



ARTICOLO ORIGINALE

CULTURE E DELIRI

Note cliniche e psicopatologiche

Gian Giacomo Rovera¹

ISSN: 2283-8961

ABSTRACT

I *deliri culturali*, sono un'importante argomento per la Psichiatria e la Psicoterapia Culturale. Essi non rientrano ancora come nozione consolidata nella letteratura psicopatologico-clinica classica a causa della difficile e variegata configurazione di taluni apporti culturali legati ad esempio a credenze, tradizioni, riti, eccetera.

Le molteplici culture in cui si radicano le comunità culturali, non soltanto sono di stimolo per gli studi etnologici ed antropologici, ma pure per l'evoluzione della psicopatologia, della clinica e della psicoterapia. V'è da ricordare oggi l'influenza dei multietnici flussi migratori che, specie nelle grandi metropoli, importano nuove aggregazioni culturali. Da un lato queste tendono a mantenere le proprie radici culturali e dall'altro aspirano all'integrazione dei nuovi contesti anche linguistici. Ciò conduce a riconsiderare la valutazione diagnostica, l'approccio delle *helping professions* e, quindi, la tipologia degli interventi volti alla ricerca degli elementi di base per una comune "mente culturale".

Cultural delusions are an important issue for Cultural psychiatry and psychotherapy. They have not yet become part of the classical psychopathological and clinical literature, because of the difficulties in dealing with some cultural aspects like: beliefs, tradition, rites, etc.

¹ Professore Onorario di Psichiatria all'Università di Torino (dipartimento di Neuroscienze), fondatore IMT, Presidente Onorario SIPI.

Culture and different cultural groups, are not only of interests for the ethnological and anthropological studies, but also for the psychopathology, the clinical studies and the psychotherapy development. It is important to remember the migratory movements, their influence and the changes they are introducing in big cities' life and culture. On one hand these movements tend to keep their cultural roots, on the other they seek the integration in the new context and with the new language. This leads to reconsider the approach to the diagnostic evaluation, to the helping professions, and to the study of the elements that are the basis of a common "cultural mind".

INTRODUZIONE

A) L'espressione del malessere fisico e psichico nelle culture

L'espressione del malessere, fisico e psichico, nelle diverse culture, pone quesiti che spaziano: da un'indagine di quadri clinici diversi tra loro per modalità sintomatologiche, ma analoghi sotto il profilo psicopatologico e somatico; a quadri clinici fenomenicamente simili, ma differenti come patogenesi e clinica. I problemi che riguardano un approccio interdisciplinare, oltre gli studi innovativi delle ricerche biologiche, psicologiche, sociali e culturali, sono tra gli altri: l'interculturalità; l'eventuale uniformità valutativa, anche terminologica, dei parametri psicopatologici-clinici; l'orientamento etico-valoriale; il significato dei vissuti personali.

Lo statuto epistemologico di "Psichiatria e Cultura", essendo ancora "preparadigmatico", è in continua evoluzione. Pur riconoscendo una base comune, esso infatti utilizza metodiche, indirizzi psicopatologico-clinici e pratiche terapeutiche diverse tra loro a seconda dei contesti culturali.

Ciò porta ad ipotizzare che almeno talune concasualità patogenetiche siano l'espressione di particolari modellamenti bio-psicologici-sociali e che il normale, il deviante ed il patologico siano rilevabili anche in rapporto ad una determinata cultura o a specifiche comunità etno-religiose che forniscono all'individuo un modo di esprimersi e di comunicare con i membri del suo gruppo. Tali "modalità", nella misura in cui vengono espresse nella singola persona e pure nella collettività già negli stili di attaccamento: (attachment), determinano un'articolazione (normalità-salute) o un distanziamento dal gruppo (anormalità/patologia/malattia): (detachment), sino ad un

distacco dal reale: che può essere un precursore di un disturbo mentale (sino ad un delirio culturale).

Ciò pone l'accento su particolari dinamiche culturali, quali: la "discriminazione" (perdita dell'integrazione culturale col gruppo); la "acculturazione" (contatto trasformativo tra gruppi e sottogruppi culturali differenti); la "transizione culturale" (acquisizione di nuovi schemi sia mentali che di comportamento). Tali fattori possono determinare una accentuazione di un "disadattamento" sociale, psichico e somatico talora già presente e compensato dall'individuo; ovvero provocare dei disturbi psicopatologici (quali ad esempio le sindromi deliranti), in individui o collettività che nella loro originaria cultura d'appartenenza sarebbero da considerare con altri criteri di valutazione. Sicché la genesi di comportamenti e di disturbi psicopatologici "anormali" implicherebbe anche la presenza di una pressione del gruppo o di individui della cultura dominante verso gruppi o individui culturalmente non dominanti: il che troverebbe una delle radici proto-genetiche nei momenti di disculturazione, di neo-culturazione, di transizione culturale.

Questi presupposti, inerenti alla Psichiatria Culturale: se da un lato si presentano come importanti per riconoscere l'individuo nel momento in cui è "agente in una cultura" ed "interreagente col gruppo": dall'altro lato corrono il rischio di non comprendere correttamente gli individui e pure le identità comunitarie (nella nosologia, nella valutazione diagnostica e nei trattamenti) scotomizzando l'importanza dei fattori somato-psichico-socio-culturali nella eziopatogenesi di numerose sintomatologie psichiatriche (Rovera, 2002).

Tale espressione del malessere comprende altresì gli indicatori di predizione e di esito in rapporto ai trattamenti proposti (al giorno d'oggi classico, sciamanico, parascientifico, ciarlatanesco ecc.), è data dal riscontro che le varie culture anche se riconoscono una base comune non si presentano come un tutto unitario. Sicché una valutazione culturale può utilizzare un criterio di interconnessione anastomotica circa le dissomiglianze dei gruppi culturali e dell'individuo nei processi clinici. In questi tipi di cultura e pure circa i canali di collegamento e rispetto alla significazione del disturbo, le evenienze psicopatologiche-cliniche, assumono uno specifico rilievo e possono essere differentemente configurabili e contestualizzabili. Gli studi qui rivolti

alle Sindromi Deliranti Culturali (entro le quali sono situabili i Deliri Culturali) si intrecciano come una rete i cui nodi spesso si costituiscono attraverso le molteplici funzioni psichiche, le comunicazioni verbali e non verbali, le relazioni interindividuali, familiari e comunitarie, le credenze religiose, le manipolazioni di oggetti e segni. Tale campo viene a costituire la base fenomenica su cui si realizza la costruzione psico-sociale della realtà, entro la quale dimorano visioni apocrife, presenze magiche, fanatismi radicali: terreni fertili dei precursori dei deliri.

Di interesse generale si ipotizzano alcuni filoni teorico/pratici, fra i quali:

- La configurazione clinica circa determinati disturbi rispetto alle variabili culturali.
- I rilievi epidemiologici nelle differenti culture ed il significato dell'incidenza, della prevalenza e delle situazioni di rischio dei fenomeni psicopatologici.
- La rilevazione dei dati o degli agenti destabilizzanti in rapporto alle valutazioni diagnostiche (tradizionali o meno) verso specifici disturbi.
- Il contributo culturale riguardo alle Relazioni d'Aiuto in Psichiatria e Psicoterapia.

B) La pluralità culturale relazionale

A livello di psicopatologia e psichiatria culturale, specie nelle *sindromi deliranti*, vi è oggi la tendenza a scomporre e a descrivere gli aspetti elementari di un sintomo o di un atteggiamento o di un comportamento. Rispetto ad una concezione di *normalità e devianza* che è, non di rado, cultural-dipendente, le *classificazioni* risentono dei differenti punti di osservazione che sono in rapporto sia coi *modelli epistemologici*, sia con la *patogenesi*, sia colla complessità necessaria della loro elaborazione. Non si può negare che nei fenomeni bio-socio-psico-culturali, convergano *molteplici universi linguistici* non solo descrittivi ma espressivi e normativi: essi ampliano lo spettro della comunicazione aumentando la complessità delle *nosologie*.

Tutto ciò diventa ancor più evidente nella *relazione terapeutica*, talora multiforme e ritenuta “appropriata” per le comunità culturali di appartenenza. Si realizzano quindi

schemi interpretativi diversi che comportano attraverso l'équipe dei curanti, a considerare gli *schemi interpretativi*:

- *Primari* (il senso comune, l'ovvio);
- *Cifrati*, perché si riferiscono ad un'altra Cultura (miti, riti, magia, cerimonie, eccetera);
- *Fittizi*, che si strutturano in una rete di giochi paradossali innescati spesso anche dalla relazione terapeutica;
- *Etico-sociali*, che interagiscono con le dimensioni biologiche, psicologiche, culturali e religiose (che possono portare a settarismi anche violenti).

La molteplicità delle culture pone una serie di problemi che trovano ancor oggi soluzioni non definitive e non del tutto soddisfacenti. Una *pluralità culturale relazionale*, permetterebbe ad una *mente culturale* un approccio clinico contestualizzato tra diverse culture, in cui si mantengono le singole specificità culturali, senza proporre gerarchizzazioni rigide che attuino una riduzione della *dignità* delle varie culture: da quelle più "civilizzate" a quelle cosiddette "primitive". E ciò anche grazie alle *varie chiavi di accesso* alle problematiche culturali. Si può invece proporre alle discussioni e alla ricerca l'ipotesi riguardante il fatto che vi sia una psicopatologia e una psichiatria clinica come quella "convenzionali" che, attraverso criteri di maggiore scientificità, costituisca non tanto un *super-codice* modello di altre culture, ma un *riferimento contestualizzabile* per le varie culture che esprimono sintomatologie, valutazioni diagnostiche e pratiche terapeutiche diverse o alternative.

