo staff che il suo *uso di droghe/problema di salute* è meglio compreso come *chronically relapsing brain disease/problem*, che spesso ha un impatto in diverse aree della vita di una persona. Alex è compliant nel fare ciò che può per assicurare un successo nel seguire il trattamento/Il dottore dice ad Alex che questa condizione è potenzialmente a lungo-termini e potrebbe peggiorare nel tempo, ma anche migliorare se inizia ora il trattamento. Nel frattempo, gli/le è stato chiesto di pensare a cosa hanno imparato riguardo al suo *uso di droghe/problema di salute* come un *chronically relapsing brain disease/problem*”. Per misurare lo stigma, gli autori hanno utilizzato lo Stigma and Attribution Assessment, utilizzato da Kelly et al. (2021) e il Personal and Perceived Public Stigma Measure, utilizzato da Rundle et al. (2021). Inoltre, per misurare la discriminazione, hanno utilizzato un test noto come Financial Discrimination Task (Jones, Hardman, Devlin, Pennington e

Robinson, 2022), il quale propone ricompense o punizioni in base alle performance di un certo individuo (in questo caso Alex, il protagonista della vignetta). Per quanto riguarda lo Stigma and Attribution Assessment, i partecipanti nella condizione “uso di droghe” hanno mostrato maggior distanza sociale, maggior pericolo percepito, ma minor colpevolizzazione. I partecipanti nella condizione “chronically relapsing brain disease.” hanno riportato maggior colpevolizzazione, in contrasto con quanto previsto dai sostenitori del DMA, mentre gli altri risultati erano inconcludenti, sia per le misure dello stigma, sia per il task sulla discriminazione. Infine, l’ultima variabile riguardante la i giudizi attribuiti ha riportato risultati inconcludenti, facendo presupporre che dipingere la persona come compliante riguardo un trattamento di successo, come nel caso di Kelly et al. (2021) oppure più ambivalente, come nel caso di Rundle et al. (2021) non generi differenze nell’outcome. I risultati, talvolta coerenti, talvolta incoerenti con quanto visto precedentemente, mostrano che l’utilizzo di diverse misure e variabili dipendenti può alterare i risultati e le conclusioni che ne possiamo trarre (Pennington et al., 2023). Questa è una questione di cui mi occuperò nel prossimo paragrafo.

### *7.2 Conclusione terza parte: credere che la dipendenza sia una malattia riduce lo stigma?*

Quanto emerge subito da questa breve rassegna è l’inconcludenza dei risultati empirici riguardo il rapporto fra il DMA e la riduzione dello stigma. In primo luogo, quasi tutti gli studi presi in considerazione hanno mostrato che la credenza che la dipendenza sia una malattia non ha portato a una riduzione dello stigma. Seppur questo non indica che il DMA sia dannoso, né inefficace, tuttavia dissona molto con le forti previsioni dei sostenitori del modello nel suo ruolo di riduzione dello stigma (Leshner, 1997). Lo studio di Rundle et al. (2021), ad esempio, ha mostrato come la credenza in alcuni punti chiave di altri modelli (e quindi un altro modo di vedere la dipendenza), come il modello naturale e il modello psicologico, siano più efficaci nel ridurre lo stigma rispetto al BDMA. Sarebbe interessante approfondire il rapporto fra questi diversi modi di intendere la dipendenza e lo stigma che in qualche modo si portano appresso.

Andando più nello specifico, però, possiamo notare diverse caratteristiche del difficile rapporto fra DMA e stigma. Alcuni studi hanno mostrato come l'utilizzo di termini medicalizzanti coerenti con le credenze legate al DMA possano avere un impatto positivo nel ridurre la colpevolizzazione della persona con dipendenza (Kelly et al., 2021; Schomerus et al., 2013), uno degli aspetti rilevanti nello stigma delle dipendenze. Questo è coerente con la meta-analisi relativa ai disturbi mentali di Kvaale et al. (2013), mostrata nello scorso capitolo, e ha una valenza anche storica importante nella de-moralizzazione della dipendenza. Come abbiamo già ripetuto, il DMA è stato il primo modello scientifico a contrapporsi alla concezione popolare che abbiamo chiamato modello morale della dipendenza, denso di discorsi sui valori e sulla mancanza di morale della persona che usa sostanze, permettendo l'avvio di ricerche scientifiche volte a comprendere questo complesso fenomeno. Tuttavia, i risultati relativi al ruolo del DMA nella diminuzione della colpevolizzazione della dipendenza non sono così "forti" come dovrebbero essere secondo le previsioni dei sostenitori del modello della malattia. Infatti, ho mostrato come in alcuni casi questo effetto riduttivo non venga nemmeno rilevato (Loughman et al., 2018; Pennington et al., 2023). Inoltre, il processo che porterebbe alla riduzione della colpevolizzazione passa per un aspetto pericoloso, che è la riduzione del libero arbitrio della persona con dipendenza (Cox, Klinger e Fadardi, 2017; Racine, Sattler e Escade, 2017; Vonasch, Clark, Lau, Vohs e Baumeister, 2017). Ovviamente, affermare che il comportamento di assunzione di sostanza diventi in un certo momento un comportamento compulsivo, quindi che rifugge al controllo individuale, logicamente dovrebbe avere come risultato la diminuzione della colpevolizzazione, poiché viene negata la responsabilità individuale (Lewis, 2017; Pickard, 2017). Ma come già visto, questa non è l'unica via percorribile, né la più sicura. Infatti, una de-responsabilizzazione potrebbe aumentare la percezione dell'aspetto di presunta "incoscienza" delle persone con dipendenza, aumentando, ad esempio, la percezione di pericolosità (Kelly et al., 2021; Schomerus et al., 2013; Speerforck et al., 2014; Kvaale et al., 2013). In questo senso, sarebbe utile quindi mantenere la responsabilità individuale delle condizioni della persona con dipendenze, senza però a essa affibbiare giudizi moralizzanti (Pickard, 2017).

