

## **Essere o non essere (un paziente psichiatrico): questo è il problema (quando c'è di mezzo lo stigma)**

Resoconto di un intervento di gruppo sullo stigma interiorizzato presso il Centro Diurno La Filanda di Cologna Veneta

### **Introduzione**

Lo stigma rappresenta un marchio peggiorativo che, nel corso dei secoli, ha segnato il destino di singoli individui e/o di interi gruppi sociali in relazione alla razza, alle differenze di genere e orientamento sessuale, alla dipendenza da sostanze, all'infezione da HIV-AIDS e, non ultimo, alla malattia mentale.

In quest'ultimo contesto, lo stigma viene definito come l'insieme di atteggiamenti, credenze, pensieri e comportamenti negativi che influenzano l'individuo o in più in generale l'opinione pubblica e che inducono paura, rifiuto, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori verso le persone con problemi di salute mentale (Pinto-Foltz & Logsdon, 2009).

Dallo stigma pubblico (costituito appunto dall'insieme di credenze e atteggiamenti pregiudiziali da parte della popolazione generale nei confronti delle persone con problemi di salute mentale), che impregna il linguaggio quotidiano e le relazioni tra gli individui, deriva lo stigma interiorizzato (*self-stigma*), attraverso il processo mediante il quale una persona con problemi di salute mentale finisce per accettare o ritenere comunque vera la valutazione negativa della società nei confronti delle persone con tali problemi e la incorpora nel proprio sistema di valori personali e nel senso di sé.

Lo stigma è stato considerato "la seconda malattia", che produce effetti talvolta più gravi e pervicaci del disturbo mentale vero e proprio. La qualità di vita di una persona con problemi di salute mentale, infatti, è condizionata non solo dal disturbo in sé (e, se il caso, dalla correlata disabilità sociale), ma anche dalla ricaduta che questo marchio invisibile ha sulle relazioni interpersonali, sull'integrazione nella comunità di appartenenza, sulla propria immagine, identità ed autostima.

\* UOC di Psichiatria San Bonifacio, Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Azienda ULSS 9 Scaligera

## **Lo stigma interiorizzato: una forma subdola e pericolosa di accettazione della propria condizione**

Proprio in quanto assimilato e integrato nelle proprie convinzioni e nei propri criteri di scelta, lo stigma interiorizzato aumenta la sofferenza mentale e il senso di colpa e vergogna, porta all'isolamento sociale e ad un peggioramento dello stato di salute, sia fisica che mentale. In conseguenza della consapevolezza e dell'accettazione della condizione che lo rende necessario, infatti, la richiesta d'aiuto specialistico per le problematiche di salute mentale può portare con sé l'attivazione a livello cognitivo del pregiudizio subito, percepito e interiorizzato e può indurre in queste persone anche l'erronea percezione di essere soggetti socialmente svantaggiati, pericolosi e senza alcuna speranza positiva e di riuscita in tutti i campi della vita, così come li definisce il pregiudizio stesso, esponendole ad un ulteriore problema: l'ansia "da marginalizzazione sociale" (Corrigan et al., 2005; Corrigan et al., 2006). Lo stigma interiorizzato è quindi la principale causa della mancata richiesta di aiuto.

Un modo purtroppo diffuso, socialmente incoraggiato e approvato, di relazionarsi con i problemi, i pensieri e/o i sentimenti dolorosi è d'altronde "l'evitamento esperienziale", cioè il tentativo di evitare emozioni difficili, pensieri negativi e sensazioni spiacevoli invece di affrontarle e superarle con idonee strategie; questa difesa viene messa in atto per il sollievo immediato seppur momentaneo che garantisce anche se, nel medio-lungo termine, evitare queste esperienze significa di fatto amplificare il problema e di conseguenza la propria sofferenza, con gravi conseguenze psicologiche e sul bagaglio esperienziale, che vanno a compromettere il normale andamento della propria vita familiare, lavorativa e sociale (Vogel & Nathaniel, 2007).

Un'ampia letteratura al riguardo suggerisce che l'evitamento esperienziale contribuisce ad aggravare molti problemi comportamentali e fisici (con esiti come l'abuso di sostanze, la depressione, l'ansia, la psicosi, il burn out e l'adeguamento passivo a condizioni mediche croniche), che cronicizzano o peggiorano proprio per la scarsa abitudine a confrontarsi con situazioni critiche e che per l'appunto richiedono strategie efficaci e rodute (Herek et al., 2009).