In questa *rete disciplinare* è importante avere e *fornire delle informazioni* per quanto possibile corrette e correlate nell'ambito della pluralità delle culture.

- Il *primo tipo di informazioni* ha lo scopo di effettuare una *rassegna sistematica del contesto culturale* e dell'importanza che questo può avere per l'individuo, nelle espressioni (anche idiomatiche) e nella valutazione dei *sintomi* e delle *sindromi* e dei *disturbi psichiatrici*: nonché dell'effetto che le differenze culturali

possono avere all'interno della relazione tra paziente e medico e/o degli altri operatori nelle *helping professions*.

- Il secondo tipo di informazioni concerne le valutazioni culturali, per una corretta immedesimazione culturale:
- La descrizione di molteplici contesti culturali, non dimenticando i riferimenti all'identità culturale, ai gruppi di appartenenza, alle minoranze, al coinvolgimento nella cultura ospite o di appartenenza, alle capacità o preferenze linguistiche, religiose, politiche.
- L'approfondimento culturale del disturbo psichico: attraverso i segni linguistici e comportamentali del disagio, il significato della gravità dei sintomi, l'importanza delle categorie patologiche, le cause ipotetiche e le pratiche di cura (alternative classiche o tradizionali).
- L'importanza dei fattori culturali collegati all'ambiente psicosociale ed ai livelli di funzionamento psico-sociale: che sono generati da fattori di stress, in relazione a livelli di resilienza fisico-psico-sociale.
- Il terzo tipo di informazioni si riferisce alle Sindromi Culturalmente Caratterizzate (DSM IV e 5, ICD-10).

Questo aspetto si riferisce a modalità ricorrenti, di comportamento o di esperienza, caratteristiche di certe Regioni o Paesi del mondo, che dovrebbero essere meglio decodificate, tradotte o interpretate in *sindromi psicopatologiche cliniche*, che contestualmente si registrano nelle società occidentali (le quali peraltro comprendono sottoculture differenti, gruppi di recente immigrazione, stratificazioni sociali, credenze religiose, new age, neo-paganesimo, ecc.).

C) Tabella sinottica

Per questa serie di notazioni si ritiene utile proporre una Tabella sinottica (Tab. 1) che permetta una consultazione puntuale.

TABELLA 1

TABELLA SINOTTICA
I) Introduzione. A) L'espressione del malessere fisico e psichico nelle culture. B) La pluralità culturale relazionale. C) Tabella sinottica.
II) Dimensioni e funzioni della cultura. A) Configurazione concettuale. B) Caratteristiche culturali e sistemi di credenze. C) Le reti anastomotiche
III) Psichiatria e cultura. A) Cenni epistemologici. B) Normalità e devianza. C) Norma e devianza psicologica. D) Ulteriori argomenti in psichiatria Culturale. E) La questione nosologica.
IV) Ulteriori cenni di psicopatologia e clinica. A) Osservazioni. B) Psicopatologia dei deliri. C) Quadri clinici. D) Caratteri transnosografici dei deliri. E) Peculiarità culturali delle sintomatologie deliranti. F) Questioni da approfondire.
V) Le relazioni di aiuto. A) Riferimenti. B) Finestre terapeutiche. C) L'etnopsicoanalisi. D) Le psicoterapie convenzionali.
VI) Esempificazione. A) Presentazione. B) Caso clinico. C) Commenti.
VII) Considerazioni critiche. A) Riflessioni ipersintetiche. B) Sviluppi della psichiatria culturale. C) Note non conclusive.
● Bibliografia

II. DIMENSIONI E FUNZIONI DELLA CULTURA

A) Configurazione concettuale

1) Il termine *cultura* ha una lunga storia che risale alla latinità classica e che abbraccia le diverse lingue romanze, allargandosi poi nel secolo XVIII all'area linguistica germanica. Anche il concetto di cultura, espresso con la parola corrispondente oppure con termini equivalenti, ha un percorso che costituisce un aspetto significativo dello sviluppo intellettuale europeo. Dall'ideale greco *paideia*, a quello quattrocentesco di *humanitas*, dalla ripresa sei- e settecentesca del termine *cultura* allo scopo di designare il processo di formazione della personalità umana e la sua capacità di progredire: la vicenda di questo concetto offre una prospettiva importante per la comprensione degli ideali di vita delle varie epoche della storia europea, del loro mutamento da un periodo all'altro riferibili soprattutto ai parametri sociologici.

Il concetto scientifico di cultura, vale a dire quello elaborato dalla *scienza antropologica* con l'intento di riconoscere il valore delle forme di organizzazione sociale e dei costumi dei vari popoli, anche di quelli tradizionalmente denominati "primitivi", ha invece una storia soltanto di un secolo, che coincide, in larga misura, con quella di tale disciplina, la quale si è avvalsa del concetto di cultura per definire il proprio oggetto specifico e per rivendicare la propria autonomia (Rossi P., 1957).

La discussione sulla configurazione di cultura giunge praticamente al termine intorno al 1950. Il volume che Kroeber e Kluckhohn (1952) hanno dedicato alla sua analisi sembra costituire il bilancio di una discussione conclusa e non più suscettibile di sviluppi originali.

Tuttavia per Levi-Strauss (1958) si giunge ad uno "*strutturalismo culturale*", mentre Linton (1968) e Kardiner (1970) forniscono un'ampia e assai generica formulazione che in qualche modo fa rientrare nelle culture anche i "disturbi comportamentali" che possono creare un disadattamento al soggetto e alla collettività.

Gli attuali percorsi di ricerca *Antropologico-culturale* studiano i caratteri distinti delle condotte nell'ambito di una cultura specifica, cercando di comprenderne le dinamiche di trasmissione e di acquisizione. L'*etnopsichiatria* invece si sforza nella pratica

clinica di considerare le particolarità etniche per studiare i disturbi psicopatologici nel contesto del gruppo sociale considerato (Chanoit e Lermuzeau, 1975).

2) Nel momento del suo maggior successo il concetto di cultura sembra aver esaurito la sua funzione. Se l'origine della nozione di cultura è strettamente collegata con l'interesse per i popoli primitivi: esso ha poi fornito una base metodologica all'individuazione del patrimonio culturale di società organizzate in maniera diversa da quelle delle moderne società europee.

La *scienza antropologica* si differenziava in tal modo dalle altre *scienze sociali*, e in primo luogo dalla sociologia. La sociologia era sorta infatti con l'intento di determinare la struttura propria della moderna società formatasi attraverso la rivoluzione industriale, l'organizzazione capitalistica della produzione, l'ascesa della borghesia al potere, l'affermarsi dello stato burocratico, cioè con l'intento di individuarne le caratteristiche differenzianti rispetto alle società del passato. L'antropologia, invece, aveva assunto come proprio oggetto anche le *altre* società, l'organizzazione e il patrimonio culturale dei popoli primitivi. La loro autonomia reciproca sembrava così garantita.

3) Il concetto di cultura è perciò ancora in grado di assolvere il compito di giustificare l'autonomia della scienza antropologica? Per rispondere a tale interrogativo occorre tener presente che la crisi di tale disciplina in questo secondo dopoguerra non è soltanto una crisi di metodo. Sotto l'"urto" della civiltà industriale (e oggi dell'informatica) e sotto la spinta del processo di unificazione del mercato economico su scala mondiale, l'organizzazione sociale dei popoli extraeuropei si distacca sempre più da quel modello di una società primitiva che era stato individuato dall'antropologia della seconda metà dell'Ottocento. A questa trasformazione si accompagna un mutamento non meno profondo del tradizionale *sistema di credenze e valori*, nel tentativo di rispondere alla "sfida" delle civiltà avanzate con nuove sintesi culturali.

Le scuole antropologiche contemporanee sembrano confermare la cultura come un *fattore intermediario transizionale*, in un *rapporto anastomotico* di passaggio e di unione dell'individuo e del suo "*corpo*" *interattivo* col mondo circostante; grazie agli elementi appresi dal linguaggio e dal comportamento collettivo. Tale configurazione concettuale è fondativa per l'*antropologia culturale* (Herskovits, 1967; Jeddi, 1982).

Oggi, quindi, la nozione di cultura ha varcato i limiti disciplinari dell'antropologia e delle stesse scienze sociali. Essa ha costituito lo strumento col quale il mondo occidentale emerge dall'etnocentrismo, è pervenuto a riconoscere l'esistenza di altri ambiti culturali rispetto ai quali sarebbe inappropriata una presunzione di superiorità. La contrapposizione tra la "civiltà" della tradizione ellenico-cristiana e la barbarie dei popoli extra-europei o il "primitivismo" delle comunità tradizionali, appare oggi il ricordo di un passato assai lontano. E questo mutamento di orizzonte dev'essere attribuito alla concezione di cultura, dovuto all'elaborazione compiuta dalla scienza antropologica, della quale essa ha potuto diventare il fondamento di una *prospettiva storica universale* (Abbagnano, 1959; Rossi P., 1970).

