

Le emozioni nella rappresentazione del disagio psicologico e nei processi di stigmatizzazione. Uno studio esplorativo sul rapporto tra connotazione emozionale e distanza sociale in relazione al disagio psichico

*Simone Rollo**

Abstract Il lavoro mira ad esplorare il ruolo delle emozioni nella rappresentazione del disagio psicologico e nei processi di stigmatizzazione. È stato reclutato un campione di 151 studenti (età media 15 anni) presso una scuola secondaria di Lecce a cui è stato chiesto di esprimersi – su un questionario composto da misure self-report – rispetto a quattro condizioni diagnostiche (depressione, schizofrenia, dipendenza da alcol e dipendenza da gioco) per valutare l’impatto emozionale rispetto ad un atteggiamento di apertura o chiusura (misura di distanza sociale) nei confronti del “portatore di disagio psichico”. I risultati mostrano una relazione significativa tra la valutazione emozionale del portatore di disagio psichico e la distanza sociale. Tale evidenza porta a riflettere sul ruolo che le emozioni giocano nel guidare l’agire sociale e i risultati si propongono come spunto di riflessione psicologico-clinica sulle dinamiche dell’attuale convivenza sociale.

1. Introduzione

Il presente contributo intende esplorare il ruolo dei processi simbolico-emozionali nei processi di definizione dell’identità dell’Altro; più nello specifico, intende esplorare la connotazione emozionale del portatore del disagio psichico e la sua relazione con misure di distanza sociale, quale contributo alla letteratura sui processi di stigmatizzazione. Il lavoro si articola in tre sezioni così organizzate: nella prima, si richiama la letteratura sui processi di stigma, approfondendone in particolare il rapporto con il disagio psichico; una seconda sezione è sviluppata in riferimento al ruolo delle emozioni – concettualizzate in chiave semiotica – nei processi di stigmatizzazione; in ultimo, una terza sezione è dedicata ad una ricerca empirica sul tema dove viene esplorato il rapporto tra connotazione emozionale e atteggiamento nei confronti del portatore di disagio psichico.

1.1 *Stigma e disagio psichico*

Goffman (1963) parla di stigma quale discredito sociale permanente che affligge l’intera percezione sociale di una persona. Link e Phelan (2006) concettualizzano lo stigma come risultato di processi sociali interconnessi, dove (a) le persone sono identificate e chiamate “differenti”; (b) le norme ed i valori sociali associano all’essere differente caratteristiche poco desiderabili e paure, che conducono alla creazione di stereotipi negativi; (c) le persone etichettate sono identificate primariamente in termini di un singolo attributo (ad esempio disagio manifestato, colore della pelle, orientamento sessuale e così via) che diventa la loro caratteristica definitoria o “master status” (definibile come “uno status che ha una eccezionale importanza per l’identità sociale e che spesso dà forma alla sua vita intera); (d) le persone etichettate fanno esperienza di una condizione di perdita, vergogna e discriminazione.

Sono molteplici i gruppi di persone soggette a stigma. Gli effetti sulla salute che generalmente lo stigma produce sono isolamento sociale, disagio emotivo, comportamentale e stress psico-sociale che l’etichettamento produce (Hatzenbluehler, 2016; Meyer, 2003; Major & O’Brien, 2005; Williams, Neighbors & Jackson, 2008). Come osservato da Pachankis e colleghi

(2017), gli effetti sono differenti a seconda del gruppo stigmatizzato.

Alcuni autori affermano che la percezione dei gruppi soggetti a stigma varia lungo dimensioni di affettività e competenza che, combinate, producono determinate reazioni emotivo-comportamentali (Cuddy, Fiske & Glick, 2007; Fiske *et al.*, 2002). La percezione di una persona capace di ottenere risposte affettive, ma poco competente sul piano comportamentale (ad esempio persone con depressione, disabili, ma anche anziani) è diversa dalla percezione di una persona incapace sia a livello affettivo che comportamentale (ad esempio tossicodipendenti, delinquenti, bulli e così via): se la prima condizione tende a suscitare un atteggiamento di aiuto e compassione, la seconda generalmente produce rabbia e allontanamento.

