

SOCIOLOGIA DEL DIRITTO, 1, 2015

MEDICALIZZAZIONE DELLA DEVIANZA, CONTROLLO SOCIALE E *SOCIAL WORK*

di Daniele Scarscelli*

1. *Prologo*

Ernesto è un bambino di 10 anni che frequenta la quinta elementare: si alza continuamente, si distrae facilmente, è impulsivo, spesso non riesce a portare a termine i compiti a lui assegnati, il suo profitto scolastico è quasi sempre insufficiente. Le sue insegnanti lo ritengono uno studente “ingestibile”, un “piccolo terremoto”. Per queste ragioni contattano gli assistenti sociali, i quali segnalano il caso agli psicologi del Servizio di Neuropsichiatria infantile che formulano una diagnosi di “Sindrome da deficit di attenzione e iperattività”. In seguito a tale diagnosi, il bambino, in quanto affetto da una malattia, può essere seguito da un insegnante di sostegno.

Mario è un uomo di 52 anni che si è indebitato giocando d’azzardo. I suoi familiari (la moglie e il figlio di 20 anni con i quali vive) lo convincono a rivolgersi ad un Servizio per le dipendenze patologiche. Gli operatori dello staff del Servizio, specializzati in questo specifico ambito, considerano il gioco d’azzardo “patologico”, “un disturbo psichico, una patologia del comportamento caratterizzata dalla perdita di controllo sul gioco, con geni multifattoriale ed evoluzione cronico-recidivante” (Marcaccini 2011: 48) che può essere trattato con la farmacoterapia e la psicoterapia. Gli operatori propongono a Mario di partecipare con altri utenti ad un programma di cinque incontri con un “approccio motivazionale” coordinato da uno psicoterapeuta e ad una serie di incontri individuali con un approccio cognitivo-comportamentale sui “problemi concreti inerenti la gestione del denaro e le percezioni erranee che si strutturano rispetto al gioco” (*ibidem*: 53-4).

* Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze politiche, economiche e sociali, Università del Piemonte Orientale.

Enza è una donna di 45 anni che vive con il marito e il figlio di 15 anni. Il marito, un uomo di 48 anni, è stato recentemente licenziato in seguito al fallimento dell'azienda dove lavorava da oltre 20 anni in qualità di operaio. Enza, che lavora saltuariamente come collaboratrice domestica senza un contratto regolare, si è rivolta all'assistente sociale per richiedere un aiuto economico. Enza è anche preoccupata per il comportamento del marito: da quando è stato licenziato è apatico, stanco, triste, soffre di disturbi del sonno, si sente in colpa per non poter più provvedere al sostentamento della propria famiglia. L'assistente sociale, dopo aver detto alla donna che le farà sapere per quanto riguarda la richiesta di aiuto economico, constata amaramente che negli ultimi anni con la crisi economica sono aumentati i casi di depressione e invita la signora Maria a contattare il proprio medico di famiglia per approfondire la questione.

Questi tre casi sono ovviamente molto diversi tra loro, ma hanno un aspetto in comune: in tutti e tre, un comportamento che viola determinate aspettative di ruolo viene considerato un problema medico (o un disagio psichico) e si attribuisce al medico (o allo psicoterapeuta) il compito di fornire un qualche trattamento.

La spiegazione medica della devianza colloca le cause della condotta all'interno dell'individuo postulando la presenza di un agente o una condizione fisiologica e/o organica e/o costituzionale che è assunto/a come causa del comportamento stesso (Conrad & Schneider 1992): in questo modo si tenta di fornire una base oggettiva (biologica) ad un fenomeno (la devianza) che rimane prevalentemente una questione morale (cioè, come viene giudicato in un determinato contesto storico e sociale uno specifico comportamento) (Szasz 2007).

Negli ultimi decenni il processo attraverso cui un problema non medico viene trattato come se fosse un problema medico, processo che viene definito con il termine di "medicalizzazione"¹ (Conrad 2007: 4), si è esteso in modo così rilevante nelle nostre società che ormai sono molti gli ambiti della esperienza umana che vengono interpretati alla luce del paradigma medico: sono trattati come malattie sia comportamenti che in passato venivano etichettati come devianti (alcolismo, gioco d'azzardo, ecc.) sia eventi e processi che in passato erano ritenuti fenomeni naturali (gravidanza, invecchiamento, ecc.).

Tra i problemi non medici che vengono definiti e trattati come fossero disturbi emotivi o malattie, ve ne sono molti che rientrano tra gli ambiti di

¹ Per una analisi storica della letteratura sulla "medicalizzazione" si veda Nye (2003).

intervento del Servizio sociale (i tre casi descritti nel prologo dell'articolo sono un esempio di ciò).

Le riforme dello Stato sociale promosse a partire dalla fine degli anni '80 del secolo scorso hanno contribuito a creare le condizioni istituzionali, strutturali, culturali ed ideologiche affinché il paradigma medico/clinico divenisse rilevante anche per i *social workers*².

In particolare, ritengo significative due tendenze.

In primo luogo, si sono introdotte forme di *governance* che, per razionalizzare e ridurre l'uso di risorse pubbliche, hanno tentato di limitare la discrezionalità degli operatori sociali, promuovendo l'adozione di procedure standardizzate che sembrerebbero più orientate a "gestire *budgets* piuttosto che affrontare i bisogni dei clienti" (Ferguson *et al.* 2005: 3). In un contesto organizzativo in cui prevale tale forma di *governance*, un approccio come quello medico-clinico (che come vedremo astrae l'esperienza del cliente dal contesto e la riconduce ad una forma standardizzata di problema/patologia) può assumere un ruolo rilevante anche nella pratica professionale dei *social workers*.

In secondo luogo, in un contesto di sotto-finanziamento delle politiche di welfare, l'accesso alle risorse pubbliche da parte degli utenti è sempre meno regolato dal diritto di cittadinanza e sempre più dal "merito", cioè dalla disponibilità/capacità del singolo individuo a sottostare ad un "progetto" (professionale, di formazione, terapeutico, ecc.) (Dubois 2009). Il povero è ancora ritenuto responsabile per la propria condizione. Egli è rappresentato come un attore "razionale" che persegue liberamente (senza vincoli strutturali) i propri interessi e risponde alle sanzioni negative e agli incentivi economici. Per queste ragioni l'accesso alle risorse pubbliche deve essere limitato nel tempo (per scoraggiare calcoli opportunistici che potrebbero indurre il povero a scegliere di dipendere dal sussidio piuttosto che trovare un lavoro) e preceduto dalla sottoscrizione di un contratto in cui il povero si impegna a fare tutta una serie di cose per utilizzare "adeguatamente" il denaro pubblico (per esempio, deve spendere il denaro in beni di consumo essenziali)³. Uno dei problemi degli operatori sociali diventa, pertanto, quello di contrastare la cosiddetta "dipendenza da welfare". Il termine "dipendenza" rimanda ad una condizione "patologica" dell'utente che può essere af-

² Con l'espressione "social workers" faccio riferimento ai professionisti sociali che operano nell'ambito del Sistema dei servizi socio-assistenziali.

³ Questa convinzione mostra la sua vera natura ideologica (paternalistica) quando si prova a verificarla attraverso studi sperimentali o quasi sperimentali: tali studi dimostrano come l'accesso senza vincoli a contributi pubblici in denaro abbia effetti positivi sui singoli beneficiari e sulle loro reti sociali (Hanlon *et al.* 2010) e non sia statisticamente correlato in modo significativo al consumo di beni non essenziali (Evans & Popova 2014).

frontata trattando adeguatamente i deficit individuali (cognitivi, psicologici, biologici, ecc.) che gli impedirebbero di diventare autonomo: l'intervento economico dello Stato viene, pertanto, trasformato "da un attivo esercizio di un diritto riconosciuto al reddito ad una passiva dipendenza dal governo" (Schram 2000: 81) ed in questo modo la dipendenza dal welfare, ignorando le variabili strutturali, viene ridefinita da "problema economico" a condizione che deve essere medicalizzata (*ibidem*).

La tendenza alla medicalizzazione dei problemi che rientrano tra gli ambiti di intervento dei *social workers* pone una serie di questioni rilevanti.

In questa sede vorrei in particolare focalizzare la mia attenzione su una questione che giudico centrale per il mandato istituzionale e professionale dell'assistente sociale: in che modo l'intervento di un assistente sociale può essere influenzato dalla medicalizzazione dei problemi delle persone? Ed in particolare, in che modo la medicalizzazione (della devianza) influenza le forme con cui viene esercitato il controllo sociale?⁴ Per rispondere a tali interrogativi, articolerò la mia analisi in tre punti.

In primo luogo, focalizzerò la mia attenzione sul rapporto tra medicalizzazione e regolazione delle condotte devianti, analizzando i modi con cui tale processo può influenzare i comportamenti sociali.