4) La definizione di cultura, inoltre, si combina con altri *due concetti*, quelli di *razza* e quello di *etnia*. La *razza* è, essenzialmente, un concetto attraverso il quale gli esseri umani vengono designati o raggruppati principalmente sulla base del generale aspetto somatico. L'*etnia*, invece, si riferisce al senso soggettivo di appartenenza a un gruppo di persone con un'origine comune e con convinzioni e pratiche culturali e sociali condivise.

5) La moderna enfasi su concetti teorici e pratici ha avuto come risultato un interesse crescente della rilevanza degli *aspetti clinici della cultura in Psichiatria*. C'è un versante culturale in ogni evento: clinico, intervento o interazione, tra l'agente del trattamento e un paziente. Queste nozioni non riguardano soltanto le minoranze etniche o le società lontane, estranee dal mondo occidentale.

In qualche modo, anche la *continua evoluzione della psichiatria culturale* risponde all'osservazione di Devereux (1961) che essa acquisisce connotati specificatamente culturali e può essere trasformata in una sorta di *scienza magica*. Questo accade perché la storia passa attraverso processi di "deculturalizzazione" seguiti dopo poco tempo da "riculturalizzazione", cioè dalla creazione di un nuovo ambiente culturale che permea i suoi prodotti. In questo contesto, Devereux fa rilevare come un'autentica scoperta scientifica possa diventare, con il passare del tempo, un "mito" aggiuntivo.

La cultura permea infatti le attività di tutti gli esseri umani, e poiché l'interazione tra diversi gruppi umani diventa sempre più stretta e coinvolgente è importante delineare le *componenti culturali della psichiatria clinica contemporanea*.

Il modello sviluppato come cornice di riferimento per questo tema include *cinque tipi di funzioni* della cultura che sono *in relazione con la psicopatologia clinica*:

- La cultura come strumento interpretativo ed esplicativo di comportamenti che possono o meno costituire delle entità cliniche;
- La cultura come agente patogeno e patoplastico;
- La cultura come fattore diagnostico e nosologico;
- La cultura come fattore protettivo e terapeutico;
- La cultura come elemento nella gestione e strutturazione dei servizi clinici.

La cultura è un importante fattore diagnostico e nosologico in psichiatria. In questo campo il DSM-IV (e il DSM-IV-TR e il DMS 5) e l'ICD-10 sono divenuti strumenti sempre più attenti dal punto di vista culturale. Il concetto prioritario è quello di evitare che si commetta un errore categoriale – cioè che si tenda a classificare entità o comportamenti clinici intrinseci ad alcune culture, società o gruppi umani in categorie, modelli e termini diagnostici propugnati dai sistemi classificatori dominanti (Kleinman, 1979). Un metodo fondamentale per raggiungere questo obiettivo è stato quello di proporre la formulazione culturale per descrivere l'identità del paziente, la spiegazione dei sintomi, la natura e il funzionamento dell'ambiente psico-sociale, la relazione paziente-curante e la valutazione complessiva dei fattori culturali per la diagnosi e la cura.

6) *L'identità implica l'unicità*: una serie di caratteristiche specifiche, le quali contribuiscono a formare l'insieme. *L'identità culturale* implica le caratteristiche condivise da un gruppo, la cultura di una persona e lo Sile di Vita individuale.

Tra le diverse variabili che contribuiscono alla costruzione di un'identità, l'appartenenza a un particolare gruppo (etnico, razziale, nazionale, linguistico, religioso). Fondamentalmente, la cultura definisce cosa significa essere una persona: chi si è, da quali valori si è guidati, ciò che è sacro e ciò che è profano, chi sono gli altri e in che relazione si sta con loro.

Gli studiosi stanno acquisendo familiarità con queste differenze culturali anche nel campo dei parametri basati sull'età, la classe e lo status sociale, i diversi tipi di istituzioni (Gerth e Mills, Rovera).

Il problema della differenziazione all'interno di un gruppo culturale è ulteriormente complicato dalla mobilità geografica, dalle immigrazioni, dall'industrializzazione, dall'urbanizzazione, dai matrimoni misti e dal tipo di scolarizzazione.

7) Nell'era della medicina alternativa, gli occidentali hanno acquistato familiarità con la *medicina di altre culture*: l'erboristeria, l'agopuntura, le pratiche della meditazione e dello yoga, nonché delle varie forme di *Cultural Psychotherapies*. Ciò che solitamente si trascurava di considerare è il fatto che dietro la superficie di queste "invasioni" culturali, vi sono elaborate concezioni del corpo e le nozioni più disparate di fisiopatologia e patogenesi. Questo diventa ancor più importante per i disturbi mentali ed in specie per i deliri, nei quali sono implicati fattori che vanno al di là del somatico. Complesse spiegazioni demonologiche, possessioni spirituali, stregonerie, magie, sono solo alcuni dei modelli di disturbi mentali proposti dalle diverse culture. Molte sono anche le ipotesi basate su traumi, danni fisici, shock, offese, gelosia, "stress" ed "esaurimento". Molte culture invece di risalire alle predisposizioni, si soffermano sulle basi del patrimonio genetico familiare di tipo somatico, degli squilibri biochimici, si soffermano sulle influenze astrologiche, sul peccato o sul karma.

Altri fattori delle *spiegazioni culturali* sono rappresentate dalle espressioni attraverso le quali il disturbo si manifesta: ad esempio nei cinesi la depressione spesso si manifesta con sintomi somatici. L'importanza dei fattori culturali si immerge quindi nel repertorio simbolico dei pazienti, nelle visioni culturali, nell'ambiente psicosociale del paziente e nell'Orientamento dei Valori (Ponce, 1998).

Ad esempio, l'attribuzione ad entità esterne che possano influenzare gli eventi psicopatologico clinici (come i deliri primari) può essere un segnale sintomatico meno grave di quanto possa sembrare ad uno specialista di cultura occidentale. Le allucinazioni uditive e/o visive a proposito di parenti morti sono abbastanza diffuse in alcune culture mentre in occidente possono essere considerate pseudo-.

Gli orientamenti di valori legati alla religione, alla dipendenza, alla deferenza, all'obbedienza, alla sessualità, all'aggressività: a ciò che è accettabile e a ciò che è vergognoso e colpevole, sono quasi sempre modellati e condivisi dalla cultura di appartenenza. Ciò deve indurre a una diagnosi non "affrettata" o a un etichettamento non fuorviante: giacché anche questo si può tradurre in equivoci comunicativi ed in una relazione terapeutica negativa.

B) Caratteristiche culturali e sistemi di credenze

1) Gli *stili di vita culturali* (Adler, 1933) sono da considerare in un *ambito transculturale* (Rovera, 1976, 1984, 1999, 2000; Bartocci, 2000) come *pluralità culturale relazionale*. Si possono distinguere al riguardo *tre aspetti* (Powers, 1997) che sono riferibili ai *sistemi culturali*:

- I *Culti*, che si riferiscono ai miti, ai riti, alle religioni, alla spiritualità.
- Le *Culture*, che costituiscono un accumulo di conoscenze e di innovazioni reso possibile dal linguaggio e tipizzabili in molte declinazioni, con il mantenimento e lo sviluppo di *forme culturali diverse* (Rovera, 1984, 2002). Le problematiche del multiculturalismo sono attinenti al superamento di una rigida gerarchizzazione e del relativismo culturale: attraverso presupposti evolutzionistici che attengono peraltro alla cultura ed alla cooperazione (Rovera, 1990).
- Il *Coltivare*, quale acculturazione/disculturazione anche a proposito delle *credenze* sino a giungere a problematiche controverse sul tema della *civilizzazione*, da intendersi quale *acculturazione* dell'umanità, verso una congetturale meta di progresso, di potere e di civiltà (Rovera, 2005). La critica a questa concezione è che si possono verificare forme di *disculturazione*. Tali dinamiche fanno parte comunque del *sistema culturale complessivo* (Fig. 1).

