

Lo stigma delle persone con disturbo d'uso di sostanze

Leopoldo Grosso*

Introduzione

“Cara signorina Cuori-solitari, ho 16 anni, quando ero piccola le cose non andavano tanto male, perché mi ero abituata ai ragazzini del quartiere che mi prendevano in giro, ma ora mi piacerebbe uscire con dei ragazzi come fanno le altre ogni sabato sera, ma nessuno mi porta fuori perché sono nata senza naso, sebbene sia un’ottima ballerina, abbia un bel personale, e mio padre mi compri dei bei vestiti. Tutto il giorno mi guardo allo specchio e piango. Proprio in mezzo al viso ho un grosso buco che spaventa la gente e spaventa anche me. Non posso criticare i ragazzi che non mi vogliono portar fuori. Mia madre mi vuole bene, ma piange tutte le volte che mi guarda. Che cosa ho fatto per meritare un destino così terribile? Ho chiesto a mio padre e lui dice che non lo sa, ma che forse ho fatto qualche cosa cattiva nell’altro mondo prima di nascere o forse vengo punita io per i suoi peccati. Non ci credo perché mio padre è una brava persona. Devo suicidarmi? Con i migliori saluti, Disperata”.

È in questo modo che Erwing Goffman, nel 1963, introduce il suo libro *Stigma: identità negata*, diventato un “classico” della psicosociologia.

Prende a prestito la rubrica del romanzo di Nathanael West, *Miss Lonely hearts* pubblicato negli Stati Uniti in piena crisi degli anni '30.

Lo stigma è un marchio.

Nei tempi passati un segno a fuoco sulla pelle o inciso col coltello in modo che i criminali, i traditori gli schiavi, i paria fossero pubblicamente riconosciuti ed esclusi dalla convivenza sociale. Chi ha letto, o visto il film, di un altro romanzo americano, *La lettera scarlatta*, scritto nell'800 da N. Hawthorne, ma ambientato nel '600, si ricorderà la lettera A, incisa sul petto del vestito dell'Adultera.

Oggi le stigmate del disonore non sono più incise sul corpo, ma la persona stigmatizzata rimane un dis-graziato, una persona che ha perso lo status della grazia umana, motivo per cui rimane degradata, de-umanizzata, al cospetto delle altre persone.

Goffman ci indica tre tipi di stigma:

- le deformazioni fisiche;
- “gli aspetti criticabili del carattere”, in cui si sottendono prevalentemente i comportamenti devianti dalla norma sociale;
- i gruppi umani non desiderati (per etnia, religione...).

La malattia mentale è “un aspetto criticabile del carattere”.

Le persone con comportamenti anomali e devianti, in specie le persone tossicodipendenti, sono bersaglio della riprovazione sociale e diventano oggetto di uno stigma “pesante”: da parte della società, spesso anche dalle istituzioni, talvolta dagli stessi servizi socio-sanitari.

La “vignetta” della persona con Dus (disturbo da uso di sostanze), facilmente identificabile mentre è in coda in attesa della di-

stribuzione del metadone, impietosamente esposta agli sguardi di tutti, è emblematica di una gogna non necessaria.

Malattia e responsabilità

Il processo di stigmatizzazione delle condotte devianti è variabile dipendente dalla percezione sociale della responsabilità individuale.

In base ai parametri di ogni singola cultura, un comportamento di mancata assunzione di responsabilità provoca un’istantanea reazione di biasimo, che svolge un ruolo propulsore nella propagazione dello stigma.

Il fatto che la dipendenza sia stata riconosciuta ormai da tempo come malattia, dovrebbe fungere da filtro e da correttivo nei confronti della dinamica del pregiudizio, con il controllo delle funzioni cerebrali più evolute rispetto ai precipitosi meccanismi reattivi indotti dall'amigdala.

Tuttavia, nella rappresentazione del senso comune, il passaggio interpretativo della dipendenza come vizio (la cui colpa è unicamente imputabile alla persona), alla dipendenza come malattia (le cui cause sono dovute a una costellazione di eventi che pregiudicano le scelte soggettive), è ancora in mezzo al guado.

Le evidenze scientifiche, che già fanno fatica ad imporsi di per sé, stentano a diventare patrimonio di un’opinione pubblica la cui cultura richiede tempi lunghi di sedimentazione.

Questo processo è ulteriormente ostacolato oggi da un’eccessiva enfattizzazione delle “malattie comportamentali”, individuate come malattie autoindotte, conseguenza di comportamenti nocivi adottati dal soggetto (il fumo, la cattiva alimentazione, le “prese di rischio”...).

Lo slittamento concettuale, verso la “malattia auto procurata” per il proprio stile di vita, sposta di nuovo l’attenzione sull’“imputabilità” del soggetto “vizioso”, sulle cui uniche spalle ricadono la responsabilità e la colpa, lasciando sbiadita sullo sfondo la componente bio-sociale nell’eziologia della malattia.

Nella divaricazione tra il modello di malattia del Dus, che implica una responsabilità personale bassa, e un modello comportamentale, dove la responsabilità è centrale, gli addetti del settore sono i primi a doverci mettere mano.

È il *vulnus* della capacità di autodeterminazione che caratterizza la persona dipendente.

Facendo proprio il paradigma della malattia, l’operatore socio-sanitario ben sa che un grave Dus compromette la capacità di assumersi responsabilità, ma gli è anche evidente che un percorso di cura senza assunzione di responsabilità da parte del soggetto risulta difficile da immaginare.

