

Stigma: solo i pazienti ne sono colpiti?

Maurizio Fea*

La parola stigma, di origine greca è utilizzata in diversi ambiti, dalla botanica alla musica, significa *marchio, impronta, segno distintivo*¹.

Con questo termine, nelle scienze umane, si intende *la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del soggetto che presenta caratteristiche ritenute diverse da quelle della maggioranza dei soggetti*².

Da sempre gli abusatori di sostanze psicotrope sono oggetto di stigma le cui fondazioni variano nel tempo, ma sempre nell'ordine della diversità: caratteriale, morale, economica, sociale.

Domandarsi se solo i pazienti ne sono colpiti è legittimo quando osserviamo ciò che accade in quelle modalità che il comune sentire riconosce come avente ruolo nelle dinamiche della tossicodipendenza: familiari, care giver, sanitari, spacciatori, uomini d'ordine.

Dal punto di vista di chi si prende cura si può dire che siamo vittime di pregiudizi e se sì di quale o quali pregiudizi?

Lo stigma che colpisce i pazienti riverbera in qualche modo anche su chi ne ha cura?

Cercherò di mostrare e giustificare l'affermazione che lo stigma, se ci riguarda, non è un riflesso di quello dei pazienti ma è connesso alle caratteristiche, ai limiti della nostra disciplina e a come abbiamo interpretato questi limiti.

Siamo soggetti che presentano caratteristiche ritenute diverse da quelle della maggioranza dei soggetti che operano nel campo della sanità?

Non tutti coloro che si occupano di tossicodipendenti sono oggetto di stigma.

Introduco qui la categoria dei "chierici", grossolana ed impropria, per indicare tutti coloro che hanno a che fare con i soggetti tossicomani e non operano direttamente nel servizio sanitario.

È del tutto evidente che la categoria dei "chierici" non solo non è colpita da stigma, piuttosto viene lodata e ammirata e spesso acquisisce posizioni di potere sapienziale anche in contesti che non lo prevedrebbero.

Dunque lo stigma dei pazienti non ricade su questi soggetti bensì li esalta agli occhi della opinione pubblica.

Qual è la differenza che crea questa differenza?

Ci sono almeno due fattori che fanno la differenza: la *forza delle cornici etiche* entro le quali si inquadra la maggior parte delle azioni e attività svolte dal mondo dei preti/laici e la *categoria della salvezza/guarigione* che ne definisce le finalità.

Entrambi questi elementi si intrecciano e confondono con quella congerie di idee ed impressioni diffuse che a loro volta alimentano il pregiudizio sui soggetti dipendenti.

Salvare e guarire diventano attività taumaturgiche soprattutto quando non è affatto chiara la natura della "malattia", e dunque il taumaturgo si muove oltre l'orizzonte di ciò che è comprensibile e spiegabile, non è contaminato dalla malattia, dal malato,

dal pregiudizio, il potere di guarire gli appartiene e si mostra nei fatti, forse non è di natura divina come al tempo dei Re taumaturghi, tuttavia è un potere salvifico molto apprezzato.

Che cosa è che sembra rendere forti le altrui cornici etiche nel confronto con quelle, che paiono labili e inconsistenti, entro le quali si iscrive e colloca l'azione di cura del servizio sanitario?

Negli anni '80 del secolo scorso la differenza era rappresentata dalla passione gratuita e dall'afflato caritatevole della relazione con l'altro che soffre, sbaglia e va redento, contrapposta al lavoro prezzolato di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali che non sembravano mostrare la stessa passione verso le persone tossicodipendenti.

Vera o presunta che fosse tale differenza è progressivamente venuta a meno per via di due processi: la professionalizzazione progressiva del mondo dei chierici e il sostegno economico fornito dallo stato a queste iniziative, che tuttavia non ha affatto eroso il credito morale e pratico di cui godono generalmente i chierici.

Dunque ci deve essere dell'altro.

