

La percezione sociale della salute mentale

Stefania Tratto - matricola 10407

Inquadramento generale del tema

La percezione sociale della salute mentale si riferisce al modo in cui la società nel suo complesso, e quindi gli individui che la compongono, vedono, giudicano, e trattano, le persone che vivono con una problematica di salute mentale, ed è influenzata in modo profondo da fattori culturali, storici e sociali. A sua volta influenza profondamente la vita di queste persone, in quanto è stata a lungo associata a stereotipi negativi e pregiudizi, che si traducono in quello che viene definito stigma, che si manifesta attraverso discriminazione e atteggiamenti negativi (Angermeyer et al., 2010), che ha ostacolato nel tempo la comprensione e l'accettazione necessaria, talvolta anche da parte di professionisti specializzati in psichiatria (Rössler, 2016). Il comportamento di questi professionisti può essere spiegato dal fatto che spesso lavorano con pazienti riluttanti a sottoporsi a trattamenti, rendendo difficile costruire una relazione terapeutica solida. Infatti, quando il trattamento è volontario, ad esempio in ambito ambulatoriale, e la relazione paziente-terapeuta è buona, il livello di stigma da parte dei professionisti si riduce.

Goffman (1963), parla dello stigma come di un attributo personale che suscita negli altri svalutazione, attraverso atteggiamenti e comportamenti discriminatori verso chi ha problematiche di salute mentale. Le persone con problematiche di salute mentale vengono spesso etichettate e stereotipate, attribuendo loro caratteristiche negative e generalizzate, come la pericolosità, l'imprevedibilità, la debolezza di carattere, o l'incapacità di svolgere un ruolo lavorativo. Lo stigma può quindi portare a discriminazioni in ambito lavorativo, sociale e relazionale, limitando le opportunità e l'inclusione. Le persone stigmatizzate possono quindi sentirsi isolate e respinte dalla società, sviluppando un senso di vergogna e di inadeguatezza. Nei casi caratterizzati da auto-stigma, le persone arrivano a interiorizzare gli stereotipi negativi, sviluppando un'immagine negativa di sé, una diminuzione dell'autostima, una perdita di fiducia in se stessi, e rinunciando a cercare aiuto (Clement et al., 2015), peggiorando così la prognosi, a causa del timore di essere giudicati o emarginati. Lo stigma può portare perciò anche all'isolamento sociale e alla difficoltà nel costruire relazioni significative, e lo stress e l'ansia conseguenti possono quindi peggiorare ulteriormente i sintomi.

Storicamente queste persone sono state escluse e trattate alla stregua di criminali, torturate o emarginate. Durante il Medioevo, le problematiche di salute mentale erano considerate una punizione divina, in quanto si pensava che ciò fosse dovuto a possessione del diavolo, perciò venivano condannati al rogo, o rinchiusi in penitenziari o manicomi, dove venivano incatenati alle pareti o ai letti. Durante l'Illuminismo, furono finalmente create istituzioni che potessero essere loro di aiuto. Mentre nel periodo nazista si raggiunse l'apice della discriminazione, con sterilizzazioni e omicidi di massa (Rössler, 2016).

Negli ultimi decenni, grazie alla crescente consapevolezza, e a campagne di sensibilizzazione, la percezione sociale della salute mentale sta migliorando in molte parti del mondo (Angermeyer et al., 2017). Permangono però differenze significative in base al contesto culturale. Per esempio, nel Sud-est asiatico, la spiritualità spesso influisce sulla percezione sociale della salute mentale, che può essere attribuita a fattori non scientificamente basati, come per esempio possessione da parte di spiriti, "malocchio", magia nera, o rottura di tabù (Gopalkrishnan, 2018).