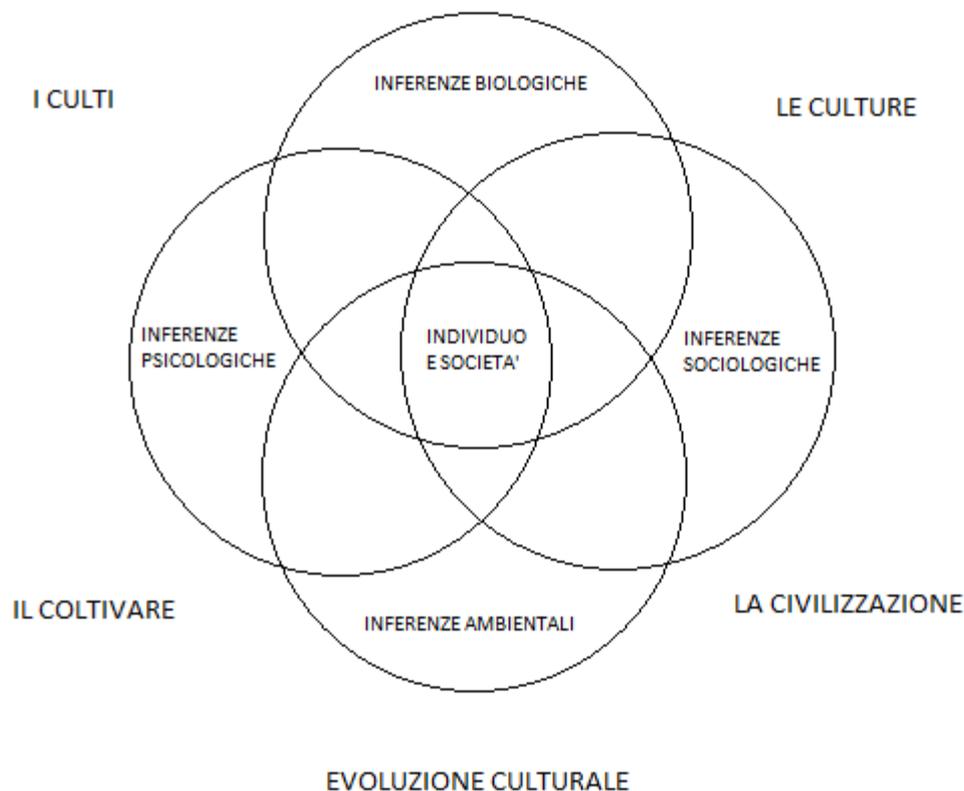


FIGURA 1 - IL SISTEMA DELLA CULTURA (Ponce, 1988) modificata

2) Nel significato più generale, il *sistema di credenze* si riferisce all'atteggiamento di chi riconosce per valide delle nozioni comuni. Le Credenze non implicano di per sé la validità oggettiva della nozione alla quale attiene; né d'altronde escludono questa validità. Analogamente, non hanno necessariamente una portata religiosa e non sono necessariamente Credenze nella verità rivelata dalla *fede*; ma dall'altro lato non escludono questa determinazione e in tal senso si può dire che le Credenze possono appartenere al dominio della *fede*. Di per sé, le Credenze, implicano l'impegno, a qualsiasi titolo dato e a tutti gli effetti possibili, nei confronti di nozioni. Possono pertanto dirsi Credenze le convinzioni scientifiche come le fedi religiose; il riconoscimento di un principio evidente o di una dimostrazione come l'accettazione di un pregiudizio o di una *superstizione*. Ma non può dirsi Credenza il *dubbio* il quale sospende l'impegno alla validità di una nozione, o l'opinione nel caso che escluda le condizioni necessarie ad un impegno del genere (Abbagnano, 1959).

Nella filosofia contemporanea (Abbagnano, 1959), la *nozione di Credenza* risulta fissata dalle seguenti caratteristiche; 1° la Credenza è l'atteggiamento dell'impegno

nei confronti di una nozione qualsiasi; la 2° tale impegno può essere più o meno giustificato dall'oggettiva validità della nozione o non giustificato affatto; 3° l'impegno stesso trasforma la nozione in una regola di comportamento (ciò che Peirce chiamava "abitudine d'azione"); 4° come regola di comportamento, la Credenza può in taluni campi produrre la propria realizzazione o la propria smentita.

3) Il *sistema di credenze* di una data *comunità culturale* non è mai universale né omogeneo fra tutti i partecipanti, pur essendo condiviso dalla maggior parte di essi. Le *credenze collettive* sono quelle cui aderisce un gruppo di persone in modo più o meno unanime (Anolli, 2009). Di solito, le credenze collettive fanno riferimento alle credenze centrali delle *convinzioni dottrinarie* di un dato gruppo. Per contro, le *credenze individuali* sono quelle soggettive e, talvolta, esclusive di una persona e possono giungere ad un *delirio* spesso religioso.

Pur non svolgendo una specifica funzione, in questi casi le *credenze religiose* promuovono spesso condizioni favorevoli a livello sociale, poiché consentono di stabilire un legame che trascende la parentela e che facilita la solidarietà, favorendo i comportamenti di aiuto verso gli altri, l'empatia, l'altruismo, la riconciliazione, la condotta morale. Offrono conforto nel dolore; permettono di affrontare l'evento della morte.

Nello stesso tempo peraltro incoraggiano il conformismo, la remissività, l'obbedienza acritica e possono indurre comportamenti ostili e anche aggressivi nei confronti di chi non segue le loro credenze (soprattutto se aderisce a una religione diversa). In alcuni casi scattano i precursori del *fondamentalismo* e del *fanatismo* (Anolli, 2011; Bartocci, 2016).

L'*antropologia religiosa* o *antropologia del sacro* (Rovera, 1984; Bartocci, 1994; Godelier, 2007) è una branca dell'antropologia che si occupa dello studio dell'origine, dello sviluppo e dell'evoluzione dei sistemi e dei fenomeni religiosi nei loro rispettivi contesti culturali, sociali, storici e fattuali.

Questo filone disciplinare sottolinea una continuità tra il *pensiero magico* e la religione dell'*homo religiosus* sino a realizzare in alcuni casi sindromi deliranti di

onnipotenza: considerato che ogni religione interagisce con la cultura individuale o collettiva, radicandosi colla comunità umana che la pratica.

L'individuo talora, sviluppa un *sistema di credenze* (a volte raccolto in una *summa teologica*, tipo la Torah, la Bibbia, il Corano), le quali diventano forti convinzioni determinanti e si traducono in un insieme di pratiche ritualizzate che hanno una visibilità sociale ed un importante impatto culturale.

4) Anche gli enigmi possono essere considerati nell'ambito del sistema delle credenze. Si può definire un enigma ciò che è misurato in rapporto a una particolare intellegibilità. Si tratta cioè di un fatto che non può essere spiegato nell'ambito di ciò che si può intendere con quel particolare metodo. Esso appartiene ad un altro ambito di intellegibilità, che a sua volta presenta altri enigmi. Ogni enigma porta perciò a riconoscere una estrema difficoltà di un modo di intendere, e a cercarne nello stesso tempo un altro per il quale quel fatto non costituisca più un enigma, ma sia la base di una concezione. Gli enigmi stanno sempre al *confine di un particolare modo di conoscere* (Jaspers, 1964).

Gli *enigmi concreti* (cioè problemi per i quali esistono soluzioni più o meno adeguate, mai definitive e sempre soggette a revisioni) possono interessare gli aspetti culturali delle credenze in quanto riguardano la conoscenza dell'uomo.

Quando introduciamo quali strumenti di ricerca i pensieri dell'antropologia, dell'etnologia e della psicologia e consideriamo un evento naturale, incontriamo via via questo evento attraverso realtà psicologiche, cognitive, emotive, che non sono considerate come a sé stanti, ma come indizi di un altro evento.

Il pensiero razionale, l'intelletto, il soffio animatore, le sostanze incorporee dei defunti: oppure una disposizione, un atteggiamento insito nella ragione umana: tutto ciò può essere alla *base delle credenze*; oppure ancora la sostanza ove risiede lo *spirito*.

Nel porre queste elaborazioni concettuali, lo "spirito" degli individui è molto vicino all'Orientamento dei Valori di Ponce: ed è in sé stesso un *sistema di credenze*, di riconoscimenti e di ignoranze e di rifiuti, di apprezzamenti di significati sotto l'influenza dei costumi culturali e delle tradizioni radicate.

In ogni aspetto della psicologia, esiste *la dimensione culturale che sottende alcuni enigmi concreti*. Le risposte agli enigmi riescono solo ad accentuarli, senza risolverli. Così per esempio, se si ipotizza che ci sia uno spirito trascendente della natura, questo si serve del corpo per realizzarsi, per esprimersi ed evolversi nel mondo. Esso utilizza in certo modo il sistema nervoso come suo strumento (Jaspers, 1964).

I limiti della comprensione del fatto biologico di fronte all'esistenza è un enigma concreto, rappresentato dal fatto che il comprensibile, di per sé apparentemente illimitato è concluso solo in sé stesso; viceversa è sempre condizionato, ed indica qualche cosa d'altro, che è o la sua origine o la sua limitazione.

Se diamo uno sguardo all'insieme degli enigmi concreti, essi si possono ridurre astrattamente a pochi principi, cioè a quei modi, ognuno dei quali è un limite per l'altro: l'infinito, l'individuo, l'omnicomprensivo.

Questi diversi limiti di significato, che incontriamo nella ricerca quando ci appaiono gli enigmi concreti, emergono non solo dalla conoscenza dell'essere umano, ma nell'individuo si riuniscono e si compiono in modo diverso, attraverso ciò che chiamiamo *sentimento di possibilità di libertà* (Torre, 1981).

Attraverso la finitezza, l'uomo recupera i propri *sentimenti di possibilità* e può aspirare al trascendentale, nel senso di un oltrepassamento del contingente, raggiungendo un sentimento di essere libero nel mondo.

In questo tendere dell'individuo verso *l'aspirazione della perfezione* con le forme di *credenza poliforme della Deità*, la religione si radica nella storia con presupposti attraverso i quali l'individuo ha sempre cercato di incontrare il sovrannaturale. L'uomo sa che con le proprie rappresentazioni non crea Dio, ma che la sua aspirazione/affermazione rimane quella di raggiungerlo.

Se non esiste una *fede religiosa* senza sostegni strutturali e senza affermazioni dogmatiche, l'individuo attraverso le comunità culturali e/o religiose (cfr. Par. VII) entra in relazione con entità astratte e ideali. Ciò comporta che quando le si accetta come vere e reali (non certe), si è *credenti*; che accedono attraverso simboli e interpretazioni e orientamenti di valori.