Come ricordo, Link e Phelan (2001) hanno definito lo stigma come una convergenza di

processi e componenti, tra cui: “etichettamento” (*label*) delle varie differenze umane che popolano le società; credenze culturali dominanti in una certa società che collegano le persone etichettate ai relativi stereotipi negativi; un processo di categorizzazione e di separazione ingroup/outgroup; un’esperienza da parte di chi viene etichettato di una perdita di status e, lo stesso, deve subire forme di discriminazione. Oltre a questo, i due autori hanno aggiunto successivamente l’importanza della reazione emotiva del singolo (Link et al., 2004).

Come ricordato da Fraser et al. (2017), etichettare la dipendenza come una malattia non avrebbe un effetto positivo sullo stigma. Infatti, lo studio di Meurk et al. (2014) ha mostrato come l’etichettamento della condizione come “brain disease” o “disease” annullava gli effetti benefici che avevano le spiegazioni biologiche sulla riduzione dello stigma. Questo può avvenire sia perché la malattia è una condizione stigmatizzata in sé (Fraser et al., 2017), sia per motivi che riguardano il tipo specifico di malattia di cui si parla. Se da una parte, quindi, le spiegazioni biologiche della dipendenza, se ben comprese da chi riceve le informazioni, possono avere un effetto positivo sulla riduzione dello stigma (come riscontrato anche nello studio di Schomerus et al., 2013, e apparentemente in disaccordo con quanto rilevato dalla letteratura sui disturbi mentali, in particolare da Kvaale et al., 2013), l’etichettamento come “malattia” rischia di annullare questi benefici. Inoltre, non è chiaro perché queste spiegazioni avessero in questo caso un effetto positivo sullo stigma, quindi sarebbe necessario approfondire le ragioni per questo risultato inatteso e apparentemente incoerente con quanto detto fino ad ora..

Al ruolo dell’etichettamento si aggiunge un altro problema. Infatti, alcune caratteristiche del DMA e del BDMA potrebbero rinforzare alcuni stereotipi e atteggiamenti negativi riscontrati nello stigma relativo alla dipendenza. Ad esempio, il considerare la dipendenza come una malattia cronica e recidivante potrebbe portare ad alimentare un pessimismo prognostico, coerentemente con quanto riportato da alcuni studi (Kelly et al., 2021). Questo potrebbe rinforzare lo stereotipo che vede i tossicodipendenti degli irrecuperabili “falliti senza potenziale” e aggiungo che credere sia dovuto a un’alterazione permanente del cervello potrebbe addirittura rendere più gravoso scrostare di dosso questo aspetto dallo stigma del tossicomane, poiché ne essenzializzerebbe questa caratteristica. E già è stato

mostrato nel capitolo precedente quanto sia pericoloso l'essenzialismo nell'incrementare la distanza sociale, l'associazione a stereotipi negativi e la differenziazione ingroup/outgroup. Infatti, nello studio di Schomerus et al. (2013) è stata trovata una correlazione positiva fra la credenza in spiegazioni bio-genetiche (coerenti con il DMA) e la differenziazione noi-loro. Questo risultato non dovrebbe sorprendere. Se il modello prevede che il cervello del tossicodipendente sia malato, e quindi diverso dal cervello di una persona non-tossicodipendente, è naturale che si crei una separazione ingroup-outgroup fra i "sani" e i "non-sani". E come abbiamo visto nella prima parte, anche questa componente è fondamentale nel processo di stigmatizzazione (Link e Phelan, 2001). Quindi, possiamo ipotizzare che un altro motivo per cui il DMA e il BDMA non sembrano avere un impatto così forte sullo stigma è l'aumento della distanza fra chi ha una dipendenza e chi non ce l'ha.

Inoltre, Speerfork et al. (2014) hanno osservato che l'utilizzo di un termine come "chronic relapsing brain disease", coerente con quanto sostiene il BDMA, correla positivamente con reazioni emotive di paura e di rabbia, due componenti fondamentali legate allo stigma della dipendenza. Quindi, l'introduzione di una terminologia medicalizzante non solo pare non essere d'aiuto, ma addirittura aumentare queste reazioni emotive negative. Se ci si riflette, però, ha senso. Se una persona con dipendenza viene vista qualitativamente diversa da noi "sani" (perché ha un cervello malato) e posseduta da comportamenti compulsivi incontrollabili, è chiaro che non prevalgano atteggiamenti positivi, ma che si instaurino atteggiamenti negativi intergruppi diretti verso l'outgroup dei tossicodipendenti.

I comportamenti discriminatori sono stati poco analizzati negli studi che ho riportato. Nello studio di Pennington et al. (2023) sono emersi risultati inconcludenti. Nel Financial Discrimination Task non vi erano differenze significative fra chi concepiva la dipendenza come un problema e chi la concepiva come un "chronically relapsing brain disease". Questi risultati inconcludenti ci indicano sia come sia necessario indagare più a fondo e in maniera più ampia gli effetti del DMA sui comportamenti discriminatori, sia quanto anche in questo caso le ottimistiche previsioni dei sostenitori del modello sembrano non verificarsi. Inoltre, diversi studi hanno mostrato come credenze coerenti con il modello della malattia correlassero positivamente con il desiderio di distanza sociale (Kvaale et al., 2013), mentre

altri correlassero negativamente (Lanzillotta-Rangeley et al., 2021; Schomerus et al., 2013), mentre altri parevano inconcludenti o ambigui (Kelly et al., 2021). Quindi, anche utilizzando questa misura, non è chiaro l'effetto del DMA sulla discriminazione. Purtroppo, non ho rilevato studi empirici che analizzassero nello specifico il ruolo dello structural stigma e soprattutto dell'asimmetria di potere nel determinare lo stigma della dipendenza.

A fronte di questi risultati, è anche evidente come serva produrre ricerca più specifica che chiarisca il rapporto fra il DMA e lo stigma, in quanto molti aspetti individuati nel processo di stigmatizzazione e nelle caratteristiche del public stigma della dipendenza non sono stati presi in considerazione. Ad esempio, per quanto riguarda la discriminazione, non ho trovato studi che indagassero la limitazione delle possibilità. Inoltre, anche il rapporto fra DMA e invalidazione e deumanizzazione non è ancora stato affrontato. Infine, poco è stato prodotto nella ricerca che prendesse in considerazione il ruolo del DMA nella riduzione del self-stigma e dello structural stigma.