Analisi del fenomeno secondo il Paradigma Empirico

Fondamento della conoscenza: applicare il paradigma empirico alla percezione sociale della salute mentale, significa capire come la società costruisce, interpreta, e risponde, ai fenomeni legati alla salute mentale, attraverso strumenti basati sull'osservazione diretta, la misurazione oggettiva, e la verificabilità delle affermazioni, attraverso metodi sistematici. La percezione sociale della salute mentale viene studiata tramite sondaggi e questionari, per raccogliere dati quantitativi, tramite esperimenti e studi longitudinali per osservare come le percezioni cambino nel tempo, e tramite l'analisi statistica per identificare correlazioni tra fattori socio-culturali e atteggiamenti nei confronti della salute mentale, ricercando criteri di replicabilità e generalizzabilità dei dati raccolti, alla popolazione più ampia, consentendo di identificare tendenze e pattern nella percezione sociale. Secondo questo paradigma, la percezione sociale della salute mentale è studiata perciò tramite l'osservazione di come le persone pensano, parlano, e agiscono, nei confronti di chi vive una problematica di salute mentale.

Approccio all'oggetto: l'oggetto dello studio è la percezione sociale della salute mentale, considerata come un fenomeno osservabile attraverso indicatori quali stigma, pregiudizi, atteggiamenti e comportamenti verso persone con problematiche di salute mentale, misurabile attraverso strumenti standardizzati come scale psicometriche, e analizzabile in termini di variabili socio-demografiche, come età, sesso, livello di istruzione e appartenenza culturale. Il paradigma empirico tende quindi a oggettivare il fenomeno della percezione sociale della salute mentale, trattandolo come qualcosa di operazionalizzabile, misurabile, quantificabile, e soggetto quindi a regole generali.

Dinamica osservatore-oggetto: nel paradigma empirico, l'osservatore è idealmente neutrale, distinto dall'oggetto di studio, ma, nel contesto della salute mentale, l'osservatore può inconsciamente influenzare la raccolta e l'interpretazione dei dati, in quanto influenzato dal contesto sociale e culturale in cui vive. Inoltre l'atto di misurare atteggiamenti e percezioni potrebbe modificare le risposte degli individui rispondenti, inducendo effetti di desiderabilità sociale.

Criticità: l'applicazione del paradigma empirico alla percezione sociale della salute mentale presenta il rischio di ridurre la complessità del fenomeno a variabili misurabili, ignorando aspetti più qualitativi come, per esempio, le narrazioni individuali e i contesti culturali. La percezione sociale della salute mentale è influenzata da fattori soggettivi, storici e culturali spesso difficili da catturare con metodi puramente quantitativi, e, in aggiunta, il tentativo di generalizzare i risultati, rischia di trascurare le diversità culturali e le specificità delle percezioni sulla salute mentale. Inoltre le risposte degli individui potrebbero essere influenzate dalla percezione di ciò che è socialmente accettabile, compromettendo l'accuratezza dei dati. Quindi necessiterebbe di essere integrato con approcci qualitativi e soggettivi, che tengano conto di aspetti cognitivi, emotivi e sociali, per cogliere appieno la complessità del fenomeno, integrando quindi con aspetti della percezione sociale della salute mentale che non sono facilmente misurabili, come ad esempio le esperienze soggettive, le emozioni e i significati attribuiti alla salute mentale.

Esempio di evidenze scientifiche: revisione sistematica e meta-analisi su studi provenienti da tre database (PubMed, Web of Science, PsycINFO), che esamina l'associazione tra credenze nel modello di continuum, che presuppone una dimensione che va dai sintomi psichiatrici gravi fino ai sintomi subclinici, lievi o inesistenti, proposto per ridurre lo stigma, correlato alla riduzione dello stigma stesso, valutando l'efficacia dei relativi interventi (Peter et al., 2021).

Analisi del fenomeno secondo il Paradigma Razionalista

Fondamento della conoscenza: applicare il paradigma razionalista alla percezione sociale della salute mentale, significa che verrà analizzata anche considerando le teorie, i concetti e le interpretazioni che la società sviluppa intorno ad essa, dando grande importanza alla costruzione razionale di significati, e al ricorso alla ragione, per comprendere il fenomeno. Seguendo questo paradigma verranno quindi studiati i concetti e le definizioni di "salute mentale", "normalità" e "devianza", cercando di comprendere come la società li costruisce, e come variano in base ai contesti culturali e storici. Verranno approfondite le teorie cognitive sulla salute mentale, la psicologia sociale, e le teorie sociologiche dello stigma, per interpretare come le norme sociali influenzino il modo in cui le persone vedono chi soffre di problematiche di salute mentale. Verranno usate argomentazioni, processi di deduzione, induzione, analisi concettuale e principi logici, per identificare cause ed effetti nella relazione tra la percezione sociale della salute mentale e vari fattori sociali, economici, politici e culturali.