È stato dimostrato che il self-stigma induce la persona ad adottare strategie disfunzionali: le persone che abusano di eroina, ad esempio, tendono a "bucarsi" in segreto e vivono spesso ritirate socialmente per evitare il rifiuto altrui qualora venisse scoperta la loro dipendenza, scelta che aggrava gli esiti psicosociali negativi già associati alla dipendenza da sostanze (Luoma, 2013). Allo stesso modo, le persone con problemi di salute mentale rifuggono la compagnia e la condivisione, non parlano apertamente dei loro bisogni e

dei loro disturbi (es. “voci”, pensieri disturbanti o paure) per evitare di essere etichettati o derisi. Questo clima evitante può concorrere ad un crescente disimpegno rispetto alla ricerca di un aiuto qualificato e di un trattamento mirato o rispetto alla ricerca di un’occupazione lavorativa e di relazioni interpersonali che, oltre a migliorare la qualità della vita con affetto e compagnia nei momenti migliori, potrebbero essere di supporto in situazioni critiche.

### **Contrastare lo stigma interiorizzato: un approccio teorico**

In sintesi, un modello funzionale applicato allo stigma interiorizzato e alle sue conseguenze individua quattro componenti: 1) le persone che si identificano con il gruppo stigmatizzato interiorizzano gli stereotipi peggiorativi con conseguente auto-svalutazione; 2) le persone temono di emanare lo stigma; 3) le persone tendono a rispondere a questi primi due tipi di contenuto cognitivo in maniera problematica, soprattutto attraverso un comportamento di evitamento esperienziale; 4) questo modo difensivo di rispondere può interferire con la capacità delle persone di far fronte alle normali situazioni di vita e può ritardare o rendere più difficile la richiesta di un aiuto professionale qualificato (Manzo, 2004).

L’intervento su queste componenti in un contesto riabilitativo, quindi, diventa fondamentale sia per sostenere l’autostima e alleviare la sofferenza, anche sociale, derivante dal pregiudizio percepito e interiorizzato, sia per scongiurare l’effetto pratico più importante e concreto, ossia l’interferenza dello stigma e delle sue ricadute con la possibilità del paziente di utilizzare le proprie risorse di coping nelle situazioni critiche e nelle più semplici e quotidiane contingenze della vita.

Un altro obiettivo di un intervento riabilitativo anti-stigma è quello di favorire l’aderenza al trattamento da parte di quanti, pur essendo già in cura presso un servizio psichiatrico, possano essere tentati di allontanare da sé lo stigma sociale rinunciando, del tutto o in parte, al progetto terapeutico individualizzato (riducendo o non assumendo correttamente o per il tempo necessario la terapia farmacologica prescritta, incuranti dei rischi e della preclusione di efficacia della stessa; partecipando in modo discontinuo alle attività riabilitative o non accettando proposte terapeutiche diverse da una farmacoterapia a domicilio; diradando persino i contatti ambulatoriali con il servizio curante) o comunque vivendo come penalizzante e fonte di discriminazione il fatto stesso di impegnarsi nella cura della propria salute mentale.

## **Il gruppo Famosi Estrosi, un intervento riabilitativo contro lo stigma interiorizzato**

Fornire un'immagine più realistica e meno peggiorativa della condizione delle persone che hanno (avuto) un disturbo mentale ci sembrava potesse contribuire a bilanciare gli effetti negativi della diagnosi e lo scadimento dell'autostima dovuto all'auto-svalutazione che sono inevitabili in seguito all'identificazione con un gruppo stigmatizzato. Abbiamo perciò pensato di proporre un percorso che provasse a contrastare le componenti dello stigma precedentemente elencate, in modo da consentire ai pazienti di: 1) accettare serenamente la propria condizione e diagnosi psicopatologica, forti della consapevolezza anche delle proprie risorse/capacità/potenzialità, 2) ridurre il timore di essere portatori di un marchio visibile agli altri indipendentemente dai loro comportamenti e dalla loro volontà di condividere questo elemento di realtà e di conseguenza 3) diminuire le probabilità di un evitamento difensivo delle relazioni e delle situazioni sociali, insomma 4) rafforzare i pazienti rispetto ai vissuti che possono incontrare e che sperimentano quotidianamente quando incrociano il pregiudizio, sostenendoli nella richiesta di un aiuto professionale o nella compliance al trattamento e al percorso riabilitativo. Trattandosi di un processo operante a livello prevalentemente cognitivo, abbiamo pensato di contrastare gli effetti del pregiudizio con stimoli e materiali che agissero sullo stesso livello, ma che contemporaneamente sollecitassero nei partecipanti una risposta emotiva dotata di energia sufficiente a realizzare (o almeno avviare) un cambiamento nelle loro credenze e nei pensieri mutuati dagli stereotipi peggiorativi sulla sofferenza mentale, sulla persona con disturbo psichiatrico e sulle sue risorse e capacità di essere e di agire nel mondo, che potevano essere stati prima percepiti socialmente e poi interiorizzati.