Per concludere quindi, pare che il DMA non sia così promettente come sperato dai suoi maggiori promotori. La visione ottimistica dei sostenitori del BDMA probabilmente deriva da una visione ristretta dello stigma, limitata solo ad aspetti moralizzanti e legati alla responsabilità individuale. Tuttavia, servono studi ben strutturati che indaghino a fondo il rapporto fra il BDMA e lo stigma. Qualcosa è già stato fatto negli ultimi tre articoli che ho presentato (Kelly et al., 2021; Rundle et al., 2021; Pennington et al., 2021), ma gli strumenti di indagine utilizzati e le metodologie adottate non permettono un'analisi sistematica e coerente di quanto emerso e sicuramente non basta. E' necessaria una misura specifica che indaghi lo stigma della dipendenza nelle sue caratteristiche principali individuate da Nieweglowski et al. (2019) e un'analisi approfondita sugli effetti che ha questo modello sul self-stigma e sullo structural stigma. Inoltre, occorre ampliare la letteratura che indaga la relazione fra altri modelli di dipendenza e lo stigma, per riuscire a comprendere al meglio quali aspetti possano essere rilevanti in azioni pratiche nella riduzione dello stigma e anche nell'aiutare a comprendere meglio questo fenomeno estremamente complesso e variegato. Lascio le ultime riflessioni nella parte conclusiva di questo trattato.

### *7.3 Limiti di questa analisi*

Prima di concludere, occorre rendere noti alcuni limiti che hanno dominato questa analisi bibliografica del fenomeno dello stigma della dipendenza in relazione al DMA. In primo luogo, la scarsità di lavori circa questo tema, nonché l'utilizzo di strumenti di misura differenti non ha permesso di fare un'analisi più sistematica e quindi di trarre conclusioni più solide circa la domanda di ricerca che ha mosso questo scritto.

Inoltre, il focus prevalentemente nel contesto statunitense (luogo in cui il BDMA è maggiormente accettato) non mi ha permesso di fare un ragionamento più locale ed ecologicamente rilevante sull'impatto di tale modello nel nostro Paese e nelle nostre istituzioni, salvo la breve disamina sullo stigma istituzionalizzato all'interno della legge italiana.

Infine, la scarsità di studi circa il self-stigma e lo structural stigma non mi ha permesso di fare un ragionamento più approfondito sull'impatto del modello della malattia su tali forme di stigma, analizzate nella prima parte di questa trattazione.

Spero che con l'aumento di attenzione circa il fenomeno, questi quesiti lasciati in sospeso troveranno una risposta adeguata e verrà prodotta letteratura in grado di sviscerare questioni irrisolte o ancora nemmeno poste.

## CONCLUSIONI GENERALI

Come abbiamo visto, la ricerca fino a questo punto non ha confermato le grandi aspettative dei sostenitori del BDMA: il modello della malattia non pare avere quell'impatto positivo che si pensava potesse avere. Non a caso, seppur la prima formulazione del modello nella sua versione contemporanea sia degli ultimi anni del secolo scorso, nella società che più pare aver accettato e istituzionalizzato questo modo di intendere la dipendenza si sta verificando una vera e propria epidemia di tossicodipendenza da oppiacei e lo stigma pare ancora parecchio alto, tanto da essere una forte barriera nella ricerca di sostegno e nell'applicazione di efficaci interventi pubblici (Corrigan e Nieweglowski, 2018). Ovviamente, è da specificare che è difficile che una persona abbracci un singolo modello per intero, ma è più probabile che vi siano diverse credenze provenienti da vari modelli che coesistono nella concezione comune di cosa è la dipendenza (Meurk et al., 2013). Forse, uno dei motivi del perché ciò avviene risiede anche nel fatto che il dibattito su cosa è e cosa non è la dipendenza da sostanze pare ancora acceso in ambito accademico, con il costante fiorire di nuovi modelli, riformulazioni e integrazioni.

Mi sembra corretto specificare in quest'ultima sezione qual è la visione di dipendenza che ho avuto in mente e abbracciato maggiormente nella stesura di questo breve trattato. Infatti, io stesso mi colloco tra quelle persone che hanno in mente diverse concezioni derivanti da diversi modelli. La dipendenza è un fenomeno estremamente complesso, socialmente determinato e situato e impossibile da ridurre a effetti singoli (biologici, ambientali, psicologici) o a un'interazione sommativa fra di essi. Mettendo in dubbio un percorso lineare e uguale per tutti coloro che si trovano ad affrontare una dipendenza e tenendo in considerazione il triangolo di Zimberg (1984), in cui la sostanza interagisce con il set e il setting nel determinare il suo effetto sul consumatore, anche parlare di "dipendenza" rischia di ridurre le talvolta grandi differenze che esistono caso per caso, situazione per situazione e si rischia anche di lasciare indietro la forte componente culturale che entra in gioco nel determinare qual è la nostra concezione di dipendenza (West, 2001). Entrando nello