Così la dichiarazione della fede religiosa si realizza in *assiomi* che sono diversi dall'ipotesi di postulati in cui il principio di contraddizione è esso stesso un assioma che si può mantenere nei secoli. Tutta la filosofia realizzata riduce la possibilità dell'uomo su *punti di vista* finiti. Attraverso i quali, nello stesso tempo, penetra e passa in un movimento che è al di là di tutte le posizioni.

C) Le reti anastomotiche

1) I canali di collegamento tra i *sistemi delle culture* ed i *sistemi delle credenze* sono molto complessi e intrecciati fra loro: spesso prendono a formare delle *reti anastomotiche* giungendo talora anche alle *sindromi deliranti*.

2) La *nozione di anastomosi* viene utilizzata qui in senso analogico alle anastomosi anatomiche fisiopatologiche (quali canali di abboccamento/trasmissione tra una vena e l'altra). Le *anastomosi culturali* sono canali di "abboccamento/trasmissione" tra una cultura e l'altra, specie nelle tendenze interculturali di ibridazione vicariante.

Un'anastomosi in medicina può essere naturalmente presente in un determinato organo. Esempi specifici sono il cuore del feto, in cui gli atri destro e sinistro sono in comunicazione l'uno con l'altro; oppure le anastomosi artero-venose, veno-venose e artero-arteriose come nel Poligono o circolo del Willis che garantisce una adeguata distribuzione di sangue a talune strutture cerebrali.

In altre circostanze, un'anastomosi può essere anomala o di tipo patologico (come avviene, ad esempio, nel caso del forame ovale pervio o nelle fistole artero-venose).

3) Nel dibattito tra teorie della mente, neuroscienze e cultura, specie in Psicologia e Psichiatria Culturale, il *modello di rete anastomotica*, ha caratteristiche concettuali e morfologiche generali conformi alla possibilità di attuazione in campo teorico metodologico e pratico. Tale modello favorisce la connessione delle molteplici comunità culturali attraverso vie articolate e complesse, dove i *nodi di congiunzione* possano essere veicolati attraverso *canali di congiunzione* in aree diverse. Il modello di rete anastomotica può inoltre afferire ad una *rete di modelli*, nel riconoscimento delle singole specificità di discipline e di applicazioni cliniche (Rovera et al., 1984).

In questo senso la rete è flessibile, aperta/chiusa, ad alto grado di complessità, simile ad un albero con ramificazioni (Morin, 2011; Rovera, 2004). La rete (trans)culturale anastomotizzata diventa labirinto, strategia, comunicazione e progetto terapeutico: essa adatta di continuo il proprio percorso.

Per quanto attiene alle metodiche si può rilevare come la rete anastomotica possa riferirsi ad un crocevia, *carrefour*, ove (nel nostro caso), confluiscono sia i percorsi, sia i processi di migrazione correlabili: a) alla perdita/lutto; b) allo shock culturale; c) all'emarginazione; d) sia alle evenienze psicopatologiche (nel nostro caso) dei deliri culturali.

La *similitudine metaforica* (Kopp, 1995) in *Psichiatria e Psicoterapia Culturale* è utilizzabile “*come se*” (Vaihinger, 1911) fosse una chiave di lettura di situazioni esistenziali e culturali che abbiamo di noi stessi e degli altri.

Le similitudini metaforiche permettono una spiegazione neurofisiologica dei meccanismi centrali che mettono in comunicazione le strutture e i processi metaforici mentali (*metafore vicarianti*): mentali, linguistici e cognitivi-affettivi e pure psicopatologici.

La metafora può così avvicinarsi ai *deliri culturali* (intesi in senso ampio) perché l'uso invita ad una trasformazione dell'immagine metaforica delle credenze ed i vissuti religiosi talora sono intesi come deliri religiosi, mentre sono metafore, ancora non patologiche, attuate per aspirare alla divinità.

La pregnanza semantica delle metafore permette, riguardo ai *valori culturali del gruppo etnico* di stabilire delle procedure di intervento più appropriate e congrue col sistema culturale di riferimento anche rispetto allo *Stile di Vita* individuale e comunitario.

La metafora è il principio con cui l'intera struttura degli esseri viventi è interconnessa a questo modello che definisce il collegamento evolutivo degli esseri viventi, *la metafora diventerebbe il linguaggio dell'anastomosi fra natura e cultura* (Bateson, 1979).

III. PSICHIATRIA E CULTURA

A) Cenni epistemologici

1) La *psichiatria (trans)culturale* tende a contestualizzare il campo della ricerca e della clinica da una cultura all'altra.

Come ricordato, la *prospettiva emica* si riferisce ad una specifica cultura: mentre la *prospettiva etica* si riferisce alla cultura attraverso una concezione a base universalistica.

L'orizzonte epistemologico entro cui si pone l'attuale dibattito su Culture e Deliri, è più propenso a non giudicare attraverso le lenti riduttive dei pregiudizi biologici ed anche psicologici e sociologici. C'è oggi la tendenza, in larghi settori delle scienze umane, a riconoscere criteri assoluti di scientificità del progetto bio-psico-sociale, difendendo peraltro una pluralità scientifico/culturale di cui più che mantenere le specificità sembra utilizzare un *modello di rete anastomotica* (Rovera et al., 1984).

Quindi: pluralità (anche di modelli) è una condizione costitutiva della Psichiatria Culturale: quale consapevolezza della complessità e polisemia del suo oggetto in continua evoluzione. L'individuo umano immerso nel *proprio universo culturale pre-interpretato* dovrebbe forgiare infatti una mente culturale (Anolli, 2011) per affrontare il sapere psichiatrico. Questo è ancora contraddistinto da una molteplicità di indirizzi e pratiche, che schierano concezioni alternative; in larga parte con difficoltà di contestualizzare i suoi protocolli, anche per la carenza di una terminologia univoca.

La Psichiatria Culturale resta ad oggi una *disciplina articolata*: con i filoni culturali differenti che rischiano di cadere in forme di riduzionismo, se elidono i suoi aspetti più originali.

Le *nosologie psichiatriche* si pongono al centro di queste problematiche attraverso le *sindromi "cultural bound"* valutazioni diagnostiche delle malattie che indicano la strada per decifrare le cause, le prognosi e le terapie. Vi è la necessità di poter disporre, da parte di clinici e ricercatori, di un linguaggio con definizioni di termini e concetti, affinché chi ne parla sappia di che cosa si tratti. Questa proprietà sembra essenziale sia per un vocabolario scientifico, sia per un linguaggio operativo tra

diagnosi eziologica e sindromica attraverso la *cerniera tassonomica e nosologica*. La *prospettiva nomotetica* (assunta almeno come ipotesi) dovrebbe prendere in considerazione i *tratti individuali*, cioè *idiografici* e attingere dalla *complessità fattuale*. In questo senso il DSM 5 (2012) rappresenta un ulteriore passo avanti, sia sotto il profilo epistemologico che metodologico e pratico.

Inoltre rispetto ai mutamenti teorici: gli enunciati osservativi, che dovrebbero essere direttamente derivati dai dati empirici, vengono talora ad assumere un significato differente non a seconda delle teorie, ma delle culture entro cui sono utilizzati disperdendone la base di oggettività. È quello che succede quando si affrontano argomenti come i “Deliri culturali” che spesso privati di queste caratteristiche, decadono a forme diagnostiche non collaudate.

I tentativi di uscire dall’impasse imposto dalle *varianze di significato* si scontrano con l’empiricità che non si presenta più come il luogo di un darsi indubitabile, ma come l’*interfaccia di contatto* tra un sistema concettuale segnato dall’incertezza ed un *campo di interazioni anastomotiche* che a sua volta si organizza in funzione del sistema utilizzato.

Se si sostiene una continuità nel linguaggio scientifico attraverso la stabilità del riferimento: un concetto non descriverà mai esattamente il genere naturale corrispondente. Se pure tra il significato dei termini, ad esempio i *Deliri*, e il suo campo di applicazione nel mondo esterno (ad esempio la *Cultura*) vi è una correlazione in parte legata ai linguaggi umani: una volta stabilito il riferimento, uno stesso termine può essere utilizzato all’interno di teorie diverse, pur restando stabile nel suo significato. Lo stesso Popper (1963) (oggi molto discusso), nella sua critica alle tesi di una scienza unificata, attraverso l’uso di un comune linguaggio osservativo, privilegiava la base empirica e quindi la metaforicità del linguaggio scientifico.

Se il modello di conoscenza della *Nuova Filosofia della Scienza* (Lanfredini, 1995) appare criticabile o comunque difficilmente proponibile quando applicato alle *Scienze Naturali*: esso rappresenta invece una proficua chiave di lettura per comprendere meglio le complesse interazioni tra i diversi linguaggi della *Psichiatria Culturale* (vedi DSM 5, 2012).

A diventare problematici potrebbero essere proprio quei *nodi* della complessa *rete psichiatrica* che richiedono, anche solo per essere descritti, il convergere di diverse *prospettive culturali* spesso orientate nei settori non solo psicopatologico/clinici, ma anche antropologici, etnologici, di credenze, sette, riti, magia, fondamentalismi, ecc.