Approccio all'oggetto: si analizzano i significati attribuiti alla salute mentale e come questi evolvono all'interno delle strutture sociali. Si riflette su come le problematiche di salute mentale vengano prima interpretate dalla cultura dominante (ad esempio, come malattie, oppure come deviazioni rispetto alla norma). Si studiano i meccanismi razionali che portano poi alla formazione di opinioni collettive e stereotipi, e anche come poi le norme e i valori della società influenzino la costruzione del significato della salute mentale, e la divisione tra "normalità" e "devianza".

Dinamica osservatore-oggetto: l'osservatore è un soggetto dotato di razionalità critica, che non si limita a osservare passivamente la realtà, ma è anche coinvolto nel processo di interpretazione e comprensione dell'oggetto, ma, pur cercando di mantenere un approccio oggettivo, è comunque influenzato dalla sua razionalità e dai suoi presupposti culturali e teorici. In ogni caso è comunque in grado di analizzare in modo oggettivo i propri processi cognitivi, per correggere eventuali errori di ragionamento. L'osservatore razionalista esamina quindi non solo i fenomeni osservabili, ma anche le teorie sociali che giustificano determinate percezioni della salute mentale.

Criticità: le riflessioni teoriche potrebbero non cogliere appieno le esperienze quotidiane e gli aspetti esperienziali, ed emotivi, delle persone con problematiche di salute mentale, o delle persone che interagiscono con loro. La tendenza a ridurre i fenomeni mentali a processi cognitivi può portare a una semplificazione eccessiva della realtà, trascurando l'influenza di altri fattori sociali o culturali. Le definizioni di "salute" e "normalità" possono essere viste come universali, senza tenere conto delle differenze culturali nella percezione delle problematiche di salute mentale. Una visione integrata, che tenga conto anche delle esperienze vissute, delle emozioni, e delle dinamiche sociali, potrebbe arricchire l'analisi razionalista, rendendola più completa e accurata.

Esempio di evidenze scientifiche: Studio tramite la teoria "what matters most", sulle differenze nello stigma verso le problematiche di salute mentale tra culture, postulando che lo stigma diventi più pervasivo nelle situazioni che contano maggiormente in un determinato contesto culturale, come per esempio l'associazione tra valori tradizionali, autoritari e conservatori, e maggiore stigma verso le problematiche di salute mentale (Schomerus & Angermeyer, 2021).