Successivamente, descriverò le conseguenze "positive" e gli aspetti "latenti" (Conrad & Schneider 1992 parlano di *darker sides*) della medicalizzazione come meccanismo di regolazione della devianza.

Infine, evidenzierò come la medicalizzazione della devianza, promuovendo un approccio clinico finalizzato alla "correzione" dei devianti piuttosto che alla loro "rivalutazione" (Matza 1976), sia difficilmente compatibile con una pratica professionale che si fonda, come indicato nel Codice deontologico dell'Assistente sociale, "sul valore, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie, quali libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione, nonché sulla affermazione dei principi di giustizia ed equità sociali"⁵.

⁴ Faccio riferimento alla definizione di Cohen (1985) di controllo sociale: le azioni intenzionali che vengono messe in atto per regolare la condotta di quelle persone che sono viste come devianti. Secondo Cohen, possiamo distinguere due modalità di controllo sociale: modalità "*hard*" in cui vengono esercitate forme evidenti di coercizione e modalità più "*soft*" in cui la conformità alle norme viene ottenuta ricorrendo alla persuasione, al trattamento psicologico e terapeutico di coloro che sono considerati devianti. Sul tema del rapporto tra controllo sociale e Servizio sociale, si veda Cellini (2013).

⁵ Codice deontologico dell'Assistente sociale, Titolo II, Principi.

2. Medicalizzazione e regolazione della devianza

Nel 1972 Zola notava come la medicina stesse “divenendo la maggior istituzione di controllo sociale, mettendo in disparte, se non incorporando, le più tradizionali istituzioni della religione e della legge”. Stava, cioè, “divenendo la nuova depositaria della verità, il posto dove giudizi assoluti e spesso finali sono fatti da esperti che sembrano moralmente neutrali e obiettivi” (Zola 1972: 487).

In che modo una istituzione come la medicina esercita il controllo sociale?

Estendendo il proprio dominio su molti ambiti della vita, la medicina può influenzare i comportamenti sociali a due livelli (Conrad & Schndeir 1992): un primo livello è simbolico/culturale, il secondo livello ha a che fare con le “pratiche” professionali e il “trattamento” dei malati.

2.1. Medicina e definizione della realtà

La prospettiva medica influenza i comportamenti sociali imponendosi come uno dei criteri (forse il più rilevante in questo momento storico) che viene utilizzato per definire che cosa è normale e che cosa è patologico non soltanto in ambito “biomedico” ma anche in quello sociale (Rose 2009).

La prospettiva medica offre un *frame*⁶ attraverso cui le persone possono attribuire un senso alle proprie esperienze: se voglio evitare di stare male devo adottare determinati comportamenti (seguire un certo tipo di dieta, non usare sostanze psicoattive, non essere in sovrappeso, ecc.), se definisco una condizione come “malattia” o individuo una malattia come causa del mio comportamento, devo rivolgermi al medico ed assumere il ruolo di malato (*sick role*).

La medicalizzazione esercita quindi un controllo sociale a livello simbolico/culturale producendo “norme mediche” – che definiscono “cosa sia la salute” e “cosa sia la malattia” – a cui le persone devono fare riferimento per orientare le proprie azioni.

La medicalizzazione ha progressivamente sostituito altri *frame* attraverso cui le persone davano un senso a determinate esperienze (la morale, la religione, ecc.): il consumo eccessivo di alcolici, il gioco d’azzardo, il consumo di droghe illegali, ecc. non sono più considerati dei “vizi” ma delle “malattie”.

⁶ Schema cognitivo attraverso cui organizziamo la nostra esperienza attribuendo un significato alle situazioni in cui ci troviamo ad agire (Goffman 2001).

2.2. Il “sick role”

A livello più concreto, il controllo sociale è esercitato attraverso l'intervento professionale dei medici⁷.

Per comprendere in che modo il trattamento permette di esercitare una influenza sugli individui, costituendo una potente forma di controllo sociale, si deve fare riferimento al concetto di “*sick role*” (Parsons 1965, 1978).

Lo specialista attraverso la diagnosi può attribuire ad un soggetto lo *status* di malato. Il soggetto, a cui è stato attribuito tale *status*, è esonerato dall'obbligo di comportarsi secondo le aspettative sociali (se è un lavoratore potrà, per esempio, assentarsi per un po' di tempo dal luogo di lavoro per curarsi) poiché il malato non è responsabile della propria condizione di malattia in quanto la malattia è causata da meccanismi biologici su cui il soggetto non ha il controllo (la malattia non è una colpa, su questo aspetto ci tornerò più avanti).

Il malato ha però l'obbligo di considerare la propria condizione (la malattia) come indesiderabile e di fare il possibile per guarire seguendo le indicazioni terapeutiche dello specialista.

Riconoscendo che è malato e che l'esperto ha le competenze per aiutarlo, il paziente accetta un rapporto di dipendenza: lui non sa, lo specialista sa.

Questo modello di trattamento presuppone che il paziente e l'esperto non soltanto condividano la norma sociale secondo la quale il paziente riconosce all'esperto il potere di definire ciò che normale da ciò che è patologico, ma che condividano anche la necessità di considerare come indesiderabile la patologia e desiderabile la normalità (così come la definisce la medicina). Essendo la patologia una condizione che deve essere indesiderabile, il paziente deve “correggere” quei comportamenti che possono rappresentare un rischio per la sua salute (così come la definisce la medicina).

È meritevole di aiuto, pertanto, soltanto colui che definisce la propria situazione come lo specialista (“tu sei malato”) e che è disposto a seguire la terapia indicata dall'esperto.

Si ignora il punto di vista del malato, la sua definizione della situazione: all'interno di questo modello clinico, non riconoscere di avere un problema (cioè non condividere la definizione della propria situazione che fornisce l'esperto) è sintomo del problema!

È evidente, quindi, come il trattamento (medico, psicologico, psicosociale, ecc.) costituisca un potente meccanismo di controllo sociale poiché agisce certamente sul corpo del paziente, ma anche sulla sua “anima” (Fou-

⁷ Si possono estendere le considerazioni che seguono all'intervento di qualsiasi professionista (psicologo, assistente sociale, ecc.).

cault 1976), fornendo un *frame* con cui spiegare il proprio “malessere” e dare senso alla propria esperienza.

3. *Le conseguenze positive e i “lati oscuri” della medicalizzazione della devianza*

Come evidenziano Conrad e Schneider (1992), noi possiamo analizzare le conseguenze sociali della medicalizzazione della devianza separatamente dalle considerazioni in merito alla validità della spiegazione medica di determinati comportamenti, alla efficacia del trattamento medico o alle sue conseguenze sui singoli individui.

Alla medicalizzazione della devianza sono solitamente attribuite alcune conseguenze sociali ritenute positive.

In particolare, le conseguenze positive di questo processo dipendono in larga misura dalla attribuzione del ruolo di malato ad alcuni tipi di deviante.

Nel momento in cui un determinato comportamento deviante viene definito come una malattia (o il risultato di una malattia), l'autore di tale comportamento non è più ritenuto responsabile della propria condotta (si pensi all'alcolismo e al consumo di droghe, al gioco d'azzardo, alla “sindrome da deficit di attenzione e iperattività”, ecc.). In questo modo, la medicalizzazione, limitando o eliminando la responsabilità dell'individuo, contrasta la stigmatizzazione del deviante. L'assegnazione della etichetta di malato riduce anche il senso di colpa dei familiari che potranno non più ritenersi (e non saranno più ritenuti dagli altri) responsabili della condotta del congiunto.

L'attribuzione del ruolo di malato non elimina comunque del tutto ogni forma di stigmatizzazione, poiché se, da un lato, tale attribuzione rimuove la responsabilità dell'individuo (e lo stigma), dall'altro lato, gli impone di riconoscere la sua condizione di “malato” come indesiderabile e di fare il possibile per guarire secondo le indicazioni degli esperti. La medicalizzazione avrebbe quindi favorito una reazione sociale alla devianza più “umanitaria” poiché il trattamento medico viene considerato una forma di controllo sociale non punitiva e, “almeno a livello ideale, terapeutica” (Conrad & Schneider 1992). Inoltre, il controllo sociale esercitato dai medici può essere più flessibile ed efficiente di quello messo in atto dalle altre istituzioni deputate a contrastare la devianza: per esempio, il controllo sociale di alcuni tipi di tossicodipendenti esercitato attraverso la somministrazione di un farmaco come il metadone può essere meno costoso e più efficace della sanzione penale. Così come il comportamento deviante di bambini, refrattari alle modalità di controllo esercitate dai familiari e dagli insegnanti, può

essere efficacemente regolato dalla somministrazione di specifici psicofarmaci (*ibidem*).