2) La *Nosologia in Psichiatria Culturale e qui nei Deliri*, occupa una posizione particolare, un po' sconcertante ed enigmatica, nella costituzione della conoscenza ed in rapporto alle varie culture (Gil, 1981). Infatti, se da un lato, in quanto più vicine ai fenomeni, le classificazioni sembrano fornire il materiale preliminare per l'attività teorica, dall'altro si pongono parimenti, come risultato di questa stessa attività.

La posizione delle nosologie nell'ambito di una rappresentazione gerarchica della conoscenza psichiatrica è quindi complessa e, sotto certi aspetti, ambigua. Si possono considerare come stazioni intermedie tra quelle procedure che discendono verso l'Individuale (*idiografiche*) e quelle che ascendono verso il Generale (*nomotetiche*). Ma esse si mostrano inadeguate per ambedue gli scopi: troppo grossolane per cogliere pienamente la varietà del singolare, troppo sovradeterminate per essere un fondamento univoco ad un riconoscimento epistemologico (Bruschi, 1971).

In altre parole, vi è una chiara *circolarità tra le teorie ed i fenomeni*, di cui le tassonomie sono un'interfaccia posta in modo non definitivo.

3) Comunque le diverse discipline si sono sviluppate a seconda delle loro caratteristiche, lungo i due orientamenti. Le *scienze naturali* hanno privilegiato quello nomotetico, mentre le *scienze umane* (antropologia, etnologia, sociologia) si sono maggiormente indirizzate verso gli aspetti idiografici di comunità specifiche (Nathan e Stengers, 1993; Nathan, 1996). La psichiatria, specie culturale, è un nodo in questa rete complessa e le terapie cultural-dipendenti costituiscono un esempio lampante di questo dilemma (Vedi Fig. n. 4). I fatti biografici dell'individuo sono ancora l'oggetto privilegiato di molte discipline. Mentre è permesso al fisico di tralasciare i tratti individuali degli eventi singolari alla pratica dell'ingegnere, o dell'artigiano: non è affatto permesso allo psicologo e allo psichiatra, specie culturale, disinteressarsi dell'individuo e delle sue credenze.

Tuttavia che le discipline idiografiche non possono fare a meno di un orientamento nomotetico: una spiegazione idiografica, spaziale o temporale che sia, presuppone infatti generalizzazioni.

In psichiatria culturale sono identificabili ambedue gli orientamenti. Il metodo sperimentale ed il metodo clinico rappresentano due modalità diverse di trattare i fatti umani: come fatti generali nel primo caso, come fatti individuali nel secondo.

Volendo identificare una zona teorica comune ad ambedue gli orientamenti, questa può essere rappresentata proprio dalla nosologia (teoria tassonomica o classificatoria). Anche la Psicopatologia Culturale basata sulle evidenze privilegia gli aspetti di tale modello.

La rappresentazione del singolo fatto umano, specie quello culturalmente connotato, richiede la contemporanea convergenza di più prospettive: spaziali e temporali; ma anche così l'individualità dell'oggetto diventa un limite, un punto di fuga che con procedure scientifiche, può essere inseguito, ma mai completamente raggiunto (Nathan, 1996). Oltre ad un certo limite, l'agire metodico si trasforma in arte, in tecnica, in stile.

Le regioni di indeterminazioni ed il carattere più o meno completo di una classificazione variano a asconda delle discipline (Gill, 1981). In psichiatria si è visto come le classificazioni risentano sia dei molti scopi a cui esse sono destinate, sia della complessità necessaria che è alla base della loro elaborazione. In *Psichiatria Culturale* tale problema si riferisce anche alle molteplici comunità, ai diversi approcci al disagio mentale ed al loro trattamento.

A livello psicopatologico delle nosologie psichiatriche culturalmente orientate (che coll'evolvere delle culture si pongono come periodiche risistemazioni) convergono molteplici apporti linguistici: dalla cui interazione non si può prescindere essendo questi alla base stessa dei codici che funzionano come organizzatori della conoscenza.

Nell'ambito delle scienze umane, anche ammesso che sia possibile raggiungere un livello di formalizzazione migliore rispetto all'attuale, vi sarà sempre un *universo di fatti* (e che rappresenta spesso lo specifico di queste discipline) accessibile alla comprensione, all'interpretazione ed all'intendimento condiviso.

In Psichiatria Dinamica Culturale il problema è più complesso: il linguaggio recupera appieno la sua funzione comunicativa originaria e come tale si carica di significati e di simboli. Il *linguaggio* diventa così sintomo; da esplicitarsi in un rapporto interindividuale dove la conoscenza è significazione di un dato momento diadico non riducibile. In altre parole si viene a determinare una situazione analoga a quella bene evidenziata da Giddens (1976) in campo sociologico, con la formulazione di *anastomosi* a differenti livelli ermeneutici-analogici. Ed è per ciò che la similitudine può suggerire dei presupposti utili sia alla spiegazione che alla comprensione dei “*Deliri culturali*”.

La psichiatria è innanzitutto un insieme di più schemi teorici in grado di produrre specifici tipi di descrizione e di ritagliarsi un proprio universo di oggetti nel mondo delle cose. Questo livello linguistico, che ha già finalità ermeneutiche proprio per la concezione paradigmatica della conoscenza, si risolve nel rapporto osservazione/teoria, in cui gli aspetti descrittivi non possono essere disgiunti da quelli esplicativi. Ma l'oggetto della Psichiatria Culturale, a differenza di quella delle scienze naturali, è anche un *universo pre-interpretato* da parte degli stessi agenti, ed i cui quadri di significato sono la condizione di esistenza della condotta umana (Rovera, 1984).

La necessità di una *traduzione* si pone quindi a vari livelli: tra linguaggio teorico e descrittivo, tra il linguaggio espressivo e quello descrittivo: ed infine tra i precedenti ed il *linguaggio che norma le diverse culture*. È interessante notare come in larga parte, questa esigenza trovi il suo coronamento (ma anche una soluzione non definitiva) proprio a livello della *nosologia*. Basti ricordare il DSM 5 quando si riferisce alle Valutazioni Diagnostiche ed alla Psichiatria Culturale.

A concorrere alla determinazione delle *categorie diagnostiche* contribuiscono, come già detto, molti criteri. Ognuno di essi può essere preso in considerazione isolatamente, o in rapporto ad altri, fino a formare delle griglie di complessità variabile. Si può dire che l'operazione di mappatura di una certa comunità culturale corrisponda a determinate esigenze. Una mappa perfettamente esaustiva sarebbe coincidente con il territorio della comunità; ma quando anche questa fosse realizzabile, sarebbe inutile, se non venisse condivisa dalla cultura che viene mappata.

Le *procedure ideografiche* per analogia tendono a privilegiare mappature di questo tipo, perché il *singolo* resta il punto di fuga uno e irripetibile che non è mai pianamente identico all'*altro*.

4) Ma vi è un lato indubbio: che ogni *classificazione* corrisponde in qualche modo ad una base comune di corrispondenza umana di cui rappresenta uno strumento di conoscenza. Allo stato attuale si può sostenere una sorta di *rete articolata*, dove la relazione tra i fenomeni e le loro denominazioni e quelle tra il vocabolario di base e le classificazioni siano intese in modo sufficientemente flessibile ma attendibile. Nella rete di significati entro cui si dispiegano i diversi livelli e tipi di linguaggi delle *varie culture*, si realizzano nuove possibili connessioni, *nuove anastomosi*, che impongono l'uso di nuove regole di traduzione e di corrispondenza (Rovera et al, 1984, 2014).

Grazie a tali connessioni interpretative, la rete risulta utilizzabile come teoria di riferimento alla quale da certi dati empirici è possibile risalire, di cui procedere attraverso definizioni ed ipotesi ad altri punti: dai quali per mezzo di un altro filo interpretativo, si può infine ridiscendere al piano dell'osservazione empirica. In questo caso, il modello è rivolto a culture diverse che hanno una base comune e che quindi permettono di indirizzarsi ad una nosologia compatibile ai differenti linguaggi espressivi, culturali e quindi ad una traduzione dei sintomi condivisibile.

Sebbene in Psichiatria Culturale ciò presenta grandi difficoltà e permane con indeterminatezze nomologiche e metodologiche di fondo, (specie in certe regioni di confine): dal punto di vista dell'impostazione metodologica, in una *valutazione diagnostica* delle sindromi deliranti non si può prescindere né dalla rete dei *tre aspetti* (descrittivo, espressivo e prescrittivo); né dal fatto che si è costretti se non ad abbandonare singoli fattori per abbracciare un altro ordinamento di fattori almeno si dovrebbero contestualizzare le *ipotesi eziopatogenetiche* (vedi Figure n. 3 e 4).

Ad esempio: nei vari *modelli psicopatologici* i criteri seguiti cercano dei caratteri distintivi a livello più o meno patognomico: e quindi si prospetta un cammino di tipo induttivo, dalla parte all'insieme, dal sintomo alla sindrome, dal fenomeno all'orientamento contestualizzato. Si potrebbe dire che uno degli aspetti a cui ci si riferisce quando si parla dei *deliri culturali*, ci si orienta tanto a una *sindrome*

(pseudologia fantastica o credenze apocriefe) o a *quadri clinici* (deliri confusionali) quanto a *sintomi patognomonici* (deliri primari in senso jaspersiano/schneideriano).

