



ARTICOLO ORIGINALE

LA DELUSIONE DI “NON AVERE IL PEM CHE SI METTE IN PER”

Prospettive di psichiatria culturale in un caso clinico

Andrea Daverio¹, Elisa Rapisarda², Filippo Benedetti³, Mariangela Coviello⁴, Donato Zupin⁵

ISSN: 2283-8961

Abstract

Riportiamo il caso clinico di una donna macedone, trasferita in Italia poco dopo essersi sposata, circa vent'anni fa. Questo lavoro si articola su tre livelli: in un primo presentiamo le difficoltà incontrate sia nell'analisi psicopatologica che nel percorso terapeutico della paziente. Successivamente analizzeremo le reazioni dell'equipe che ha preso in carico la paziente in regime di ricovero. Infine riportiamo le riflessioni degli autori sorte durante la seconda fase del trattamento (ambulatoriale). Questi tre piani, profondamente embricati tra loro, possono aiutare a delineare le difficoltà, le opportunità e le sfide che sorgono quando la psicopatologia individuale s'intreccia con la cultura di riferimento del soggetto e dei curanti. Questo articolo rappresenta la trattazione per estesa di un caso clinico già presentato dagli stessi autori in un poster al XXV Congresso Nazionale SIPI (Società Italiana di Psicologia Individuale) “*Corpo, linguaggio, cultura. Una corrente portante adleriana*”, svoltosi a Norcia (Perugia), il 18 e 19 aprile 2015 (Daverio, Rapisarda, Benedetti, Coviello, & Zupin, 2015)

¹ Medico Specializzando in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

² Antropologa, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

³ Psicologo, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

⁴ Medico Psichiatra e Psicoterapeuta, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

⁵ Dirigente Medico Psichiatra presso la SOC "Alcologia e Dipendenze Patologiche" della A.S.S. 2 "Bassa Friulana-Isontina", Psicoterapeuta, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

Presentazione del caso. Che cos'è il "Pem"?

Veniamo contattati da una collega psichiatra di turno al pronto soccorso del policlinico Tor Vergata Di Roma, la quale richiede il trasferimento presso il nostro reparto di una paziente da lei visitata. La descrizione del caso è quanto mai confusa: la collega ci parla di una paziente che "è macedone, parla veloce in un misto di macedone e italiano che risulta incomprensibile non solo a me, ma anche ai familiari [...] sinceramente non saprei proprio che diagnosi di invio scriverti nella richiesta, ci mettiamo eccitamento?".

La paziente viene trasferita nel nostro reparto. B. è una donna di trentanove anni, all'ingresso la troviamo visibilmente agitata, parla italiano e nei momenti di maggiore concitamento utilizza termini e frasi nella sua lingua madre. In pochi minuti appare altrettanto chiara la sua grande preoccupazione riguardo al "Pem che si mette in Per", e tutto il percorso successivo verterà sulla comprensione del "Pem". B. passa rapidamente da risate in grado di spiazzare gli interlocutori a momenti in cui traspare tutta la sua angoscia. Il ritmo del suo parlare è incalzante, sembra estranea, indifferente alle domande degli esaminatori e tutto il suo discorso verte continuamente, come calamitato, sul "Pem", sui suoi effetti e su come sia stato in grado di cambiargli la vita.

Nonostante l'affastellarsi delle sue frasi traspare la sua lucidità: consapevole di essere ricoverata, riconosce i familiari e il personale medico. La sua mimica vivace non è accompagnata da un'irrequietezza motoria, la forte componente ansiosa rende difficile un'esauritiva esplorazione dell'umore e sembra essere all'origine dell'insonnia riscontrata nelle settimane precedenti. In questi primi giorni di ricovero la paziente è in trattamento con benzodiazepine.

Il "Pem" sembra essere un oggetto di piccole dimensioni (circa quanto il palmo di una mano), cilindrico, con una protuberanza a una delle due estremità.