La contraddizione, apparentemente irrisolvibile, si dipana nel momento in cui si ricorre al sapere scientifico in grado di spiegare come si crea e si forma il senso di responsabilità nelle persone.

* Psicologo, psicoterapeuta, formatore e docente, presidente onorario del Gruppo Abele, Torino.

Tutta la psicologia evolutiva insegna che la responsabilità del bambino si edifica nel tempo con la buona relazionalità da parte degli adulti che si occupano di lui.

Si costruirà prima un adolescente consapevole e poi un cittadino responsabile con i molti mattoni portati dagli altri.

La creazione della responsabilità individuale ha come presupposto iniziale e complementare la responsabilità sociale nei confronti dei bambini.

Si diventa autonomi col supporto degli altri e l'autonomia personale è molto più "relazionale" di quanto comunemente si creda.

Ciò che vale nei processi di costruzione della persona, vale anche per i percorsi di ricostruzione (cura e riabilitazione).

Se non si riconoscono le determinanti relazionali e sociali del Dus, che operano e si intrecciano con quelle biologiche e psicologiche, l'autonomia del soggetto rischia di essere intesa astrattamente, facendo ricadere la capacità di autodeterminazione e indipendenza totalmente e unicamente sulla persona.

È Ryan (1995) a sostenere che solo un'alta relazionalità consente una maggiore autonomia.

E, a proposito di ricostruzione di un senso di responsabilità è Miller (1998) a ricordarci che, a differenza di altri ambiti della medicina, le relazioni con i terapeuti possono essere più importanti dello stesso modello di trattamento da loro fornito.

Focalizzarsi sui soli individui e non sui fattori contestuali che influenzano la responsabilità, conduce con maggiore facilità a biasimare le persone con Dus.

L'etichettamento che ne consegue può produrre ulteriore ostacolo al cambiamento.

Avviene un processo simile a ciò che Lemert definisce "devianza secondaria": quando la stigmatizzazione ha l'effetto di fare sentire la persona ancora più diversa e isolata dal resto della società, inducendola non alla remissione del comportamento, ma a perseverare nello stesso.

Per contrastare lo stigma e per correggere la tendenza prevalente al biasimo e alla colpevolizzazione, è necessario evidenziare il significato etico della relazionalità.

La diffusione di una maggiore consapevolezza, a cominciare dagli ambienti professionali, dell'importanza delle buone relazioni per la crescita dell'individuo quanto per il trattamento e la cura dei comportamenti auto ed etero lesivi, costituisce la strada maestra da percorrere con gli strumenti della formazione, della disseminazione delle evidenze scientifiche, dello svelamento dei pregiudizi preda del senso comune.

Funzioni ed effetti dello stigma

Lo stigma non è solo il risultato di stupidaggine e cattiveria umana, il cui concorso rimane comunque essenziale.

Lo stigma è di proposito, ha uno scopo che lo trascende.

La finalità è il controllo sociale della devianza, una funzione che travalica il "comune sentire", che si avvale dalle regole formali e informali della comunità di appartenenza, ma va oltre.

Il biasimo e la riprovazione svolgono soprattutto una funzione di monito nei confronti degli altri, allo scopo di mantenere la coesione sociale ai valori della comunità di appartenenza.

Si pensi alla stigmatizzazione del suicida in un passato non troppo remoto: non solo veniva negato il funerale e la sepoltura al cimitero, ma i familiari venivano privati dell'eredità!

Lo stigma si declina in stigma pubblico, istituzionale e penale.

Lo stigma pubblico riguarda gli atteggiamenti condivisi della popolazione generale che conducono al discredito della persona.

Lo stigma istituzionale riguarda regolamenti, linee di indirizzo, procedure e prassi, che vanno oltre il livello individuale e comporta svantaggi generalizzati per alcune categorie di persone in termini di preclusioni, obblighi, procedure da seguire: una serie di limitazioni e intralci, che possono ridurre le opportunità, l'accesso ad aiuti e benefici, e precludere certi tipi di lavoro, possibilità di movimento (esempio: i "senza tetto" o i "sans papier" in una città).

Lo stigma penale, per quanto riguarda l'ambito "droghe", concerne invece la criminalizzazione dell'uso di sostanze.

Un sistema penale particolarmente repressivo, a cui segue la carcerazione, aumenta lo stigma e l'emarginazione delle persone con Dus.

Ciò che lo stigma genera nella percezione delle persone è ben rappresentato dall'esperienza del cieco di quartiere che s'aggira per le strade col suo bastone bianco.

Ogni passante si rapporta a lui unicamente in quanto cieco..., chi lo osserva a lungo incuriosito da come riesce a cavarsela, chi lo vuole aiutare a tutti i costi magari provocando intralcio ai suoi riferimenti usuali, chi è iper-prudente, e temendo di intralciarlo si discosta di tre metri quando gli passa davanti...; tutti inequivocabilmente si rapportano alla persona solo in quanto cieca.

La cecità è il suo primo piano, la persona scompare sullo sfondo. La cecità, la parte ferita di sé, si mangia/asfalta l'intera identità.

Le stigmatizzazioni più dure, che hanno attraversato la storia professionale di molti operatori delle dipendenze, rimandano ai tempi dell'Aids, prima del 1996, quando ancora in Italia non erano disponibili le cure antiretrovirali, la malattia era cronaca di morte annunciata e dilagava il terrore del contagio.