Abbiamo quindi ritenuto di utilizzare una tecnica mutuata da una modalità educativa medievale molto in uso, quella degli *exempla*, diventata poi un vero e proprio genere letterario, per proporre ai pazienti punti di riferimento realistici ancorché positivi e invitarli a confrontarsi con esempi concreti (di persone viventi o realmente vissute) e modelli nei quali avrebbero potuto riconoscersi. Questa tecnica medievale consisteva nell'utilizzare come stimolo educativo il racconto di una storia (dichiarata come vera) in cui il protagonista, grazie ad un determinato comportamento, raggiungeva un certo risultato atteso o desiderato, corrispondente di solito alla salvezza dell'anima. Gli *exempla* che sono stati utilizzati nel gruppo "Famosi Estrosi" non intendevano certo avere una connotazione moraleggiante o paradigmatica, proprio perché abbiamo voluto evitare di proporre idealizzazioni o esempi verosimili, preferendo far confrontare i partecipanti con vite vissute e personaggi realmente esistiti

(possibilmente anche molto noti). Ci aspettavamo tuttavia un analogo effetto (se non anche maggiore) di cambiamento dei contenuti cognitivi e di liberazione dallo stigma interiorizzato, che si manifesta solitamente sotto forma di pessimismo e pensieri negativi sulle proprie capacità e addirittura potenzialità in quanto esseri umani. Per raggiungere l'obiettivo di promuovere pensieri positivi (o quanto meno più realistici e comunque non negativi) sulle persone con problemi di salute mentale e modellare (o meglio liberare) di conseguenza il comportamento dei partecipanti, abbiamo ritenuto di non utilizzare nemmeno riferimenti "al ribasso" ovvero biografie particolarmente compromesse dalla gravità della sintomatologia e dalla frequenza degli stati di acuzie, che avrebbero potuto privare i nostri interlocutori persino della speranza di poter condurre (prima o poi) una vita "normale". D'altro canto, il confronto con una normalità "ideale" (nel senso di perfetta, esente da limiti o sofferenze, *défaillances* o fallimenti) e un'immagine idealizzata ("come avrebbero potuto essere o diventare se non si fossero ammalati") è proprio ciò cui i nostri pazienti sono abitualmente esposti e che produce etichette e giudizi difettuali.

I partecipanti (e gli operatori del Centro Diurno che hanno contribuito in parte al reperimento dei materiali utilizzati e in parte alla conduzione della prima edizione dell'intervento riabilitativo) hanno scelto di chiamarlo "gruppo Famosi Estrosi", alludendo con ciò ad uno dei pochi pregiudizi "positivi" nei confronti del disturbo psichiatrico, ma non per questo meno insidioso e meno fallace, ovvero quello che fin dall'antichità<sup>1</sup> stabilisce un nesso tra follia e creatività. Che si tratti di un nesso biunivoco lo ha stabilito invece il pregiudizio, nel corso del tempo e con il contributo dell'osservazione e della riflessione di molti. Lo stereotipo dell'artista maledetto e la leggendaria sregolatezza del genio sono infatti clichés generati nel corso dei secoli sulla scia dei vissuti di alcuni personaggi storici che ci hanno lasciato, insieme al risultato geniale della loro capacità di pensiero divergente, anche tracce documentali della loro tormentata esistenza e relazione con le vicissitudini della vita e con gli altri. Questi geni creativi sono persone dal vissuto turbolento, alcuni di loro messi anche drammaticamente alla prova dalla vita e dal periodo storico in cui vivevano. La spiccata intelligenza e sensibilità artistica ha permesso loro di intuire leggi della natura e porre le basi della moderna scienza e della fisica (andando spesso molto oltre le limitate possibilità di uomini del loro tempo) o di fissare in modo originale aspetti della loro epoca, se usavano l'arte per sublimare il proprio disagio esistenziale. Si tratta di personaggi che si muovevano su una linea di confine,