5) Un ulteriore problema è quello della *compatibilità o meno del rinvio da un ordinamento all'altro*: naturalistico convenzionale – magico soprannaturale. Tale questione sembra essere elusa anche nel DSM 5 che propone un modello ateorico. In una Psichiatria Culturale sembra che le risultanze epistemologiche, cliniche ed operative circa i quadri clinici, pongano in crisi sia l'osservazione diretta, sia l'uso degli strumenti di osservazione, sia l'esemplificazione classica. Più che non un *pomo della discordia*, esse dovrebbero costituire una *chiave di lettura*: o se non altro un criterio di indagine regolativa (attualmente non costitutiva) che si riallaccia ai problemi di merito, al significato dei metodi, ai contenuti e alla pratica stessa della psichiatria culturale.

Infatti, dalle terapie messe in atto si nota come la configurazione nosologica dipenda non soltanto dalle ipotesi eziologiche ma pure dai metodi utilizzati per evidenziarle.

Solo con approcci pluridiagnostici, e quindi tenendo conto di più prospettive, che non di limitano alle sole indagini psicopatologiche-cliniche, ma comprendano ricerche biochimiche, genetico ereditarie psicodinamiche, studi sulle risposte al trattamento: si potrà cogliere appieno la loro configurazione e comunque la loro collocazione clinica, senza cancellare le sfumature dalle differenti culture.

B) Normalità e Devianza

Sembra utile porre il tema della normalità e devianza rispetto ai *Deliri*, in quanto i confini in Psichiatria Culturale tra credenze, magie, miracoli non sono così definibili.

Karl Jaspers (1883-1969), condensa in poche righe il problema della Psicopatologia nei diversi ambienti culturali. Egli dice: “A quanto ci risulta le manifestazioni psicopatologiche sono eguali nei tre grandi domini culturali: l'Asia Orientale, l'India e l'Occidente. Le determinazioni dei loro *contenuti* cambiano in rapporto alle concezioni dominanti. Le strutturazioni fino nelle singole deviazioni psicopatologiche sono però identiche”.

L'affermazione di Jaspers (1959) si basa su una *concezione fenomenologica* della nozione di *Norma e Devianza* in Psicopatologia, che può essere contestata metodologicamente dalle posizioni ascrivibili al Relativismo Culturale radicale, per le quali sul piano pratico ogni norma del comportamento non sarebbe stabilita una volta per sempre, ma sarebbe variabile a seconda dell'area culturale: sicché la *diagnosi* di sanità o malattia psichica esiterebbe in *discutibili criteri nosologici*.

In effetti, un discorso strettamente fenomenologico sulla *norma* stralcia il problema dal categoriale e lo immerge nel contesto dell'esperienza originaria e anti-predicativa; anteriore ad ogni scienza ed a ogni riduttività scientifica.

La *normalità* sarebbe in questa direzione nascosta nel mondo della vita e da qui dovrebbe procedere un'analisi fenomenologica delle condizioni di possibilità della norma, con modalità di azioni universalmente valide per gli uomini, ovunque ed in ogni tempo.

A questo tipo di modello si attiene la riflessione di Kurt Schneider (1965) che sottolinea come le manifestazioni psicopatologiche con cui ha a che fare la Psichiatria, non possono essere connotate come *sintomi* di qualcosa che abbia la sua ragione unica d'essere somato-genetica (e come tale indizio di malattia), ma come *segni* significanti che si connotano nella loro infinita cascata di rimandi in *formazioni psicopatologiche*.

2) Da un'altra prospettiva è situabile l'*analogia metaforica* di Tellenbach (1961) che definisce la psichiatria classica come un *camaleonte di metodi* giacché si vede costretto a cambiare ogni volta il "luogo metodologico" secondo l'orizzonte di ricerca in cui si colloca. Ciò potrebbe mutare anche il significato complessivo e non univoco dei termini "Deliri e Culture".

In effetti, nella misura a) in cui si fa della *psicopatologia clinica* (anche la più articolata com'è quella schneideriana) il metodo è quello Jaspersiano. b) Nella misura in cui si utilizza invece la *fenomenologia antropologica* il metodo è quello Husserliano e heideggeriano (Borgna, 1988). c) Nell'ambito di una *Psicopatologia Culturale* in cui si tende a superare una impostazione rigida si elabora una metodica che tenga conto della pluralità culturale relazionale. d) Con l'approfondire non solo le differenze ma assumendo una contestualizzazione (non un comparativismo positivistic) che correli i

vari contesti disciplinari (ad esempio: sacro/profano; miti/riti; deismo/teismo; miracoli/magia; sciamanesimo/estasi; e qui soprattutto delirio/credenze) si potrebbe giungere ad una *disciplinarietà interattiva dinamica*.

Giacché gli aspetti culturali rispetto ai *criteri di normalità e devianza* presuppongono una valutazione data dal fatto che le varie culture non si presentano come un tutto unitario, ma con una base comune che ha specifiche caratteristiche: una ricerca culturale rappresenta non tanto un'indagine comparativa dei vari gruppi culturali quanto lo studio di una *rete* dei canali e dei nodi di interconnessione (qualità, portata, significazione). In questo modo le diverse *culture* esprimono il loro particolare rilievo anche attraverso l'espressione del malessere fisico e psichico.

Per quello che riguarda i “*deliri culturali*” non solo nella configurazione psicopatologica ma in quella clinica, Fabrega (1987), applicando la concezione relativistica (ad esempio per le “*bouffées deliranti*”) sottolinea il concetto di *determinazione culturale specifica*: mentre Deveraux (1970) ricusando l'esistenza di una schizofrenia nucleare, secondo i criteri nosologici classici, cerca di dimostrare che società tradizionali hanno una radicale differenza dalle società occidentali: questa includerebbe presso ogni individuo che introietta un modello schizoide (e quindi paradirante) il quale potrà successivamente in qualche individuo tradursi in una schizofrenia conclamata: ciò porterebbe a modellare anche le cosiddette “*psicosi etniche*”.

3) Ed è che in questa direzione che l'*epidemiologia moderna* studia gli avvenimenti della vita, le condizioni esistenziali, l'importanza della spiegazione (*Erklaren*), della comprensione (*Verstehende*) per tendere ad un *capire* (*Begreifen*) che non è mai completo: ma che ci introduce in quegli *enigmi concreti* (Jaspers, 1903-1959) che riguardano l'importanza dei vissuti nei primi cicli dell'arco di vita; la vulnerabilità, l'interazione cogli eventi esistenziali, le credenze più o meno apocrife, il pensiero onnipotente, ecc. che preludono ai *Deliri culturali* in svariate forme di configurazione psicopatologiche: primarie e/o secondarie, “semistrutturate”, di quadri clinici definiti attraverso contenuti culturali (magici, religiosi, persecutori, ecc.).

In tale intreccio è meglio utilizzare la similitudine metaforica di “*anastomosi*” applicabile alle reti personali, sociali, culturali e quindi alla teoria, alla metodologia,

alla psicopatologia, alla nosologia, alla valutazione diagnostico/prognostica ed ai tipi di trattamento.

La configurazione di questo approccio sottolinea la complessità dell'argomento e pone l'attenzione sull'ipersemplificativo *danno iatrogeno* per una *lettura causale "semplicistica"* da cui può emergere il *delirio culturale*.

È necessario tenere presente che l'individuo è immerso nella cultura (di origine, di appartenenza e anche di annessione) lungo tutto il percorso della sua esistenza: dallo sviluppo, dall'integrazione dei modelli culturali, dall'educazione linguistica e religiosa, dagli effetti della pressione sociale e dall'aspirazione alla propria realizzazione frustrata (talora finzionale, compensatoria, ecc.).

I fattori di rischio o di devianza dalla norma non solo psicologica ma istituzionale sono facilitanti o predittivi, molteplici o correlati fra loro. Vale a dire che vi è la necessità di *cooperazione fra le varie ricerche* in Psichiatria Culturale: pur mantenendo i confini antropologici e sociologici (Chanoit e Lermuzeau, 1995) che attraverso lo studio delle *molteplici anastomosi* rientrano nella rete stessa delle discipline Psichiatriche che rappresentano comunque un "osservatorio" privilegiato per l'individuo umano.

C) Norma e devianza psicologica

1) La distinzione tra norma e devianza è in psichiatria più difficile che in altre discipline mediche, giacché i confini non sono delimitabili in modo netto (Biondi, 1999). Vissuti e comportamenti comuni e normali sfumano per gradi verso condizioni anormali e patologiche, specie per le *sindromi deliranti culturali*.

La grande varietà delle credenze e le differenti nosologie e delle patologie deliranti rendono incerto il concetto di una normalità uniforme.

È importante sottolineare come i due principali sistemi nosografici contemporanei dei disturbi mentali più diffusi a livello internazionale, il DSM 5 (2012) e l'ICD 10 (1992), pongano l'attenzione sul ruolo del *contesto culturale* per la valutazione del confine tra normalità e patologia. Gli estensori del DSM fanno presente come il clinico debba essere cauto nel fare una con le categorie del DSM in ambiti culturali non occidentali e chiariscono come "quando un'esperienza o un comportamento sono ritenuti "normali" per una particolare cultura (non andrebbero considerati come

patologici ad esempio le allucinazioni della voce del defunto, oppure *stati di trance* o *possessione* in determinate culture).