Allora la persona malata era: "Un tossico infetto".

Due aggettivazioni, tossicodipendente e hiv positivo agivano come due ganasce di uno schiaccianoci che sbriacciavano ogni nome e cognome.

Eppure, quando ci si avvicina, nell'incontro con la persona, l'impatto distanziante dello stigma si riduce, e, poco a poco ma progressivamente, tutto l'altro che c'è in una persona riesce a prendere il sopravvento.

Le persone cieche spesso rivelano il loro fascino con l'uso della parola.

Ognuno, nel rapporto di prossimità, ha l'opportunità di mostrare la propria singolarità.

Solo allora la persona, agli occhi dei più attenti, non sarà più il suo pregiudizio e l'infamia passerà sullo sfondo.

Lo stigma comporta un effetto alone.

Le prime figure a cui lo stigma si estende sono i familiari.

Le famiglie vengono ritenute, con diverse connotazioni, corresponsabili dirette o indirette della problematica.

Non c'è scampo.

Così è per "la madre del drogato", "la figlia dell'alcolista", "la moglie del detenuto", oppure, quando la commiserazione prende il posto del biasimo, "i genitori del tetraplegico".

Sono tutti costretti a condividere almeno una parte del discredito delle persone stigmatizzate.

Il capo di imputazione della persona stigmatizzata non risparmia ai familiari il riverbero della vergogna e della colpa.

Ma l'"effetto alone" si estende anche a coloro che Goffman definisce i "membri onorari" del gruppo degli stigmatizzati.

Una speciale stigmatizzazione è infatti riservata agli eventuali amici delle persone stigmatizzate, ed una ripercussione si estende pure ai professionisti e ai volontari delle strutture che a vario titolo si occupano di Dus.

Ne sanno qualcosa gli operatori di Ser.D. e Comunità, con l'accumulo di esperienze di discredito a cascata, anche all'interno degli stessi servizi socio-sanitari.

Dallo stereotipo all'etichettamento

I modelli teorici descrivono il processo di stigmatizzazione come una filiera di stereotipi, pregiudizi, e discriminazione attiva. L'incipit sul piano cognitivo è fornito dal ricorso agli stereotipi, una primitiva bussola col compito di semplificare una realtà in cui è difficile trovare un iniziale orientamento.

La generalizzazione indebita di alcune informazioni, senza alcun riscontro empirico, investe intere categorie di soggetti identificati per un'unica proprietà comune (tipici sono gli stereotipi di nazionalità).

Lo stereotipo non elaborato fa da immediata calamita al pregiudizio, che aggiunge un carico emozionale, in genere di tonalità aggressiva.

Si pensi a un pregiudizio attuale, molto diffuso: "Gli stranieri rubano il lavoro agli italiani". Un'affermazione, senza scrupoli di verità, che diventa riprovazione morale.

Il pregiudizio è moralismo senza conoscenza.

La sua caratteristica, sbrigativamente liquidatoria, è inoltre remunerativa per il soggetto.

Se l'enunciato qualifica chi lo pronuncia, è pur vero che è anche funzionale a rinforzare la propria considerazione di sé a scapito di quella altrui.

Su questi aspetti sono ancora molto attuali gli studi sulla "personalità autoritaria" della Scuola di Francoforte con riferimento al lavoro di Habermas, Horkheimer e Adorno.

Sul processo di etichettamento il riferimento è a un'altra famosa scuola socio-psicologica, la Scuola di Chicago, da Becker al già citato Lemert.

Per Becker "la devianza è una trasgressione pubblicamente etichettata" per cui l'osservazione si sposta dalle caratteristiche di un comportamento in sé, all'interazione sociale nei confronti di un comportamento ritenuto deviante.

È Lemert, come si è già detto, a insistere sul concetto di "devianza secondaria", su quanto l'etichettamento avvenuto contribuisca significativamente alla formazione dell'identità deviante (nel nostro ambito a rinforzare una tossicodipendenza ego-sintonica) con una maggiore identificazione nel ruolo trasgressivo.

Secondo Link (1989) la stigmatizzazione comporta:

- a) il mutamento dell'esperienza della malattia, e della malattia mentale in particolare;
- b) l'aumento, da parte del soggetto, dello sforzo di mantenere invisibile e segreta la problematica, incrementando i comportamenti di ritiro e nascondimento;
- c) la progressiva diminuzione del supporto sociale di cui può fruire;
- d) l'esito di un peggioramento della qualità della vita.

Il corpo e i comportamenti costituiscono la "sostanza appiccicosa", l'aspetto visibile, a cui si attaccano e si incollano tutte le informazioni pregiudiziali nei confronti del soggetto.

"Noi siamo lo sguardo degli altri" ci ricordano, pur con enfatiche diversità, tutte le scuole di psicologia.

L'occhio dell'altro può non vederci benevolmente e il suo sguardo penetra ed influisce sulla considerazione di noi stessi.

Tra stigmatizzante e stigmatizzato si instaura un'interazione in cui più che due persone a stretto confronto, sono due ruoli e prospettive ad impossessarsi della scena, secondo copioni rigidi che sono la premessa per una patologia della dinamica comunicativa. Quando si è più permeabili e indifesi (un preadolescente...), un malato, un vissuto logorato da una situazione insostenibile...), qualsiasi incontro può generare ansia: per il sentirsi nuovamente sotto i riflettori; per il percepire un'ennesima invasione di intimità; per il vivere l'incertezza dell'incontro il cui esito è imprevedibile; per l'essere consumati dal dubbio persistente di cosa l'altro possa pensare veramente, anche quando si è sperimentata accettazione.