La medicalizzazione della devianza presenta però alcuni aspetti latenti che devono essere messi a fuoco.

3.1. La dislocazione della responsabilità individuale

Se il soggetto non è responsabile del comportamento deviante, poiché la causa di esso è individuata in una condizione patologica, “la responsabilità” viene “separata dall’azione sociale” e viene “collocata nel mondo della bio-fisiologia o della psiche” (Conrad & Schneider 1992: 248)⁸.

La spiegazione medica del comportamento deviante può quindi fornire “una scusa” (Scott & Lyman 1968)⁹ al deviante per giustificare il proprio comportamento, nonché rendere possibile la sua condotta deviante (e la sua reiterazione) poiché gli consente di neutralizzare le norme che intende violare, liberandolo dal legame morale con la società (Sykes & Matza 1957).

Si può quindi osservare un paradosso: secondo il giudizio più diffuso, la medicalizzazione della devianza avrebbe messo a disposizione della società strumenti di controllo sociale più efficienti ed efficaci, ma nello stesso tempo tale processo mette anche a disposizione spiegazioni del comportamento che, rendendo gli individui irresponsabili, consolidano le razionalizzazioni che rendono possibile la devianza.

3.2. Sick role e sviluppo di identità passive e vulnerabili

Vi è un altro paradosso, a cui vorrei accennare: la medicalizzazione, assegnando alle persone il ruolo di malato, può promuovere “lo sviluppo di una identità passiva, di vittima, che ostacola il recupero” (Furedi 2008: 159).

⁸ Matza (1976) nota come peraltro tale rischio di dislocazione della responsabilità individuale possa avvenire anche con approcci strutturali alla devianza che non tengano conto dell’*agency*. Con questo termine intendo fare riferimento alla capacità di un soggetto di utilizzare risorse materiali, organizzative, simboliche, normative per “generare azioni mirate a determinati scopi” (Bandura 1997: 24, cit. in Olagnero & Cavaletto 2008: 25) dotati di senso per il soggetto stesso).

⁹ Tra le tecniche utilizzate dagli attori sociali in situazioni problematiche per rendere conto del proprio comportamento, Scott e Lyman descrivono le “scuse” e le “giustificazioni”. Attraverso le “scuse” si ammette che l’atto era cattivo o inappropriato ma si nega la responsabilità, spesso attraverso l’appello all’incidente o all’impulso biologico. Con le “giustificazioni” si accetta, invece, la responsabilità dell’atto ma si nega che esso sia sbagliato o si sostiene che in quella situazione fosse appropriato.

La tendenza a spiegare molti comportamenti sociali nei termini di una condizione (la malattia), di cui il soggetto non soltanto non è responsabile, ma che non è neanche in grado di affrontare senza ricorrere agli esperti, rischia di indebolire le persone. Le rende più vulnerabili poiché sminuisce la loro capacità di reagire, rendendole dipendenti dal trattamento.

Furedi esprime molto efficacemente l'impatto della medicalizzazione sull'*empowerment* delle persone facendo riferimento al concetto di rischio. Il concetto di rischio è ormai entrato nel nostro linguaggio quotidiano grazie all'ascesa della "cultura terapeutica". Tale cultura ha promosso l'idea che ognuno di noi "è a rischio". "Essere a rischio", osserva Furedi, "è molto diverso dal "correre un rischio" poiché il "concetto di essere a rischio assegna alla persona un ruolo passivo e dipendente", in quanto "l'essere a rischio non riguarda quello che fai, ma chi sei". Le persone che corrono un rischio scelgono invece di sperimentare determinati comportamenti: l'espressione "correre un rischio" rimanda quindi alla capacità di *agency* di un attore, mentre "la persona definita a rischio vive una condizione di permanente vulnerabilità" (Furedi 2008: 161).

3.3. L'assunzione della neutralità morale della medicina

Nelle società occidentali poiché "il manto della scienza" riveste la medicina (Conrad & Schneider 1992: 248), si ritiene che la spiegazione medica della devianza e le sue pratiche siano oggettive e moralmente neutrali.

La medicina occidentale è invece un prodotto di specifici processi culturali e sociali così come lo sono le conoscenze e le pratiche mediche che si sono sviluppate nelle società non occidentali (Lupton 2012).

Tale manto di scientificità nasconde quindi la dimensione morale e politica della medicina, dimensione che caratterizza, peraltro, qualsiasi pratica sociale che sia (anche) funzionale al controllo sociale della devianza. Anche quando si ricorre ad un meccanismo biologico per la spiegazione di un comportamento deviante, il giudizio negativo su quella condotta rimane: definire, per esempio, il gioco d'azzardo problematico una malattia del cervello non significa rivalutare da un punto di vista morale quel comportamento, semmai significa dislocare la responsabilità individuale.

Ciò che avviene con la medicalizzazione è, pertanto, il tentativo di trovare una causa biologica (e la forma di trattamento più adeguata) ad una condotta che rimane, come afferma Szasz (2007), una questione collegata all'ordine morale dominante di una società.

In letteratura è citato un classico esempio da cui si evince in modo emblematico il rapporto tra la medicina e il sistema normativo e valoriale dominante di una società.

Nel 1851 Cartwright, un medico americano sudista, pubblica un articolo su una rivista medica descrivendo la malattia della *drapetomania*, che colpisce gli schiavi e il cui principale sintomo è il desiderio di fuggire dalle piantagioni dei loro padroni bianchi. Quale è il ragionamento del medico americano sudista? Se la schiavitù è una condizione naturale e gli africani, essendo per natura inferiori ai bianchi, devono dipendere dai bianchi per sopravvivere, perché vi sono alcuni schiavi che desiderano scappare? Come si spiega, cioè, questo comportamento anormale, innaturale, deviante? Per un medico sudista che abbraccia un certo ordine morale della società, la risposta è semplice: perché sono malati.

Facendo un salto di oltre un secolo, si può trovare un altro classico esempio che evidenzia la natura storicamente determinata (e politica) di ogni sistema di classificazione dei sintomi: la medicalizzazione e successiva de-medicalizzazione di una condotta sessuale (l'omosessualità: Conrad & Schneider 1992). Anche in questo caso, il "manto della scienza medica" ha coperto inizialmente la natura morale di tale operazione cognitiva (vi è un comportamento ritenuto deviante, innaturale, dalla maggior parte dei membri della società che viene spiegato ricorrendo alla spiegazione medica), poi svelata dal successivo processo di de-medicalizzazione in cui giocarono un ruolo rilevante i movimenti degli omosessuali e delle lesbiche (Lane 2007)¹⁰.

Definire la devianza come un fenomeno medico è, quindi, una "impresa morale" (Conrad e Schneider 1992: 249), tutt'altro che neutrale, poiché tale processo "porta alla creazione di un nuovo frammento della costituzione morale della società, del suo codice di giusto e sbagliato (Becker 1987: 113).

3.4. Il ruolo (dominante) degli esperti (medici)

Poiché i medici hanno acquisito "il monopolio su tutto ciò che può essere concettualizzato come una malattia" (Conrad & Schneider 1992: 249), con la medicalizzazione della società si è ovviamente consolidato il loro potere di trattare come malattie tutte quelle condizioni che si ritiene possano rientrare nella sfera di competenza della medicina.

Il sapere degli esperti (medici) è quello a cui devono fare riferimento tutti coloro che intendono affrontare specifiche patologie (o che vogliono "stare bene") perché gli esperti sanno individuare la soluzione migliore nell'interesse del paziente.

¹⁰ Per coloro che volessero approfondire il processo di costruzione sociale e gli attori che concorsero alla elaborazione del DSM, si rimanda alla interessante lettura del testo di Lane (2007).

Inoltre, nelle equipe in cui sono presenti più figure professionali (sanitarie e sociali), la spiegazione medica e l'intervento clinico spesso prevalgono su altre possibili spiegazioni del comportamento deviante e forme di regolazione della devianza, tant'è che non è infrequente ascoltare assistenti sociali o educatori professionali che definiscono e spiegano un comportamento deviante (per esempio, il gioco d'azzardo o l' "abuso" di droghe) facendo riferimento a modelli di classificazione di tipo clinico (*Diagnostic and Statistical Manual*), rinunciando a proporre interpretazioni differenti (per esempio, di natura sociologica, antropologica, storica, ecc.).

3.5. L'individualizzazione dei problemi sociali

La medicalizzazione della devianza è un aspetto di un più ampio processo che caratterizza la nostra società: l'individualizzazione dei problemi sociali (Conrad & Schneider 1992)¹¹.