specifico, ora enuncerò brevemente quali sono le concezioni relative alla dipendenza che abbraccio nel mio approccio biopsicosociale al fenomeno. In primo luogo, in accordo con il modello naturale, ritengo che la ricerca di stati alterati di coscienza sia qualcosa di universalmente noto e riscontrato non solo nella maggior parte delle culture e in diverse pratiche, ma anche in altre specie (Weil e Rosen, 1994). E sempre in accordo con questo modello, intendo la dipendenza come un fenomeno estremamente relazionale, in cui non è tanto la sostanza, ma la relazione che si stabilisce con la sostanza a essere problematico (Weil e Rosen, 1994). Anche in questo caso, emerge come il set, il setting e la cultura abbiano un forte ruolo nel determinare la natura di questa relazione (Zinberg, 1984). Considerando il set, non solo le aspettative, ma anche fattori psicologici e personologici contribuiscono a determinare la relazione di dipendenza. Infatti, l'uso di sostanza può essere un meccanismo di coping utilizzato dalla persona per far fronte alla propria sofferenza, in accordo con i modelli psicologici (Wanigaratne, 2006; Khantzian, 2012). In questo caso, è naturale pensare che sia più probabile si instauri una relazione negativa di dipendenza. Se si tiene in considerazione anche come l'uso di sostanze problematico possa essere promosso in alcuni sottogruppi e sottoculture, in accordo con il modello sociologico, è chiaro come questo possa essere uno spunto per una maggior identificazione con il gruppo e come possa entrare a far parte dell'identità sociale e/o personale dell'individuo (Mosher e Atkins, 2007; Tajfel, 1981). L'impatto di fattori genetici sicuramente ha un ruolo, ma sempre considerando i fattori biologici come interdipendenti con i fattori sociali, culturali e psicologici, per sfuggire a una visione ingenua della "predisposizione genetica" come una "necessità innata consegnata alla nascita". Tuttavia, mi preme sottolineare come, seppur riconoscendo l'ovvio dato del cambiamento dei circuiti cerebrali nell'instaurarsi della relazione di dipendenza, mi discosto dall'interpretazione che ne danno i sostenitori del BDMA che quel cervello allora sia un cervello "malato irrimediabilmente" o che la dipendenza sia di default una malattia "cronica". Non nego i danni e l'inevitabile mortalità cellulare legata all'uso di sostanze, ma mi riferisco al circuito che determina la dipendenza e la presa di decisione. Su questo punto, sono in accordo con Lewis nel concepire questi cambiamenti come dovuti alla neuroplasticità del cervello e non come irrimediabili (Lewis, 2017). Inoltre, in accordo con Hammersley (2008) e il costruzionismo sociale debole,

intendo la dipendenza come un fenomeno in parte socialmente costruito. Ad esempio, è evidente come la dipendenza da alcune sostanze sia considerata diversa rispetto ad altre, che ci siano questioni sociali complesse riguardo a chi ha il diritto di giudicare che qualcuno ha una dipendenza e quali sono le conseguenze e, infine, il modo in cui pensiamo collettivamente al termine “dipendenza” è influenzato dalle persone che si sforzano in qualche modo per gestire e comprendere tale condizione (Hammerslay, 2008). Per non parlare del fatto che la dipendenza venga spesso vista come un percorso unitario dal consumo della sostanza, mentre le strade percorribili possono essere estremamente variegata (Hammersaly, 2008). Infine, anche lo status socio-economico influenza molto il come viene inquadrata e trattata una persona che soffre di questa condizione e l'accettabilità sociale della droga in questione (Hammerslay, 2008). Per concludere, la mia visione è una versione biopsicosociale “ampia” della dipendenza, che vede l'interazione fra i vari fattori come interdipendente e non sommatoria, integra una visione della dipendenza come realtà biopsicosociale, ma anche come costruito sociale e non la ritiene una malattia biologica, ma un fenomeno complesso e multi-sfaccettato, dove nessuna delle varie componenti impera necessariamente sulle altre, né ne è indipendente. Nego quindi la netta separazione fra i fattori biologici, psicologici, sociali e culturali, ma sostengo una loro reciproca compenetrazione e relazione dinamica che sfuma i confini individuo-ambiente, creando un'unità che però non rifugge un reciproco principio di alterità (Zamperini, 2023).

Quanto è chiaro da questa breve disamina è che vi è ancora molto da comprendere circa la dipendenza e nessuno dei modelli singolarmente riesce a coglierne interamente il volto. Anche per questo, proporre un modello (scientificamente ambiguo) per sradicare lo stigma non credo sia un metodo efficace e per ora la letteratura mi sembra dar ragione.

Piuttosto, ritengo sia necessario mettere da parte questa idea e concentrarsi il più possibile su due cose, come sta avvenendo negli ultimi anni: comprendere in maniera esaustiva le caratteristiche specifiche dello stigma della dipendenza e l'utilizzo di strategie di riduzione dello stigma e del pregiudizio studiate nel campo della psicologia sociale e applicate in altri campi. come la discriminazione etnica e religiosa. Esempi noti sono l'empatia e il modello a quattro gradini di Batson, Chang, Orr e Rowland (2002), l'assunzione di prospettiva di

Galinski e Moskowitz (2000), l'ipotesi del contatto intergruppi con le sue riformulazioni moderne (Allport, 1954; Barlow, Paolini, Pedersen, Hornsey, Radke, Harwood, Rubin, Sibley, 2012; Wright, Aron, McLaughlin-Volpe e Ropp, 1997) e la ricategorizzazione sociale (Gartner e Dovidio, 2000). In studio di Batson et al. (2002), che utilizzava l'assunzione di prospettiva empatica come strategia di riduzione del pregiudizio, si è osservata l'efficacia di questa tecnica nell'incremento di atteggiamenti positivi e comportamenti prosociali nei confronti del gruppo di persone tossicodipendenti. In questo esperimento, veniva introdotta attraverso un'intervista una persona con problemi di dipendenza e una storia di spaccio, con conseguente carcerazione. Inducendo sperimentalmente l'assunzione di prospettiva, si è osservato che i partecipanti riportavano maggiori livelli di preoccupazione empatica, maggior preoccupazione verso il suo benessere, mostravano atteggiamenti più positivi verso le persone tossicodipendenti ed erano più inclini a indirizzare dei fondi al progetto di counselling che aveva come obiettivo l'aiuto di persone tossicodipendenti. Questo è un chiaro esempio, seppur non l'unico, di come strategie di riduzione del pregiudizio adottate nel campo della psicologia sociale possano essere estremamente utili anche nella riduzione dello stigma della dipendenza. Occorre ovviamente un approfondimento riguardo a quali siano le strategie più utili ed efficaci nelle varie situazioni e continuare a indagare nuove vie per ridurre lo stigma, unendo alla letteratura psicologica gli importanti apporti della letteratura sociologica intorno allo stigma, come le varie componenti del processo di stigmatizzazione enunciate da Link e Phelan (2001).

