

STIGMA e MALATTIA MENTALE: problema superato o tuttora esistente?

E' più facile spezzare un atomo che un pregiudizio.

Albert Einstein

B è una donna valtellinese di 31 anni: da qualche tempo si sente sola, triste, si isola, è astenica, inappetente, insonne, dimagrisce. La situazione peggiora progressivamente e un giorno, al culmine della sofferenza, prova a parlarne con la madre, persona nota e conosciuta nel paese; essa la ascolta ma subito la blocca, dicendole che queste cose non si raccontano in giro, e le fa balenare le maldicenze, il discredito e il “disonore” che la notizia della sua malattia avrebbe provocato anche alla famiglia “allargata”: la fa sentire in colpa e le “ordina” di tacere.

Dopo quattro mesi B si toglie la vita.

Grandissimi cambiamenti hanno caratterizzato la concezione della follia e la psichiatria nel secolo scorso: la caduta delle mura asilari, la risocializzazione del malato, l'avvento di nuove terapie sono eventi noti e ormai acquisiti, ma la domanda che dobbiamo porci è se questo progresso sia stato accompagnato da cambiamenti riguardanti anche il pregiudizio, la vergogna, il marchio che per secoli hanno caratterizzato la malattia mentale: malgrado non esistano più i luoghi della separazione e dell'isolamento (i manicomi), permane tuttavia un diffuso orientamento di pensiero teso a sottolineare la “diversità” del malato mentale, lo STIGMA insomma.

Noi sappiamo che la qualità di vita delle persone affette da disturbi psichici è negativamente condizionata non solo dalla malattia e dall'invalidità che essa può provocare, ma anche dalle relazioni con le altre persone, attraverso il pregiudizio sociale, le colpevolizzazioni, il rifiuto e la diffamazione: lo stigma è un rilevante ostacolo all'approccio con il disagio psichico, ritarda la consultazione dello psichiatra rendendo impossibili diagnosi e terapie precoci e tempestive; allo stesso modo, nelle fasi evolute della malattia complicherà i tentativi di riabilitazione, di

reinserimento sociale e lavorativo. Al punto che si può parlare, con FINZEN, dello stigma come di una “seconda malattia” che colpisce il paziente psichiatrico.

Dal punto di vista storico questo fenomeno non appartiene in senso stretto alla psichiatria, ma riguarda tutti i campi della vita umana e delle relazioni, in quanto potenziale fonte di discredito sociale nei riguardi di singole persone o gruppi, coinvolgendo individui e società.

Lo stigma può essere definito come un “marchio visibile di discredito e di vergogna” e rimanda, come ben ci ricorda VENDER, “all’antica pratica di marchiare a fuoco o incidere col coltello gli schiavi, i criminali o i traditori affinché fossero riconosciuti immediatamente”. Il termine stigma significava testualmente “macchia sul corpo di una persona da evitare” e nell’antica Grecia era usato “per identificare i segni fisici che indicavano alla collettività uno status morale criticabile e disprezzabile.”

Nel mondo romano, pur riconoscendosi i primi germi di una concezione evolutiva della follia, si mantenne l’ambigua dimensione di “protezione” del folle e contemporaneamente di preservazione della società dal contatto: l’imperatore Marco Aurelio nell’enunciare, forse per la prima volta nella storia, il principio giuridico della non punibilità di un matricida che aveva commesso il delitto in condizioni di mente alterata, affermò che questi non dovesse essere condannato ma solo custodito, in quanto già sufficientemente punito dalla malattia stessa (AMATI). Questo innovativo principio giuridico comporta però, nel considerare il disturbo mentale stesso come una punizione, un’affermazione stigmatizzante. Concetto che verrà poi confermato in epoca medioevale, quando si affermava “quos Deus perdere vult, dementat.” Nello stesso periodo storico la concezione della malattia mentale veniva ben rappresentata nella “Das Narren Schiff”, la NAVE DEI FOLLI, l’opera satirica di Sebastian Brant che parla di una nave sulla quale viene imbarcato un carico di folli costretto a peregrinare, senza meta, tra i fiumi della Renania e i canali fiamminghi.



In seguito Foucault, nella sua *Storia della follia nell'età classica*, ci ricorda come nel Settecento “il folle diventa man mano un recluso criminalizzato”, paragonando i provvedimenti di internamento in luoghi separati ai lebbrosari e ai lazzaretti.