C'è infatti un'altra ragione decisiva, frutto della progressiva medicalizzazione della dipendenza che ha parzialmente scalzato il pregiudizio morale sulla debolezza caratteriale e la conseguente necessità di correttivi pedagogici per riportare la supposta devianza entro l'alveo delle buone relazioni intra e interpersonali corrotte dall'uso sconsiderato di droghe.

Si tratta di un passaggio culturale rilevante sintetizzabile in *dopamina versus debolezza morale*, che ha avuto come effetto collaterale l'erosione dei riferimenti etici necessari che danno senso ai processi interpretativi dell'addiction e alla formulazione di giudizi valoriali, messi da parte o inibiti perché ritenuti impropri. In sostanza è stato buttato il bambino insieme all'acqua sporca.

Le conoscenze scientifiche hanno espulso dai criteri interpretativi le dimensioni assiologiche ed etiche, sostituendo la malattia alla debolezza morale.

La scoperta del reward system e della complessa rete di interazioni neuronali che mediano le decisioni nei comportamenti di addiction, ha inoltre favorito oltre ad un approccio farmacologico più adeguato, anche lo sviluppo di un atteggiamento tendenzialmente indulgente verso i consumatori di droghe da parte sia del mondo sanitario che da parte dei chierici.

Dico indulgente e non comprensivo perché la comprensione effettiva è rimasta sullo sfondo, impoverita dalla scarsità di riferimenti valoriali che potessero guidare la sostituzione del giudizio negativo sull'uso di droghe non semplicemente con il riconoscimento della sua legittimità, giustificando quindi la necessità di presidi protettivi di tale legittimità.

Si è diluito molto il principio di responsabilità individuale rispetto alle conseguenze delle proprie azioni, anche quelle del drogarsi che proprio perché diventano legittime non esonerano dalla responsabilità che ne consegue.

Il paradigma della malattia ha esentato i pazienti e a volte i terapeuti dal considerare il valore della responsabilità come ingrediente sia della relazione terapeutica che delle relazioni con il mondo tout court.

* *Psichiatria, formatore, Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD, Pavia.*

Il paradigma della malattia, prima come malattia metabolica (Dole, Nyswander)³ a cui si è associata la valenza di autocura (Khantzian)⁴ e poi come malattia cronica recidivante con compromissione della volontà, ha stentato ad affermarsi, tuttavia ha preso piede progressivamente fino ad apparire convincente anche a coloro che ne temevano le derive demotivanti o le conseguenze sul piano delle cure.

Di questa evoluzione dei paradigmi rimangono tracce nella difficile coesistenza tra terapie agoniste e terapie con antagonisti, traduzione clinica del conflitto tra queste due idee di malattia.

Ma la conseguenza per entrambe è chiara: *se sono malati allora curateli e guariteli!*

Hic Rhodus hic salta, infatti i successi terapeutici sono e continuano ad essere inferiori alle aspettative di chi, come gli stessi soggetti affetti, i loro familiari, i comuni cittadini, i policy makers, apprezzerrebbero molto risposte esaustive e risoluzione dei problemi che invece di ridursi aumentano, si differenziano, assumono forme diverse, si contaminano.

Quindi rimangono buone le ragioni di coloro che propongono forme pedagogiche di correzione e le ragioni dei cittadini che chiedono regole di contenimento, illudendosi che fino a che sono contenuti non fanno danni.

Un punto di vista interessante per approfondire il tema dello stigma è la nostra identità curante, nucleo fondamentale di tutte le professioni di cura.

Sono molte le malattie per le quali ancora non si è trovata una cura efficace e ancora più sono le malattie per le quali le cure ci sono ma non sono risolutive, non conducono alla guarigione; tuttavia i professionisti che lavorano in questi campi non patiscono stigmi, non vengono accusati di inefficienza, bensì sono sostenuti, incoraggiati, finanziati e godono di un prestigio che nel nostro ambito è piuttosto carente.

Questo è un punto dolente per noi, qui si cela una buona quota di ciò che viene vissuto, a ragione ritengo, come un pregiudizio da parte della opinione non solo dei profani ma anche, e questo è particolarmente disturbante, degli esperti di quelle discipline sanitarie che in un modo o nell'altro si interfacciano con il nostro lavoro.

