Psicologia epidemica: un modello

Philip Strong

(1990)
Sociology of Health & Illness, vol. 12, n. 3, pp. 249-259
(Traduzione di Romolo Giovanni Capuano©)

Abstract

Quando le condizioni lo consentono, le epidemie sono potenzialmente in grado di creare una versione medica dell'incubo di Hobbes: la guerra di tutti contro tutti. La massiccia diffusione di una nuova, mortale malattia epidemica può essere rapidamente seguita da ondate di paura, panico, sospetto e stigma e dall'irruzione prepotente di controversie morali, soluzioni potenziali e conversioni personali a molte diverse spiegazioni emergenti. Questa peculiare psicologia sociale collettiva possiede una propria forma epidemica, può essere attivata da crisi ulteriori rispetto al morbo ed è radicata nelle proprietà fondamentali del linguaggio e delle interazioni umane. È, dunque, come ampiamente noto, un elemento permanente della condizione umana.

Introduzione

Questo articolo è un primo tentativo di formulare alcune riflessioni sociologiche generali sugli straordinari problemi che le grandi epidemie mortali sembrano porre per l'ordine sociale; sulle ondate di paura, panico, stigma, moralizzazioni e inviti all'azione che sembrano caratterizzare le reazioni immediate. Certamente, le grandi epidemie possono anche rappresentare una seria minaccia per l'economia e per il benessere generale. L'attacco all'ordine pubblico è, in parte, provocato dalle altre devastazioni causate dall'epidemia. Una trattazione teorica distinta ci consente, tuttavia, di conseguire alcuni importanti vantaggi analitici. Non solo l'ordine pubblico può essere messo alla prova in maniera straordinariamente insolita, ma l'esperienza soggettiva del primo impatto sociale di queste epidemie sociali possiede una eccezionale caratteristica di grande rilievo (Rosenburg 1989). Le società sono trascinate in uno straordinario vortice emotivo che sembra, almeno provvisoriamente, sfuggire al controllo immediato di tutti. Inoltre, dal momento che questa singolare condizione rappresenta una minaccia immediata, effettiva o potenziale, per l'ordine pubblico, essa può anche influenzare vigorosamente il livello, la tempestività e la forma delle reazioni sociali e politiche in molti altri contesti interessati dall'epidemia.

Come è possibile analizzare questo dramma iniziale? Sostengo che le prime reazioni alle grandi epidemie mortali generano una peculiare conformazione psicosociale, che definisco psicologia epidemica. Gli aspetti microsociologici ad essa sottostanti possono essere comuni a tutti i morbi del genere – almeno questa è la mia ipotesi – ma essi si manifestano nella forma più pura quando un morbo è nuovo, inatteso o particolarmente devastante. Alcune versioni di tale microsociologia possono forse rinvenirsi, *mutatis mutandis*, in altri tipi diversi, ma paralleli, di crisi sociale drammatica, come in guerra, durante una rivoluzione o una peste (il *Leviatano* di Hobbes, pubblicato nel 1651, fu la prima grande analisi dell'ordine sociale e fu scritto durante la guerra civile).

L'articolo è suddiviso in due parti principali. La prima esplora la natura generale della psicologia epidemica e il problema che essa rappresenta per l'ordine pubblico; la seconda prende in considerazione alcune spiegazioni sociologiche e psicologiche contrapposte. Il modello è stato costruito seguendo le solite, inevitabili modalità, anche se permangono vari dubbi, alternando osservazioni sulle caratteristiche peculiari

dell'AIDS a riflessioni più generali sulla più ampia forma sociale ipotizzata. Le ricerche in entrambi i settori sono ancora estremamente preliminari e il modello generale è fortemente condizionato dal caso particolare dell'AIDS. L'articolo non è l'unico a risentire di questi difetti. L'impatto iniziale dell'AIDS ha già prodotto diverse interpretazioni della sensibilità epidemica, alcune più globali di altre (Frankenburg 1988; Rosenburg 1989; Weeks 1989).