Il "Pem" è vissuto in maniera così chiara dalla paziente che è in grado di fornirci una rappresentazione grafica. Tale rappresentazione suscita immediatamente l'ilarità di tutti i componenti dell'equipe per i suoi ovvi rimandi sessuali. In qualche maniera questa reazione ha avuto come risultato finale di impedire un approfondimento delle eventuali simbologie sessuali nonché delle difficoltà di interpretazione del caso nel suo complesso, schiacciando B. in una posizione monodimensionale priva di

possibilità evolutive. Per analogia, questo ricorda quanto accade nelle strutture per cronici quando la comunicazione contenuta in un manierismo investe il paziente di un ruolo macchiettistico che impedisce di vedere l'uomo sotto il sintomo.

Il contatto con tale oggetto le ha cambiato il colore degli occhi, dei capelli, ha indotto un bruxismo e sarebbe anche responsabile di una dolorosa sciatica (la paziente effettivamente soffre di scoliosi). Inoltre questo oggetto ha avuto un influsso negativo sulla salute e sui comportamenti dei figli della paziente (le sembrano più stressati, sono diventati disobbedienti e il più piccolo dei tre sarebbe ingrassato).

Non è chiaro se si tratti di un oggetto animato di per sé o se sia veicolo di una forza esterna manipolata da qualcun altro. In un secondo momento la paziente racconta di come il "Pem" sia stato utilizzato da un medico su di lei e dal bidello della scuola sui suoi figli.

In un primo momento l'azione del "Pem" sembrerebbe essere antagonizzata da un altro oggetto, il "Per", successivamente sembra invece che lo stesso "Pem" possa essere reperito e utilizzato anche come strumento di guarigione: "al pronto soccorso del Pertini avevano il "Pem", voi lo potete prendere per guarirmi?". Infine, apprendiamo che il "Pem" non è un oggetto singolo, ma ne esisterebbero più esemplari che sarebbero custoditi in questura.

Un altro elemento importante della sintomatologia è una voce che, soprattutto nelle ore notturne, B. sente salire dallo stomaco e uscire dalla sua bocca senza che ne abbia il controllo, una voce che riconosce come la sua e manifesta con la lamentela "con bocca chiusa parlo!". Nonostante i nostri sforzi, non siamo mai riusciti a capire cosa dica questa voce, non sappiamo se questo avvenga perché la paziente si vergogna a dirlo o perché non sia chiaro neanche a lei.

Ricostruzione anamnestica

B. è una donna di 39 anni, macedone, coniugata con G. e con tre figli rispettivamente di sedici, tredici anni e sette anni. Nata a Kičevo (piccola città della Macedonia, abitata prevalentemente da una popolazione di etnia albanese) si è trasferita in Italia poco dopo essersi sposata. Sia la paziente che i familiari spiegano il trasferimento in

Italia come una conseguenza delle scarse possibilità lavorative nel paese natale e la speranza di raggiungere migliori condizioni di vita, trasferimento che non sembra accompagnato da vissuti particolarmente dolorosi.

Due elementi appaiono fondamentali: primo, da quando B. è in Italia non ha mai lavorato, si è sempre dedicata alla gestione della casa e alla crescita dei figli, secondo, ella parla un italiano meno fluente rispetto al marito (usando intercalari in dialetto albanese molto più di frequente), e da l'impressione di essere poco integrata, le sue amicizie sembrano infatti essere confinate ai vicini di casa. La scarsa integrazione sociale viene vissuta e descritta dalla paziente e da tutti i familiari con cui siamo venuti in contatto come un fatto lineare e comunque non degno di attenzione, anzi i nostri tentativi di approfondimento in merito destano uno stupore che ci ricorda quella stessa naturalezza e pragmaticità con cui hanno affrontato il trasferimento in Italia.