Attraverso l'individualizzazione dei problemi sociali si tende a trovare le cause (e le soluzioni) di tali problemi (la povertà, il consumo di droghe, il gioco d'azzardo, la devianza minorile, ecc.) negli individui, ignorando completamente il modo con cui "alcune strutture sociali esercitano una pressione ben definita su certi membri della società, tanto da indurli ad una condotta non conformista anziché ad una conformista" (Merton 2000: 298).

Il paradigma medico, spiegando e trattando i comportamenti devianti come fossero delle malattie, fornisce alle persone un *frame* attraverso cui possono dare un senso alle loro esperienze pensando che "le loro difficoltà siano causate da problemi interiori che non hanno nessun legame con l'ambito sociale" (Furedi 2008).

La medicalizzazione, contribuendo a consolidare, con il manto della scienza, l'immagine della devianza e dei problemi sociali come prodotti di deficit individuali, "depoliticizza" tali fenomeni (Conrad & Schneider 1992: 250) poiché cela agli individui le cause strutturali che potrebbero essere modificate attraverso forme di azione collettiva.

Depoliticizzando i problemi sociali, la medicalizzazione, "più che superare" tali problemi, "aiuta ad accettarli" (Furedi 2008: 117) poiché mina la nostra capacità di comprendere la natura sociale delle esperienze che viviamo, di comprendere, cioè, che vi sono condizioni strutturali che influenzano i nostri comportamenti e che determinati problemi possono essere

¹¹ Vi è un altro processo che contribuisce al pari della medicalizzazione alla individualizzazione dei problemi sociali: la psicologizzazione (Furedi 2008), cioè la tendenza a spiegare tali problemi, in una ottica psicologica, come inadeguatezza personale, sensi di colpa, ansia, conflitti, nevrosi, ecc. Secondo Furedi il determinismo emotivo ha soppiantato il determinismo sociale ed economico.

“superati” soltanto attraverso forme di azione collettiva che modifichino le condizioni strutturali che li perpetuano.

3.6. La carriera (naturale) del deviante

La malattia secondo la prospettiva medica è un processo biologico che capita al nostro corpo e si sviluppa secondo una serie di fasi naturali.

Quando si applica tale approccio alla devianza, si isola la carriera deviante (il “decorso della malattia”) dalle altre traiettorie¹² del corso di vita e dal contesto storico-sociale: lo sviluppo della carriera deviante, qualora non si intervenga con un adeguato trattamento, sarà caratterizzato da un susseguirsi di fasi che condurranno inevitabilmente (leggasi: “naturalmente”) l’individuo verso un determinato stato della malattia nel quale vi sarà una compromissione della capacità del soggetto di adempiere in modo convenzionale a determinate aspettative di ruolo (per esempio, il giocatore d’azzardo arriverà ad indebitarsi e investire sempre più tempo nell’attività deviante riducendo o interrompendo altre attività sociali convenzionali).

Medicalizzando la devianza si ignorano (o si sottovalutano) i fattori sociali che concorrono a strutturare le carriere devianti nel tempo e si rischia di considerare la compromissione dei funzionamenti sociali del soggetto come un mero prodotto della malattia del cervello (dipendenza da droghe, gioco compulsivo, sindrome di deficit di attenzione, depressione, ecc.).

La letteratura sociologica sulle carriere devianti, in particolare quella che adotta la prospettiva del corso di vita (Benson 2002), ha invece evidenziato come tali carriere possano essere comprese meglio se si fa riferimento allo sviluppo del corso di vita dell’individuo (ciascuna fase della vita va compresa facendo riferimento alla biografia individuale), alla interdipendenza tra le diverse traiettorie (eventi sulla carriera deviante possono avere un impatto su altre traiettorie del corso di vita e viceversa), alla interdipendenza tra le persone (eventi sulla vita di persone intorno a noi possono avere un impatto sul nostro corso di vita e viceversa) e al ruolo della storia e dei fattori sociali nel modellare le carriere.

Secondo questa prospettiva teorica le carriere devianti sono quindi socialmente costruite: ciò non vuol dire che i meccanismi biologici siano irrilevanti – la prospettiva del corso di vita concettualizza l’interconnessione tra funzionamento biologico, psicologico e sociale (Shanan & Boardman 2009) – ma non sono in grado di spiegare, assunti come unica variabile

¹² Una traiettoria è un percorso che una persona segue, con il trascorrere del tempo, nell’ambito di una determinata posizione sociale o esperienza. Le traiettorie sono relative alle diverse dimensioni in cui si compone l’esistenza umana (familiare, lavorativa, educativa/formativa, ecc.).

esplicativa o come variabile dominante, sia l'esito diversificato delle carriere devianti (per esempio, vi sono devianti in grado di desistere dalla devianza senza ricorrere all'aiuto degli esperti¹³) sia il senso che i singoli devianti attribuiscono alla loro condotta nel tempo (senso che può essere compreso soltanto situando nel tempo e nello spazio – contesto sociale e relazionale – tale condotta).

4. Demedicalizzazione della devianza: immaginazione sociologica e social work

Abbiamo visto come la medicalizzazione favorisca un approccio “correzionale” della devianza poiché la rappresenta come il prodotto di una condizione patologica dell'individuo che deve essere trattata (da esperti) in modo tale che il “paziente” possa ritornare a comportarsi in modo conforme alle aspettative di ruolo dominanti.

In particolare, secondo il paradigma biomedico il deviante può essere trattato isolatamente dal contesto sociale e quindi la risoluzione del suo problema (tornare ad adottare un comportamento conforme) può essere ottenuta senza intervenire su tale contesto: essendo lui che “non funziona”, le sue difficoltà non hanno nessun legame con la struttura della società in cui vive.

Tale approccio “correzionale” alla devianza è compatibile con una pratica professionale “critica, riflessiva, coerente con i suoi valori di base radicati nella promozione dei diritti umani e della giustizia sociale” (Dominelli 2003: 22)?

Ritengo che la risposta debba essere negativa.

Vorrei specificare meglio. Io non ritengo che tale approccio sia incompatibile in assoluto con il *social work*: la medicalizzazione dei problemi sociali, come si è visto, può essere infatti compatibile con un approccio paternalistico oppure orientato al *case management* o a logiche di *workfare*.

Ritengo però che la medicalizzazione dei problemi sociali sia inconciliabile con quegli approcci che sono alla base delle pratiche professionali che dovrebbero esercitare il controllo sociale attribuendo un ruolo centrale alla comprensione dei significati che le persone attribuiscono alle loro azioni

¹³ La remissione spontanea dal consumo dipendente di droghe e quella da modalità compulsive di gioco mettono in discussione ogni spiegazione di tali condotte che faccia riferimento unicamente a meccanismi biologici, poiché gli studi su tale tipo di remissione evidenziano l'importanza del contesto sociale in cui la persona è collocata, delle risorse di cui dispone ed è in grado di attivare, del tipo di reazione sociale sperimentata. Per la remissione spontanea dall'uso di droghe si veda Scarscelli (2003), per la remissione spontanea da modalità compulsive di gioco si vedano Abbott *et al.* (2004) e Slutske (2006).

devianti, collocandole nel tempo (prospettiva diacronica) e nello spazio (dimensione strutturale dei problemi individuali), poiché, come scriveva Wright Mills (2014: 13) “non si può comprendere la vita dei singoli se non si comprende quella della società, e viceversa”.

Se è vero che la medicalizzazione si è ormai estesa a molti ambiti di intervento che sono di competenza dei *social workers* (assistenti sociali, educatori professionali, ecc.), poiché, come si è detto, sono tanti i problemi che vengono definiti e trattati come fossero disturbi o malattie, in che modo i *social workers* possono resistere alla medicalizzazione, adottando (e promuovendo nelle equipe interprofessionali) un approccio alla devianza (e ai problemi sociali) che sia guidato dalla “immaginazione sociologica”?¹⁴

La letteratura sul *social work* di orientamento “radicale” (Mullaly & Keating 1991; Hatton 2001; Ife 1997; Dominelli 1996; Bailey & Brake, 1975; Dalrymple & Burke 2006) offre a mio avviso spunti teorici (e valoriali¹⁵) interessanti poiché indica due direzioni verso le quali l’operatore sociale può indirizzarsi:

- l’adozione di un *framework* che tenti di muovere da un modello “esperto” di erogazione delle prestazioni a uno che sia più “inclusivo” delle esperienze dei clienti/utenti;
- l’adozione di un *framework* che consenta agli utenti/clienti di dare un senso alle proprie esperienze deindividualizzando i problemi, cioè vedendoli collegati al contesto sociale delle loro vite, e favorisca nello stesso tempo la convinzione che si possa agire sulle cause sociali di tali problemi insieme a coloro che li condividono.