Un'accettazione che è comunque sempre percepita come condizionata, suscettibile alle aspettative altrui, sotto perenne giudizio.

L'accettazione incondizionata, rassicurante e rasserenante, è una speranza che molto spesso si è rivelata mera illusione.

Per quanto ancora nei desideri, non è più contemplata nell'orizzonte mentale di chi ha subito pesanti e reiterate esperienze di stigmatizzazione.

È questo vissuto che spesso genera un'interlocuzione provocatoria, di sfida, di messa alla prova della "tenuta" altrui.

Corrigan e il modello di interiorizzazione dello stigma

Secondo Corrigan (2017) lo stigma viene fatto proprio dal soggetto che lo subisce in un processo costituito da cinque passaggi:

1. La condivisione del pregiudizio. Ognuno di noi è parte integrante dell'ambiente sociale e culturale in cui è immerso, per cui è probabile che possa fare propri gli stereotipi e i pregiudizi prevalenti del gruppo di appartenenza. Non c'è da stupirsi che anche le persone tossicodipendenti possano condividere molti pregiudizi sulla tossicodipendenza.
2. L'applicazione del pregiudizio a se stessi. Quando la persona tossicodipendente applica il pregiudizio a se stessa, inevitabilmente sperimenta vergogna e colpa, che a loro volta suscitano auto-disprezzo. Gli studi su persone con disturbo d'uso d'alcol indicano con chiarezza che più forte è la consapevolezza e la condivisione degli stereotipi negativi prevalenti, più li si applicano anche a se stessi.
3. La ferita sull'autostima. Autogiudicandosi negativamente, l'immagine di sé fallimentare riduce ulteriormente la propria autostima evocando il senso di colpa, che assume aspetti persecutori da cui la persona cerca di difendersi.
4. La rimozione non è un meccanismo di difesa praticabile a fronte di un dato di realtà attuale e prorompente come l'addiction, per cui il sistema mentale per proteggersi dall'angoscia ricorre alla negazione (Freud). Con la negazione si disconosce la condizione in cui si versa, oppure si minimizza la gravità, in genere riconducendo il disturbo ad un più semplice consumo rivendicato come scelta libera e consapevole.
5. Il ricorso alla sostanza, in una ripetuta spirale compulsiva, cercherà di tenere a bada il riemergere delle scorie di profondo malessere connesse all'autobiasimo e alla persecutorietà del senso di colpa.

Lo stigma interiorizzato diventa presto anticipatorio: non ha più necessità di essere suscitato da un confronto con la realtà esterna, si genera e si alimenta da sé.

Non diversamente dalla dipendenza patologica che, una volta insediatasi, si esprime autonomamente da cause e concause che l'hanno originata.

La risposta allo stigma interiorizzato e anticipatorio sfocia generalmente in una condotta di evitamento o in una reazione di ostilità provocatoria.

L'evitamento si declina nel tentare di nascondere il più possibile la propria situazione; nella tendenza a non parlare di problemi del proprio uso di droghe, non cercare di conseguenza né l'aiuto informale e tantomeno quello formale.

Secondo Corrigan (2004) lo stigma è il motivo più citato per evitare un trattamento professionale. Secondo alcuni (Glass *et al.*, 2013) evitare l'etichettamento del Dus, appare come una risposta salutare, considerata la portata della minaccia dello stigma pubblico, istituzionale, e dell'autostigma sul benessere psichico della persona.

È evidente la contraddizione che si apre nel momento in cui l'evitamento difensivo crea un ostacolo sia al riconoscimento precoce della problematica che alla ricerca di aiuto.

Se ne può uscire imboccando due strade.

La principale, a più lunga percorrenza, è la via maestra di un impegno complessivo di contrasto allo stigma nella comunità per l'affermazione dei valori dell'accettazione e della tolleranza, a partire dalle famiglie e dal mondo dei servizi sanitari e sociali. La via secondaria, ma non meno importante, percorribile più a breve-medio termine, è un maggiore radicamento, nella cultura dei servizi dedicati che fanno capo ai Dipartimenti, di un'interpretazione meno rigida e dicotomica delle dipendenze.

L'imporsi di una concettualizzazione della problematica (Rhem, 2013) che rifiuti la visione di un'alternativa secca tra astinenza vs. consumo per definire lo stato di addiction, e che tenga in considerazione il continuum in cui si declina l'uso delle sostanze (mite, moderato, problematico...) già svolge la sua parte nel contrasto allo stigma.

La stessa concettualizzazione del Dus consente la fuoriuscita da una logica strettamente binaria.

Il disturbo non si identifica con l'uso, per cui l'"ammissibilità" di un comportamento di consumo anche in una persona dipendente, al di là della sua specifica problematicità, può contribuire a una mitigazione dello stigma, facilitando il più precoce riconoscimento della gravità della situazione e l'emergere di una richiesta di aiuto.

In questa direzione, è scontato che tutto il lavoro "outreach", con unità di strada, drop-in e quant'altro, essendo emblematico di una preoccupazione per la salute delle persone che prescindono da ogni giudizio, svolge anche una rilevante funzione destigmatizzante.