Se storicamente questa ideologia è sempre esistita, dobbiamo prendere atto che il problema della follia ha costantemente evocato nella società reazioni difensive ed espulsive. Nei vari secoli ha prevalso una strategia difensiva nei confronti del folle, piuttosto che una difesa del malato stesso intesa come aiuto ad affrontare la patologia: per tale motivo si sono sviluppate, nel corso dei tempi, misure di contenimento volte a proteggere la tranquilla quotidianità delle persone “normali” dall’irruzione “del male oscuro” (VENDER). Del resto il problema dell’ambivalenza tra la (presunta) pericolosità del folle e l’esigenza di protezione sociale da un lato, e le esigenze terapeutiche dall’altro, appare tuttora irrisolto.

Proprio il pregiudizio della pericolosità del malato di mente è stato l’assunto che ha portato, secondo la legge italiana del 1904, all’internamento del malato in ospedale psichiatrico. Il progressivo e ancora parziale superamento di tale concetto di pericolosità e l’abbandono della realtà manicomiale, sanciti dalle innovazioni legislative del 1968 e dalla complessiva riforma del 1978 (impropriamente detta legge Basaglia), hanno condotto a sostanziali seppur ancora incompleti cambiamenti istituzionali, terapeutici e riabilitativi. Alla base di quella riforma c’era la convinzione che la cura e il trattamento della malattia mentale fossero centrali rispetto alle esigenze di separazione e di custodia.

Evidenze scientifiche sempre più condivise hanno dimostrato essere falsa l'equazione "malattia mentale uguale violenza" ma, tornando alla domanda iniziale: sono realmente scomparse o esaurite le istanze di contenimento, di pregiudizio, di timore, le angosce, le fantasie di "contagio", le stereotipie rispetto alla malattia mentale e alla sua inguaribilità? Oppure lo stigma rappresenta per il malato psichico l'equivalente delle barriere architettoniche per il disabile fisico?

LA NATURA DELLO STIGMA

Meccanismi biologici innati ed evolutivi

Gli studi etologici ci insegnano che esiste negli animali una tendenza naturale, radicata nella biologia evolutiva, a essere cauti e timorosi, sia singolarmente sia nel branco, quando essi si trovino davanti a situazioni nuove o impreviste che ne possono minacciare la sopravvivenza. La psicologia sperimentale (HAGHIGAT) sembra dimostrare che ciò vale anche per il cervello umano e che quindi esista nell'uomo una risposta simile basata su meccanismi biologico-evolutivi ancestrali. GILBERT arriva a sostenere che le discriminazioni sociali tra gli uomini (tra cui quelle relative ai malati mentali, definiti "scommesse riproduttive perdenti") siano generate da forze riproduttive ed evolutive: in questo modo, prosegue GILBERT, "la sopravvivenza a livello primitivo biologico può esser aumentata evitando/rifiutando, dominando o distruggendo coloro che sono visti come territorialmente deboli, inattivi, insensibili, inabili a rafforzare l'esistente sistema sociale."

Dinamiche interpersonali.

Stereotipi e stigma aiutano le persone a semplificare le loro categorie mentali, a giustificare l'ostilità e servono come schermo di protezione per i conflitti personali.

(Allport)

Vengono chiamati in causa fattori quali l'aver sperimentato personalmente, o nelle persone di prossimità, una qualche forma di malattia mentale e i vissuti di paura conseguenti; a ciò contribuisce in buona parte l'atteggiamento dei media, che spesso sembrano rispondere soprattutto alle esigenze generali della popolazione di essere rassicurata e tranquillizzata. Questo comporta anche lo sviluppo di fantasie negative e pregiudizi, e la loro conferma.

“Definire la devianza sociale aiuta ad assicurare una normalità sociale confortante, con un incremento della coesione sociale interna .”

(Crisp)

Fattori esperienziali

La malattia mentale come rischio e minaccia per tutti gli individui.

La presenza e la convivenza con soggetti “malati”, con le loro manifestazioni di cedimento di controllo degli impulsi e di deragliamento sociale, possono mettere in crisi i nostri meccanismi psicologici di difesa dall’ansia e dall’angoscia, meccanismi che sono uguali per tutti, sia sani sia malati, ed è vissuto come una falla potenziale nelle nostre stesse difese. La nostra angoscia può quindi essere alleviata dall’utilizzo dei meccanismi mentali di difesa, quali la negazione e la proiezione: noi neghiamo l’angoscia in noi stessi proiettandone le origini sulla persona mentalmente disturbata; per fare ciò abbiamo bisogno dell’“esistenza” della persona disturbata, del suo etichettamento e del suo distanziamento da noi.

Il processo di stigmatizzazione inizia quindi col riconoscimento delle “differenze” (SPINOGATTI) e il conseguente etichettamento: da cosa nasce questa consapevolezza di diversità?