Le persone con disagio psichico sono uno dei gruppi maggiormente stigmatizzati nella società contemporanea (Bharadwaj, Pai & Suziedelyte, 2017; Evans-Lacko *et al.*, 2013). I processi di stigma sono osservabili nei termini di atteggiamenti negativi e discriminanti, che si traducono spesso nella totale esclusione del soggetto stigmatizzato dagli ambienti di vita (Crabtree *et al.*, 2010): per esempio, molte persone con disagio psichico sono escluse dal lavoro e da altri ambienti significativi entro cui potrebbero vivere autonomamente (Corrigan *et al.*, 2001; Link *et al.*, 1987, 1999; Phelan *et al.*, 2000). Dunque si tratta spesso di persone alienate dalle relazioni e dai contesti sociali (Martin, Pescosolido & Tuch, 2000).

Gli studi evidenziano come le reazioni maggiormente ricorrenti nei confronti di coloro che sono etichettati come “malati mentali” sono quelle di antipatia, denigrazione (Farina, 1982) e sostenute da un’immagine del portatore del disagio quale persona al contempo incompetente e violenta (Wahl, 1995). Nunnally (1981) riporta connotazioni quali *pericoloso*, *sporco*, *imprevedibile* e *inaffidabile*. Questi sono termini che si associano spesso al rifiuto di relazionarsi con una persona portatrice di disagio: il non poter prevedere come questa potrà reagire pensando che sia imprevedibile o inaffidabile. Si può intuire quale impatto tali atteggiamenti possano avere sul benessere psico-sociale della persona etichettata: bassa autostima (Link *et al.*, 1997), demoralizzazione (Link, 1987), bassa percezione della qualità di vita (Rosenfield, 1997), ritiro sociale (Link & Phelan, 2006), aspettative basse e poche richieste sui servizi (Howarth, 2006; Jamison *et al.*, 2006), manifestarsi di ulteriori problemi di salute mentale (Cree *et al.*, 2004; Crocker & Quinn, 2000).

Tali correlati non sono – e questo è bene evidenziarlo – conseguenze dirette e inevitabili del disagio psichico, ma prodotti maladattivi plasmati dalla reazione sociale (cfr. ad esempio, Leach e Smith, 2006) e dai connessi processi di costruzione del significato (sensemaking) con cui si costruisce l’esperienza di sé e dell’altro. Molte ricerche hanno evidenziato come le persone che manifestano sintomi psicopatologici spesso non soffrano per il disturbo in sé, ma per i processi di stigma ad esso associati, visibili sotto forma di pregiudizi, esclusioni, discriminazioni (Lasalvia & Tansella, 2008; Vender, 2005). Lo stigma è stato descritto come potenzialmente più dannoso della malattia stessa (Thornicroft *et al.*, 2016), con conseguenze negative sul piano personale, familiare e della società in generale (Sickel, Seacat & Nabors, 2019).

Gran parte degli studiosi hanno focalizzato la propria attenzione sui pensieri connessi allo stigma e quindi gli investimenti della maggior parte delle ricerche sono stati rivolti perlopiù a dimensioni di carattere cognitivo (Thornicroft & Kassam, 2008). Tuttavia le componenti emotive giocano un ruolo importante nei processi di relazione con lo stigma: i pregiudizi nei confronti di persone etichettate o gruppi stigmatizzati sono organizzati primariamente da componenti emozionali (Link *et al.*, 2004). Alcune ricerche hanno suggerito che le prime risposte emotive al disagio psichico sono legate al desiderio di aiuto, alla compassione, all’empatia, alla cordialità, alla benevolenza e solo dopo a sentimenti di preoccupazione, insicurezza, sfiducia e paura: è questo un risultato riscontrato in diversi paesi (Angermeyer & Matschinger, 2010). La reazione emotiva può essere specifica rispetto al disturbo mentale: per

esempio, in uno studio di Angermeyer e Matschinger (2004), la paura appariva associata alla schizofrenia, mentre i sentimenti positivi e la rabbia alla depressione. È stato riscontrato che le persone schizofreniche e quelle dipendenti da alcol evocano maggiormente paura e rabbia in confronto alle persone depresse: in particolare, le persone mostrano una reazione emotiva negativa maggiore nei confronti degli alcolisti, poi degli schizofrenici e solo in ultimo nei riguardi dei depressi. Thornicroft e Kassam (2008) evidenziano come la reazione emozionale può produrre pensieri ed azioni discriminanti più di quanto possa fare uno stereotipo, tanto che la componente emotiva sembra avere un ruolo decisivo sulla distanza sociale.