Le interpretazioni citate, pur nella loro diversità, posseggono tutte una notevole valenza. Alcuni problemi, tuttavia, permangono. Frankenburg e Weeks, pur attingendo alla sociologia, perseguono esplicitamente finalità pragmatiche, in quanto i loro scritti sono stati composti nel periodo di massima attualità della vicenda. Nonostante i loro apporti, il fatto che siano deliberatamente coinvolti nello sforzo di contenere la psicologia epidemica significa che essi sono ancora parte dello stesso processo che deve essere descritto. Rosenberg, che affronta la questione delle epidemie in generale e non solo dell'AIDS, è, fra i tre, il più imparziale. Anche lui è mosso dal desiderio di scoprire un modello sociale uniforme. Tuttavia, il modello che tenta di descrivere è alquanto diverso da quello qui preso in considerazione. Rosenberg elabora una ipotesi generale relativa alla traiettoria sociale comune alle principali epidemie ed è relativamente reticente sul loro impatto sociale (inoltre, sebbene osservi che le epidemie hanno sempre fornito l'occasione di formulare giudizi morali retrospettivi (1989: 9), egli stesso è talvolta vittima dello stesso difetto).

Vi è, dunque, ancora ampio campo di azione per una esplorazione sistematica del primo impatto delle epidemie mortali. La mia speranza è di offrire un modello generale di psicologia epidemica; un modello che sia, al tempo stesso, direttamente basato su alcune caratteristiche fondamentali della società umana e dell'azione sociale. In questo modo, è possibile esplorare in maniera molto più sistematica le caratteristiche peculiari del primo impatto dell'AIDS (e di altri fenomeni correlati). Questo articolo si basa su alcune prime indicazioni generali e una serie di interviste pilota con vari testimoni privilegiati dei primi anni della vicenda dell'AIDS in Gran Bretagna. Esso è parte di un programma più vasto di studi sulla storia sociale dell'impatto dell'AIDS nel Regno Unito sovvenzionato dal Nuffield Provincial Hospitals Trust (Berridge e Strong di prossima pubblicazione; Strong e Berridge, 1990). Lo scopo di questo articolo non è di presentare i dati su cui sono basate le conclusioni preliminari, ma semplicemente di abbozzare un modello.

Psicologia epidemica: osservazioni sul modello

"Psicologia epidemica" è una espressione contenente un doppio significato. Essa rimanda, da un lato, alla particolare microsociologia o psicologia sociale delle epidemie, dall'altra, al fatto che questa psicologia ha una sua propria natura epidemica, ben distinta dall'epidemia del morbo. Proprio come il morbo, anch'essa può diffondersi rapidamente da individuo a individuo, generando, di conseguenza, un forte impatto collettivo e individuale. Al tempo stesso, tuttavia, la sua diffusione può assumere una varietà molto più ampia di forme. La psicologia epidemica sembra comprendere almeno tre tipi di epidemia psicosociale. Il primo di questi è definibile come epidemia della paura. Il secondo come epidemia delle spiegazioni e delle moralizzazioni e il terzo come epidemia delle azioni o delle azioni proposte. Ogni società interessata da una forma vigorosa di psicologia epidemica può, di conseguenza, sperimentare al tempo stesso ondate di panico individuale e collettivo, improvvisi sussulti di interpretazioni relative alla ragione per cui il morbo si è manifestato, raffiche di controversie morali e di strategie di controllo in conflitto tra loro, finalizzate o a contenere il morbo o a controllare le ulteriori epidemie di paura e dissoluzione sociale.

È necessario esaminare più da vicino le caratteristiche peculiari di tutte le tre

epidemie psicosociali. Ma, prima di iniziare, è importante formulare alcune puntualizzazioni. Da un punto di vista sociologico, ciò che è interessante di queste epidemie di paura, spiegazioni e azioni è che esse hanno la capacità potenziale di contagiare quasi ogni membro della società. Come quasi tutti possono contrarre certe malattie epidemiche, così quasi tutti possono essere spaventati dalle stesse malattie e, similmente, decidere di fare qualcosa e farlo urgentemente. Tutte le tre epidemie, pertanto, posseggono, allo stesso tempo, importanti caratteristiche psicologiche e collettive.

Una seconda precisazione riguarda lo status dello schema concettuale complessivo. Il presente articolo si occupa di tipi ideali e deve necessariamente risente inevitabilmente di grossolane semplificazioni. Il suo scopo è quello di costruire un modello essenziale di psicologia epidemica, che comprenda le sue caratteristiche principali e le possibilità soggiacenti. Esso intende descrivere il genere di cose che possono accadere. Ovviamente, può succedere talvolta che non tutte si verifichino. Ma costruire dei tipi ideali di una forma sociale ci aiuta a ricavare dei modelli dal caos degli eventi. Questo tipo di costruzione di modelli è un'antica tradizione delle scienze sociali. In questo caso, però, presenta un ulteriore vantaggio analitico. Anche se la psicologia epidemica assume solo raramente la forma completa qui abbozzata, all'inizio di una nuova epidemia, quando prevale l'incertezza, vi è sempre l'aspettativa che ciò possa accadere. Questa possibilità intrinseca è essa stessa un potente fattore di crisi e della reazione susseguente. La paura può autoalimentarsi, proprio come i governi devono reagire a ciò che potrebbe succedere e a ciò che è già successo.