Viene facile pensare alle bizzarre comportamentali che caratterizzano alcune gravi malattie, le psicosi ad esempio, così come al ritiro sociale, alla chiusura in se stessi, alle dimensioni psicologiche negative che caratterizzano la depressione. O a certi manierismi, a certe stereotipie causate dall’uso prolungato di determinati psicofarmaci, fenomeni che “marcano” in modo diretto e immediato una situazione di diversità.

Anche il solo sottoporsi a una terapia o a un trattamento psichiatrico può essere fonte di pregiudizio, di distanziamento, così come quell’alone di pericolosità che in modo del tutto non scientifico circonda gli psicofarmaci. Quando ad esempio vengono commessi un reato o un delitto non immediatamente comprensibili, è frequente che i media parlino di follia: “il colpevole era sotto l’effetto di psicofarmaci”, leggiamo e ascoltiamo, come se tutti gli psicofarmaci fossero uguali o assimilabili tra di loro, o fossero sostanze stupefacenti; come se fossero molecole in grado di modificare il pensiero e i comportamenti di una persona, o di indurre condotte violente.

Questi pregiudizi così diffusi, che potremmo chiamare con HAYWARD E BRIGHT “*public stigma*”, contribuiscono a rafforzare nel sofferente psichico un sentimento di inferiorità, di vergogna, di colpa che viene definito “*self stigma*”. Si tratta di un vissuto che innesca una spirale di autoesclusione, desocializzazione, di ritiro personale, un’adesione passiva allo stereotipo che considera il malato incapace e privo di valore: ciò contribuisce a volte in modo determinante a peggiorarne la patologia, quando non a decretarne l’exitus improvviso.

La natura dei pregiudizi sulla malattia mentale alla base dello stigma riguarda quindi alcuni preconcetti molto diffusi, che i media e l’opinione pubblica meno attenti contribuiscono a sostenere e diffondere:

- a) pericolosità
- b) incomprendibilità
- c) inguaribilità
- d) irresponsabilità
- e) improduttività

Una persona affetta da un disturbo mentale viene etichettata come violenta e aggressiva, quindi “pericolosa” e “irresponsabile”, mentre nella realtà non vi è nessuna evidenza di questo fenomeno, che la letteratura e la statistica smentiscono clamorosamente. Oppure viene etichettata come “incomprensibile”, per cui sarebbe inutile parlarle o provare a capirla; o “inguaribile”, quando invece la gran parte delle patologie sono curabili e guaribili; o “improduttiva”, poiché fuori dal circuito economico produttivo.

Pertanto è ancora lunga la strada che porta al superamento o almeno alla riduzione dello stigma verso la malattia mentale e di tutte le conseguenze negative che tale discriminazione comporta per gli individui, la famiglia, la società.

Il progetto della **WPA (World Psychiatric Association)** denominato “OPEN THE DOORS” prevede il seguente programma:

Sviluppo nella popolazione di corrette conoscenze sulle malattie mentali e sulla loro vera natura, per evitare che dall’ignoranza nasca il pregiudizio e per

migliorare l'atteggiamento generale verso le persone affette da tali malattie e i loro familiari attraverso tavole rotonde, conferenze, dibattiti pubblici;

sensibilizzazione ai temi della salute mentale e del pregiudizio attraverso l'organizzazione di spettacoli teatrali, festival cittadini, manifestazioni sportive o attività ricreative (cene, feste) e culturali realizzate all'interno delle comunità terapeutiche o nei centri di salute mentale;

promozione di azioni concrete rivolte a specifici gruppi "target" della popolazione atte a prevenire o eliminare la discriminazione; ad esempio incontri di sensibilizzazione al problema rivolti agli studenti degli istituti scolastici superiori al fine di promuovere una diversa "cultura" e una diversa sensibilità riguardo alla malattia mentale.

Tutto ciò deve passare attraverso un'azione combinata di tipo politico e sociale, ma soprattutto tramite una campagna di psicoeducazione e di formazione che come detto deve iniziare già nelle comunità, nelle scuole, nei giovani.

Senza dimenticare l'intervento "educativo" sui media e sui mezzi di comunicazione, spesso portali di pregiudizi e di cattiva informazione, che potrebbero invece diventare divulgatori di messaggi positivi e costruttivi.

In tal senso va anche la "Carta di Trieste" (giugno 2010), una sorta di codice deontologico per i media riguardante il trattamento delle informazioni concernenti i cittadini con disturbi mentali e le questioni legate alla salute mentale: in esso si esortano i giornalisti a trattare le informazioni concernenti il disturbo mentale e i cittadini che ne sono affetti con la massima attenzione, evitando terminologie lesive della dignità umana o concetti e stigmatizzanti.

I principi contenuti in quel corposo documento, sono corretti e condivisibili, ma tuttora inapplicati.