Comprendere un atteggiamento di evitamento e stigmatizzazione nei confronti di un alcolista o di uno schizofrenico, basato su emozioni quali ad esempio rabbia e paura, significa comprendere il ruolo che le emozioni hanno nel guidare processi cognitivi e comportamentali: ovvero, esplorare il ruolo giocato dalle emozioni nei processi di stigma e costruzione di identità stigmatizzate.

1.2 Le emozioni come organizzatori della realtà sociale

Tradizionalmente, le emozioni sono identificate con i vissuti (come ad esempio rabbia, gioia, paura...) che – a seconda dei casi – interferiscono, rinforzano o gratificano il comportamento (anche se – più in generale – tali azioni rimangono appannaggio del dominio del pensiero e della razionalità). Inscrivendosi in un frame teorico di tipo semiotico (Shweder & Sullivan, 1990; Salvatore & Venuleo, 2008), il presente lavoro concettualizza le emozioni come una componente primaria ed inevitabile del modo di rappresentare la realtà. L'emozione, in questa prospettiva, non coincide con il vissuto: piuttosto *essa è un modo di categorizzare l'esperienza*, basato su una logica specifica (Matte Blanco, 1975).

Ai fini del presente lavoro è utile esplicitare il concetto di *semiosi affettiva*: se la semiosi convenzionale fa stretto richiamo ad un rapporto *ordinato* e *definitivo* tra significato e significante, la semiosi affettiva “può fare di tutta l'erba un fascio e contemporaneamente di tutto un fascio un filo d'erba” (Picione & Freda, 2012; p. 18). Questo diviene comprensibile nella misura in cui si riconosce nella semiosi affettiva l'espressione di un processo inconscio (Salvatore & Freda, 2011). Sono quattro gli aspetti della semiosi affettiva che risulta opportuno evidenziare.

Primo, in ragione del principio di generalizzazione, l'emozione non entra in rapporto con singoli e discreti elementi dell'esperienza, ma con la categorizzazione che ne è fatta: questo significa che il portatore del disagio non viene avvicinato, valutato, giudicato, connotato per sue caratteristiche specifiche, ma in ragione di lenti interpretative più generali, che organizzano modi di agire la relazione con l'Altro.

Secondo, la semiosi affettiva è a-semantica, dunque cieca rispetto ai contenuti informativi provenienti dal mondo (ad esempio altre persone, ambiente, conoscenze...): la semiosi affettiva tende piuttosto a rendere rilevanti quegli aspetti della realtà – e solo quelli – che sono rilevanti per il soggetto, per il significato affettivo con cui organizza la sua esperienza. La semiosi affettiva – quale processo inconscio (Salvatore & Freda, 2011) – vede quello che vuole vedere, è un atto di desiderio (Salvatore, 2004).

Terzo, i significati affettivi hanno un carattere sovra-ordinato: svolgono una funzione regolativa del processo di sensemaking, guidando il modo di sentire, pensare e agire entro le relazioni ed i contesti; in particolare la simbolizzazione emozionale rappresenta il mezzo con cui gli attori sociali, interfacciandosi negli spazi sociali di relazione, costruiscono la propria identità e definiscono la propria appartenenza e differenziazione nella collettività.

Quarto, la semiosi affettiva non è un processo totalmente interno all'individuo (Carli & Paniccia, 2004). L'attività semiotica è mediata e vincolata dai segni che l'ambiente sociale

mette a disposizione. In certi contesti/universi simbolici alcuni significati emergono come più probabili, altri come meno probabili e altri ancora non sono del tutto possibili. In ragione delle premesse concettuali richiamate, assumiamo che i processi di stigma si sostanziano sul piano soggettivo ed inter-soggettivo in ragione dei modelli simbolici propri di una comunità.

2. La presente ricerca

Lo studio qui presentato si configura come un lavoro di esplorazione dei processi simbolico-emozionali che intervengono nella definizione dell'identità della persona con disagio psichico e del loro rapporto con l'atteggiamento di apertura o chiusura espressa nei suoi confronti. Su un piano operativo, il lavoro indaga il tipo di connotazione emozionale associata al portatore del disagio, in riferimento a quattro categorie diagnostiche – depressione, schizofrenia, dipendenza da alcol e dipendenza da gioco – e il rapporto tra connotazione emozionale e distanza sociale.

2.1 Campione

È stato reclutato un campione di 151 studenti frequentanti una scuola secondaria della città di Lecce (Puglia), di cui 74 femmine (età media = $14,79 \pm 1,278$) e 77 maschi (età media = $14,73 \pm 1,263$).