Più in generale il mondo professionale che ha a che fare con la dipendenza viene considerato di serie B, con quale fondamento? Credo che ci siamo messi in trappola da soli o quanto meno non siamo stati abbastanza accorti da evitarla, pur avendo a disposizione un illustre precedente rappresentato dalla malattia mentale e dalla psichiatria.

Il richiamo alla malattia mentale, per nulla estranea al comportamento tossicomane, mi aiuta ad introdurre un richiamo culturale importante ma poco considerato nel nostro mondo professionale: *Michel Foucault*.

L'intera riflessione di Foucault⁵ è attraversata dal rifiuto dell'idea di natura umana intesa come norma e dalla teoria che definisce la "costituzione dei soggetti" come processo politico per cui l'osservazione e la classificazione di vari tipi di comportamento fornisce gli strumenti concettuali per concepire – pensare ai – soggetti in modi nuovi, creando un linguaggio con cui descriverli e discuterli, rendendoli così sempre più visibili all'indagine sociale e anche sempre più "reali".

Nel nostro caso la costituzione del soggetto tossicomane è avvenuta per gradi e approfondimenti progressivi: dapprima riconoscere per qualche segno tipico, poi classificare, definire, tipizzare, dotarsi di concetti e apparati per inquadrare questi soggetti che irrompono sulla scena socio politica e vanno indagati e controllati.

Foucault scrive: "assumere come filo conduttore di tutte queste analisi la questione dei 'rapporti' tra soggetto e verità implica alcune scelte di metodo. Innanzitutto, uno scetticismo sistematico nei confronti di tutti gli universali antropologici. Il che non significa un rifiuto immediato, generale e definitivo, ma che non bisogna ammettere nulla di quest'ordine che non sia rigorosamente indispensabile; tutto quello che ci viene proposto nel nostro sapere come universalmente valido, per quanto riguarda la natura umana o le categorie che possono essere applicate al soggetto, necessita di essere verificato e analizzato: rifiutare l'universale della 'follia', della 'delinquenza' o della 'sessualità' non vuol dire che quello a cui si riferiscono queste nozioni non sia nulla o che esse non siano altro che chimere inventate per il bisogno di una causa discutibile; si tratta, tuttavia, di qualcosa di più della semplice constatazione che il loro contenuto varia con il tempo e le circostanze; significa interrogarsi sulle condizioni che permettono, in base alle regole del dire il vero o il falso, di riconoscere un soggetto come malato mentale o di fare in modo che un soggetto riconosca la parte più essenziale di sé nella modalità del suo desiderio sessuale. La prima regola di metodo per questo genere di lavoro è perciò questa: aggirare il più possibile gli universali antropologici (ovviamente anche quelli di un umanesimo che fa valere i diritti, i privilegi e la natura di un essere umano come verità immediata e atemporale del soggetto), per interrogarli nella loro costituzione storica" (*Il coraggio della verità*, Feltrinelli Universale Economica, 1984, pp. 250-252).

Secondo Foucault mentre la medicina ottocentesca andava organizzandosi in senso scientifico – fondandosi sull'osservazione e sull'individuazione delle cause organiche della patologia –, la psichiatria sarebbe invece rimasta a lungo legata all'impostazione ippocratica della medicina, che non poneva il problema della verità della malattia (nel senso della sua causa) ma della sua realtà⁶. Ma se la verità era così poco richiesta nella pratica psichiatrica, l'insistenza con cui la psichiatria ha cercato di accreditarsi come scienza, con cui lo psichiatra ha preteso di qualificarsi come medico si spiega per Foucault alla luce del *supporto d'autorità che il sapere conferisce al potere*. Analogamente per le dipendenze lo sforzo di accreditarsi come soggetti di una scienza, che negli anni '80 era alle prime armi è stato difficoltoso per la mancanza allora di un vero supporto di autorità che solo recentemente sembra aver trovato un punto di vista scientifico.