4.1. L’esperienza del cliente/utente e la “rivalutazione” della devianza

Nell’ambito di un approccio orientato alla medicalizzazione, per spiegare il comportamento deviante di una persona, l’operatore, facendo riferimento ad un sistema di classificazione dei sintomi delle varie patologie (per esempio il DSM) o a specifiche conoscenze sul fenomeno (eziologiche, ecc.) andrà alla ricerca di tutti quegli elementi che gli consentiranno di collocare il deviante all’interno di una categoria diagnostica. Operando in questo modo, l’esperto trascurerà una quantità di informazioni che potrebbero

¹⁴ L’immaginazione sociologica consente di “afferrare” la relazione tra biografie individuali, storia e struttura sociale. Essa “permette a chi la possiede di vedere e valutare il grande contesto dei fatti storici nei suoi riflessi sulla vita interiore e sul comportamento esteriore di tutta una serie di categorie umane” (Mills 2014: 15-6).

¹⁵ È evidente che un operatore sociale non possa non interrogarsi su quale debba essere l’obiettivo del *social work*, sul tipo di relazione esperto-utente che deve essere promossa, ecc.

anche falsificare la sua ipotesi diagnostica, poiché egli non parte dai significati che il deviante attribuisce al proprio comportamento, ma parte dal sistema di classificazione dei sintomi e quindi sarà attento a registrare soltanto le informazioni che possono confermare o meno la presenza di tali sintomi¹⁶.

Collocato il soggetto in una categoria, si applica al soggetto l'etichetta diagnostica che orienterà successivamente l'intervento volto a modificare il comportamento dell'utente/cliente nella direzione indicata dall'esperto.

Questo approccio clinico alla devianza non prende in considerazione il senso dell'azione deviante per il suo autore né il meccanismo situazionale che ha prodotto l'azione stessa, cioè il processo attraverso cui il particolare contesto in cui è situato l'attore ha influenzato le sue azioni (Elster 1983). Per fare ciò è necessario che l'operatore sociale adotti un approccio che "rivaluti" i devianti (Matza 1976).

Il concetto di "rivalutazione" della devianza, proposto da Matza, offre a mio avviso ai *social workers* degli argini "metodologici" per contrastare l'approccio clinico e correzionale alla devianza.

Matza utilizza questo concetto analizzando il contributo teorico ed empirico dei sociologi della cosiddetta Scuola di Chicago. Questi sociologi mostrarono la visione che i devianti avevano della loro esperienza analizzando i significati che gli stessi attribuivano alle loro condotte non conformi; facendo ciò, essi dimostrarono come la devianza non possa essere considerata una patologia individuale poiché il concetto di patologia rimanda ad una "variante o mutamento non sostenibile" (Matza 1976: 74) mentre la devianza appare, se osservata con gli occhi dei devianti, sufficientemente sostenibile. Semmai, per i sociologi della Scuola di Chicago, è patologica la società, cioè è il suo cattivo funzionamento che produce la devianza.

Adottando un approccio che "rivaluti" i devianti (un tale approccio è quello della prospettiva interazionista della devianza¹⁷), l'operatore sociale deve cercare di comprendere il senso che il cliente/utente attribuisce alla propria condotta (cioè, comprendere la definizione della situazione del soggetto). Tale senso lo si può comprendere, come si è visto precedentemente, se si situa l'azione nel tempo (prospettiva diacronica) e nello spazio (contesto di vita e relazionale del soggetto).

¹⁶ Questa "tendenza alla conferma" è una tipica distorsione del giudizio clinico (Zampolini, 2002).

¹⁷ Matza definì i teorici di tale prospettiva *neo-chicagoani*, in quanto riprendono l'approccio comprendente e diacronico alla devianza che aveva orientato gli studi dei sociologi della Scuola di Chicago. Sulla prospettiva interazionista della devianza si veda Rubington & Weinberg 1999.

In questa prospettiva teorica, non ci sono sistemi di classificazione che prevedono “protocolli di intervento” per ogni categoria di malati, poiché l’utente/cliente, cioè il “profano” per l’approccio biomedico, è “l’esperto del suo mondo” (Schwartz & Jacobs 1987: 38).

Perché Ernesto si comporta a scuola violando le aspettative di ruolo? Adottando la prospettiva clinica, l’operatore farà riferimento a un sistema di classificazione e cercherà di capire se il bambino può essere collocato in una specifica categoria sulla base dei sintomi che manifesta (i sintomi che devono essere considerati li stabilisce il sistema di classificazione). Adottando una prospettiva “comprendente”, l’operatore dovrà comprendere quale significato il bambino attribuisce al suo comportamento (quale definizione della sua situazione ha orientato il suo comportamento), che sarà considerato, quindi, non il prodotto di un deficit individuale, ma una reazione “normale”, cioè sostenibile agli occhi del bambino, alla situazione sociale (scolastica, familiare ecc.) in cui si trova.

Ernesto dovrà essere aiutato a modificare il proprio comportamento e, quale che sia la prospettiva adottata, gli operatori sociali (e gli insegnanti) dovranno fare in modo che Ernesto sia in grado di conformarsi alle aspettative di ruolo, dovranno quindi esercitare una funzione di controllo sociale.

Le due prospettive orientano però in modo diverso le modalità con cui viene esercitato il controllo sociale nella pratica professionale, poiché tali modalità sono influenzate dal tipo di spiegazione che si fornisce al processo attraverso cui si formano le norme sociali e si costruisce la devianza.

Sotto questo aspetto le spiegazioni sociologiche possono essere di due tipi: spiegazioni che sottolineano la natura consensuale delle norme e spiegazioni che ne evidenziano l’origine conflittuale. Facendo riferimento al primo tipo di spiegazioni, la devianza è un fenomeno oggettivamente dato poiché le aspettative normative sono condivise da quasi tutti i membri di una società: il deviante è colui che non è riuscito o non è in grado di interiorizzare le norme condivise ed orientare sulla base di esse il proprio comportamento: per questa ragione il suo comportamento deve essere corretto in quanto non è in discussione il sistema sociale. Tornando al caso di Ernesto, è compito dell’esperto spiegare perché egli non sia in grado di conformarsi alle norme (che non sono messe in discussione dall’esperto: a scuola ci si comporta così).

Quando invece si fa riferimento al secondo tipo di spiegazioni, la devianza acquisisce una natura politica, poiché le definizioni di ciò che è deviante e ciò che non lo è riflettono gli interessi dei gruppi sociali dominanti: agli occhi del deviante, la sua condotta è decisamente sostenibile, è insostenibile invece per coloro che lo stigmatizzano. Si deve pertanto spiegare il processo attraverso cui un determinato comportamento sociale viene quali-

ficato come deviante: quali attori hanno assunto l'iniziativa e quali sono gli interessi e i valori di cui sono portatori (Becker 1987)? Nel caso di Ernesto, chi adotta una prospettiva di questo tipo dovrà comprendere non soltanto il senso del comportamento per Ernesto, ma cogliere la "natura politica" della sua devianza (egli sta violando norme che sono espressione di un certo modello di apprendimento che esprime la visione del mondo di alcuni gruppi sociali): è compito dell'esperto connettere le ragioni (in questa prospettiva si parla di "ragioni" e non di "deficit", poiché il comportamento deviante è dotato di senso come qualsiasi altro comportamento sociale) che spingono Ernesto a non conformarsi alle norme alle caratteristiche del contesto sociale in cui egli vive.

L'operatore sociale che adotta una prospettiva finalizzata a "rivalutare il deviante", quando espleta una funzione di controllo in virtù del suo mandato istituzionale¹⁸, è pertanto consapevole che:

- il comportamento deviante è un'azione dotata di senso che deve essere compresa secondo una logica diacronica (carriera deviante) e situata (importanza del contesto);
- non esistono atti intrinsecamente devianti, in quanto la devianza è una qualità che viene conferita a certi atti dalla reazione sociale di coloro che vengono a contatto con essi;
- ne consegue che ciò che viene giudicato deviante cambia storicamente, che lo stesso atto può essere giudicato deviante in un gruppo sociale ma accettato in un altro o che può essere stigmatizzato in una determinata situazione ed approvato in una situazione diversa;
- la reazione sociale, sia quella informale sia quella delle istituzioni di controllo sociale (tra le quali anche le istituzioni in cui operano i *social workers*), ha delle conseguenze sulle persone che la subiscono e può contribuire a consolidare la carriera deviante.

Tale consapevolezza indurrà l'operatore sociale a focalizzare la propria attenzione tanto sulle ragioni che rendono alcune persone incapaci di agire secondo le norme dominanti (per esempio, ad ottemperare a determinate aspettative del ruolo genitoriale) quanto sui processi di costruzione sociale

¹⁸ Sia nel caso in cui tale funzione venga esercitata su persone che si sono rivolte al *social worker* con lo scopo di affrontare un determinato problema, sia nel caso in cui si rivolga a persone che non hanno richiesto l'intervento sociale, ma lo "subiscono": si pensi, per esempio, ai genitori a cui il giudice minorile ha imposto un trattamento o al consumatore di sostanze psicoattive illegali a cui è stato imposto dal prefetto un colloquio con gli operatori del nucleo operativo delle tossicodipendenze della prefettura.

della devianza (prendendo quindi le distanze da ogni medicalizzazione della stessa).