2.2 Procedura

A seguito alla raccolta del consenso informato dei genitori degli studenti coinvolti e all'autorizzazione dei dirigenti scolastici per incontrare gli studenti nelle classi, è stata somministrata in maniera individuale ed anonima una batteria di strumenti composta da questionari self-report.

2.3 Strumenti

Di seguito, la descrizione della batteria strumenti utilizzata per la raccolta dati.

Vignette e Differenziale semantico

Sono state proposte 4 vignette, ciascuna delle quali descrive brevemente la condizione di disagio di un individuo, cui è attribuito un nome ipotetico. Le vignette, costruite sui criteri del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM), descrivono persone con sintomi di schizofrenia, depressione maggiore, dipendenza da alcol e dipendenza da gioco d'azzardo.

Per esempio, in riferimento all'alcol, la vignetta proponeva il seguente testo:

“Nell'ultimo anno, Gianni ha iniziato a bere alcol più del solito. Infatti, ha notato che – per ottenere lo stesso effetto – ha bisogno di bere il doppio di quanto beveva [...] la sua famiglia si è lamentata di vederlo spesso ubriaco oltre che inaffidabile [...]”.

Rispetto alla schizofrenia:

“Luigi pensa che le persone intorno a lui facciano commenti di disapprovazione parlando

alle sue spalle. È convinto che le persone lo spiano e che possono sentire i suoi pensieri. Luigi rifiuta di partecipare alle sue solite attività lavorative e familiari e si ritira nella propria casa trascorrendo la maggior parte della giornata nella propria stanza [...]”.

Ciascuna vignetta era accompagnata da un differenziale semantico, volto a rilevare la connotazione emozionale attribuita al protagonista della storia. Il differenziale è stato strutturato con una lista di dieci connotazioni contrapposte posizionate all'estremità di una scala graduata a sei posizioni. Gli aggettivi utilizzati sono stati i seguenti: normale-deviante, generoso-egoista, morale-immorale, sociale-antisociale, affidabile-inaffidabile, sensibile-insensibile, razionale-irrazionale, produttivo-improduttivo, responsabile-irresponsabile, cauto-impulsivo. Alle diverse posizioni sulla scala sono stati assegnati dei numeri in ordine crescente dalla connotazione, più positiva, posta a sinistra, a quella, più negativa, posta a destra (punteggio da 1 a 6) così da ottenere dei punteggi per ogni coppia di connotazioni; il punteggio complessivo dato dalla somma dei punteggi di tutte le coppie è stato interpretato quale misura della valutazione. Un punteggio basso indicava una valutazione centrata sulla polarità sinistra, in cui si aggregano connotazioni positive (normale, generoso, morale e così via), mentre un punteggio alto una valutazione sulla polarità destra, in cui si aggregano connotazioni negative (deviante, egoista, immorale e così via).

Social Distance Scale.

La Social Distance Scale (SDS; Link *et al.*, 1987; Penn *et al.*, 1994) è stata utilizzata per rilevare il grado di apertura o chiusura nei confronti delle persone con disagio psichico, operazionalizzato nei termini di vicinanza o distanza rispetto ad una persona con disagio psichico. Si tratta di uno strumento composto da sette item a cui i partecipanti rispondono su una scala a quattro punti. Gli item chiedono al rispondente di esprimersi rispetto alla propria volontà di condividere o meno circostanze di vita quotidiana con una persona con disagio psichico (per esempio “Condivideresti un appartamento con un malato mentale?”, “Accetteresti nella tua cerchia di amici un malato mentale?”, “Sposeresti o ti fidanzeresti con un malato mentale?”). Ciascuna domanda prevede come risposta “Sì” oppure “No”; la risposta positiva è stata codificata con 1, mentre quella negativa con 2: la somma delle risposte forniva la misura di vicinanza (punteggio basso) o di distanza (punteggio alto) e quindi rispettivamente apertura o chiusura. Per il presente studio, la scala è stata associata ad ognuna delle quattro condizioni esaminate (depressione, schizofrenia, dipendenza da alcol e dipendenza da gioco) e in tutti e quattro i casi è stata verificata l'Alpha di Cronbach che ha evidenziato valori accettabili ($\alpha_{\text{depressione}} = ,662$; $\alpha_{\text{schizofrenia}} = ,733$; $\alpha_{\text{alcol}} = ,619$; $\alpha_{\text{gioco}} = ,662$).