---

<sup>1</sup> Nel *De tranquillitate animi* Seneca scrisse: "Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae fuit", cioè "Non è mai esistito ingegno senza un poco di pazzia".

quella tra genio e follia, mostrando come quest'ultima potrebbe arrivare ad essere una condizione di possibilità (non di automatismo, si badi bene) del genio. Vedere ciò che è inafferrabile e incomprensibile ai più può essere infatti un premio (o una punizione e quindi un pesante fardello, basti pensare all'ostracismo subito da alcuni studiosi, trattati da eretici invece che da scienziati, per la portata rivoluzionaria delle loro intuizioni o scoperte) che la vita riserva a chi è uscito dalla routine e dalla normalità per addentrarsi, più o meno profondamente, nei sentieri meno battuti della creatività, dell'intuizione e sì, anche della follia. Genio e follia, dunque, sono giunte ai nostri giorni come facce della stessa medaglia. In fondo il delirio di un folle si potrebbe considerare speculare all'opera di un genio, in quanto espressioni l'uno e l'altra del rapporto dei due individui in questione con il mondo visto con i loro occhi, cioè il mondo della loro vita. In quest'ottica le due facce della stessa medaglia sono state attentamente valutate dalla psichiatria fenomenologica e dalla moderna psichiatria mettendo però in guardia da una sovrapposizione che spesso porta a non curare la malattia per la pretesa di difendere il diritto all'originalità, anche quando quest'ultima è palese fonte di sofferenza e disadattamento per la persona.

### **Il gruppo riabilitativo Famosi Estrosi, metodologia di lavoro**

I partecipanti al gruppo “Famosi Estrosi” sono stati scelti tra coloro che, frequentando il Centro Diurno La Filanda già da alcuni anni, disponevano di risorse cognitive idonee al lavoro di ristrutturazione cognitiva ed elaborazione previsto dall'intervento riabilitativo ed erano noti per aver segnalato, più o meno consapevolmente, come particolarmente critico o doloroso il pregiudizio percepito nei rispettivi contesti di vita quotidiana o per aver reagito ad esso con un irrigidimento comportamentale (nelle relazioni interpersonali o nella performance di ogni giorno) o con un inasprimento della sintomatologia (persecutoria o depressiva) o delle difese (negazione di malattia, resistenza all'identificazione con il gruppo stigmatizzato dei pazienti con diagnosi psichiatrica, ecc). Si trattava quindi di un gruppo target che dimostrava ampiamente la validità del modello funzionale dello stigma e che avrebbe potuto beneficiare di un intervento mirato, anche in quei casi in cui non vi era consapevolezza del processo di interiorizzazione dei pregiudizi. Degli otto partecipanti selezionati, solo la metà hanno mantenuto la frequenza fino alla conclusione del ciclo di incontri e i drop-out (quasi tutti concentrati nelle prime fasi della proposta riabilitativa, anche se non tutti ascrivibili a “reazioni” alla stessa) hanno contribuito a interrogarci e farci propendere per un cambiamento di rotta, o meglio di metodo, oltre che di approccio nella conduzione, rispetto a quella tentata inizialmente.

L'intervento riabilitativo di gruppo concepito e realizzato presso il Centro Diurno 'La Filanda' di Cologna Veneta (VR) tra il mese di novembre del 2015 e il mese di maggio del 2017 aveva previsto l'utilizzo delle biografie di personaggi famosi per i quali fosse disponibile materiale audio o visivo (immagini, video) o scritto che consentisse di porre o di ricostruire la diagnosi psichiatrica sulla base di comportamenti e tratti riconducibili ad un disturbo psichico (anche qualora costoro avessero vissuto in periodi storici precedenti la moderna psichiatria e le attuali classificazioni diagnostiche) o interviste in cui gli stessi personaggi dichiaravano spontaneamente di avere sofferto di un disturbo psichico. L'attività riabilitativa è iniziata quindi, coerentemente, con un incontro centrato sul tema del "pregiudizio" e sulla condivisione all'interno del gruppo di una definizione comprensibile ed esemplificata di questo concetto, passando in rassegna i più diffusi pregiudizi nei confronti delle persone con problemi di salute mentale e mettendo a fuoco soprattutto quelli che, nel corso della loro vita, i partecipanti al gruppo si erano sentiti attribuire o avevano sentito utilizzare intorno a loro:

Paola, *essere ritenuta incapace di lavorare;*

Massimo, *suscitare paura o diffidenza negli altri* ("quando accadono omicidi, c'è sempre l'espressione – disturbi psichiatrici –; ma quelli che non sono mai stati in psichiatria e uccidono lo stesso? A volte usano la psichiatria come scorciatoia");