In altre parole, sebbene la psicologia epidemica non costituisca un argomento convenzionale di studi per la moderna sociologia medica o per la microsociologia, ciò sembra essere decisamente una possibilità per il pensiero profano. Essa non è mai stata oggetto delle riflessioni qui presentate, ma la realtà potenziale del fenomeno appare un fatto fondamentale, un pericolo fin troppo evidente e foriero di inquietudine per la società umana. Anche se l'apocalisse non avrà luogo adesso, chi può dire quando i quattro cavalieri arriveranno? Tutti noi abbiamo avuto esperienze personali e acute di panico. La maggior parte di noi, inoltre, ha fatto esperienza di una qualche piccola crisi sociale e ha sentito qualche storia drammatica sulla peste bubbonica. Molti commentatori hanno criticato i tabloid per aver adoperato l'espressione "peste dei gay" nel descrivere l'AIDS. Pochi hanno notato lo straordinario impatto storico della peste nera sulla cultura popolare. Seicento anni dopo, essa rimane una delle più potenti reminiscenze tra le genti d'Europa. La psicologia epidemica, dunque, non è solo un costrutto analitico, ma un idealtipo presente nella vita quotidiana.

È necessario spendere anche qualche parola sulla validità della distinzione da me proposta tra tipi diversi di epidemia psicosociale. Ogni differenziazione netta tra tipi diversi di psicologia epidemica appare discutibile. Distinguere la paura dall'azione e il giudizio morale dalla strategia sembra arbitrario e scorretto. Nella vita reale, queste dimensioni sono inscindibilmente intrecciate. Tipi diversi di paura, per esempio, generano tipi molto diversi di azione. Da un punto di vista analitico, tuttavia, la distinzione ha una sua utilità.

Infine, è opportuno sviluppare l'osservazione secondo cui le epidemie di paura, interpretazioni e azioni sembrano molto più intense quando il morbo è nuovo o colpisce in un modo nuovo. Dopo che la peste bubbonica ebbe fatto ritorno in Europa nel quattordicesimo secolo, si ebbero grandi epidemie più o meno ogni venti anni. Dopo l'orrore della peste nera, queste epidemie non furono più altrettanto virulente, tranne in particolari aree isolate, ma vi fu ancora una mortalità generale di circa il quindici-venti percento in molte città (Open University 1985). Tuttavia, sebbene la peste si manifestasse sempre in modo atroce, gli individui e le comunità svilupparono modalità

standard, spesso rapide, di farvi fronte, almeno in parte (Cipolla 1973). La peste, dunque, fu normalizzata e istituzionalizzata (così come l'AIDS ha cominciato a essere normalizzato e istituzionalizzato oggi). In queste mutate circostanze, la peste suscitava ancora spavento, ma, almeno in alcune occasioni, aveva assunto un aspetto conosciuto e veniva accolta in modo familiare con espressioni come: «Mio Dio, di nuovo la peste, dovremo serrare le porte della città» piuttosto che «Mio Dio, che cosa succede? È la fine del mondo?».

Al contrario, come illustra in maniera estremamente efficace il caso della peste nera, forme nuove di epidemia mortale possono risultare molto più terrificanti e generare reazioni molto più estreme e diversificate. In mancanza di reazioni sociali standard, una moltitudine di teorie e strategie differenti entrano in competizione in cerca di attenzione.

Le diverse epidemie psicosociali

Consideriamo singolarmente le tre epidemie psicosociali. L'epidemia di paura sembra possedere diverse caratteristiche, o potenziali caratteristiche, rilevanti, tutte abbastanza ovvie al lettore, dal momento che abbiamo appena superato una epidemia di questo tipo. Tuttavia, è opportuno elencarle sistematicamente. Innanzitutto, osserviamo che una epidemia di paura è anche una epidemia di sospetti. Vi è la paura che io possa contrarre la malattia e il sospetto che tu possa già averla e passarla a me. Una seconda caratteristica delle nuove epidemie mortali sembra essere il timore diffuso che il morbo possa trasmettersi attraverso vari canali, come starnuti e respiri, sporcizia e pomelli, il tocco di oggetti o persone. Tutto l'ambiente – umano, animale e inorganico – è potenzialmente contagioso. Se non sappiamo che cosa sta succedendo, chi può sapere da dove proviene il morbo?