2.4 Analisi dati

Rispetto alle valutazioni fornite tramite il differenziale semantico, è stato effettuato un confronto tra i punteggi medi per ogni condizione di disagio psichico.

Successivamente, per esplorare il rapporto tra la valutazione emozionale della persona con disagio psichico (punteggio ottenuto al differenziale semantico) e la distanza sociale (punteggio ottenuto alla SDS) è stata effettuata un'analisi di correlazione di Pearson.

3. Risultati

3.1 La connotazione associata alle quattro condizioni diagnostiche

Di seguito sono riportati i punteggi medi dei rispondenti ottenuti al differenziale semantico, quindi la misura della connotazione emozionale del disagio psichico (Tab. 1).

Tab. 1 – Confronto punteggi medi (Differenziale Semantico)

Disagio Psichico	Punteggio medio	D.S.
<i>Depressione</i>	39,34	8,367
<i>Schizofrenia</i>	42,98	7,628
<i>Dipendenza da alcol</i>	47,21	5,829
<i>Dipendenza da gioco</i>	46,57	6,713

Dalla tabella 1 si evince che la dipendenza da alcol ($x = 47,21$) e da gioco ($x = 46,57$) sono i due disagi psichici connotati più negativamente. A seguire la schizofrenia ($x = 42,98$) e, in ultimo, la depressione ($x = 39,34$). Si nota una maggiore variabilità di risposta per la depressione ($D.S. = 8,367$), mentre un giudizio più univoco tra chi risponde sulla dipendenza da alcol ($D.S. = 5,829$). Questo vuol dire che i rispondenti tendono a esprimere connotazioni omogenee rispetto a questa ultimo disagio, diversamente dalla depressione dove si registra una deviazione standard più ampia.

3.2 Connotazione del disagio e distanza sociale

Di seguito sono riportate le correlazioni tra i punteggi ottenuti al differenziale semantico, indicativi della connotazione emozionale attribuita al disagio, e i punteggi ottenuti alla Social Distance Scale, per ciascuna delle quattro condizioni esaminate (Tab. 2).

Tab. 2 – Correlazioni di Pearson

Disagio psichico	Distanza sociale	
	Corr.	
<i>Depressione</i>		,249
	<i>p.</i>	,002
	<i>N</i>	148
<i>Schizofrenia</i>	Corr.	,426
	<i>p.</i>	,000
	<i>N</i>	149
<i>Dipendenza da alcol</i>	Corr.	,276
	<i>p.</i>	,001
	<i>N</i>	150
<i>Dipendenza da gioco</i>	Corr.	,249
	<i>p.</i>	,002
	<i>N</i>	148

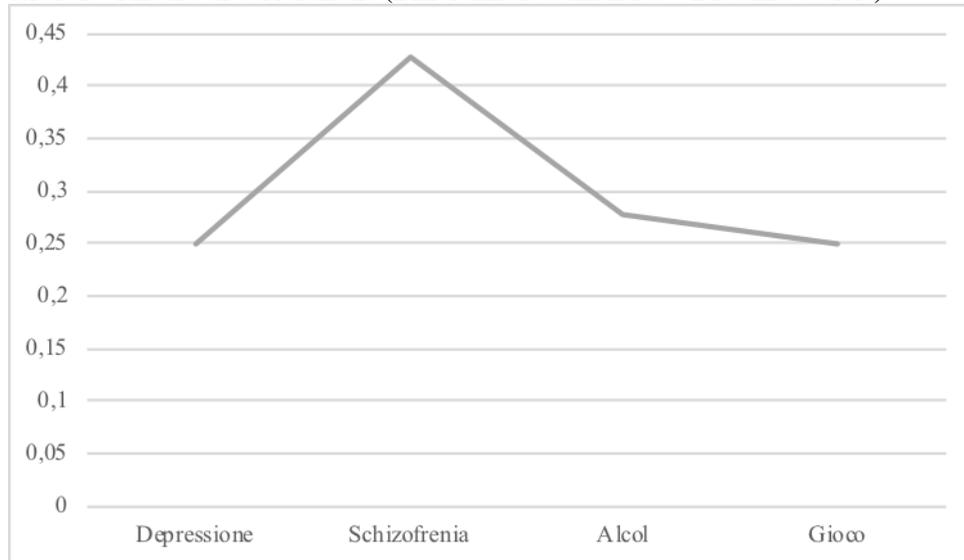
È possibile osservare una relazione positiva statisticamente significativa in rapporto a ciascuna delle quattro condizioni esaminate ($p. < ,005$).