In questo modo l'operatore sociale sarà in grado di esercitare la propria funzione di controllo avendo ben presente sia la natura selettiva del controllo sociale¹⁹, sia il ruolo che le stesse istituzioni possono giocare nel "drammatizzare il male" (Tannenbaum 1938).

La prospettiva interazionista della devianza favorisce, pertanto, a differenza di un approccio clinico, un atteggiamento auto-riflessivo dell'operatore sociale sul proprio ruolo, poiché gli fornisce gli "occhiali" per provare a tenere sotto controllo i processi attraverso cui le istituzioni deputate al trattamento selezionano i devianti da trattare e consolidano il loro *status* deviante.

Gli studi sulla selettività della reazione sociale evidenziano come i soggetti, sui quali i *social worker* hanno una maggiore probabilità di esercitare un controllo, appartengano a quei gruppi sociali che sono dotati di minore potere nella società (per ragioni di razza, genere, età, classe sociale, livello di istruzione) (Scarscelli & Vidoni Guidoni 2008).

Questa evidenza empirica dovrebbe indurre i *social workers* ad evitare ogni tipo di generalizzazione dei dati raccolti su popolazioni istituzionalizzate e cliniche: gli assistenti sociali, per esempio, non entrano in contatto con tutti i tipi di genitori che infrangono le aspettative del ruolo genitoriale, ma soltanto con alcuni tipi di genitori che appartengono a specifici gruppi sociali e che infrangono alcune particolari norme sociali. Uno studio etnografico sulla vita familiare di un campione di famiglie americane (Lareau 2011), stratificato per classe sociale e razza, ha evidenziato come la classe sociale dei genitori influenzi le modalità con cui essi esercitano il loro ruolo. In particolare, i ricercatori hanno osservato come i genitori che utilizzano anche la forza fisica come mezzo disciplinare (tali genitori appartengono alla *working class*) hanno maggiori probabilità di essere considerati genitori abusanti (dalle figure istituzionali con cui entrano in relazione nelle attività quotidiane: insegnanti, animatori, allenatori, medici, ecc.) rispetto a coloro (appartenenti alla *middle class*) che usano la violenza verbale (una madre dice al figlio "non voglio essere più tua madre").

Pertanto, un operatore consapevole della selettività della reazione sociale e della natura "politica" della devianza sarà più propenso, rispetto a colui che abbraccia un approccio clinico, ad interrogarsi sui modelli normativi che adotta nel momento in cui è chiamato ad esercitare un controllo sociale su coloro che sono etichettati come devianti: in sostanza, se so che il mio intervento può contribuire a "drammatizzare" quello che io ritengo essere

¹⁹ Sul processo di criminalizzazione secondario si veda Vidoni Guidoni (2004).

“il male”, prima di intervenire mi dovrò interrogare attentamente sui criteri normativi che sto adottando per giudicare il comportamento oggetto di un mio possibile intervento e valutare attentamente l'utilità del mio intervento perché le persone orientano i loro corsi di azione anche in relazione all'atteggiamento degli individui con cui interagiscono²⁰.

L'adozione di una prospettiva comprendente assume, infine, anche una valenza politica nella misura in cui può consentire agli operatori sociali di far conoscere ai “non addetti ai lavori” il mondo dalla prospettiva dei gruppi sociali emarginati, stigmatizzati (Dominelli 2003). Questa operazione cognitiva (e politica) può produrre la decostruzione degli stereotipi attraverso cui gli utenti dei servizi sono rappresentati e quindi può favorire il cambiamento delle politiche con le quali sono regolati determinati problemi sociali.

La prospettiva interazionista può consentire, pertanto, agli operatori di contrastare quei discorsi dominanti, prodotti dalla medicalizzazione della devianza e dei problemi delle persone, che promuovono forme di regolazione della devianza securitarie e repressive (Garland 2004), perché si fondano sul presupposto che i devianti siano diversi (per caratteristiche biologiche, cognitive, psicologiche, ecc.) dai non devianti.

Comprendere il mondo dei devianti (cioè fare in modo che il senso delle loro azioni sia compreso facendo riferimento al loro contesto di vita) significa, come scrive Garland (2004: 301), accoglierli, umanizzarli, riconoscerli, riconoscere noi stessi in loro e loro in noi.

4.2. Deindividualizzazione dei problemi delle persone

Si è visto precedentemente come gli operatori sociali e sanitari attraverso le proprie pratiche professionali forniscano ai loro utenti/clienti dei *frame* che essi possono utilizzare per dare un senso alle proprie esperienze.

Facendo riferimento al contributo teorico di Foucault, si può assumere che questi significati siano prodotti attraverso delle “narrazioni” (Chambon *et al.* 1999). Le persone, pertanto, attribuiscono significati alle proprie esperienze raccontando un certo tipo di storia, ma ogni contesto sociale e culturale produce una gamma finita di interpretazioni che sono disponibili alle persone per assegnare significati alle proprie esperienze.

Si è visto come la medicalizzazione fornisca specifiche narrazioni attraverso le quali i problemi sociali vengono individualizzati: essa mette a di-

²⁰ Per esempio, quali aspettative di ruolo sta violando quel genitore? Quale è il senso del suo comportamento? Quale modello genitoriale ho in mente? Una eventuale segnalazione al tribunale che effetti avrà sul minore e sui suoi genitori?

sposizione degli individui delle “storie raccontabili”, che nella nostra società appartengono ormai al discorso dominante.

Attraverso la medicalizzazione delle esperienze umane si esercita potere poiché si includono alcune storie come raccontabili (spesso, come si è visto, facendo riferimento alla scientificità e neutralità morale del discorso biomedico) e se ne escludono altre (*ibidem*): queste storie raccontabili si traducono in diagnosi e orientano la risposta al problema.

Ebbene, esistono narrazioni che possono favorire una deindividualizzazione dei problemi sociali.

I *social workers*, proprio in virtù del fatto che la loro identità professionale è marcata dall’aggettivo *social*, dovrebbero promuovere nei servizi spazi discorsivi nei quali sia possibile sviluppare narrazioni che rendano visibili agli utenti le cause strutturali dei loro problemi, cause che l’approccio correzionale oscura (Pollack 2004).

La deindividualizzazione dei problemi sociali, all’interno di una prospettiva comprendente, può promuovere, quindi, narrazioni con le quali lo sviluppo delle traiettorie di povertà, di emarginazione, di devianza è spiegabile come esito dell’effetto reciproco dell’*agency* e della struttura sociale.

Adottando una visione dei problemi sociali che tenga conto di quanto la struttura possa facilitare o impedire l’azione degli attori sociali e di quanto l’azione di tali attori possa modificare la struttura, si potranno creare, nell’ambito del *social work*, le condizioni per lo sviluppo di narrazioni che incentivino il senso di *agency* personale e collettiva (*empowerment*) negli utenti²¹, affinché con questo modello di *agency* sia “possibile concentrarsi sull’azione dell’individuo in stato di povertà senza però perdere di vista i modi in cui tale azione risulta limitata dalla mancanza di risorse materiali e di potere” (Lister 2009: 55-6).

5. Resistenza degli utenti alla medicalizzazione della devianza

Il controllo sociale non si può eliminare dalle pratiche professionali dei *social workers*: si può però oscurare (Margolin 1997) o esercitare per routine senza rendersi conto degli effetti che si possono provocare su coloro che lo subiscono. Così come non si può eliminare la discrezionalità degli operatori sociali nel suo esercizio (per esempio, esistono criteri “oggettivi”, mo-

²¹ A differenza del modello di *agency* tipico del discorso biomedico che, come si è visto, rende passivo e vulnerabile l’utente.

ralmente neutrali, per giudicare la condotta pregiudizievole di un genitore?)²².

Come si è detto, la prospettiva interazionista offre un *frame* agli operatori per esercitare il controllo sociale essendo consapevoli di concorrere essi stessi al processo di costruzione della devianza.

Dove c'è potere vi è però anche la possibilità di resistervi.

La capacità di un attore sociale di influenzare un altro soggetto, secondo la prospettiva teorica che si rifà al pensiero di Foucault, non è mai assoluta. Il potere nell'ambito della interazione tra esperto e cliente/utente "non è una entità unitaria, ma una relazione strategica che è diffusa ed invisibile" (Lupton 2012: 112).

Secondo questa prospettiva, le relazioni di potere sono quindi dinamiche e costantemente negoziate e ri-negoziate.