Una terza, importante caratteristica, strettamente associata alle due precedenti, riguarda il fatto che paura e sospetti possono essere del tutto slegati dalla realtà del morbo. Come l'HIV si è diffuso silenziosamente per anni prima che qualcuno fosse consapevole della sua presenza, così è possibile che si diffondano grandi ondate di panico e paura tra la popolazione anche se quasi nessuno è stato contagiato. Il Giappone, ad esempio, ha reagito in questo modo dopo il verificarsi di un solo caso di AIDS nel 1987 (Ohi et al 1988). Allo stesso modo, non appena l'AIDS provocò una crisi sociale nel Regno Unito (un processo iniziato nell'ultima settimana di aprile del 1983, quando i mass media diedero improvvisamente ampio spazio alla vicenda) i dottori cominciarono a riferire di un'affluenza di pazienti ossessionati dal timore di avere la malattia e nei cui confronti nessun argomento di contenuto rassicirante aveva effetto (Weber e Goldmeier 1983; si veda anche Jaeger 1988).

Tali forme di panico e di irrazionalità possono colpire anche coloro che, in teoria, dovrebbero essere maggiormente informati sulla malattia. Un dottore esperto potrebbe andare in agitazione quando visita il suo primo paziente affetto da AIDS o mostrarsi incapace di comportarsi normalmente con un attivista per i diritti dei malati di AIDS. Un esperto di scienze naturali potrebbe non essere in grado di considerare l'HIV alla stregua di qualsiasi altro virus (Strong e Berridge 1990).

Tradizionalmente associata a questa epidemia di irrazionalità, paura e sospetti, e immediatamente sulla scia di questa, è l'epidemia di stigmatizzazione; la stigmatizzazione di chi è malato e di chi appartiene a uno dei gruppi comunemente ritenuti tra i principali portatori della malattia. Questo processo può iniziare con forme di evitamento, segregazione e maltrattamento e terminare, almeno potenzialmente, con dei pogrom. La paura individuale può trasformarsi in una caccia alle streghe collettiva. Inoltre, è opportuno osservare che queste forme di evitamento, segregazione e persecuzione possono essere del tutto slegate, almeno analiticamente, da azioni mirate a

contenere l'epidemia. Questo genere di comportamento può verificarsi con ogni tipo di stigma, non solo con quello derivante da una malattia epidemica. Siamo qui di fronte a tabù e magia, non solo a una quarantena.

Consideriamo ora le epidemie di spiegazioni, moralizzazioni e azioni; epidemie che possono sorgere in reazione sia al morbo stesso che al morbo della paura. Anche in questo caso, dobbiamo esaminare varie dimensioni. Una caratteristica rilevante dei primi giorni di queste epidemie sembra essere una condizione mentale eccezionalmente instabile. Gli individui non sono in grado di decidere se la nuova malattia o epidemia sia un fatto insignificante o se sia, al contrario, qualcosa di molto importante. Si oscilla alternativamente da una condizione mentale all'altra. Si verifica poi un disorientamento collettivo (si veda Ferlie e Pettigrew 1990, 203). Se, infine, viene deciso che si è di fronte a qualcosa di molto serio, in alcuni individui si innescano altri stati psicologici insoliti. Il processo ricorda molto una conversione religiosa. Come in san Paolo sulla via di Damasco, in alcune persone si verifica una improvvisa trasformazione delle credenze e del modo di vivere. Alcuni dei soggetti da noi intervistati erano in grado di ricordare il momento preciso in cui avevano subito una conversione riguardo all'AIDS. E alcuni di essi, a loro volta, aderirono a un comportamento messianico: da quel momento, si dedicarono a tentare di mettere in guardia, istruire e convertire altre persone.