Confronto critico tra le due prospettive

	Paradigma Empirico	Paradigma Razionalista
Fondamento della conoscenza	Cerca di capire come la società costruisce, interpreta, e risponde, ai fenomeni legati alla salute mentale, attraverso strumenti basati sull'osservazione diretta, la misurazione oggettiva, e la verificabilità delle affermazioni, attraverso metodi sistematici, in situazioni reali oppure appositamente simulate, anche direttamente nel contesto di studio.	Considera le teorie, i concetti e le interpretazioni che la società sviluppa riguardo alla percezione sociale della salute mentale, dando grande importanza alla costruzione razionale di significati, e al ricorso alla ragione, per comprendere il fenomeno, usando argomentazioni, processi di deduzione, induzione, analisi concettuale e principi logici.
	Tramite sondaggi e questionari, per raccogliere dati quantitativi, tramite esperimenti e studi longitudinali per osservare come le percezioni cambino nel tempo, e tramite l'analisi statistica per identificare correlazioni tra fattori socio-culturali e atteggiamenti nei confronti della salute mentale, ricercando criteri di replicabilità e generalizzabilità dei dati raccolti, alla popolazione più ampia, consentendo di identificare tendenze e pattern nella percezione sociale.	Approfondisce, tramite varie metodologie, le teorie cognitive sulla salute mentale, la psicologia sociale, e le teorie sociologiche dello stigma, per interpretare come le norme e i valori sociali influenzino il modo in cui le persone vedono chi soffre di problematiche di salute mentale, per capire come affrontare la problematica, e, in caso, cercando metodologie per poter modificare e migliorare la situazione attuale, per trarne giovamento.
	Osservazione di come le persone pensano, parlano, e agiscono, nei confronti di chi vive una problematica di salute mentale, misurando tutto ciò che può essere operazionalizzabile, e quindi poi misurabile e analizzabile statisticamente.	Studia i concetti e definizioni di "salute mentale", "normalità", "devianza", ecc., per comprendere come la società li costruisce, e come variano in base ai contesti culturali e storici, credenze dichiarate, e norme sociali esplicite.
Approccio all'oggetto	Tende a oggettivare il fenomeno della percezione sociale della salute mentale, trattandolo come qualcosa di operazionalizzabile, misurabile, quantificabile, e soggetto quindi a regole generali.	Si studiano i meccanismi razionali che portano alla formazione di opinioni collettive e stereotipi, e come le norme e i valori della società influenzino la costruzione del significato della salute mentale.
Dinamica osservatore-oggetto	L'osservatore è idealmente neutrale, distinto dall'oggetto di studio, però può inconsciamente influenzare la raccolta e l'interpretazione dei dati, in quanto influenzato dal contesto sociale e culturale in cui vive. Inoltre l'atto di misurare atteggiamenti e percezioni potrebbe modificare le risposte degli individui rispondenti, inducendo effetti di desiderabilità sociale.	L'osservatore è un soggetto dotato di razionalità critica, che non si limita a osservare passivamente la realtà, ma è anche coinvolto nel processo di interpretazione e comprensione dell'oggetto, che, pur cercando di mantenere un approccio, appunto, oggettivo, è comunque influenzato dalla sua razionalità e dai suoi presupposti culturali e teorici.
Criticità	Rischio di ridurre la complessità del fenomeno a variabili misurabili, ignorando aspetti qualitativi come, per esempio, le narrazioni individuali e i contesti culturali, spesso difficili da catturare con metodi puramente quantitativi.	Le riflessioni teoriche potrebbero non cogliere appieno le esperienze quotidiane, gli aspetti esperienziali ed emotivi delle persone con problematiche di salute mentale, o di chi interagisce con loro, tralasciando informazioni importanti.
	Tentando di generalizzare i risultati alla complessità della vita reale, rischia di trascurare diversità culturali e specificità delle percezioni sulla salute mentale.	La tendenza a ridurre i fenomeni mentali a processi cognitivi può portare a una semplificazione eccessiva della realtà, trascurando altri fattori influenti.

Conclusioni e Considerazioni teoricamente orientate

Il paradigma **empirico** ci fornisce un quadro dei fenomeni sociali, evidenziando l'esistenza di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni. Fornisce quindi una mappa, evidenziando le manifestazioni concrete dello stigma, gli atteggiamenti prevalenti, e le loro conseguenze sulla vita delle persone con problematiche di salute mentale. Le credenze nel continuum sono legate a una riduzione dello stigma, alla minore percezione di pericolosità e imprevedibilità, a meno paura, e a reazioni più pro-sociali nei confronti di tali persone (Peter et al., 2021).

Gli interventi sperimentali possono manipolare le credenze nel continuum, ma non sempre ciò riduce lo stigma. La chiave sembra essere il coinvolgimento personale dei partecipanti, in quanto gli interventi che li invitano a vedere se stessi nel continuum, riducono maggiormente lo stigma rispetto a quelli che presentano il concetto in termini astratti. Ciò solleva una questione cruciale, per cercare di capire in che misura i partecipanti percepiscano le persone con problematiche di salute mentale, come appartenenti al gruppo interno o esterno (Tajfel & Turner, 1979). Sembra quindi necessaria un'indagine complementare, teoricamente basata, dove le credenze sul continuum dovrebbero essere testate in relazione al costrutto dell'identità sociale, per indagare le percezioni di in-group/out-group insieme agli interventi sulle credenze sul continuum.

Il paradigma **razionalista**, al pari di una bussola, invece, ci permette di approfondire i processi cognitivi che sottostanno alla formazione di atteggiamenti, stereotipi, e attribuzioni causali, evidenziando l'importanza degli schemi mentali e dei valori personali, come per esempio la Teoria 'what matters most' (WMM), sviluppata da Yang et al. (2014) per comprendere le differenze tra culture, nello stigma verso le problematiche di salute mentale, postulando che lo stigma diventi più pervasivo nelle situazioni che contano maggiormente in un determinato contesto culturale (Schomerus & Angermeyer, 2021). Gli studi evidenziano un'associazione tra valori tradizionali, autoritari e conservatori e un maggiore stigma verso le problematiche di salute mentale, mentre, allo stesso tempo, le ricerche sullo stigma legato ai valori liberali e moderni sono scarse, rischiando così di trascurare forme di discriminazione in tali ambiti, che andrebbero indagate.