Questo vuol dire che quanto più la valutazione della persona portatrice di disagio è tendente sulla polarità destra del differenziale (quindi connotazioni negative), tanto più si ha un atteggiamento di distanziamento da tale persona (chiusura). Viceversa, quanto più la

valutazione tende alla polarità sinistra del differenziale (quindi connotazioni positive), tanto più si ha un atteggiamento di avvicinamento alla stessa (apertura).

Come meglio evidenziato dal grafico 1, l'associazione è più alta nel caso della schizofrenia ($r = ,426$; $p = ,000$); simile nelle altre tre condizioni descritte: dipendenza da alcol ($r = ,276$; $p < ,05$), depressione ($r = ,249$; $p < ,05$) e dipendenza da gioco ($r = ,249$; $p < ,05$).

Graf. 1 – Misura di correlazione (Differenziale Semantico * Distanza sociale)



4. Discussione

Il presente lavoro ha inteso esplorare il ruolo delle emozioni nei processi di stigma, indagando la connotazione del portatore di disagio psichico rispetto a quattro categorie diagnostiche e la relazione tra questa e la distanza sociale, intesa quale atteggiamento di apertura o chiusura. I risultati evidenziano come il portatore del disagio (trasversalmente alle quattro categorie diagnostiche) tende ad essere connotato in termini estremamente negativi dal punto di vista morale, etico e produttivo: è rappresentato come deviante, egoista, immorale, insensibile, irrazionale, improduttivo, irresponsabile e impulsivo.

Si è anche evidenziato come la connotazione negativa sia più intensa in rapporto alle dipendenze, da alcol e da gioco in questo caso, che non rispetto alla schizofrenia e alla depressione. È plausibile che in questa differenza giochi un ruolo la diversa costruzione discorsiva proposta a diversi livelli (si veda il piano mediatico, così come quello della ricerca) rispetto a tali problemi. Ad esempio, diversi studi hanno evidenziato – in rapporto alle dipendenze – una centratura dei discorsi sul concetto di responsabilità personale e il loro rapporto con processi di stereotipizzazione e stigmatizzazione (Carroll *et al.*, 2013; Fedelman & Crandall, 2007). Rispetto alla depressione, che questo studio rileva associata a punteggi al differenziale semantico maggiormente centrati su una connotazione positiva rispetto alle altre condizioni cliniche, si potrebbe pensare che i rispondenti ne riconoscano una naturale risposta ad eventi stressanti della vita (Petersen, 2012). Durà-Vilà e colleghi (2011), in uno studio sulla concettualizzazione della depressione, riscontrano come una condizione di tristezza legata ad una determinata causa fosse intesa non come patologia, ma come una risposta ad eventi della vita ritenuti invalidanti. Rispetto alla connotazione della schizofrenia, è probabile che il dato sia inficiato da una poco chiara conoscenza della condizione descritta tra gli adolescenti interrogati. Gli studi sullo stigma associano alla schizofrenia la paura dell'imprevedibilità

quale causa principale di allontanamento dal portatore di questo disagio psichico (Angermeyer *et al.*, 2016). In ogni modo, il risultato che la schizofrenia sia connotata in maniera maggiormente negativa rispetto alla depressione è in linea con gli studi presenti in letteratura (Griffiths *et al.*, 2006).

Come ipotizzato, i risultati mostrano una forte relazione significativa tra connotazione emozionale e distanza sociale, indicando che quanto più è negativa la connotazione del disagio tanto più si ha un atteggiamento di distanziamento e viceversa. Si prendono le distanze dalla persona portatrice di disagio psichico connotata con aggettivi negativi: tali connotazioni costituirebbero un terreno fertile per processi di discriminazione e stigma. La correlazione, tra connotazione e distanza dal disagio, non ci permette di fare inferenza sulla direzione di questo rapporto. È plausibile che sia la connotazione emozionale del portatore di disagio psichico ad alimentare l'atteggiamento di apertura o chiusura espresso nei suoi confronti; è altrettanto plausibile che, circolarmente, la distanza si ponga come terreno di nutrimento di connotazioni negative.