Ivano, *suscitare compassione, pena, essere considerato un fallito, essere tenuto a distanza, isolato* ("a volte le voci mi dicono – Hai avuto quello che meriti –; anche la gente lo dice, a volte");

Patrizia, *essere tenuta a distanza, rifiutata* ("mi ha fatto dispiacere quando sono stata ricoverata in comunità e poi non sono più uscita insieme a un'altra mamma perché lei non ha più voluto");

Renzo, *sentirsi giudicato* ("il pregiudizio è come un voto, si può dare un voto dall'uno al dieci");

Andrea, *suscitare diffidenza, che poi diviene reciproca;*

Lorella, *sentirsi schernita, essere ritenuta bizzarra, suscitare antipatia;*

Nazzareno, *essere considerato incapace di stabilire relazioni amorose* ("alla fine si rischia di diventare davvero incapaci").

Pensando, tuttavia, che potesse essere utile e più delicato avvicinare il tema centrale dell'intervento riabilitativo in modo graduale, gli incontri immediatamente successivi hanno allargato la riflessione proponendo al gruppo il film con Claudio Bisio "Si può fare" di G. Manfredonia (2008) e una serie di documentari sull'ospedale psichiatrico, la legge 180 e la vicenda umana e professionale di Franco Basaglia (curiosità emersa dal gruppo).

Al gruppo è stata quindi presentata la figura di ciascun personaggio famoso utilizzando un film, un breve documentario o altro materiale audio-

video oppure leggendone la biografia e confrontandosi con alcune sue eventuali opere (ove possibile e qualora disponibili); a seconda della quantità del materiale a disposizione e della sua complessità si è dedicato un solo incontro o più incontri consecutivi, per un totale di poco più di venti incontri complessivamente.

La rassegna includeva biografie di alcuni personaggi famosi non proprio contemporanei come il pittore Antonio Ligabue, la poetessa Alda Merini, lo scrittore Ernest Hemingway e il pittore Vincent Van Gogh, che erano stati internati nei manicomi e negli ospedali psichiatrici, a differenza di Stefano Dionisi (attore tuttora in attività) e dello scrittore brasiliano Paolo Coelho, unici personaggi contemporanei e quindi in grado di potersi avvalere delle cure che la moderna psichiatria ha reso disponibili. Al gruppo è stata presentata la figura di ciascun personaggio famoso utilizzando un breve filmato o altro materiale audio-video oppure leggendone la biografia e confrontandosi con alcune sue eventuali opere (qualora possibile e disponibili); a seconda della quantità del materiale a disposizione e della sua complessità si è dedicato un solo incontro o più incontri consecutivi, per un totale di poco più di venti incontri complessivamente.

Alcuni partecipanti hanno verbalizzato in questa prima fase la loro difficoltà a proseguire la frequenza, adducendo angoscia (per alcune situazioni particolarmente acute e crude della narrazione sull'istituzione manicomiale e della sceneggiatura dei film proposti, come il suicidio di un paziente o il distacco coatto dai figli di un'altra protagonista) o disinteresse e noia per la proposta (che era evidentemente avvertita come distante dalla propria esperienza e dal bisogno del momento) e di fatto disertando il gruppo da quel momento in poi. Ci siamo interrogati durante l'estate<sup>2</sup> sulle possibili cause. Probabilmente le premesse e le digressioni sulla storia della psichiatria hanno spostato il focus dal taglio esperienziale (più centrato sulla persona e più vicino e comprensibile/interessante per i partecipanti) a quello storico/clinico (forse meno "caldo" e più "sicuro" anche per gli operatori che conducevano

---

<sup>2</sup> Avendo intenzione di correggere il tiro, il gruppo è stato mantenuto attivo durante l'estate pur senza avanzare con l'intervento riabilitativo vero e proprio. Sono stati utilizzati alcuni materiali a disposizione come il film commedia "Quattro pazzi in libertà" del 1989, diretto da Howard Zieff (con Michael Keaton, Christopher Lloyd, Peter Boyle e Stephen Furst nel ruolo di pazienti psicotici in giro per New York), il film "It's a kind of a funny story" del 2010 (ambientato nel reparto psichiatrico di un ospedale di una città americana), diretto da Ryan Fleck e Anna Boden, adattamento cinematografico dell'omonimo romanzo del 2006 dello scrittore statunitense Ned Vizzini, pubblicato in Italia con il titolo "Mi ammazzo, per il resto tutto OK", il film "Shine" (Australia/Gb, 1996, regia di Scott Hicks), che racconta la storia di David Helfgott, un pianista diventato famoso nonostante i suoi problemi psichiatrici, il film norvegese "Elling" di P.Naess (2001) che racconta il reinserimento nella società dopo l'ospedale psichiatrico e alcuni documentari sui personaggi famosi già presentati ai partecipanti.