Per una clinica e una presa in carico dello stigma

L'ostilità provocatoria è spesso la reazione immediata alla stigmatizzazione.

È un atteggiamento controproducente, con "effetti boomerang". Il sarcasmo e l'ironia possono parzialmente contenere l'aggressività reattiva.

Goffman ci porta due esempi.

Il primo è ancora impegnato di ostilità provocatoria.

Una ragazza, a cui veniva chiesto la causa della perdita della gamba, rispondeva: "L'istituto di credito a cui sono ricorso per un prestito me l'ha trattenuta come pegno!".

Nel secondo esempio l'ironia è lieve, ma ben salda nella funzione difensiva.

In un colloquio di assunzione: "Vedo, purtroppo che lei ha perso una gamba?", "Oh, che sbadata!". Altre volte si è presi da problemi più assillanti.

"Un nano in metropolitana rispondeva con un'occhiataccia fredda e veloce ai tanti sguardi curiosi che si abbassavano su di lui. Era meglio concentrarsi sul problema fondamentale: come uscire indenne dalla calca di folla all'uscita dal metrò!"

Nel lavoro clinico di contrasto allo stigma con le singole persone (anche in gruppo), parte del lavoro consiste nel monitorare la disfunzionalità delle risposte reattive.

Paradossalmente per alleviare la tensione della situazione (base minima: l'imbarazzo), la persona oggetto di stigmatizzazione dovrebbe "farsi carico" del disagio che si instaura nel rapporto.

Nella situazione si confrontano due esperienze.

Quella ordinaria dello stigmatizzato e quella straordinaria degli stigmatizzanti.

Per il primo la gestione dello stigma è quotidiana.

Per i secondi è eccezionale.

Ed anche i "buoni" si rapportano allo stigmatizzato con un pregiudizio, pur a favore, spesso offrendo aiuto e consigli non richiesti.

Nel riuscire a mettere a proprio agio la gente, prima che la situazione possa prendere un verso spiacevole, la commedia umana conferisce allo stigmatizzato un ruolo "superiore".

Nel caso dell'aiuto e dei consigli non richiesti, è utile non solo riconoscere le buone intenzioni, ma a volte anche consentire alle persone di svolgere la loro parte.

Non si è mai pienamente consapevoli dell'aiuto che si è in grado di dare con l'accettare l'offerta di aiuto altrui; con la valorizzazione di chi eroga l'aiuto, da una "accettazione fantasma", in quanto precaria e di circostanza, si può generare una relazione più autentica.

L'accettazione oscilla tra le persone con geometria variabile (ricordate il film "Indovina chi viene a cena?").

Nel perimetro di un'"accettazione fantasma" un buon sviluppo dell'interazione può stabilizzare una "normalità fantasma", ed è già un risultato su cui assestarsi, per quanto permanga, indissolubile, il doppio messaggio da gestire: "Ti è detto che sei uguale a tutti gli altri, ma allo stesso tempo si sa che non è proprio così, e piccoli particolari te lo ricordano di continuo".

Sono stati identificati 5 indicatori della "carriera" dello stigma biografico, di cui bisogna tenere conto nel lavoro clinico sullo stigma:

1. Il rilievo delle auto-attribuzioni. Si tratta di appurare come si autodescrivono le persone stigmatizzate, confrontando evolutivamente la prospettiva attuale con quella passata e futura.
2. La percezione delle etero-attribuzioni. Bisogna fare emergere come le persone vengono descritte dagli altri, distinguendo tra la gente comune ed i professionisti. Si tratta di valutare anche lo scarto differenziale tra auto ed etero attribuzioni.
3. La puntualizzazione degli atti di discriminazione subiti. Fare emergere i singoli diversi episodi con cui si sono configurati gli atti discriminatori.
4. La gestione della discriminazione. Come i singoli episodi sono stati gestiti dalla persona stigmatizzata.

5. La normativa in merito e la sua conoscenza. Se e come la si è utilizzata a proprio favore nel passato e la prospettiva attuale.

In una clinica di resistenza alla stigmatizzazione, il lavoro degli operatori si concentrerà sulle auto attribuzioni (punto 1), sulla gestione delle discriminazioni (punto 4), sulla conoscenza e sull'utilizzo della normativa (punto 5).

L'obiettivo del sostegno delle persone stigmatizzate consiste nello sviluppare il loro empowerment, individuale e collettivo.

È possibile una “normalizzazione” della malattia?

Il termine normalizzazione ha un duplice riferimento: rispetto alla vicenda personale di ogni consumatore che deve affrontare la reazione sociale al suo comportamento e che desidera di essere accettato dall'ambiente che lo circonda, in modo da sentirsi aiutato; rispetto alla rappresentazione culturale di un fenomeno che devia dai canoni normativi della società e che muta nello spazio geografico (ad esempio in alcune culture viene stigmatizzato il consumo, in altre la perdita del controllo...) e nel tempo secolare in base a macrovariabili che trascendono ogni vicissitudine dei singoli individui.

Con la prima accezione del termine, ci si colloca all'interno del perimetro di un'esistenza; con la seconda si è dentro la storia della convivenza umana, in cui la nascita, la diffusione e il declino dello stigma in una determinata società assume una dimensione temporale che attraversa le generazioni.