Così, quando si diffonde un nuovo morbo e non esistono modalità collettive ordinarie per farvi fronte, spuntano migliaia di convertiti da ogni strato sociale, ognuno con il suo piano d'azione e la sua strategia per contenere e frenare il morbo. Inoltre, questa epidemia di conversioni, azioni e strategie è accompagnata da una epidemia di interpretazioni. Quando si diffonde una nuova epidemia, possono sorgere centinaia di teorie diverse sulle sue origini e sulle sue potenziali conseguenze. Molte di esse sono di tipo fortemente morale. Tutte le epidemie importanti favoriscono la genesi di questioni metafisiche fondamentali: perché Dio, o il Governo, lo permette? Di chi è la colpa? Che cosa ci dice l'impatto dell'epidemia sulla nostra società? La peste nera mise a dura prova il cristianesimo ortodosso, così come l'AIDS ha messo a dura prova, almeno temporaneamente, l'autorità delle scienze biomediche. Allo stesso modo, se alcuni conservatori hanno tratto dall'AIDS un giudizio di condanna nei confronti dello stato della nostra morale sessuale, alcuni liberali ne hanno interpretato le conseguenze nel senso di una pesante accusa nei confronti del nostro sistema sanitario o dei nostri atteggiamenti nei riguardi dell'omosessualità.

Il clamore e il disordine che scaturiscono dalle controversie morali e intellettuali possono, a loro volta, essere notevolmente accresciuti dall'enorme fioritura di misure di controllo avanzate per contenere il morbo. Molte proposte per limitare il contagio possono ostacolare e minacciare le nostre convenzioni e abitudini. Il commercio e i viaggi possono essere interrotti, la privacy personale e la libertà essere seriamente compromesse; può essere prescritta l'educazione sanitaria su questioni di cui di solito non si parla. Per alcuni perfino le terapie potrebbero essere qualcosa di immorale (la storia sociale delle malattie sessualmente trasmesse di Brandt [1987] contiene molti esempi di questo atteggiamento).

Infine, a causa dello sconvolgimento e del disorientamento che queste epidemie provocano, esse diventano terreno fertile non solo per discussioni e polemiche morali, ma anche per ogni genere di "imprenditore morale" (Becker 1963). Per chiunque abbia già intrapreso la missione di cambiare il mondo, o almeno parte di esso, una epidemia rappresenta una nuova opportunità di cambiamento e conversione. Così, il colera fornì un trampolino di lancio sia ai revivalisti religiosi sia a coloro che desideravano ripulire le città vittoriane. Allo stesso modo, l'AIDS ha offerto nuove opportunità di azione tanto ai conservatori religiosi, quanto a coloro che desiderano innovare i servizi per le malattie sessualmente trasmesse e le tossicodipendenze, e agli omosessuali che non

sono soddisfatti delle ultime tendenze relative a come i gay esprimono la propria sessualità.

In conclusione, la particolare psicologia sociale prodotta dalle malattie epidemiche ad ampia diffusione può potenzialmente generare un sostanziale, seppure transitorio, crollo dell'ordine sociale convenzionale. Possono derivarne conseguenze estremamente disparate e corrosive: si temono amici, familiari, vicini e, soprattutto, estranei; si lasciano senza cure gli ammalati; si sfuggono e perseguitano quanti sono ritenuti portatori della malattia; chi non è malato teme di esserlo; la società viene lacerata da aspre controversie morali; i convertiti abbandonano le vecchie occupazioni per predicare un nuovo vangelo di salvezza; i governi sono colti dal panico. Almeno temporaneamente, il mondo è sottosopra.

Le origini della psicologia epidemica

La psicologia epidemica è qualcosa di inconsueto, potente ed estremamente inquietante. Qual è la migliore spiegazione? Perché gli esseri umani si comportano in questo modo? Questa sezione esamina alcune spiegazioni alternative. La prima risulterà familiare in quanto è la più diffusa interpretazione della crisi seguita all'epidemia di AIDS, sebbene non sia stata quasi mai esplicitata. Essa viene di solito formulata in maniera implicita. Alcune parole chiave di questa teoria implicita sono "panico" e "isteria". L'analisi, di conseguenza, è di tipo essenzialmente psicologico.

La psicologia epidemica ha origine, secondo questa teoria, dalle emozioni primitive e irrazionali che sono radicate in ogni essere umano. I modelli fondamentali di essere umano e di società racchiusi in questa teoria sono di tipo essenzialmente manicheo. L'umanità, a quanto pare, ha una duplice natura. Un sottile strato di razionalità avvolge una massa di passioni tetre e sgradevoli. In tempi normali, la maggioranza degli esseri umani riesce a rimanere più o meno razionale, ma in tempi di crisi, come accade durante le epidemie, prevalgono le passioni sgradevoli. A dominare sono paura, ansia e ricerca del colpevole. Nella variante più comune di questa tesi, viene a crearsi una netta distinzione tra chi sa come vanno davvero le cose (tu e io) e i tanti ignoranti e primitivi che si lasciano attizzare da politici cinici e giornalisti (un tempo la gentaglia, oggi i lettori del «Sun»).