I primi fenomeni psicopatologici si manifestano circa due anni prima del ricovero, a seguito di un incidente stradale in cui la paziente viene investita assieme al figlio minore mentre attraversa sulle strisce. All'accesso in pronto soccorso vengono effettuati accertamenti che risultano negativi, B. e il figlio tornano a casa in giornata. Solo in un secondo momento la paziente ricostruisce che in quell'occasione è entrata in contatto per la prima volta col "Pem" (vedi allegato). Nei primi mesi comincia una serie di preoccupazioni che porta la paziente a uscire sempre meno di casa e a essere sempre più distaccata emotivamente dai figli, e contemporaneamente a preoccuparsi sempre di più per la loro salute. I primi comportamenti "strani" risalgono a questo periodo: "parlava da sola, non era più in grado di gestire le cose di casa". Il quadro peggiora al punto che i familiari si rivolgono prima al medico di base e poi al CSM, dove viene prescritto aloperidolo (con scarsa efficacia). La ricostruzione di questo periodo è particolarmente difficile, sia perché manca la documentazione clinica sia per una certa riluttanza dei familiari a parlarne. In questo periodo il disagio esperito da B. è tale da indurla a chiamare il 118 anche più volte al giorno: "ormai ci conoscevano in pronto soccorso!" dice il marito. Il declino del funzionamento sociale subisce un'accelerazione un mese prima del ricovero, senza una causa scatenante individuabile. B. è inquieta, dorme sempre meno, parla alta voce da sola e trascorre ore al telefono impegnata in conversazioni senza interlocutore. Le lamentazioni somatiche si fanno più insistenti.

A seguito di un ulteriore accesso in pronto soccorso per motivi analoghi ai precedenti, la consulente psichiatra pone l'indicazione a un ricovero e la paziente viene trasferita al nostro reparto.

Diagnosi differenziale

Appena arrivata in reparto, B. suscita subito l'interesse di tutta l'equipe, nonostante l'afa di una giornata d'agosto romana. Rilevati i parametri organici ed escluse grossolane patologie organiche, il caporeparto, esperto collega innamorato delle guidelines, rimane interdetto dal difficile inquadramento nosografico. Nello specifico, le due ipotesi diagnostiche proposte sono quella psicotica e quella isterica. Per la scelta terapeutica è stato adottato un criterio ex adjuvantibus e impostata una terapia con olanzapina fino a 10 mg e benzodiazepine. È interessante notare come tale dubbio sia rimasto di fatto irrisolto fino alle dimissioni della paziente, cui è stata assegnata una diagnosi generica di psicosi senza altra indicazione, che tradotta in gergo non psichiatrico suonerebbe grossomodo così (peraltro non discostandosi molto dalle parole effettivamente pronunciate dal caporeparto): “non ho capito molto della paziente, ma qualcosa devo pure darle come diagnosi... ci tocca considerarla una psicotica”.

A seguito delle dimissioni la paziente viene seguita dal nostro day hospital. Nello specifico due degli autori, all'epoca entrambi specializzandi, decidono di seguire insieme la paziente. È una prassi relativamente inconsueta, ma giustificata dalla peculiarità del caso. Nonostante la reciproca stima (umana e professionale) le due posizioni di partenza sono diverse. Uno ha una formazione psichiatrico-psicodinamica classica, l'altro respira da più tempo gli spunti e le riflessioni della psichiatria culturale. Queste due posizioni si riflettono in due interpretazioni diagnostiche diverse, a questo punto l'antinomia non si gioca più nell'ambito psicosi-isteria ma in quello *psicosi-culture bound syndrome*. Se da una parte il “Pem”, il parlare con la bocca chiusa, la collusione di terze persone dotate di una intenzionalità malevola (il bidello, la questura..) sono interpretabili come deliri di influenzamento, allucinazioni uditive/somatiche, deliri persecutori, in questo caso specifico potrebbero essere inquadrabili come fenomeni culturalmente determinati per i seguenti motivi:

- Le modificazioni fisiche accusate da B. rientrano per lo più nell'ambito dei piccoli malanni comunemente sperimentabili da tutti (sciatica, bruxismo, cefalea) e non hanno il carattere bizzarro delle trasformazioni fisiche esperite dai pazienti schizofrenici (lo stomaco che diventa di vetro, il cuore che scompare, ecc...).
- La storia della paziente sino a prima dell'incidente non sembra evidenziare alcun tratto morboso saliente.
- Le "allucinazioni che provengono da una parte del corpo" sono classificate dall'ICD X come aventi la stessa rilevanza dei sintomi schneideriani di primo rango (WHO, 1992), inquadramento che non dovrebbe lasciare dubbi nel caso della nostra paziente, che sente una voce salire dallo stomaco. Tuttavia, il fatto che la voce sia riconosciuta indubitabilmente come la propria e che persista la "capacità di dire Io", manifestata anche nelle parole "con bocca chiusa parlo" lascia intendere un carattere di attività spesso assente nelle patologie psicotiche conclamate.
- L'atmosfera generale che si respira nell'ascoltare i racconti di B. sul "Pem" e sui suoi manovratori non ci ha lasciato quell'impressione di freddezza e devitalizzazione che si respira nell'incontro con i grandi schizofrenici. Nel delirio psicotico più facilmente è un "loro" aspecifico e impreciso, che manovra un oggetto simile a una macchina – onde radio, microchip, fino al simulacro di corpo del caso classico di Tausk (1992) – il quale ha effetto su un corpo che viene ricordato e affermato formalmente come proprio, ma col quale s'intrattiene un rapporto di estraneazione. Questa "psicoticità della psicosi" è quella che provoca in un clinico attento e non troppo abbruttito dalla prassi quotidiana quel sentimento immediato che Rumke (1941) ha rappresentato nella sua concezione del *praecox gefühl*. Consapevoli delle difficoltà e delle trappole che comporta l'affidarsi a questo criterio non intendiamo dare alla mancanza di questo vissuto da parte nostra l'importanza capitale di una diagnosi di esclusione della patologia schizofrenica.
- Spostandoci ulteriormente verso la valutazione del nostro controtransfert, riteniamo importante il fatto che di fronte a B. ci si siamo sentiti più come l'infettivologo che non ha l'antibiotico adatto e deve sostenere lo sguardo di una persona sofferente che chiede speranzosamente aiuto... in altre parole avvertiamo una certa congruità affettiva e, in definitiva, un profondo ancoramento alla realtà nonostante l'apparente bizzarria della richiesta. B. vive la soluzione come a portata di mano, come un bambino che ha mal di pancia e chiede alla madre di farglielo passare. Non sentiamo invece quello spostare la soluzione/guarigione in un futuro che per quanto prossimo

lascia sempre una sensazione di irrealtà, un futuro che sta in un altrove, in definitiva inafferrabile (la temporalità del *post-festum* di Kimura Bin (2005)).

Inoltre la congruità affettiva di cui abbiamo parlato, solo intuita durante discorsi iniziali, diviene palpabile, reale, quando B. può parlare in albanese in un'occasione in cui ci siamo potuti avvalere di un traduttore. Le risate imbarazzate, le esitazioni scompaiono e lasciano il posto alla paura di non essere capita, di non trovare una cura per i suoi disturbi (la sciatica, il parlare con la bocca chiusa dallo stomaco) e di essere destinata a rimanere in quella condizione per sempre. In quei momenti si instaura spontaneamente da parte nostra una sintonia emotiva che non richiede uno sforzo attivo, cioè quella che Stanghellini (2008) ha definito empatia non conativa o di primo livello. Questo aumento della sensazione di confidenza con i racconti dell'interlocutore quando l'idioma utilizzato sia il suo proprio, sembra un tratto comune nelle comunicazioni interculturali.

Se da una parte i vissuti di influenzamento e le modificazioni somatiche potrebbero di primo acchito lasciare poco spazio a dubbi interpretativo-diagnostici, non si può trascurare che le esperienze di sentirsi modificati nelle proprie caratteristiche fisiche, di veder alterato il corso della propria esistenza ad opera di soggetti esterni con intenzionalità malevola, siano classificate rapidamente in ambito psichiatrico necessariamente come aliene alla norma e quindi appartenenti alla psicopatologia. Entreremmo così nel campo del più classico, chiaro e patognomonico dei deliri di influenzamento e la diagnosi sarebbe quella dello spettro schizofrenico. Queste stesse esperienze però possono essere relativamente comuni in culture non troppo distanti geograficamente e temporalmente dalla nostra, basti pensare, a titolo esemplificativo al malocchio lucano così come descritto da De Martino in "Sud e magia". Quando l'agente della fascinazione lucana si configura in forma umana "la fascinazione si determina come malocchio, cioè come influenza maligna che procede dallo sguardo invidioso". Il malocchio può portare la vittima ad avere sintomi fisici come: cefalgia, sonnolenza, spossatezza, rilassamento, ipocondria (De Martino, 2010).