Inoltre, per concludere, ritengo sia necessaria un'attivazione politica collettiva che rimuova, con gli strumenti di lotta democratici, lo stigma dalle istituzioni e da chi le rappresenta. Un passo importante in tale direzione è stata la decriminalizzazione delle sostanze in Portogallo, che ha ridotto lo stigma criminalizzante sul possesso di droghe e ha incrementato diverse iniziative di trattamento della condizione, incentivando le persone a ricercare cure e diventando un esempio virtuoso del trattamento della dipendenza (Oakford, 2024; Matthews, 2019)

Implementare queste strategie e individuarne di nuove è il compito che secondo me dovrebbe intraprendere ora la ricerca sulla riduzione dello stigma della dipendenza, in

stretta relazione con la letteratura che studia che cosa effettivamente sia questo ampio fenomeno detto dipendenza.

## Bibliografia

- Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the psychology of self-esteem. In F. Holloway (Ed.), *Self-esteem: perspectives, influences, and improvement strategies* (pp. 1–23). Nova Science Publisher.
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2–3), 188–196. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014
- Allamani, A. (2008). Views and models about addiction: differences between treatments for Alcohol-Dependent people and for illicit drug consumers in Italy. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1704–1728. https://doi.org/10.1080/10826080802285489
- Andersen, M. M., Varga, S., & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice (Print)*, 28(5), 847–853. https://doi.org/10.1111/jep.13684
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G., & Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? *Social Science & Medicine*, 103, 60–66. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014
- Avery, J. D. (2019). The Stigma of Addiction in the Medical Community. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 81–92). Springer International Publishing https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\_2
- Avery, J. J. (2019). Addiction stigma in the US legal system. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 153–166). Springer International Publishing https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\_2
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122
- Barlow, F. K., Paolini, S., Pedersen, A., Hornsey, M. J., Radke, H. R., Harwood, J., Rubin M., & Sibley, C. G. (2012). The contact caveat: Negative contact predicts increased prejudice more than positive contact predicts reduced prejudice. *Personality and social Psychology bulletin*, 38(12), 1629-1643.
- Bastian, B., & Crimston, D. (2014). Self-dehumanization. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21 (3), 241-250.

- Bastian, B., & Haslam, N. (2008). Immigration from the perspective of hosts and immigrants: Roles of psychological essentialism and social identity. *Asian Journal of Social Psychology*, 11(2), 127–140. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839x.2008.00250.x>
- Batson, C. D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). Empathy, attitudes, and action: Can feeling for a member of a stigmatized group motivate one to help the group? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1656–1666. <https://doi.org/10.1177/014616702237647>
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 105–118. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.105>
- Bauman, Z. (2007). *Homo consumens.: Lo sciame inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*. Edizioni Erickson.
- Beccaria, F., Rolando, S., Hellman, M., Bujalski, M., & Lemmens, P. (2014). From Criminals to Celebrities: Perceptions of “the Addict” in the Print Press from Four European Countries from Nineties to Today. *Substance Use & Misuse*, 50(4), 439–453. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.978187>
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *PubMed*, 30(3), 270–275. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.303>
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology (Tallahassee, Fla. Online)*, 14(3), 91–102. [doi.org/10.1177/1534765608321070](https://doi.org/10.1177/1534765608321070)
- Blume, A. W., Rudisill, D. M., Hendricks, S., & Santoya, N. (2013). Disease model. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (Vol. 1, pp. 71–76). Academic Press.
- Bozdağ, N., & Çuhadar, D. (2021). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 27(2), 174–180. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916846>
- Broadus, A. D., & Evans, W. P. (2014). Developing the public attitudes about addiction instrument. *Addiction Research and Theory*, 23(2), 115–130. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.942296>

- Broadus, A. D., Hartje, J. A., Roget, N. A., Cahoon, K. L., & Clinkinbeard, S. S. (2010). Attitudes about Addiction: A National Study of Addiction Educators. *Journal of Drug Education*, 40(3), 281–298. <https://doi.org/10.2190/de.40.3.e>
- Brown, S. A., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G. M., & Powell, E. (2015). Correlates of Self-Stigma among Individuals with Substance Use Problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(6), 687–698. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9559-9>
- Bujalski, M., Hellman, M., Moskalewicz, J., Beccaria, F., & Rolando, S. (2018). Depoliticising addiction. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 35(1), 52–68. [10.1177/1455072517753558](https://doi.org/10.1177/1455072517753558)
- Burkett, J. P., & Young, L. J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology/Psychopharmacologia*, 224(1), 1–26. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2794-x>
- Bustillos, A., Demoulin, S., Rodríguez, L. L., Vázquez, A., & Zlobina, A. (2023). Approaching dehumanizing interactions: Joint consideration of other-, meta-, and self-dehumanization. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 49, 101233. [doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101233](https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101233)
- Cape, G. (2003). Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 163–169. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00075.x>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2018). Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America. *International Journal of Drug Policy*, 59, 44-49.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology (Cary)*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. D., & Rüsche, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research (Print)*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., & Smelson, D. (2017). Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: lessons from the mental health stigma literature. *The American journal on addictions*, 26(1), 59-66.