il gruppo su un percorso tutto da scoprire anche per loro). Oppure non sono stati presentati adeguatamente o facilmente compresi il metodo e lo scopo di un intervento che veniva proposto dall'équipe per la prima volta e senza un canovaccio di riferimento. Oppure, ancora, è stata la scelta di personaggi non contemporanei a rendere più difficile per il gruppo il confronto con la propria esperienza e quindi la comprensione e l'applicazione del metodo; ciò nonostante, il fatto che in quasi tutti i partecipanti rimasti fedeli al gruppo si cominciasse ad evidenziare l'attivazione del processo cognitivo di confronto con modelli positivi e le sue conseguenze ci ha motivati ad un prolungamento della durata inizialmente immaginata per questa attività riabilitativa.

### **Il gruppo riabilitativo Famosi Estrosi, l'esperienza dei partecipanti**

Ivano: "A me piace questo gruppo perché c'è la gente malata che sa fare le cose. Poi mi è piaciuto vedere che anche i malati psichici possono fare qualcosa di bello nella vita; di solito si pensa che i malati psichici non possono fare tanto, che la malattia blocca. Bisogna capire che non solo la gente comune si ammala ma anche la gente famosa come Stefano Dionisi; capita a noi e capita anche agli altri. Mi è piaciuto Hemingway, ha partecipato alle guerre, ha scritto".

Patrizia: "Quando ho passato momenti brutti ho pensato al gruppo e alle persone che abbiamo conosciuto, allora stavo meglio. Prima di fare questo gruppo conoscevo solo la Merini, gli altri no; allora forse anche io posso *non* far vedere la mia malattia agli altri".

Lorella: "In questo gruppo abbiamo studiato persone che stavano male psicologicamente e psichicamente: Alda Merini, Van Gogh, Stefano Dionisi, Hemingway, Ligabue. Abbiamo letto le biografie, cosa hanno fatto per essere famosi. È stato interessante perché non pensavo che persone malate potessero diventare così famose; pensavo che fosse un limite essere malati. Avevo il pregiudizio che i malati di mente non fossero famosi e ricchi, in questo sono cambiata. Ma mi sento diversa dagli altri perché non so fare tutte le cose che fanno gli altri, perché sono grossa, ecc."

Nazzareno: "I familiari sono sempre venuti a trovarmi durante i ricoveri; ero a Milano, quindi lontano da qui. Solo un mio amico sapeva del ricovero alla clinica S. Chiara; è venuto a prendermi ma non mi ha chiesto niente del motivo del ricovero. Forse non ne parlo con gli altri perché è difficile parlare della psichiatria; il mio amico comincia a parlare di altre cose e magari non gliene frega niente di psichiatria. Se mi chiede come va, rispondo: «Insomma»".

Massimo: “Per quanto riguarda Dionisi mi sarebbe piaciuto di più sapere cosa gli succedeva, se prendeva farmaci, ecc. Comunque l’ho visto bene, per essere un ammalato. Anch’io penso ogni giorno alla malattia che ormai si protrae da tanto tempo e non riesco ad accettarla. Sto bene qui al Centro Diurno perché sto in compagnia ma quando torno a casa mi demoralizzo; sono uno che pensa tanto ma i miei pensieri sono tutti pessimi, non c’è serenità. Devo prendere pillole, non ho speranze di migliorare; si può stare bene o anche male. Non si sentiva la speranza nell’intervista; adesso Dionisi sta bene, prenderà i farmaci ma non riesce a trasmettere a me la speranza”.

Renzo: “Sapevo di essere malato mentale da quando sono entrato in psichiatria. Questo gruppo mi ha fatto vedere che ci sono anche personaggi famosi che sono caduti nella malattia; non pensavo che ci fossero anche loro. Ma noi che siamo malati psichiatrici abbiamo una croce in fronte con su scritto: «Malato psichiatrico». È un timbro che non ti puoi tirare via, come è arrivato te lo tieni”.