Gli sviluppi delle carriere "assistenziali" (cioè dei percorsi che le persone seguono con il trascorrere del tempo nell'ambito della loro esperienza con i servizi sociali e sanitari) sono perciò condizionati anche dalla capacità degli utenti/clienti di negoziare e ri-negoziare la "definizione della situazione" proposta loro dagli operatori.

Nella relazione tra esperto e malato (e cliente/utente) il potere di "definizione della situazione" si fonda, in particolare, sul controllo di due specifiche risorse: la conoscenza e il controllo della tecnologia (Lazarus 1988: 45).

La capacità degli utenti/clienti di resistere al dominio degli esperti è quindi condizionata dal possesso delle "risorse socioculturali di tipo simbolico, linguistico, organizzativo e materiale" (Ewick & Silbey 2003: 1331) che possono essere utilizzate nella relazione terapeutica per esercitare un controllo sulla conoscenza "esperta" e sulle modalità di trattamento.

Lupton (2012) presenta una interessante rassegna di studi antropologici e sociologici che evidenzia come l'età, il genere, la classe sociale, l'etnicità e il livello di istruzione possono influenzare la capacità degli utenti/clienti di resistere al dominio degli operatori nella misura in cui facilitano (o meno) l'accesso a quelle risorse che, migliorando la competenza del cliente/utente, riducono l'asimmetria della sua posizione rispetto a quella dell'esperto.

Pertanto, ci sono persone, soprattutto quelle di *status* socio-economico medio e alto, che entrano in contatto con l'esperto (con cui condividono molto spesso lo stesso *background* sociale e culturale) avendo già acquisito in modo autonomo (attraverso vari canali) informazioni e conoscenze in merito al trattamento del loro problema e ai loro diritti in quanto utenti di

²² Il lettore che rispondesse affermativamente provi a stilare un elenco di tali criteri che siano sempre validi a prescindere dal contesto sociale, dalla situazione, dal momento storico, dai ruoli ricoperti dagli attori sociali coinvolti, ecc.

quel particolare servizio. Facendo ciò, essi sono in grado di negoziare la definizione della situazione proposta loro dall'esperto e di condizionare in questo modo il processo decisionale attraverso cui verrà individuato (con l'esperto) il trattamento ritenuto migliore.

Ci sono invece persone, in particolare gli utenti/clienti di *status* inferiore, che, non avendo le risorse e le capacità per acquisire in modo autonomo informazioni e conoscenze in merito al loro problema e ai loro diritti in quanto utenti, non sono in grado di negoziare la definizione della situazione dell'esperto: quando la volontà dell'esperto prevale attraverso una qualche forma di coercizione (e non attraverso la persuasione o la manipolazione), questo tipo di utente resiste a tale imposizione di volontà non cooperando, non seguendo le indicazioni dell'esperto, esercitando atti di sfida o di violenza.

La prima categoria di utenti (quelli di status socio-economico medio e alto) può resistere alla medicalizzazione sia a livello "politico" sia nell'ambito della singola relazione d'aiuto.

A livello politico, questi utenti sono in grado di organizzarsi per rivendicare il diritto di controllare il modo in cui i servizi vengono resi accessibili e vengono gestiti.

A livello della singola relazione di aiuto, sono in grado di sfidare l'assoluta validità delle conoscenze degli esperti mettendo in discussione uno dei fondamenti del controllo sociale in ambito clinico: quello secondo cui soltanto gli esperti conoscono le cause scientifiche dei problemi degli utenti/clienti e sanno quindi come affrontarli in modo scientificamente fondato e neutrale.

Gli utenti della seconda categoria (che sono quelli con cui hanno a che fare i *social workers*) non si organizzano per rivendicare diritti e non sono in grado di sfidare le conoscenze degli operatori sociali: di fronte ad interventi di cui non comprendono l'utilità perché (dal loro punto vista) hanno una finalità prevalentemente correzionale e paternalistica, l'unica modalità di resistenza a loro disposizione è la "*noncompliance*" (Fischer *et al.* 2008; Lazarus 1988).

La *noncompliance* è però una forma di resistenza che di per sé non favorisce negli utenti lo sviluppo di un senso di *agency* personale e collettiva (*empowerment*).

L'utente che interrompe il trattamento o che mette in atto piccoli gesti di sfida è in grado di esercitare un maggior controllo sul proprio percorso assistenziale? Di per sé no, poiché dipenderà dalla lettura che ne farà l'operatore: è l'ennesimo segnale che dimostra all'operatore che l'utente non è in grado di rispettare il "contratto terapeutico" a causa delle sue carat-

teristiche (deficit) individuali oppure è il segnale che evidenzia che il contratto terapeutico potrebbe non avere senso dal punto di vista dell'utente?

Si devono a mio avviso creare "spazi discorsivi" che, rifuggendo dalla logica della medicalizzazione della devianza, rendano le relazioni di potere nell'ambito del *social work* potenzialmente trasformative, cioè in grado di conferire potere ai soggetti che sono "oggetto" dell'intervento sociale²³.

Con l'espressione "conferire potere", intendo alludere al conferimento di quelle narrazioni, conoscenze, competenze e risorse (nonché valorizzazione di quelle narrazioni, conoscenze, competenze e risorse già presenti) che possono consentire agli utenti di raggiungere il più alto grado di autodeterminazione possibile nel fronteggiare specifici problemi e, più in generale, nel massimizzare la qualità delle loro vite secondo i loro desideri e preferenze.

Se si adotta una prospettiva deindividualizzante dei problemi sociali, il fronteggiamento di determinati problemi richiede anche cambiamenti di tipo strutturale nonché una diversa accessibilità e fruibilità della rete dei servizi.

Tali finalità impongono agli operatori sociali l'adozione di pratiche professionali, sia nella relazione con i singoli utenti, sia nel lavoro di comunità (Allegri 2013), finalizzate a promuovere l'*empowerment* degli utenti e dei cittadini.

Un processo di *empowerment* dovrebbe (Dalrymple & Burke 2006): consentire alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria vita; renderle consapevoli delle proprie risorse e metterle nelle condizioni di usarle; aiutarle a superare gli ostacoli che incontrano nel soddisfacimento dei propri bisogni e realizzazione delle proprie aspirazioni; fare in modo che possano esercitare un controllo sui servizi che usano; metterle nelle condizioni di affrontare le ineguaglianze strutturali che condizionano le loro vite.

È pertanto *empowerment* (Vibeke & Bagga 2011): l'azione collettiva di movimenti sociali per l'eguaglianza, la democrazia partecipante, la lotta alla povertà, ecc.; l'azione collettiva di movimenti degli utenti per esercitare un maggior controllo sui servizi sociali e sanitari che essi usano; il processo tramite cui i singoli utenti ottengono un maggior controllo sulle loro vite.

Troppo spesso però si spacciano per *empowerment* strategie di coinvolgimento e partecipazione degli utenti che sono caratterizzate da una logica

²³ Se la paternità è stata utilizzata come metafora per indicare un tipo di relazioni di potere che comportano una limitazione della libertà di colui su cui si esercita il potere (paternalismo), la maternità è stata proposta come metafora per indicare una forma di dominio che potrebbe potenziare la libertà del soggetto subordinato (Wartenberg 1990).

*tokenista*²⁴ (Dalrymple & Burke 2006) in cui il coinvolgimento, la partecipazione degli utenti, il processo attraverso cui essi potrebbero ottenere un maggior controllo sulle loro vite sono solo apparenti e superficiali (consistendo, per esempio, in consultazioni occasionali, procedure finalizzate alla *compliance*, coinvolgimento di gruppi selezionati di utenti che non sono rappresentativi sociologicamente di tutta l'utenza del servizio, ecc.).

Le strategie *tokeniste* di coinvolgimento degli utenti, non mettendo in discussione le narrazioni dominanti sulle cause dei problemi sociali e sulle risposte più adeguate, non rendono possibili azioni collettive finalizzate al cambiamento del sistema sociale (per incidere sulle cause sociali della devianza) e delle modalità di trattamento.

L'*empowerment* è un processo complesso nel quale sono coinvolti molteplici categorie di attori sociali (istituzionali e non). I *social workers* sono una di queste categorie.

Essi possono concorrere alla realizzazione di tale processo promuovendo nelle loro pratiche professionali narrazioni che conferiscano potere agli utenti favorendo una deindividualizzazione e demedicalizzazione dei problemi sociali e una conseguente deprofessionalizzazione del *social work* (Dominelli 1996) nella logica della rivalutazione del deviante che abbiamo discusso.