Questo contributo si limita alla prima accezione del termine “normalizzazione”, intendendo il percorso che conduce gli individui stigmatizzati ad essere reintegrati nella comunità sociale, condividendone contesti aggregativi, stili di vita, valori e mete comuni. Come operatori socio-sanitari, nel lavoro individuale e di gruppo con le persone stigmatizzate, il nostro ruolo è in qualche modo prescritto: sostenerle e fortificarle.

Per quanto riguarda invece la più ampia funzione del contrasto sociale e culturale al pregiudizio e alla stigmatizzazione, le modalità di azione risentono di una riflessione ancora acerba nei servizi e necessitano di un disegno generale in cui collocarsi.

Il contrasto allo stigma: che fare?

C'è un principio da cui partire e che rappresenta anche l'obiettivo principale da perseguire.

“Lo stigma deve essere riconosciuto come ingiustizia sociale!”.

Deve essere contrastato come altre forme palesi di ingiustizia e disuguaglianza.

Solo in nome di una lotta contro l'ingiustizia, possono essere capite e condivise le azioni volte a eliminare le discriminazioni più evidenti: l'accesso alle cure e all'assistenza; l'accesso al lavoro; l'accesso alla casa.

Sono i diritti sociali, più che i diritti sanitari, che rischiano di rimanere “diritti di carta”.

Corrigan e Penn (1999) indicano tre strategie cardine di contrasto allo stigma: Protest, Education, Contact.

La **protesta** assume il volto dell'“advocacy”, della difesa dei diritti negati e del reclamo dei diritti umani.

È la denuncia sociale degli episodi di discriminazione.

Coincide con l'attivismo sociale che evidenzia le ingiustizie dello stigma, intervenendo nei confronti degli stigmatizzatori, utilizzando anche la legge quando necessario.

Berger (2004) sostiene la necessità di alzare maggiormente la voce soprattutto se lo stigma si configura come “intersezionale”, vale a dire quando sullo stesso soggetto impatta la combinazione di diversi assi identitari negativi.

Lo stigma intersezionale somma tra loro diverse forme di identità marginalizzate, per cui la persona col più alto numero di dimensioni di identità negative sperimenta le forme più gravi di discriminazione.

Negli USA sono stati identificati i “Big Four”, i quattro fattori stressogeni che più alimentano e rendono intollerabile lo stigma: l'etnia, il genere, l'orientamento sessuale, la classe sociale.

Ai “Big Four” si agganciano altre stigmatizzazioni addizionali: la disabilità mentale e la tossicodipendenza, l'essere senza tetto, la condizione di migrante, l'obesità”...

L'azione di protesta ha un impatto diretto e positivo sui consumatori di sostanze psicoattive e le persone con Dus: riduce l'effetto dello stigma, potenzia il senso di sé tramite l'esercizio di un proprio protagonismo, contribuisce a intravedere un significato e un nuovo scopo per la propria vita.

L'**educazione** integra il richiamo ai diritti umani con le evidenze scientifiche.

Significa fare emergere la complessità e l'interdipendenza dei fenomeni, fornendo un approccio antidogmatico nel comprenderli ed affrontarli; significa dimostrare empiricamente che pregiudizio e stigma non risolvono i problemi ma li aggravano; significa chiarire le modalità più efficaci nel trattare le persone dipendenti in base alle conoscenze di più di 40 anni di lavoro sul campo.

L'esperienza accumulata nella pratica degli interventi di sensibilizzazione e di educazione indica come gli interventi più efficaci riguardino il coinvolgimento di gruppi e segmenti specifici di persone della comunità locale con cui si sviluppa un'interazione. Sono state anche evidenziate alcune modalità più efficaci: l'uso di una narrativa empatica in grado di suscitare coinvolgimento e identificazione con le persone vittime dell'ingiustizia; l'evidenziazione dei meccanismi tramite cui l'ingiustizia si realizza a danno dei singoli; lo svelamento dei processi di stigmatizzazione e esclusione; la spiegazione dell'insieme dei fattori che concorrono a sviluppare una dipendenza.

Rispetto invece agli strumenti “generalisti” come le campagne pubbliche destigmatizzanti tramite i mass media, solo un corpo ancora limitato di ricerche indica che tali strategie di comunicazione risultano effettivamente capaci di cambiare gli atteggiamenti verso le persone con Dus (Bachuber *et al.*, 2015, Pescosolido *et al.*, 2010).

Altre ricerche insistono invece sui rischi connessi alla trasmissione unilaterale della comunicazione, per cui molta attenzione viene posta nell'evitare il cd. “effetto boomerang”, in quanto messaggi, pur pieni di buone intenzioni, possono inavvertitamente incrementare lo stigma (Metha e Farina, 2004).

Il **contatto** riguarda l'incontro personale di gruppi stigmatizzati di un territorio con componenti della comunità (comitati di quartiere, gruppi di cittadini che protestano nei loro confronti).

Il contatto è la chiave di volta indispensabile per qualsiasi iniziativa che cerchi di mediare il conflitto.

Nell'incontrarsi personalmente si sviluppa un rapporto di conoscenza reciproca; gli stereotipi regrediscono a fronte di nuove informazioni che emergono dalla riduzione delle distanze (prima fisiche e poi psichiche), e gradualmente si definisce una messa a fuoco più completa dell'altro. Avviene un mutamento percettivo sulle tre dimensioni che creano l'allontanamento e il

rifiuto delle persone con Dus: la pericolosità, la sofferenza e la responsabilità.