Esperienza culturalmente determinata o disturbo psichiatrico individuale? Riflessioni sull'approccio dei curanti.

Non abbiamo timore di riferire che la barriera linguistica e l'origine macedone di B, nonché la sua condizione di immigrata, hanno creato una situazione di emparse: la prima operazione è stata quella di andare a ricercare le risposte mancanti riguardo al "Pem" in un universo culturale a noi sconosciuto. A posteriori, nella discussione con lo staff redazionale, abbiamo riconosciuto in questa nostra reazione, una rigidità, un pregiudizio implicito, che ci portava in modo automatico alla ricerca di un elemento culturale che si configurava più come un *deus ex machina* piuttosto che come una normale componente armonicamente integrata nel processo diagnostico e terapeutico. Questo iniziale atteggiamento era dovuto probabilmente alla frustrazione sperimentata all'inizio del percorso; ed è proprio questo atteggiamento che ha di fatto ostacolato, per lo meno nella fase iniziale, il processo terapeutico di B.

Da qui nasce una riflessione sulle difficoltà, anche per chi lavora in ambito transculturale, di vivere la cultura come una dimensione che fa parte della costituzione di una soggettività (e quindi anche dei suoi disturbi) e di non ridurla a mera addizionale, non necessaria, di una complessa equazione.

Queste difficoltà sono state inasprite dalle contraddizioni che abbiamo riscontrato nel caso di B. Ci riferiamo alle reazioni dei familiari da una parte e dell'interprete dall'altro. I familiari infatti sembrano non seguire per nulla i discorsi di B. rispetto al "Pem", non vi attribuiscono una matrice superstiziosa e identificano uno spartiacque preciso nell'incidente stradale tra la B. "che stava bene" e la B. "che straparla". Per contro nell'unica occasione nella quale abbiamo interpellato un interprete – proveniente da un paese vicino a quello di B. – questi ha sostenuto convintamente di riconoscere nei discorsi della paziente un substrato magico-superstizioso caratteristico della zona. Significativo il suo commento: "conosco bene queste pratiche e superstizioni ed ho sempre cercato di tenermene lontano".

Nei pochi mesi in cui abbiamo seguito B. i familiari hanno riferito un lieve miglioramento, soprattutto per quanto riguarda la sue capacità di svolgere le attività quotidiane e la sua vicinanza emotiva ai bambini, nonostante la paziente affermasse che tutto era rimasto uguale. Durante le visite è sembrata via via meno concitata

nell'esposizione delle sue problematiche, e quasi consapevole di non poter "ritrovare il suo Pem".

Sfortunatamente, la paziente non si è più presentata ai controlli, impedendoci di seguire sino in fondo il suo complesso percorso e di arrivare ad una diagnosi soddisfacente.

Conclusioni

In un periodo storico in cui si sottolinea l'importanza di studi basati su ampi campioni e robuste analisi statistiche riteniamo opportuno soffermarci sull'esperienza individuale, privilegiando una sorta di etnografia della sofferenza psicopatologica. Questa si delinea come tentativo di seguire la storia, il percorso della paziente nel suo dispiegarsi nelle due comunità di riferimento, all'interno dell'ambito familiare e nel rapporto con i servizi psichiatrici. Riteniamo questa indagine un momento propedeutico all'individuazione di un asse portante che possa dare ordine alla molteplicità dei fenomeni e degli eventi e indirizzare la terapia.

A tal proposito citiamo nuovamente Tausk in una delle sue considerazioni che riteniamo illuminanti: "*The conformity of typical cases may have the ultimate effect of an impenetrable barrier, while a deviation from type, on the other hand, may be a window in the wall through which a clear view is to be obtained*" (Tausk & Feigenbaum, 1992).

Questo caso mostra forse meglio di altri il complesso intrecciarsi delle varie dimensioni della vita di un individuo (psicopatologica e culturale), anche nel caso in cui ci si trovi allo stadio molto iniziale di una cura psichiatrica che vede ancora lontano un orizzonte più propriamente psicoterapeutico.