In questa sede, vorrei presentare un'altra tesi, basata sulla tradizione americana della microsociologia (Collins 1985) e, in particolare, sulle prospettive di due filosofi che hanno contribuito sensibilmente a questa tradizione: George Herbert Mead (1956) e Alfred Schutz (1970). Partiamo da una prospettiva genericamente meadiana. Secondo questa, la distinzione convenzionale tra individuo e società non ha senso. Le istituzioni sociali umane esistono di diritto; tuttavia, comprendono una miriade di rapporti tra singoli esseri umani. A uno sguardo ravvicinato, ad esempio, sia i costumi sessuali britannici sia il sistema sanitario britannico si frammentano in una moltitudine di atti e interazioni disparate. I fenomeni psicosociali, di conseguenza, hanno a che vedere con quelle proprietà degli individui e delle loro interazioni che hanno conseguenze sulle società che essi compongono e viceversa. La loro analisi può procedere in almeno tre direzioni: si può rimanere al livello dell'interazione micro-macro ed esaminare il loro meccanismo preciso di funzionamento; a un livello inferiore, si possono prendere in considerazione le reazioni della psiche individuale o l'impatto sulla stessa; a un livello superiore, si possono esaminare le interazioni con il macromondo. Questa terza area di indagine è il regno psicosociale collettivo; il regno della psicologia epidemica così come l'ho definito in queste pagine.

Questo regno, come le altre parti del mondo microsociale umano, presenta alcune caratteristiche peculiari. Alcuni aspetti degli esseri umani e delle società che essi creano sono fenomeni naturali, caratteristici della specie. Tuttavia, anche se una parte

della nostra natura è fissa, siamo l'unica specie che è riuscita a sottrarsi a una nicchia ecologica convenzionale. La facoltà unicamente umana del linguaggio plasma il nostro essere sociale individuale e collettivo in modi radicalmente diversi da qualsiasi altra creatura. Il linguaggio crea la possibilità di dar vita ad azioni uniformi, e talora coordinate, che coinvolgono due, tre, decine, centinaia, migliaia, milioni di esseri umani. Ma il linguaggio crea anche la possibilità di programmi alternativi, che promuovono innovazione o stabilità, rivolta o obbedienza, obiettivi di parte o universali. A differenza degli altri animali, le società umane sono, dunque, enormemente diverse, molto più complesse e, anche se minuziosamente organizzate, potenzialmente soggette a mutamenti radicali; sono ordinate in maniera sofisticata ma, al tempo stesso, straordinariamente fragili. Naturalmente, per la maggior parte del tempo, considerata la monotonia delle nostre esistenze quotidiane, la percezione dominante è quella di ordine. Ma, di tanto in tanto, il caos irrompe in maniera totalmente inaspettata e spettacolare: fanno la loro comparsa epidemie e rivoluzioni, gli imperi nascono e muoiono all'improvviso, le borse crollano. Il mondo appare fragile e vulnerabile, almeno temporaneamente.

Dal momento che la macrosfera è edificata, in sostanza, sul mondo microsociale, tale equilibrio di solidità e fragilità può essere rinvenuto sia al livello micro che al livello macro, come Goffman ha elegantemente dimostrato (Goffman 1961, 1971; Strong 1988). Gli eventi sociali sono piccoli sistemi sociali, ognuno dei quali possiede le proprie identità convenzionali, i cui copioni vengono costruiti nel corso degli anni. Naturalmente, poiché gli esseri umani sono creature ingegnose, queste identità non sono semplicemente assegnate, interiorizzate e possedute; esse sono anche esibite, rinnegate e negoziate. Il mondo microsociale è dunque (come la sua controparte macro), allo stesso tempo, estremamente ordinato ed estremamente fragile, esercita una enorme pressione sul singolo attore, ma viene incessantemente ridefinito e riparato.

Grazie al lavoro di Schutz, possiamo far fare all'analisi del mondo microsociale un passo avanti. La teoria volgare della psicologia epidemica presuppone un contrasto tra la razionalità superficiale della vita quotidiana e le emozioni primigenie che si annidano sotto di essa. Secondo Schutz la vita quotidiana è qualcosa di assai diverso. Per Schutz, la questione non si pone in termini di razionalità o di irrazionalità, ma di routine. La vita quotidiana ordinaria degli individui e delle società è una questione di ricette, termine con il quale egli fa riferimento all'incessante, monotona attività attraverso cui applichiamo soluzioni date per scontate alle centinaia di compiti che la vita costantemente ci chiede di svolgere. Queste routine e ricette sono apprese individualmente, ma, per lo più, hanno un'origine sociale. Anzi, esse rappresentano la parte più importante della nostra coscienza sociale collettiva.