- Cox, W. M., Klinger, E., & Fadardi, J. S. (2017). Free will in addictive behaviors: A matter of definition. *Addictive Behaviors Reports*, 5, 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.03.001>
- Craft, B. B., & Lustyk, M. K. B. (2013). Tolerance and Withdrawal. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (Vol. 1, pp. 177–186). Academic Press.
- Crawford, J., & Heather, N. (1987). Public attitudes to the disease concept of alcoholism. *International Journal of the Addictions*, 22(11), 1129–1138. <https://doi.org/10.3109/10826088709027474>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey, & J. Crocker (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 393–421). Oxford University Press.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., De Freitas, J. V. T., Machado, N. M., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health (Online)*, 3(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/sah0000069>
- Dar-Nimrod I, Heine SJ. Genetic essentialism: on the deceptive determinism of DNA. *Psychol Bull*. 2011 Sep;137(5):800-18. doi: 10.1037/a0021860. PMID: 21142350; PMCID: PMC3394457.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. (2013). In American Psychiatric Publishing, Inc. eBooks. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>
- Dittrich, D., & Schomerus, G. (2022). Intersectional stigma in substance use disorders. In *The stigma of substance use disorder* (pp. 88–106). <https://doi.org/10.1017/9781108936972.006>
- Dollar, C. B. (2018). Criminalization and Drug “Wars” or Medicalization and Health “Epidemics”: How race, class, and neoliberal politics influence drug laws. *Critical Criminology (Richmond, b.C.)*, 27(2), 305–327. <https://doi.org/10.1007/s10612-018-9398-7>
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds), *The social psychology of stigma* (pp. 1–28). The Guilford Press.

- Dyb, E. (2016). Housing First or no housing? Housing and homelessness at the end of alcohol and drug treatment. *International Journal on Drug Policy*, 36, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.07.003>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00120>
- Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., De Timary, P., & Maurage, P. (2021). Metadehumanization and Self-dehumanization are Linked to Reduced Drinking Refusal Self-Efficacy and Increased Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Severe Alcohol Use Disorder. *Psychologica Belgica*, 61(1), 238. <https://doi.org/10.5334/pb.1058>
- Fontesse, S., Stinglhamber, F., Demoulin, S., Chevallereau, T., De Timary, P., Cappeliez, B., Bon, F., Geus, C., Talent, J., Ayache, L., & Maurage, P. (2020). Metadehumanization in severe alcohol-use disorders: Links with fundamental needs and clinical outcomes. *Addictive Behaviors*, 107, 106425. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106425>
- Frank, L. E., & Nagel, S. K. (2017). Addiction and Moralization: the Role of the Underlying Model of Addiction. *Neuroethics*, 10(1), 129–139. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9307-x>
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., & Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Banker, B. S., Houlette, M., Johnson, K. M., & McGlynn, E. A. (2000). Reducing intergroup conflict: From superordinate goals to decategorization, recategorization, and mutual differentiation. *Group Dynamics Theory Research and Practice*, 4(1), 98–114. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.4.1.98>
- Gage, S. H., & Sumnall, H. R. (2018). Rat Park: How a rat paradise changed the narrative of addiction. *Addiction*, 114(5), 917–922. <https://doi.org/10.1111/add.14481>
- Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 708–724. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.4.708>
- Gilchrist, G., Moskalowicz, J., Slezáková, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre

- study. *Addiction (Abingdon. Print)*, 106(6), 1114–1125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Touchstone.
- Goodyear, K., Haass-Koffler, C. L., & Chavanne, D. (2018). Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.037>
- Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E., & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 345–351. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.345>
- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Hall, W., Carter, A., & Barnett, A. (2017). Disease or Developmental Disorder: Competing perspectives on the neuroscience of addiction. *Neuroethics*, 10(1), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9303-1>
- Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *the Lancet. Psychiatry*, 2(1), 105–110. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00126-6)
- Hammersley, M. (2008). Assessing validity in social research. *The SAGE handbook of social research methods*, 42-53.
- Haslam, N., Rothschild, L., & Ernst, D. (2000). Essentialist beliefs about social categories. *British Journal of Social Psychology*, 39(1), 113–127. <https://doi.org/10.1348/014466600164363>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *the American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*, 103, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Heather, N. (2017). Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10(1), 115–124. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9289-0>
- Heather, N., & Segal, G. (2017). *Addiction and choice: Rethinking the Relationship*. Oxford University Press.
- Heider, F. (1957). *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley, New York.

- Henden, E., Melberg, H. O., & Røgeberg, O. J. (2013). Addiction: choice or compulsion? *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00077>
- Ilgen, M. A., Tiêt, Q. Q., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2006). Self-Efficacy, therapeutic alliance, and Alcohol-Use disorder treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 465–472. <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.465>
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous (Memoirs of the Section of Studies on Alcohol). *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7(1), 1–88. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1946.7.1>
- Jones, A., Hardman, C. A., Devlin, N., Pennington, C. R., & Robinson, E. (2022). Weight-based discrimination in financial reward and punishment decision making: causal evidence using a novel experimental paradigm. *International Journal of Obesity*, 46(7), 1288–1294. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01109-z>
- Jones, E. E. (1984). *Social stigma: The Psychology of Marked Relationships*.
- Judd, H., Yaugher, A. C., O'Shay, S., & Meier, C. L. (2023). Understanding stigma through the lived experiences of people with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 249, 110873. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110873>
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697–720. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.9.697>
- Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal on Drug Policy*, 21(3), 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
- Kelly, J. F., Greene, M. C., & Abry, A. (2020). A US national randomized study to guide how best to reduce stigma when describing drug-related impairment in practice and policy. *Addiction*, 116(7), 1757–1767. <https://doi.org/10.1111/add.15333>
- Khantzian, E. J. (2012). Reflections on Treating Addictive Disorders: A Psychodynamic perspective. *American Journal on Addictions*, 21(3), 274–279. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00234.x>
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899–911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>

- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2022). Addiction onset and offset characteristics and public stigma toward people with common substance dependencies: A large national survey experiment. *Drug and Alcohol Dependence*, 237, 109503. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109503>
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The ‘side effects’ of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782-794.
- Lanie, A. D., Jayaratne, T. E., Sheldon, J. P., Kardia, S. L. R., Anderson, E. S., Feldbaum, M., & Petty, E. M. (2004). Exploring the public understanding of basic genetic concepts. *Journal of Genetic Counseling*, 13(4), 305–320. <https://doi.org/10.1023/b:jogc.0000035524.66944.6d>
- Lanzillotta-Rangeley, J., Zeller, T. A., Beachler, T., Litwin, A. H., Clark, A., & Stem, J. (2021). The Impact of the disease model of substance use disorder on evidence based practice adoption and stigmatizing attitudes: A comparative analysis. *Pain Management Nursing*, 22(5), 616–622. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.03.004>
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2013). Physicians’ Beliefs about the Nature of Addiction: A Survey of Primary Care Physicians and Psychiatrists. *the American Journal on Addictions/American Journal on Addictions*, 22(3), 255–260. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00332.x>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9293-4>
- Lewis, M. (2018). Brain change in addiction as learning, not disease. *New England Journal of Medicine/the New England Journal of Medicine*, 379(16), 1551–1560. <https://doi.org/10.1056/nejmra1602872>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine (1982. Print)*, 103, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