Piuttosto che affannarsi a trovare subito una categoria unica (psicosi/isteria/malocchio) che desse ragione di tutti i fenomeni che ci troviamo ad osservare, questo caso mostra forse meglio di altri la necessità di accettare la complessità e immergerci nelle difficoltà. Di fronte a una situazione simile a quella che abbiamo vissuto con B., la capacità del clinico che ci sembra maggiormente richiesta è la flessibilità.

D'altra parte, questa flessibilità non può appoggiarsi solamente su una capacità umana e professionale del singolo, ma deve essere sostenuta da un chiaro quadro di riferimento, il quale per sua natura non deve configurarsi come un sistema chiuso.

Soprattutto in casi difficili come quello appena esposto, non è infatti possibile rifarsi a dei sistemi teorico interpretativi unici, siano essi la psicopatologia o la psicodinamica classiche, o ancora la nosografia evidence based. È invece indispensabile ampliare il proprio orizzonte teorico in modo da assumere discipline diverse e farne una sintesi originale e appropriata al caso specifico.

Tuttavia quest'operazione non può essere condotta con un pluralismo teorico *naive*, ma è possibile e corretta dal punto di vista epistemologico solo se si assume la prospettiva della rete di modelli e modello a rete, come indicato dal prof. Rovera: "La PDC non obbliga tutte le discipline che ad essa afferiscono a realizzarsi sotto l'egida di una scienza empirica formale come la fisica, ma attraverso il modello di rete e la rete di modelli" (Rovera, Lerda, & Bartocci, 2014).

La psichiatria dinamica culturale (PDC) non si propone quindi di essere antagonista a priori di un'evidence based medicine né dell'approccio categoriale del DSM, piuttosto vuole fornire un valido background teorico ed esperienziale che permetta al clinico di muoversi con un'adeguata flessibilità nella poliedricità delle infinite e diverse vicende umane con cui ci troviamo a confronto in tutte le situazioni, e non solo quando una nazionalità straniera attiri il nostro interesse.

In questo caso proprio il fronteggiarsi di posizioni interpretative troppo rigide, a seconda delle diverse discipline di riferimento, ha reso più difficoltoso un accorto destreggiarsi nei vissuti di B. Il conseguente scontro dei tre diversi approcci (Psicodinamica – Evidence based – Transculturale) ha generato un cortocircuito e impedito una più fluida evoluzione nella formulazione della diagnosi. *Mutatis mutandis*, questo atteggiamento può ripresentarsi nell'ambito di qualsiasi formazione che non si proponga come mezzo terapeutico adattabile alla realtà della situazione di cura, ma in qualche modo pretenda di esserne il fine.

Più in generale va quindi tenuto presente che la PDC può essere un'utile strumento per disvelare gli aspetti più inconsapevoli dei curanti nell'essere portatori essi stessi di un'identità culturale e microculturale.

BIBLIOGRAFIA

Daverio, A., Rapisarda, E., Benedetti, F., Coviello, M., & Zupin, D. (2015). *La delusione di 'non avere il Pem che si mette in Per'.* *Prospettive di psichiatria culturale in un caso clinico.* Poster presentato al XXV Congresso Nazionale SIPI: "Corpo, linguaggio, cultura. Una corrente portante adleriana", Norcia, 18-19 aprile 2015.

De Martino, E. (2015). *Sud e magia.* Milano, Feltrinelli, pag. 15.

Kimura, B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica.* Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Rovera, G.G., Lerda, S., & Bartocci, G. (2014). *Psicoterapia dinamica culturale. Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, Vol II, n.1-S.*

Rumke, H.C. (1941). *Das Kernsyndrom der Schizophrenie und das 'Praecox-Gefuhl'.* *Zentralblatt gesamte. Neurologie und Psychiatrie.*102:168–169.

Stanghellini, G. (2008). *Psicopatologia del senso comune* Milano, Raffaello Cortina Editore.

Tausk, V., & Feigenbaum, D. (1992). *On the Origin of the "Influencing Machine" in Schizophrenia.* *J Psychother Pract Res.,* 1(2), Spring, pp. : 184–206.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines.* Geneva, WHO.