Nell'ambito delle addiction l'eziologia, la diagnosi e la terapia coerente con questi presupposti, sono di relativa recente acquisizione e tutt'ora non del tutto soddisfacente, prova ne sono i continui adattamenti dei criteri diagnostici, le continue inclusioni nella categoria "dipendenze" di nuovi comportamenti correlati agli sviluppi delle tecnologie computazionali (social, gambling, web) entro le cornici epistemiche della malattia.

Così pure l'efficacia relativa dei presidi terapeutici e la tendenza a collocare nell'ordine della cronicità tutto ciò che mostra di non voler essere ricondotto alla normalità.

Normalità costantemente minacciata e resa sempre più impalpabile dalla continua erosione di senso esercitata dai potenti strumenti di cui dispone una cultura tecnologizzata al servizio del profitto.

La psichiatria ha attraversato negli anni '70/'80 del secolo scorso una crisi tremenda che ha minato alle basi il rapporto tra sapere e potere della istituzione psichiatrica, ma la scienza è intervenuta a sostegno di questo binomio fornendo argomenti talora validi seppure transitoriamente, al sapere psichiatrico (neuroscienze e psicofarmacologia, terapie radicali non invasi-

ve, ipotesi eziologiche di natura genetica, osservazioni caute e provvisorie sulle influenze epigenetiche nella formazione e sviluppo delle forme alterate o morbose di molti comportamenti). Il mondo delle dipendenze ancora non ha dovuto affrontare una simile crisi, pur essendo stretto tra il sempre più ampio ed eterogeneo accumularsi di manifestazioni e attitudini comportamentali che vengono ascritte all'ambito della malattia e la capacità effettiva di definire la accettabilità di comportamenti normalmente diffusi che potrebbero anche compromettere la salute delle persone.

Foucault distingue tra *relazioni di potere* e *relazioni di dominio* e definisce "relazioni di potere" come relazioni all'interno delle quali si cerca di dirigere la condotta dell'altro.

Si tratta di rapporti mobili, che possono modificarsi e che non sono dati una volta per tutte, di giochi strategici aperti tra le libertà.

Gli "stati di dominio", invece, si creano quando un individuo o un gruppo sociale riescono a bloccare delle relazioni di potere, a renderle immobili, irreversibili.

Ciò che conta, dice Foucault, è riuscire a darsi delle regole di diritto, delle tecniche di gestione e un *ethos*, capaci di evitare che i giochi di potere si fissino in stati di dominio.

Sono anni che ci si dibatte alla ricerca di risposte soddisfacenti relative al rapporto tra potere e dominio; pensiamo alle leggi nazionali che hanno cercato di disciplinare le relazioni di potere all'interno del sistema di cura definendone le funzioni in rapporto a ciò che politicamente viene ritenuto accettabile o meno, alle norme gestionali dei servizi definite dalle varie regioni, ai criteri diagnostici sia di fonte DSM che ICDC, al modo con cui si sono sviluppate le capacità relazionali di sistema oltretutto individuali.

Secondo Foucault il potere è inteso come rapporto, sempre reversibile, in cui si cerca di "governare", ossia di "strutturare il campo di azione possibile degli altri", di guidare la loro condotta.

A differenza degli stati di dominio, le relazioni di potere presuppongono sempre la libertà di coloro che vi sono coinvolti, la loro capacità di resistenza; là dove uno dei termini della relazione subisce una violenza illimitata da parte dell'altro, ed è quindi a sua totale disposizione, non vi è più potere.

Dunque per tornare allo specifico dello stigma che ci riguarderebbe da vicino e tirare le fila di tutto il ragionamento, credo di poter dire e spero anche di condividere, che nello sforzo di accreditarci come soggetti di sapere scientifico non taumaturgico abbiamo concorso al processo di costituzione del soggetto tossicodipendente, in passato fidandoci del potere di chi affermava la debolezza morale e successivamente contando sul metodo scientifico per affermare la verità della malattia.

Abbiamo cercato le risposte a domande di senso e ai dubbi, nel campo degli universali umanistici e scientifici ai quali abbiamo ancorato il nostro sapere e potere.