5. Considerazioni conclusive

In psicologia clinica, nell'ambito della riflessione psicodinamica, l'*estraneo* è colui che è emozionalmente simbolizzato come *Altro non conosciuto* (Carli & Paniccia, 2004). Carli e Paniccia (2004) evidenziano come ogni relazione di scambio con l'estraneità presupponga una simbolizzazione emozionale dell'Altro come *amico non noto*: "amico" perché la dimensione amicale è una struttura di relazione che garantisce fiducia ed avvicinamento; "non noto" perché lo scambio non è pensabile nei termini di una riduzione dell'Altro a sé e alle proprie attese di rapporto.

Le connotazioni del portatore di disagio psichico e le distanze da questo, riscontrate nel campione di adolescenti del presente lavoro, vanno intese come segnale di un ambiente semiotico e culturale incapace di suggerire forme produttive di convivenza. L'estraneità introduce considerazioni sul prodotto che *insieme* si potrà costruire. Dell'estraneo non si può dire quale sarà il rapporto con noi, cosa pensa delle cose che si condividono, quali sono le dimensioni che la relazione potrà assumere come obiettivo: conoscere l'estraneo comporta aprirsi all'esperienza dello scambio, in funzione di un obiettivo condiviso ma non dato, bensì un obiettivo da costruire; comporta il riconoscimento dell'autonomia dell'Altro, l'estrazione di differenza tra il proprio mondo e quello altrui; significa esplorare, attraverso la conoscenza, possibilità produttive e di sviluppo.

Al contrario, quando le relazioni sono sature in chiave di identità, senza alcuna considerazione sul prodotto, ci si fida a priori del proprio ("scontatamente buono") gruppo di riferimento e si diffida di chi non è riferibile al proprio sistema di appartenenza. In questo sistema ciò che è esterno è una socialità vissuta come ostile e pericolosa, dove per entrare in una relazione sicura si costringerebbe l'altro a sottostare ai propri parametri di appartenenza, annullandolo in una *pre*-definizione. Questa è la costruzione che più tutela dalla fatica di conoscere, che più giustifica il rifiuto di ogni accomodamento al nuovo che l'estraneo porta, alla crisi che comporta. A tal proposito, Salvatore e colleghi (2018) parlano di appartenenza paranoide, in cui l'Altro è simbolizzato come qualcuno di cui diffidare e da cui prendere le distanze: una minaccia per la propria identità.

D'altra parte, la propensione difensiva a simbolizzare l'Altro come nemico ha origini strettamente culturali. Da questo punto di vista, i processi di stigma nei confronti del portatore di disagio mentale ci interrogano, più radicalmente, sulle attuali patologie del legame e del cum-vivere. Se i processi di stigma sono organizzati dalle emozioni, e se queste possono essere intese come risposte affettive ad un contesto di vita (cfr. Aldao, 2013) piuttosto che

“feeling states” (Frijda e Mesquita, 1994), allora sostenere lo sviluppo di un pensiero sulle emozioni agite nei propri modi di interpretare la relazione con l’Alterità può essere l’obiettivo metodologico che l’intervento psicologico clinico può perseguire al servizio della convivenza sociale e della costruzione di setting comunitari inclusivi.

6. Limiti

Il lavoro non è esente da limiti. Il campione di comodo, costituito da soggetti reclutati presso un’unica scuola superiore di Lecce, non permette di generalizzare i risultati alla popolazione studentesca o, più generale, adolescenziale. Si limita a segnalare l’esistenza di un nucleo culturale critico, forse non generalizzabile, ma comunque presente.

Il tipo di analisi effettuata, come evidenziato, non consente di stabilire la direzione del rapporto tra connotazione emozionale e apertura/distanza sociale, né di escludere l’intervento di altre variabili.

In ultimo, lo studio non controlla ad esempio gli effetti di dimensioni individuali, come ad esempio i tratti di personalità (Brown, 2012), dimensioni sociali quali il senso di comunità (Terry *et al.*, 2019), il supporto sociale (Kondrat *et al.*, 2018), le precedenti esperienze di contatto con il disagio psichico (Brown, 2012).