Riferimenti bibliografici

- Abbott, Max W., Maynard M. Williams & Rachel A. Volberg, 2004. A Prospective Study of Problem and Regular Nonproblem Gamblers Living in the Community. *Substance Use & Misuse*, 39: 855-84.
- Arnstein, Sherry, 1969. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35, 4: 216-24.
- Allegri, Elena, 2013. *Servizio sociale di comunità*. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di Servizio sociale*. Roma: Carocci.
- Bailey, Roy & Mike Brake (eds.), 1975. *Radical Social Work*. London: Edward Arnold.

²⁴ Per *tokenismo* si intende un coinvolgimento superficiale dei cittadini nel processo decisionale per dimostrare che si seguono certe procedure: per esempio, Arnstein (1969) nella sua famosa "*ladder of citizen participation*" colloca nel *tokenismo* le attività di informazione e le procedure di consultazione dei cittadini e degli utenti nonché il coinvolgimento di alcuni rappresentanti degli utenti nelle commissioni che hanno lo scopo di indirizzare le politiche. Sono tutte attività che non consentono ai cittadini e agli utenti di esercitare una reale influenza sul processo decisionale.

- Bandura, Albert, 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman & Co.
- Becker, Howard, [1963]1987. *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Gruppo Abele.
- Benson, Michael, 2002. *Crime and the Life Course*. Los Angeles: Roxbury.
- Cartwright, Samuel, 1851. Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race. *The New Orleans Medical and Surgical Journal*, May: 691-715, available at <http://www.pbs.org/wgbh/aia/part4/4h3106t.html> (visitato 10 Aprile 2014).
- Cellini, Giovanni, 2013. *Controllo sociale, servizio sociale e professioni di aiuto nel sistema penitenziario*. Milano: FrancoAngeli.
- Chambon, Adrienne, Allan Irving & Laura Epstein (eds.), 1999. *Reading Foucault for Social Work*. New York: Columbia University Press.
- Cohen, Stanley, 1985. *Visions of Social Control*. Cambridge: Polity Press.
- Conrad, Peter, 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*. Baltimora: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter & Joseph W. Schneider, 1992. *Deviance and Medicalization*. Philadelphia: Temple University Press.
- Dalrymple, Jane & Beverley Burke, 2006. *Anti-Oppressive Practice. Social Care and the Law*. Berkshire: Open University Press.
- Dominelli, Lena, 1996. Deprofessionalizing Social Work: Anti-Oppressive Practice, Competencies and Postmodernism. *British Journal of Social Work*, 26: 153-75.
- Dominelli, Lena, 2003. *Il Servizio sociale*. Trento: Erickson.
- Dubois, Vincent, 2009. Le trasformazioni dello stato sociale alla lente dell'etnografia. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 2: 163-87.
- Elster, Jon, [1969]1983. *Ulisse e le sirene*. Bologna: il Mulino.
- Evans, David K. & Aanna Popova, 2014. *Cash Transfers and Temptation Goods. A Review of Global Evidence*, Policy Research Working Paper, The World Bank, Africa Region, Office of the Chief Economist.
- Ewick, Patricia & Susan Silbey, 2003. Narrating Social Structure: Stories of Resistance to Legal Authority. *American Journal of Sociology*, 108, 6: 1328-72. [ok]
- Ferguson, Iain, Michael Lavalette & Elisabeth Whitmore (eds.), 2005. *Globalisation, Global Justice and Social Work*. New York, London: Routledge.
- Fischer, Jan, Joanne Neale, Michael Bloor & Nicholas Jenkins, 2008. Conflict and User Involvement In Drug Misuse Treatment Decision-

- Making: A Qualitative Study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3: 3-21.
- Foucault, Michel, [1975]1976. *Sorvegliare e punire*. Torino: Einaudi.
- Frances, Allen, 2013. *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Furedi, Frank, 2008. *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*. Milano: Feltrinelli.
- Garland, David, [2001] 2004. *La cultura del controllo*. Milano: Il Saggiatore.
- Goffman, Erving, [1974] 2001. *Frame Analysis. L'organizzazione dell'esperienza*. Roma: Armando Editore.
- Hanlon, Joseph, Armando Barrientos & David Hulme, 2010. *Just Give Money to the Poor*. Sterling: Kumarian Press.
- Hatton, Kieron, 2001. Social Work in Europe: Radical Traditions, Radical Futures? *Social Work in Europe*, 8, 1: 32-42.
- Ife, James, 1997. *Rethinking Social Work: Towards Critical Practice*. South Melbourne: Longman.
- Lane, Christopher, 2007. *Shyness: How Normal Behaviour Became a Sickness*. New Haven: Yale University Press.
- Lareau, Annette, 2011. *Unequal Childhoods. Class, Race and Family Life*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Lazarus, Ellen, 1988. Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study. *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 1: 34-58.
- Lister, Ruth, 2009. Dinamiche di povertà e agency. *Sociologia e politiche sociali*, 12, 3: 53-73.
- Lorenz, Walter, 2010. *Globalizzazione e Servizio sociale in Europa*. Roma: Carocci.
- Lupton, Deborah, 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. London: Sage.
- Lukes, Steven, 1996. *Potere*. In *Enciclopedia delle Scienze Sociali*. Roma: Treccani.
- Marcaccini, Elsa, 2011. Riflessioni su un'esperienza di trattamento del gioco d'azzardo patologico in un servizio sanitario territoriale. *A e R – Abilitazione e Riabilitazione*, XX, 1-2: 47-60. Disponibile su: http://www.centropaolovi.it/portale/attachments/article/127/AeR_01_2011.pdf (visitato il 20 aprile 2014).
- Margolin, Leslie, 1997. *Under the Cover of Kindness. The Invention of Social Work*. Charlottesville and London: University Press of Virginia.
- Matza, David, [1969]1976. *Come si diventa devianti*. Bologna: il Mulino.

- Merton, Robert, [1949] 2000. *Teoria e struttura sociale*. Bologna: il Mulino.
- Mills, Charles W., 1940. Situated Action and Vocabularies of Motives. *American Sociological Review*, 5: 904-13.
- , [1959] 2014. *L'immaginazione sociologica*. Milano: Il Saggiatore.
- Mullaly, Robert P. & Eric F. Keating, 1991. Similarities, Differences and Dialectics of Radical Social Work. *Journal of Progressive Human Services*, 2, 2: 49-78.
- Nye, Robert, 2003. The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39: 115-29.
- Olagnero, Manuela & Giulia M. Cavaletto (a cura di), 2008. *Transizioni biografiche*. Torino: Libreria Stampatori.
- Parsons, Talcott, [1951]1965. *Il sistema sociale*. Milano: Comunità.
- , 1978. *Action Theory and the Human Condition*. New York: Free Press.
- Pollack, Shoshana, 2004. Anti-Oppressive Social Work Practice with Women in Prison: Discursive Reconstructions and Alternative Practices. *British Journal of Social Work*, 34, 5: 693-707.
- Rose, Nikolas, 2009. Normality and Pathology in a Biomedical Age. *Sociological Review*, 57: 66-83.
- Rubington, Earl & Martin S. Weinberg, 1999. *Deviance. The Interactionist Perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Scarscelli, Daniele, 2003. *Riuscire a smettere*. Torino: Gruppo Abele.
- Scarscelli, Daniele & Odillo Vidoni Guidoni, 2008. *La devianza*. Roma: Carocci.
- Schwartz, Howard & Jerry Jacobs, [1979]1987. *Sociologia qualitativa*. Bologna: il Mulino.
- Scott, Marvin & Scott Lyman, 1968. Accounts. *American Sociological Review*, 33, 1: 46-62.
- Shanan, Michael & Jason Boardman, 2009. *Genetics and Behavior in the Life Course*. In Glen H. Elder & Janet Z. Giele (eds.), *The Craft of Life Course Research*. London, New York: Guilford, pp. 215-35.
- Slutske, Wendy, 2006. Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two US National Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 2: 297-302.
- Sykes, Gresham & David Matza, 1957. Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, 22: 664-70.
- Szasz, Thomas, 2007. *The Medicalization of the Everyday Life*. New York: Syracuse University Press.
- Tannenbaum, Frank, 1938. *Crime and the Community*. New York: Columbia University Press.

- Thomas, William, 1923. *The Unadjusted Girl*. Boston: Little Brown.
- Vibeke, Frank & Bjerger Bagga, 2011. Empowerment in Drug Treatment: Dilemmas in Implementing Policy in Welfare Institutions. *Social Science & Medicine*, 73, 2: 201-8.
- Vidoni Guidoni, Odillo, 2004. *Criminalità*. Roma: Carocci.
- Wartenberg, Thomas E., 1990. *The Forms of Power. From Domination to Transformation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Zamperini, Adriano, 2002. *La costruzione sociale del tossicomane*. In Alessandro Salvini, Ines Testoni & Adriano Zamperini (a cura di), *Droghe*. Torino: UTET, pp. 20-31.
- Zola, Irving K., 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 2: 487-504.