- Livingston, J., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982. Print), 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention Policy/Drugs: Education, Prevention & Policy*, 20(2), 85–95. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.743506>
- Loughman, A., & Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cognitive Research Principles and Implications*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1>
- Luoma, J. B., & Platt, M. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T. J., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. L. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331–1346. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Mannarini, S., & Boffo, M. (2015). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their aetiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>
- Matthews, S. (2019). Self-Stigma and addiction. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 5–32). Springer International Publishing [https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9_2)
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275–286. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
- McNeil, S. (2021). Understanding substance use stigma. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 83–96. <https://doi.org/10.1080/1533256x.2021.1890904>
- Meurk, C., Carter, A., Hall, W., & Lucke, J. (2013). Public Understandings of Addiction: Where do Neurobiological Explanations Fit? *Neuroethics*, 7(1), 51–62. <https://doi.org/10.1007/s12152-013-9180-1>

- Meurk, C., Carter, A., Partridge, B., Lucke, J., & Hall, W. (2014). How is acceptance of the brain disease model of addiction related to Australians' attitudes towards addicted individuals and treatments for addiction? *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0373-x>
- Miller, W. R. (1987). Motivation and treatment goals. *Drugs & Society*, 1(2–3), 133–152. [https://doi.org/10.1300/j023v01n02\\_06](https://doi.org/10.1300/j023v01n02_06)
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93(7), 979–990. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9379793.x>
- Mosher, C. J., & Akins, S. (2007). *Drugs and drug policy: The Control of Consciousness Alteration*. SAGE.
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T. H., Tooley, A., Dubke, R., Lara, J. L., Washington, L., Sayer, J., & Sheehan, L. (2017). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research and Theory (Online)*, 26(4), 323–329. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1409890>
- Nieweglowski, K., Dubke, R., Mulfinger, N., Sheehan, L., & Corrigan, P. W. (2019). Understanding the factor structure of the public stigma of substance use disorder. *Addiction Research and Theory*, 27(2), 156–161. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1474205>
- Oliver, M. (1991). *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan.
- Orcutt, J. D. (1976). Ideological variations in the structure of deviant types: A multivariate comparison of alcoholism and heroin addiction. *Social Forces*, 55(2), 419–437. <https://doi.org/10.1093/sf/55.2.419>
- Park, K., Lee, M., & Seo, M. L. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7–8), 558–565. <https://doi.org/10.1177/0020764019867352>
- Pattison, E. M. (1969). Comment on “The Alcoholic Game.” *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30(4), 953–956. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1969.30.953>
- Peele, S. (1987). A moral vision of addiction: how people's values determine whether they become and remain addicts. *Journal of Drug Issues*, 17(2), 187–215. <https://doi.org/10.1177/002204268701700205>
- Pennington, C. R., Monk, R. L., Heim, D., Rose, A. K., Gough, T., Clarke, R., Knibb, G., Patel, R., Rai, P., Ravat, H., Ali, R., Anastasiou, G., Asgari, F., Bate, E., Bourke, T., Boyles, J., Campbell, A., Fowler, N., Hester, S., . . . Jones, A. (2023). The labels and models used to

- describe problematic substance use impact discrete elements of stigma: A registered report. *Psychology of Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1037/adb0000919>
- Peterson, D., & Keeley, J. W. (2015). Syndrome, disorder, and disease. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–4. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp154>
- Phelan, J. C., Cruz-Rojas, R., & Reiff, M. (2002). Genes and stigma: the connection between perceived genetic etiology and attitudes and beliefs about mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 159–185. <https://doi.org/10.1080/10973430208408431>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. (2014). Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15–23. [doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004)
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S. L., Poh, C. L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research (Print)*, 246, 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Pickard, H. (2017). Responsibility without Blame for Addiction. *Neuroethics*, 10(1), 169–180. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9295-2>
- Racine, E., Sattler, S., & Escande, A. (2017). Free Will and the Brain Disease Model of Addiction: The Not So Seductive Allure of Neuroscience and Its Modest Impact on the Attribution of Free Will to People with an Addiction. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01850>
- Rehman, M., Chapman, L., Liu, L., Calvert, S., & Sukhera, J. (2024). Structural stigma within inpatient care for people who inject drugs: implications for harm reduction. *Harm Reduction Journal*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-024-00971-6>
- Richter, L., Vuolo, L., & Salmassi, M. S. (2019). Stigma and addiction treatment. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 93–130). Springer International Publishing [https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9_2)
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88(8), 1041–1054. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x>
- Roche, A., Kostadinov, V., & Pidd, K. (2019). The stigma of addiction in the workplace. *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 167–200). Springer International Publishing [https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9_2)