Bibliografia

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 177-182.
- Angermeyer, M. C., Carta, M. G., Matschinger, H., Millier, A., Refai, T., Schomerus, G., & Toumi, M. (2016). Cultural differences in stigma surrounding schizophrenia: comparison between Central Europe and North Africa. *The British Journal of Psychiatry*, 208(4), 389-397.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(1), 26-32.
- Bharadwaj, P., Pai, M. M., & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57-60.
- Brown, S. A. (2012). The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 274-289.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2004). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* (Vol. 194). FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-33.
- Carroll, A., Rodgers, B., Davidson, T., & Sims, S. (2013). *Stigma and help-seeking for gambling problems*. Australian National University.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
- Crabtree, J. W., Haslam, S. A., Postmes, T., & Haslam, C. (2010). Mental health support groups, stigma, and self-esteem: positive and negative implications of group identification. *Journal of Social Issues*, 66(3), 553-569.

- Cree, V. E., Kay, H., Tisdall, K., & Wallace, J. (2004). Stigma and parental HIV. *Qualitative Social Work*, 3(1), 7-24.
- Crocker, J., & Quinn, D. M. (2000). Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem. *The social psychology of stigma*, 153-183.
- Cuddy, A. J., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of personality and social psychology*, 92(4), 631.
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R., & Leavey, G. (2013). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165-175.
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s51-s57.
- Farina, A. (1982). The stigma of mental disorders. In A. G. Miller (Ed.), *In the eye of the beholder: Contemporary issues in stereotyping* (pp. 305 – 363). New York: Praeger.
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of social and clinical psychology*, 26(2), 137-154.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 878.
- Frijda, N. H., & Mesquita, B. (1994). The social roles and functions of emotions.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on a spoiled identity*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC psychiatry*, 6(1), 21.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy* (Vol. 13). Guilford Press.
- Hatzenbluehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742.
- Howarth, C. (2006). Race as stigma: Positioning the stigmatized as agents, not objects. *Journal of community & applied social psychology*, 16(6), 442-451.
- Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., ... & Musgrove, P. (Eds.). (2006). *Disease control priorities in developing countries*. The World Bank.
- Kondrat, D. C., Sullivan, W. P., Wilkins, B., Barrett, B. J., & Beerbower, E. (2018). The mediating effect of social support on the relationship between the impact of experienced stigma and mental health. *Stigma and Health*, 3(4), 305.
- Lasalvia, A., & Tansella, M. (2008). Fighting discrimination and stigma against people with mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 1-9.
- Leach, C. W., & Smith, H. J. (2006). By whose standard? The affective implications of ethnic minorities' comparisons to ethnic minority and majority referents. *European Journal of Social Psychology*, 36(5), 747-760.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American sociological review*, 96-112.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former

- mental patients: Understanding why labels matter. *American journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38, 177-190.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 208-223.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Nunnally, J. (1981). *Popular Conceptions of Mental Health*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Pachankis, J. E., Hatzenbluehler, M. L., Wang, K., Burton, C. L., Crawford, F. W., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2018). The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(4), 451-474.
- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia bulletin*, 20(3), 567-578.
- Petersen, A. (2009). Depression - a social pathology of action. *Irish Journal of Sociology*, 17(2), 56-71.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared?. *Journal of Health and Social behavior*, 188-207.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 660-672.
- Salvatore, S. (2004). Inconscio e discorso. Inconscio come discorso. B. Ligorio (a cura di), *Psicologie e culture. Contesti, identità e interventi*, 125-155.
- Salvatore, S., & Freda, M. F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking. A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29(2), 119-135.
- Salvatore, S., & Venuleo, C. (2008). Understanding the role of emotion in sense-making. A semiotic psychoanalytic oriented perspective. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(1), 32-46.
- Salvatore, S., Mannarini, T., Avdi, E., Battaglia, F., Cremaschi, M., Fini, V., ... & Matsopoulos, A. (2018). Globalization, demand of sense and enemization of the other: A psychocultural analysis of European societies' sociopolitical crisis. *Culture & Psychology*, 1354067X18779056.
- Shweder, R. A., & Sullivan, M. A. (1990). The semiotic subject of cultural psychology.

- Handbook of personality: Theory and research*, 399-416.
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2019). Mental health stigma: Impact on mental health treatment attitudes and physical health. *Journal of health psychology*, 24(5), 586-599.
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188.
- Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., & Salzer, M. S. (2019). The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses. *Journal of community psychology*, 47(1), 163-175.
- Thornicroft, G., & Kassam, A. (2008). Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. *Society and psychosis*, 179-197.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.
- Vender, S. I. M. O. N. E. (2005). Stigma interiorizzato e vergogna. *NÓOς*, 3, 233-43.
- Wahl, O. F. (1995). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American journal of public health*, 93(2), 200-208.