Questa attività quotidiana possiede un'altra importante caratteristica. Noi facciamo molte cose contemporaneamente, ma possiamo dedicare la nostra attenzione immediata a una sola di esse alla volta, essendo questa la natura della mente umana. Tutte le altre nostre innumerevoli attività vengono, nel frattempo, condotte in maniera automatica. Se siamo turbati o ben disposti, possiamo, di tanto in tanto, sorvegliarle per verificare la presenza di qualche problema. Altrimenti, procediamo come sempre. La maggior parte delle nostre azioni sono abituali e irriflesse (ad esempio, raramente prestiamo attenzione a quali persone tocchiamo e come). Buona parte della nostra coscienza collettiva è, pertanto, data per scontata e trascurata.

Tendenze o eventi insoliti e persistenti possono, tuttavia, imporsi alla nostra coscienza e sconvolgere alcune o molte delle routine con le quali conduciamo la vita quotidiana. Siamo, allora, chiamati a escogitare ricette completamente nuove e modalità diverse di far fronte ai problemi emergenti. Questi adattamenti costituiscono un processo permanente. Pochissimi aspetti della nostra vita sono interamente stabili.

Alcuni eventi non rientrano in questo processo di evoluzione abituale in quanto pongono a dura prova il nostro stile di vita o la vita stessa. In una situazione del genere, possono verificarsi due reazioni antitetiche. A un estremo, una minaccia pesante può essere affrontata in maniera coordinata, dedicando un'attenzione distaccata e duratura al problema, scartando molte altre questioni e mobilitando permanentemente programmi, ricette e risorse. Ma può aver luogo anche una reazione di segno radicalmente diverso, una peculiare psicologia epidemica in seguito alla quale ondate contagiose di panico lacerano imprevedibilmente sia gli individui sia il corpo politico, sconvolgendo ogni abitudine quotidiana, minando la fiducia nelle autorità convenzionali, autoalimentandosi fino a produrre un panico sempre più intenso e a condurre al collasso. Le due reazioni sono visibili in momenti diversi della Rivoluzione francese (si veda Lefebvre 1932, tr. 1973; Schama 1989), ma anche in occasione di grandi epidemie mortali.

Il ruolo fondamentale del linguaggio nella costruzione delle società umane può, dunque, contribuire a spiegare la funzione potenziale della società nella genesi della psicologia epidemica. La prima manifestazione di questa psicologia, l'epidemia di paura e sospetti, è, in fondo, una forma straordinariamente potente di patologia dell'interazione sociale. Nessun ordine sociale può durare a lungo se gli assunti fondamentali su cui si basa l'interazione vengono sconvolti, se ogni membro teme l'altro o sospetta che l'altro lo tema. Le epidemie letali sono potenzialmente in grado, almeno in teoria, di creare una versione medica dell'incubo di Hobbes: la guerra di tutti contro tutti. Inoltre, non solo le malattie contagiose intaccano direttamente i microprocessi su cui è edificata la società, ma anche il possesso umano del linguaggio, nel senso che la paura di questi morbi può essere rapidamente, se non istantaneamente, trasmessa (come attraverso la televisione) a milioni di persone e da una società all'altra.

Anche le epidemie dei giudizi morali conflittuali e delle strategie di controllo hanno origine nel linguaggio. La devianza, ad esempio, è un prodotto collettivo. Noi siamo animali che moralizzano e tipificano. La facoltà umana del linguaggio genera la possibilità del giudizio e ogni aspetto delle nostre esistenze è impregnato di tali giudizi. I confini del bene non possono essere stabiliti se non attraverso l'identificazione del male. I confini di ciò che è normale sono definiti da ciò che è anormale. Lo stigma è, dunque, un universale umano (Goffman 1968), non un incidente spiacevole e aberrante che potrebbe essere evitato se solo fossimo tutti cortesi l'uno con l'altro. Lo stigma è un fenomeno ordinario che ci accompagnerà per sempre e le crisi sociali, come quelle causate dalle epidemie, sono il terreno di coltura potenziale di grandi ondate di forme di stigmatizzazione nuove o più intense. Quanto alle strategie di controllo, sia delle epidemie vere e proprie sia delle psicologie che esse producono, il linguaggio crea la possibilità della scienza e della tecnologia, tanto naturali quanto sociali, ma anche della religione e della magia. Esso, dunque, plasma sia le modalità con cui reagiamo alle epidemie sia l'enorme diversità potenziale di tali modalità.