La pericolosità percepita, e di conseguenza la paura e l'allontanamento reattivi, diminuiscono con la conoscenza diretta della persona che viene temuta; la sofferenza che si coglie nell'altro, può generare il movimento inverso dell'avvicinamento; un più alto livello di responsabilità percepita rispetto a quella attesa, sorprende favorevolmente e motiva ad una maggiore conoscenza dell'altro. Per essere efficace secondo Corrigan (2011) il contatto deve essere: mirato (chi incontra chi), autentico (spontaneo vs. non forzato) e ripetuto (con maggiore o minore frequenza nel corso del tempo).

Solo a queste condizioni il coming-out rispetto la propria dipendenza, in particolare di persone "insospettabili" agli interlocutori, risulta particolarmente efficace.

L'agenda di contrasto allo stigma coinvolge tre grandi attori:

- i servizi, a cui compete la funzione di ridurre lo stigma in ambito sanitario e sociale;
- l'associazionismo impegnato sul territorio, che esprime gli "stake-holders" sostenitori dei diritti umani;
- gli utenti stessi che, individualmente e collettivamente si auto organizzano a propria difesa, promuovendo una diversa cultura nel territorio nei loro confronti.

Tutti e tre gli attori condividono identici obiettivi.

I metodi di azione possono divergere notevolmente, e sembrare addirittura in contraddizione, ma è la complementarità degli sforzi a determinare il potenziamento del risultato comune.

È già stato ribadito quanto lo stigma funga da robusto bastone tra le ruote rispetto alla richiesta di aiuto, e in particolare all'espressione di una domanda ai servizi pubblici dedicati.

Il timore di essere riconosciuti come frequentatori del Ser.D., la paura di rimanere "schedati", l'ansia di rendersi in qualche modo più visibile per la propria dipendenza, costituiscono un freno che ritarda e spesso preclude l'accesso al servizio.

Bisogna pertanto potenziare i livelli strutturali dei servizi la cui capillarità svolge di per sé una indiretta funzione di riduzione dello stigma.

È dimostrato che:

- a) una maggiore e più diffusa presenza dei servizi dedicati sul territorio;
- b) il numero degli interventi preventivi progettati con regolarità durante l'anno;
- c) un accesso più ampio delle persone con Dus ai servizi generalisti;
- d) una maggiore diffusione di attività di riduzione del danno; costituiscono tutti aspetti strutturali confluenti, che consentono una maggiore opportunità di avvicinamento, più incontri e maggiore approfondimento conoscitivo.

Bisogna aggiungere che gli operatori sociosanitari, non diversamente dalle FFOO, possono esercitare un ruolo di mediazione significativo, in quanto categoria professionale, rispetto al contenimento della stigmatizzazione e alla mediazione del conflitto sociale.

Ciò avviene se ogni singolo servizio:

- a) dedica una speciale attenzione al linguaggio con la necessità che il lessico utilizzato venga filtrato da un meticoloso rigore antidiscriminatorio;
- b) investe sul rafforzamento della formazione degli operatori in modo che il contrasto allo stigma divenga parte integrativa dei curricula formativi;
- c) rende lo stigma oggetto di lavoro clinico e sociale nei percorsi di recovery ed empowerment con le persone con Dus;

d) attiva veri e propri servizi di supporto tra pari, dall'auto-mutuo-aiuto al peer support per iniziative di sensibilizzazione del territorio;

e) dà voce e spazio alle persone con Dus per la loro rappresentanza ai tavoli istituzionali.

Per quanto riguarda i consumatori, il contatto con i propri pari, all'interno di un percorso che tende all'emancipazione dallo stato di dipendenza, si è rivelato il modo più efficace per ridurre lo stigma (Corrigan, Penn, 1998).

Il coinvolgimento tra pari avviene a più livelli: nei luoghi della cura; nei gruppi di auto mutuo aiuto che si svolgono all'interno e all'esterno dei servizi; nell'impegno comune per iniziative di advocacy; nei social, in cui si condividono chat ed esperienze personali.

Il Peer Support, il sostegno tra pari, si fonda su tre principi chiave: il rispetto reciproco; la responsabilità condivisa; l'accordo comune su ciò che viene ritenuto utile.

Rispetto ai benefici del sostegno tra pari si evidenziano: maggiore ritenzione e soddisfazione del trattamento; riduzione dell'uso delle sostanze; riduzione delle "ricadute".

I programmi di contrasto allo stigma devono essere condotti in prima persona dalle persone che lo subiscono e che ne vengono danneggiate.

Gli operatori socio-sanitari possono svolgere il ruolo di "buoni alleati", collocandosi nelle retrovie con un ruolo di supporto.

L'autorivelazione della propria condizione è una modalità che si è mostrata efficace nel contrasto allo stigma.

È una scelta personale faticosa da gestire, perché, una volta che la malattia è resa pubblica, l'associazione di identità tra persona e condizione di salute diventa permanente.

Se è ormai indubbio che le storie di rivelazione possono esercitare un forte impatto nella de-stigmatizzazione, bisogna sempre valutare con molta attenzione il rapporto costi/benefici in relazione alla vita di ciascun soggetto.

Stigma e politica

Stigma e politica sono due vasi comunicanti.

Si rapportano vicendevolmente.

La politica può essere espressione dello stigma, nella funzione di mero termometro dell'opinione pubblica, oppure ergersi a suo contrasto, scegliendo con consapevolezza di svolgere un coraggioso ruolo educativo.