- Rundle, S. M., Cunningham, J. A., & Hendershot, C. S. (2021). Implications of addiction diagnosis and addiction beliefs for public stigma: A cross-national experimental study. *Drug and Alcohol Review*, 40(5), 842–846. <https://doi.org/10.1111/dar.13244>
- Satel, S. L., & Lilienfeld, S. O. (2016). If Addiction is not Best Conceptualized a Brain Disease, then What Kind of Disease is it? *Neuroethics*, 10(1), 19–24. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9287-2>
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(1), 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2013). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44(2), 303–314. <https://doi.org/10.1017/s003329171300072x>
- Shachar, C., Wise, T., Katznelson, G., & Campbell, A. L. (2019). Criminal justice or public Health: A comparison of the representation of the crack cocaine and opioid epidemics in the media. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 45(2), 211–239. <https://doi.org/10.1215/03616878-8004862>
- Sheehan, T., & Owen, P. (1999). The Disease Model. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (pp. 268–286). Oxford University Press.
- Simpson, M., & McNulty, J. K. (2008). Different needs: Women’s drug use and treatment in the UK. *International Journal on Drug Policy*, 19(2), 169–175. [doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.021](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.021)
- Singh, P. (2021). Blame without punishment for addicts. *Philosophia*, 50(1), 257–267. <https://doi.org/10.1007/s11406-021-00368-w>
- Sitharthan, T., & Kavanagh, D. J. (1991). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27(1), 87–94. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(91\)90091-c](https://doi.org/10.1016/0376-8716(91)90091-c)
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addiction Behaviors and Disorders* (Vol. 1, pp. 61–70). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-398336-7.00006-1>
- Snoek, A. (2017). How to Recover from a Brain Disease: Is Addiction a Disease, or Is there a Disease-like Stage in Addiction? *Neuroethics*, 10(1), 185–194. <https://doi.org/10.1007/s12152-017-9312-0>

- Speerforck, S., Schomerus, G., Pruess, S., & Angermeyer, M. C. (2014). Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia and alcohol dependence: Is the concept of a chemical imbalance beneficial? *Journal of Affective Disorders*, 168, 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.013>
- Sperduti, A., Crivellaro, F., Rossi, P. F., & Bondioli, L. (2012). “Do Octopuses Have a Brain?” Knowledge, Perceptions and Attitudes towards Neuroscience at School. *PLoS ONE*, 7(10), e47943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047943>
- Sumnall, H., Atkinson, A., Gage, S. H., Hamilton, I., & Montgomery, C. (2021). Less than human: dehumanisation of people who use heroin. *Health Education*, 121(6), 649–669. <https://doi.org/10.1108/he-07-2021-0099>
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in Social Psychology*. CUP Archive.
- Testoni, I., Russotto, S., Zamperini, A., & De Leo, D. (2018). Addiction and religiosity in facing suicide: A qualitative study on meaning of life and death among homeless people. *Mental Illness*, 10(1). <https://doi.org/10.4081/mi.2018.7420>
- Voci, A., & Pagotto, L. (2010). *Il pregiudizio: Che cosa è, come si riduce*. Gius.Laterza & Figli Spa.
- Vogel, D. L., Shechtman, Z., & Wade, N. G. (2010). The role of Public and Self-Stigma in predicting attitudes toward group counseling. *the Counseling Psychologist*, 38(7), 904–922. <https://doi.org/10.1177/0011000010368297>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325–337. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2022). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. In *Routledge eBooks* (pp. 25–34). <https://doi.org/10.4324/9781003032762-5>
- Vonasch, A. J., Clark, C. J., Lau, S., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2017). Ordinary people associate addiction with loss of free will. *Addictive Behaviors Reports*, 5, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.01.002>
- Wakeman, S. E. (2019). The language of stigma and addiction. In J. D. Avery & J. J. Avery (Eds.), *The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 71–80). Springer International Publishing [https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-02580-9_2)
- Wanigaratne, S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry*, 5(12), 455–460. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.09.007>

- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738–748. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96(1), 3–13. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96131.x>
- Wingo, T., Nesil, T., Choi, J. S., & Li, M. D. (2016). Novelty seeking and drug addiction in humans and animals: from behavior to molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 11, 456–470.
- Wright, S. C., Aron, A., McLaughlin-Volpe, T., & Ropp, S. A. (1997). The extended contact effect: Knowledge of cross-group friendships and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 73–90. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.1.73>
- Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current opinion in psychiatry*, 30(5), 378–388. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000351
- Young, L. B. (2011). Joe Sixpack: Normality, deviance, and the disease model of alcoholism. *Culture & Psychology*, 17(3), 378–397. <https://doi.org/10.1177/1354067x11408133>
- Zamperini, A. (2011). *L'ostracismo: essere esclusi, respinti e ignorati*. Einaudi
- Zamperini, A. (2023). *Violenza invisibile*. Giulio Einaudi Editore.
- Zinberg, N. E. (1984). Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use. [https://openlibrary.org/books/OL3174450M/Drug\\_set\\_and\\_setting](https://openlibrary.org/books/OL3174450M/Drug_set_and_setting)

## *Sitografia*

- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1990), Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, Gazzetta Ufficiale, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>
- Disease, n. meanings, etymology and more | Oxford English Dictionary. (n.d.). [https://www.oed.com/dictionary/disease\\_n](https://www.oed.com/dictionary/disease_n)
- Disorder, n. meanings, etymology and more | Oxford English Dictionary. (n.d.). [https://www.oed.com/dictionary/disorder\\_n?tab=meaning\\_and\\_use](https://www.oed.com/dictionary/disorder_n?tab=meaning_and_use)
- Drug Misuse and Addiction | National Institute on Drug Abuse. (2024, January 5). National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
- Martin, C. (2023, November 13). Is it a disease, disorder, condition, or syndrome? Verywell Health. <https://www.verywellhealth.com/disease-vs-disorder-5092243>
- Oakford, S., & Oakford, S. (2024, August 2). Cos'è successo in Portogallo dopo la depenalizzazione di tutte le droghe. VICE. <https://www.vice.com/it/article/portogallo-droghe-legalizzazione-depenalizzazione/>
- Redazione Politica (21 febbraio, 2024), Corriere della Sera, [https://www.corriere.it/politica/24\\_febbraio\\_21/salvini-la-droga-merda-chi-si-droga-coglione-174840fc-d0e3-11ee-b190-02f3fcf354be.shtml](https://www.corriere.it/politica/24_febbraio_21/salvini-la-droga-merda-chi-si-droga-coglione-174840fc-d0e3-11ee-b190-02f3fcf354be.shtml)
- The Twelve Steps | Alcoholics Anonymous. (n.d.). <https://www.aa.org/the-twelve-steps>
- Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts | National Institute on Drug Abuse. (2023, December 21). National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>