In sintesi, l'origine umana della psicologia epidemica risiede non tanto nelle passioni disordinate quanto nella minaccia che le malattie epidemiche pongono agli assunti su cui è fondata la nostra vita quotidiana, nella potenziale fragilità della struttura sociale e delle interazioni umane e nell'ampia varietà di elaborazioni del pensiero umano, del giudizio morale e della tecnologia, essendo tutti questi elementi basati sulle parole piuttosto che sui geni. La psicologia epidemica, di conseguenza, può essere sconfitta solo se si affermano saldamente nuove routine e nuovi assunti su come far fronte all'epidemia, un processo che richiede un'azione sia individuale sia collettiva. È probabile che le forme di queste reazioni siano un po' più differenziate di quanto non appaia dal presente articolo. La psicologia epidemica sembra essere, almeno a prima vista, un universale umano. Ma, poste di fronte alla minaccia all'ordine pubblico che essa rappresenta, è probabile che società diverse abbiano priorità molto diverse e

dispongano di tipi di struttura e mezzi molto diversi.

AIDS Social History Programme
Department of Public Health and Policy.
London School of Hygiene and Tropical Medicine

Bibliografia di riferimento

Becker, H. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.

Berridge, V. and Strong, P. (1990) AIDS policies in the UK: a preliminary analysis, in Fee E. and Fox D. (eds) *AIDS: Contemporary History*, Princeton University Press.

Brandt. A. (1987) *No Magic Bullet*. Oxford University Press.

Cipolla, C. (1973) *Cristofano and the Plague: A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo*. London: Collins.

Collins, R. (1985) *Three Sociological Traditions*. Oxford University Press.

Ferlie, E. and Pettigrew, A. (1990) Coping with change in the NHS: a frontline district's response to AIDS. *Journal of Social Policy*, 19, 2, 191-220.

Frankenberg, R. (1988) Social and cultural aspects of the prevention of the three epidemics (HIV infection, AIDS and counterproductive societal reaction to them), in Fleming A. et. al. (eds) *The Global Impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss Inc, 191-199.

Goffman, E. (1961) *Encounters*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.

Goffman, E. (1968) *Stigma*. Middlesex: Penguin.

Goffman, E. (1971) *Interaction Ritual*. Middlesex: Penguin.

Jaeger, H. (ed) (1988) *AIDS Phobia: Disease Pattern and Possibilities of Treatment*. Chichester: Ellis Horwood.

Lefebvre, G. (1970) *The Great Fear of 1789: Rural Panic in Revolutionary France*. London: New Left Books.

Mead, G. (1956) *George Herbert Mead on Social Psychology* (ed. A. Strauss). University of Chicago Press.

Ohi. G. et. al. (1988) Cost-benefit analysis of AIDS prevention programmes: its limitation in policy-making, in A. Fleming et. al (eds) *The Global Impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss Inc., 251-262.

Open University, (1985) *Medical Knowledge: Doubt and Certainty* Milton Keynes: Open University Press.

Rosenberg, C. (1989) What is an epidemic? AIDS in historical perspective, *Daedalus*, 118, 2, 1-18.

Schama, S. (1989) *Citizens*. London: Viking.

Schutz, A. (1970) *Alfred Schutz on Phenomenology and Social Relations*, (ed: H.R. Wagner). University of Chicago Press.

Strong, P. (1988) Minor courtesies and macro structures, in Drew P. and Wootton A. (eds) *Erving Goffman: Exploring the Interaction Order*. Oxford: Polity Press.

Strong, P. and Berridge, V. (1990) No one knew anything: some issues in British AIDS policy, in Aggleton. P. Hart. G. and Davies, P. (eds) *AIDS: Individual, Cultural and Policy Dimensions*. Basingstoke: Falmer.

Weber, J. and Goldmeier, D. (1983) Medicine and the media. *British Medical Journal*, 287, 420.

Weeks, J. (1989) AIDS: the intellectual agenda, in Aggleton, P. Hart, G. and Davies, P. (eds) *AIDS: Social Representations*, Social Practices. Basingstoke: Falmer Press.