Il modello diagnostico di disturbo dipendente è diventato un universale applicabile a tutti quei contesti ricercati per il loro potere gratificante di regolatore emozionale (gioco, web, social, virtualità, sessualità) che possono facilitare o indurre comportamenti compulsivi, e tutto ciò grazie alla costituzione del soggetto dipendente in ambito tossicomano.

La relazione di potere che si istituisce nel momento in cui si cerca di governare e indirizzare il comportamento dell'altro con gli atti terapeutici di qualsiasi natura, può evolvere in relazione di dominio se e quando neghiamo il valore degli atti deliberativi di persone che assumono droghe – malattia della volontà –, o quando mettiamo in capo a taluni criteri diagnostici il

presupposto che le funzioni esecutive siano irrimediabilmente compromesse e con esse dunque anche la libertà del soggetto che è stato istituito nella sua espressione malata.

Interrogarci sulla legittimità di tali ipostasi, e non temere l'inclusione di etiche che arricchiscano di senso l'interpretazione della natura dell'addiction che non è solo espressione o presupposto di alterazioni nel funzionamento di alcune reti neurali piuttosto che deficit di neurotrasmettitori che ne giustificano l'assunzione nel dominio delle malattie e quindi nel campo della cura.

Dunque per concludere non penso che siamo vittime di stigma, piuttosto credo che stiamo vivendo un lungo processo interpretativo che riguarda l'idea stessa di malattia applicata alle cose della mente e dei comportamenti, processo rispetto al quale abbiamo a volte rinunciato a porre interrogativi quando si avverte dissonanza tra ciò che viene presentata come verità della malattia (eziologia e diagnosi) e ciò che forse non appartiene all'ordine della malattia quanto alle relazioni di potere che ogni individuo intrattiene con il mondo in cui è immerso.

Le classificazioni diagnostiche mostrano inevitabilmente la propensione ad assumere la forma dell'essere atemporale – sei fatto così, lo dice la scienza – irrigidiscono in schemi a volte utili, che non sempre facilitano la comprensione dell'altro, della sua soggettività.

Come suggerisce Foucault sono dunque mezzi da conoscere e usare con la prudenza critica che permette di sottrarre all'imperativo dell'universale entro cui tendiamo a collocare le nostre capacità di comprendere il complesso umano.

Non siamo nella serie B dei sanitari perché noi non giochiamo a calcio, ma non ci è ancora molto chiaro a quale gioco stiamo giocando o vorremmo giocare, e questo è ciò che ci fa sentire a disagio rispetto ad altre discipline, anche quelle come la psichiatria che pure ci è affine per motivi analoghi. Questo è il punto sul quale concentrare la fatica di capire e farci capire, per non rimanere prigionieri del mandato "se sono malati curateli e guariteli" tossici, giocatori, fanatici dei social, futuri adepti del metaverso, perversi della rete.

Ci serve una ontologia delle scienze del comportamento (8) che va costruita con un paziente e sistematico confronto tra le molteplici discipline e conoscenze scientifiche che ne costituiscono l'ossatura.

La disciplina delle dipendenze è una scorciatoia, forse utile a limitare i danni della superficialità ignorante delle politiche sanitarie, ma non ci porta fuori dal recinto entro il quale ci sentiamo stigmatizzati.

La scienza può offrire la guarigione ma raramente offre salvezza, se non come allontanamento nel tempo di ciò che è comunque inevitabile per tutti.

Note

1. <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/stigma>.
2. The Lancet Commissions. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.
3. Dole V.P., Nyswander M.E. (1967). Heroin addiction – a metabolic disease. *Arch Intern Med.*, Jul., 120(1): 19-24.
4. Khantzian E.J. (1985). Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the clinical contest. *J Subst Abuse Treat*, 2: 83-8.
5. Foucault M. (1984). *Il coraggio della verità*. Feltrinelli Universale Economica.
6. Foucault M. (2001). *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*. Edizione stabilita da F. Gros, trad. di M. Bertani. Milano: Feltrinelli, 2003.
7. Foucault M. (1976). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR.
8. *Ibid.*
9. <https://behavioral%20sciences/Chute-commissioned-paper.pdf>.