Alla ripresa dell’intervento riabilitativo vero e proprio, si è utilizzato l’incontro con uno psichiatra che aveva vissuto l’esperienza della chiusura degli ospedali psichiatrici per ricondurre all’esperienza personale anche tutte le informazioni su Basaglia e sulla riforma psichiatrica avviata con la legge 180. Negli incontri successivi, il focus è stato riportato sull’idea centrale che aveva ispirato e guidato la progettazione di questo intervento riabilitativo, ridefinendo i due conduttori in modo che fossero presenti in pianta stabile la figura e le competenze dello psicologo e da quel momento in poi l’intervento si è concentrato sull’approfondimento delle caratteristiche (capacità, risorse, ma anche sintomatologia e condizioni psicopatologiche) di ogni personaggio e sul commento di ogni dettaglio in modo da evidenziare il più possibile quegli elementi che potevano facilitare nei partecipanti al gruppo il riconoscimento del disturbo psichiatrico dell’illustre modello e l’immedesimazione con lui o il raffronto di potenziale somiglianza con la propria situazione psicopatologica e le esperienze o condizioni di vita, favorendo al massimo la verbalizzazione di aspettative, stereotipi, reazioni e vissuti connessi. Per ulteriori trenta incontri circa ci hanno accompagnato Stefano Dionisi, lo scrittore Ibsen, il vincitore del Grande Fratello 10 Mauro Marin, il giornalista Paolo Bianchi (autore del libro *L’intelligenza è un disturbo mentale* in cui attraverso il protagonista racconta la propria esperienza con il disturbo bipolare), alcuni calciatori come Gigi Riva, Gigi Buffon, Robert Enke, Gianluca Pessotto, alcuni politici nazionali e internazionali del passato recente e remoto, Patricia Deegan (psicologa americana con un percorso di recovery dalla psicosi alla laurea). Con la progressione del processo di ristrutturazione cognitiva, la presentazione biografica di un singolo personaggio è diventata sempre meno importante

e puro pretesto e spunto offerto a tutti i partecipanti per parlare di sé e dei propri sintomi e per approfondire le diverse diagnosi psichiatriche, una volta vinti o attenuati i pregiudizi e le paure a riconoscersi in una di esse. Si è dato spazio in alcuni incontri alla spiegazione del modello vulnerabilità-stress per mettere in relazione, sia per i personaggi famosi che per i partecipanti al gruppo, l'esordio dei sintomi riconosciuti e condivisi con le possibili vulnerabilità di tipo genetico-psicologico-esperienziale e le potenziali cause scatenanti di tipo traumatico o stressante; si è introdotto il concetto di recovery come guarigione possibile e rispetto alle principali diagnosi è stato organizzato anche un vivacissimo incontro di approfondimento con il Direttore del Servizio. L'intervento riabilitativo si è poi concluso con la visione di alcuni film rappresentativi delle principali diagnosi psichiatriche ("Qualcosa è cambiato" con J. Nicholson per il DOC, "Mr. Jones" con R. Gere per il disturbo bipolare, "A beautiful mind" con R. Crowe per la psicosi) in cui i quattro partecipanti (dopo ulteriori due defezioni avvenute per interruzione unilaterale della frequenza al centro diurno) erano chiamati e sono riusciti in tutti i casi a individuare chi fosse, tra i protagonisti, il portatore della diagnosi, elencare i sintomi patognomici e associare la relativa etichetta diagnostica, infine riconoscere le situazioni di stress che potevano favorire la ricaduta o la comparsa di sintomi o comportamenti inadeguati. I membri del gruppo, inoltre, riconoscevano correttamente dai comportamenti e dai sintomi manifestati anche le diagnosi di altri pazienti conosciuti e frequentati durante gli anni di permanenza in centro diurno o in occasionali ricoveri in SPDC.

Particolarmente significative le considerazioni conclusive dei partecipanti sull'esperienza dell'intervento riabilitativo:

Nazzareno: "Abbiamo visto personaggi famosi che sono riusciti a superare la malattia. Non avrei mai detto che sono riusciti a superare i loro problemi; sembrava tutto perfetto in loro, invece hanno avuto problemi psichiatrici".

Renzo: "Il pregiudizio ce l'ha la gente, non noi. Molti che hanno avuto problemi mentali hanno fatto belle cose, non pensavo che le avessero fatte".

Patrizia: "Non lo pensavo nemmeno io, come Renzo, che fossero così tanti ad avere successo. E poi, dottoressa, si fa prima a dire chi non ha (avuto) un disturbo psichiatrico!"