Si ipotizza che in alcune situazioni, come la convivenza con una persona con problematiche di salute mentale, possa minacciare valori liberali quali l'auto-realizzazione, perché, vivere in questo tipo di situazioni, potrebbe essere visto come un consumo di energia e tempo, portando così a forme di stigma anche in individui con tali valori ritenuti liberali. Di conseguenza, una persona che valorizza molto l'auto-realizzazione potrebbe cercare di evitare il contatto con le persone con problematiche di salute mentale.

Yang et al. (2007) ipotizzano che lo stigma minacci la perdita di "ciò che è più importante". Basandosi sul concetto di "esperienza morale" di Kleinman & Benson (2006), viene sottolineato che il mantenimento dei valori fondamentali che contano di più per le persone, è cruciale per essere riconosciuti come membri di una comunità culturale. Lo stigma, riducendo la capacità di partecipare alle interazioni sociali chiave, compromette la posizione dell'individuo nel gruppo e, di conseguenza, la sua identità. La teoria WMM, come definita successivamente da Yang et al. (2014), evidenzia che lo stigma sembra essere motivato dalla necessità di proteggere valori culturali rilevanti: le persone perciò sembra stigmatizzino per difendere ciò che è più importante per loro. Per chi è vittima di stigma, ciò è particolarmente dannoso, poiché colpisce le interazioni culturali più significative.

Il paradigma **empirico** e quello **razionalista** non sono in contrapposizione, ma rispondono a diverse esigenze. Il primo è cruciale per affrontare le componenti implicite, emotive e comportamentali dello stigma, mentre il secondo è più adatto per ipotizzare come poter modificare credenze razionali e normative esplicite. Insieme, offrono una struttura multidimensionale per comprendere e ridurre lo stigma legato alla salute mentale, ed entrambi offrono contributi essenziali, ma parziali, alla comprensione della percezione sociale della salute mentale, e dello stigma ad essa associato. La percezione sociale della salute mentale, e lo stigma, sono quindi fenomeni complessi, influenzati da fattori sia cognitivi che sociali, perciò un approccio integrato, che combini il rigore metodologico del paradigma empirico, con la profondità analitica di quello razionalista, è essenziale per comprendere meglio questi fenomeni e sviluppare interventi efficaci per ridurre lo stigma, per promuovere l'inclusione delle persone con problematiche di salute mentale.

Bibliografia

- Angermeyer, M.C., et al. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(1), 26-32. doi: [10.1017/s1121189x00001573](https://doi.org/10.1017/s1121189x00001573)
- Angermeyer, M.C., et al. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 16, 50–61. doi: [10.1002/wps.20383](https://doi.org/10.1002/wps.20383)
- Clement, S., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. doi: [10.1017/S0033291714000129](https://doi.org/10.1017/S0033291714000129)
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Frontiers in Public Health*, 6. doi: [10.3389/fpubh.2018.00179](https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179)
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Culture, moral experience and medicine. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73, 834–839.
- Peter, L-J., et al. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological Medicine*, 51, 716–726. doi: [10.1017/S0033291721000854](https://doi.org/10.1017/S0033291721000854)
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*, 17(9), 1250-1253. doi: [10.15252/embr.201643041](https://doi.org/10.15252/embr.201643041)
- Schomerus, G., & Angermeyer, M.C. (2021). Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring ‘what matters most’ in modern Western societies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, 1–6. doi: [10.1017/S2045796021000111](https://doi.org/10.1017/S2045796021000111)
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–47). Monterey: Brooks-Cole.
- Yang, L.H., et al. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524–1535. doi: [10.1016/j.socscimed.2006.11.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013)
- Yang, L.H., et al. (2014). “What matters most”: a cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma. *Social Science & Medicine*, 103, 84–93. doi: [10.1016/j.socscimed.2013.09.009](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.009)