Ciò che gli osservatori più qualificati denunciano è come, in generale, si lamenti la mancanza di una politica basata sui due cardini essenziali che la qualificano come "buona politica": il riferimento alle evidenze scientifiche e il rispetto dei diritti umani.

È compito della politica contrastare la rappresentazione sociale distorta del fenomeno, sia del consumo e dei consumatori, sia dell'addiction e delle persone dipendenti.

I mass media, che orientano l'opinione pubblica, sono ancora troppo condizionati dalla problematica dell'audience e da tutto l'indotto che la "cattura" del pubblico comporta.

Nelle scelte redazionali di cronaca, ma anche dei reportage, continuano a prevalere i criteri delle tre "S": sangue, sesso e soldi, che contribuiscono non poco a suscitare allarmismo, offrendo un'immagine parziale e distorta del fenomeno, consolidando stereotipi e pregiudizi.

Fornire informazione corretta, formare gli amministratori locali, svolgere un ruolo di mediazione nei territori, essere presenti con funzione preventiva negli eventi critici, è il contributo che, con realismo, i servizi impegnati possono svolgere “fuori sacco” dai loro compiti prescritti, ma con utilità per tutti.

Ben sapendo che, come è accaduto per l’ultima Conferenza Nazionale sulla droga del 2021 o per la stesura del Piano d’Azione del 2022, il contributo “tecnico” emerso dal sapere dei servizi può incappare nel destino di un messaggio in bottiglia.

Bibliografia essenziale

Goffmann E. (1972). *Stigma: identità negata*. Laterza.
Schomerus G., Corrigan P.W. (2022). *The stigma of substance use disorders*. Cambridge University Press.

Bibliografia completa

Adorno T.W. et al. (1973). *La personalità autoritaria*. Edizioni di Comunità.
Bachhuber M.A., Pescosolido B.A. *Communication strategies to counter stigma and improve mental illness and substance use disorder policy*. <https://ps.psychiatryonline.org>.
Becker H.S. (1987). *Outsiders: studi in sociologia della devianza*. Edizioni Gruppo Abele.
Berger L.M. (2004). Income, family structure and child maltreatment risk. *Children and Youth service Review*, 26.

Corrigan P. et al. (2004). Structural levels of mental illness. *Schizophrenia Bulletin*.
Corrigan P. et al. (2017). Developing a research for understanding the stigma of addiction: lessons from the mental health stigma literature. *American Journal of addiction*.
Corrigan P., Penn D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54.
Freud S. (1981). *La negazione e altri scritti*. Boringhieri.
Glass J.E. et al. (2013). Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders. A modified labeling theory approach. In *Drug and alcohol dependence*.
Lemert E.M. (1981). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*. Giuffrè.
Link B.G. et al. (1989). A modified labeling theory approach to mental illness disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3).
Miller A.W. et al. (1999). A wealth of alternatives effective treatments for alcohol problems. In *Treating addictive behaviors processes of change*. Plenum Press.
Penn D.L., Corrigan P.-W. (2002). The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophrenia Research*, 55(3).
Pescosolido B.A. et al. (2010). A disease like another? A decade of change in public reaction to schizophrenia, depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 11.
Rhem J., Roerecke M. (2013). Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol*, 4.
Ryan R.M. et al. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 67(3).
Schomerus G. (2008). Stigma and its impact on help seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiology and psychiatric sciences*, 17.
West N. (1948). *Signorina Cuori-infranti*. Bompiani.

RECENSIONE



Alfio Lucchini (a cura di)
**L'EVOLUZIONE
DELL'INTERVENTO NELLE
DIPENDENZE IN ITALIA.
GLI EDITORIALI DELLA RIVISTA
MISSION DAL 2002 AL 2022**

Codice: 231.3.6
Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Quaderni
euro 29,00
Editore: FrancoAngeli

volume si alternano i risultati, gli sviluppi e i progressi scientifici nelle dipendenze, il commento a eventi istituzionali, l'applicazione di leggi e decreti che incidono sulla vita di tanti cittadini, con il richiamo agli operatori delle dipendenze a impegnarsi al massimo per la salute dei nostri pazienti e la tutela della sanità pubblica. In quest'ottica, alcuni temi vengono ripresi più volte al fine di sensibilizzare le istituzioni a programmare i necessari investimenti. Una lettura utile per chi opera nel settore delle dipendenze e vuole riflettere sui cambiamenti di questi vent'anni e sul valore della propria professione. Una lettura stimolante per i giovani che vogliono entrare nel mondo professionale delle dipendenze, trovandovi molteplici stimoli per una grande sfida scientifica e civile.

Alfio Lucchini vive a Bergamo, è psichiatra, medico psicologo, psicoterapeuta. Già direttore del Dipartimento gestionale di Salute mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e Martesana, Milano. Past president nazionale di FeDerSerD, è membro del Comitato di indirizzo e coordinamento area dipendenze e del Comitato salute mentale e dipendenze della Regione Lombardia. Ha insegnato all'Università degli Studi di Pavia, all'Università degli Studi di Milano-Bicocca e all'Università Cattolica di Milano. Direttore editoriale della collana Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso e Editor in Chief di *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e di 40 volumi, tra cui recentemente: *Volevamo l'Indipendenza, Quarant'anni di intervento nei Servizi pubblici delle Dipendenze italiani* (2021) e *2021. La normalità possibile. Un diario tra privato e vita associativa* (2022).