Lorella: "Guarire vuol dire che spariscono i pensieri, essere una persona allegra, che va d'accordo con i suoi familiari e amici, non prendere più farmaci se possibile, mangiare in modo regolato, fare bei discorsi, ecc."

## Conclusioni

L'obiettivo raggiunto da questa prima edizione del gruppo "Famosi Estrosi" è stato quello di iniziare a scalfire il pregiudizio rispetto al disturbo mentale, in particolare lo stigma interiorizzato, che come abbiamo visto è la forma più insidiosa e pericolosa dello stigma, partendo dalla ristrutturazione cognitiva in merito alla sua diffusione, che è democratica e non riguarda affatto soltanto alcune categorie socio-economiche o poche persone che, in quanto sfortunate e colpite, devono sentirsi in colpa o vergognarsi di qualcosa. Tra i partecipanti al gruppo è sembrato radicarsi anche il convincimento che, nonostante il disturbo psichiatrico, si possa assolutamente conservare un valore, sia come esseri umani che come potenziali protagonisti della propria vita e attori di un ruolo sociale o familiare non completamente compromesso, anzi addirittura passibile di raggiungere picchi e risultati superiori alla media, in qualche caso. E che quindi, a maggior ragione in vista di una recovery possibile, diventino ancora più importanti la compliance farmacologica, il mantenimento di bassi livelli di stress (e quindi le scelte di vita quotidiana e il sostegno delle famiglie) e il percorso riabilitativo e di supporto psicosociale che i servizi territoriali possono offrire per coloro i quali fanno esperienza, nonostante tutte le proposte terapeutiche farmacologiche e psicosociali di provata efficacia, di un prolungamento della durata di malattia o di situazioni di cronicità o frequenti recidive della sintomatologia acuta.

È nostra intenzione riproporre in futuro una seconda edizione di questo intervento, forti dell'esperienza della prima e delle osservazioni che abbiamo condiviso con chi ci sta leggendo, oltre che della convinzione che un'azione antistigma debba far parte del pacchetto di interventi riabilitativi irrinunciabili della programmazione terapeutica psicosociale anche in un'ottica di prevenzione delle principali problematiche che tutte le équipes multiprofessionali fronteggiano quando propongono terapie farmacologiche, percorsi psicologici di sostegno o di psicoterapia (individuale o per le famiglie e i caregivers), inserimenti lavorativi protetti o progetti terapeutici riabilitativi e occupazionali: lo stigma interiorizzato, che si riflette nei vissuti depressivi e di mancanza di speranza per il futuro dei pazienti, è presente sia nei nostri pazienti che nei loro familiari e proprio in quanto assimilato e integrato nelle credenze e negli schemi cognitivi può avere ricadute sul loro disimpegno e sulla scarsa aderenza al trattamento proposto, sull'ansia sociale, sulla persecutorietà e sulla diffidenza verso gli altri (curanti compresi) e quindi sull'efficacia di qualsiasi intervento evidence-based.

Se non ci curiamo dello stigma interiorizzato, non potremo prenderci cura delle persone che lo hanno percepito e vissuto e le nostre cure saranno probabilmente meno efficaci o inutili.

## Bibliografia

- Binswagner L. (1977), *Malinconia e mania*. Boringhieri, Torino; Id., *Il caso Suzanne Urban. Storia di una schizofrenia*. Borgna E., Galzigna M. (a cura di), Marsilio, Venezia 1994.
- Corrigan P., Kerr A., Knudsen L. (2005), The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 11, 179-190.
- Corrigan P. W., Watson T. J., Barr L. (2006), The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 25, 875-884.
- Herek G. M., Gillis J. R., Cogan J. C. (2009), Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology* 56, 32-43.
- Luoma J. B., Nobles R. H., Drake C. E., Hayes S. C., O-Hair A., Fletcher L., Kohlenberg B. S. (2013), A New Measure of Self-Stigma in Addiction: Measure Development and Psychometrics. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 34, 1-12.
- Manzo J. F. (2004), On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Human Studies* 27, 401-416.
- Pinto-Folz, M. D., Logsdon C. (2009), Reducing stigma related to mental health disorders: initiatives, intervention, and recommendations for nursing. *Psychiatric Nursing* 23(1), 32-40.
- Struening E., Perlick D., Link B., et al. (2001), The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services* 52, 1633-1638.
- Vogel D. L., Nathaniel G. (2007), Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology* 54, 40-50.