2) I contesti su cui è possibile basare la distinzione tra una diagnosi clinica e i criteri convenzionali di normalità e patologia sono numerosi e difficilmente applicabile, sicché la norma come categoria unica si apre a ventaglio nelle sue diverse dimensioni. Le principali di queste su cui basare i criteri per il confine tra normalità e patologia sono, per Biondi (1999), raggruppabili in *nove categorie*:

- Norma statistica
- Norma biologica
- Norma delle alterazioni di forma e contenuto del pensiero
- Norma della devianza della condotta sociale
- Norma della cultura d'appartenenza (norma antropologico-culturale)
- Norma di funzionalità psicosociale e lavorativa
- Norma di sviluppo psichico affettivo
- Norma soggettiva e del vissuto individuale
- Norma etologica

Quello che qui interessa maggiormente è il criterio della *norma antropologico-culturale*.

Le culture umane mostrano una grande varietà di abitudini, di credenze e orientamenti di valori. Gli studi di antropologia e di psichiatria transculturale hanno posto in evidenza come i criteri di normalità o patologia possano in determinati casi non dipendere dello stile delle credenze ma possano variare a seconda della cultura di appartenenza del soggetto (Biondi, 1999).

Esistono infine *patologie psichiatriche peculiari di determinate culture*, che confermano l'esistenza di una variabilità dei temi e delle manifestazioni di natura psicopatologica e clinica dei loro trattamenti.

3) I costumi, credenze e convinzioni che potrebbero rivestire significato patologico, o anormale, secondo i membri di una cultura possono essere del tutto normali per membri di altre culture (esempi sono le esperienze sessuali, le modalità di accudimento della prole, le regole di matrimonio e della parentela, le credenze religiose, magiche o soprannaturali, eccetera).

La norma culturale (spesso legata a credenze religiose) è dotata di una specifica autonomia sia nella teoria che nella pratica clinica (vedi il caso clinico al Par. VII).

Data la presenza della corrente immigratoria da paesi dell'area orientale e nordafricana in Italia in questi ultimi anni, il criterio della norma antropologico-culturale va sicuramente posto in evidenza anche per il tema dei *deliri culturali* (Bartocci e Zupin, 2016). Le pratiche di cura dell'infanzia (e quindi il *tipo di attachment*) mostrano una variabilità molto elevata da cultura a cultura. Potrebbe essere anche la soglia di tolleranza e il grado di funzionamento psicosociale richiesto dalla cultura di appartenenza a concorrere a determinare *il passaggio da tratto a disturbo* (Biondi, 1999).

Un esempio di grande variabilità d'interpretazione dipendente dalla cultura di appartenenza è quello degli stati di *trance e di possessione* (Figura n. 3). Sono riportate in diverse culture umane spiegazioni *naturalistiche* (stati alterati di coscienza, ipnosi, dissociazione, azione di sostanze chimiche). Tali fenomeni (*trance*) possono invece essere valutati in altre culture sia come fenomeni normali che anormali o patologici.

4) Un altro aspetto della variabilità culturale riguarda le diverse *modalità di espressione e di presentazione della sofferenza*: tale modalità è più mentalizzata in occidente. In alcune popolazioni tradizionali è difficile tradurre i sintomi "ansia" o "depressione" perché non esiste il corrispettivo del termine: e lo stesso vale per i "deliri".

La *presentazione somatica dell'emozione* è d'altra parte processo comune e molto antico: esso coinvolge espressivamente organi come il cuore, l'intestino, gli occhi, le ossa (e non era questa una delle caratteristiche dell'*isteria*?).

Il fatto interessante è che forse gli *stati di coscienza* in anastomosi con la *struttura di personalità* (e quindi con lo *Stile di Vita*) possono essere *influenzati dalla cultura di appartenenza* (Ey, 1953; Rovera, 1982).

A scopo illustrativo si propone uno *schema* non esaustivo (riportato da Biondi, 1999) qui in parte modificato, che espone, già a partire dalle “*cause*” (eziologia) gli *sviluppi* (patogenesi) e le *modalità espressive* (sintomatologia clinica) di alcuni *comportamenti* (quadri clinici) che sottolineano differenze e analogie di manifestare il malessere fisico e psichico in diversi contesti culturali.

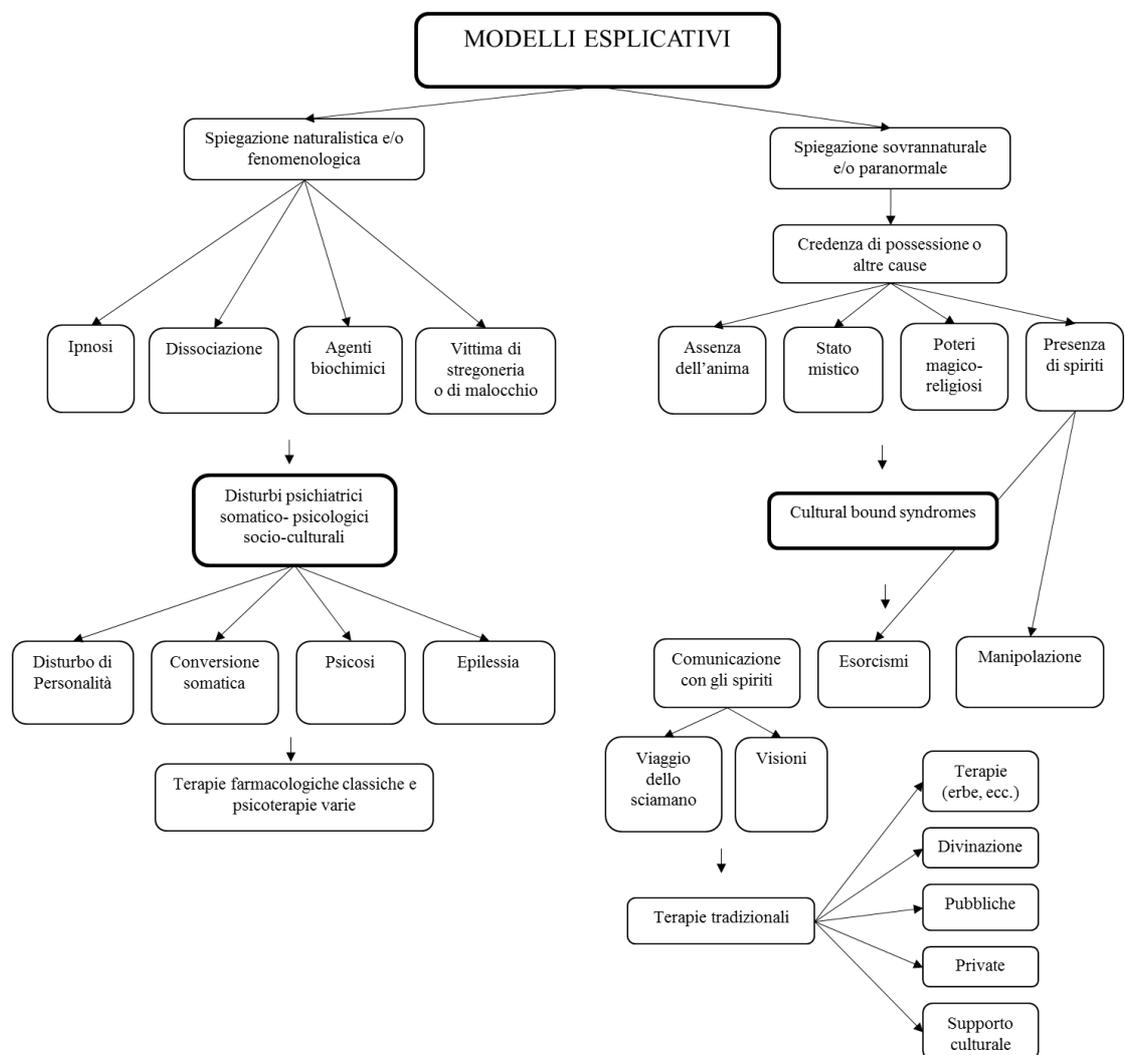


FIGURA 2 - ORIENTAMENTI DIAGNOSTICI CULTURALI (Biondi, 1999) *modificata*

A differenza di altri criteri, che pongono delimitazioni al concetto di devianza e normalità, il *criterio della norma antropologica* ne dilata i confini includendo molti disturbi psicopatologici sotto l'ombrello della varietà antropologica delle culture umane. Il rischio è di trasformare il concetto di *norma antropologica* in una *regola giustificabile*, purché si dimostri che un certo tipo di comportamento, o di convinzione delirante sia o sia stata presente in qualche cultura umana.

Tale rischio dovrebbe riferirsi ai *criteri di una valutazione clinica* contestualizzata, relativa alla manifestazione osservata, che possono diagnosticare la presenza o assenza ed il significato di psicopatologia pur tenendo conto della *relatività culturale*.

La cultura d'appartenenza influenza e spesso determina credenze, riti e valori, convinzioni, e anche *stati di coscienza* e può favorire attraverso le istituzioni determinate strutture di *personalità* anche abnormi. Vi sono dei limiti dei criteri di variabilità culturale della norma: sia troppo rigide, sia troppo elastiche. Senza giungere ad utilizzare il *rasoio di Ockam* (1280-1349), le teorie scientifiche o culturali non dovrebbero a questo riguardo essere introdotte in contrasto con i criteri clinico-psicopatologici convenzionali.

Questo tema si pone in termini specifici rispetto alle *problematiche dei deliri culturali*.

5) Per ridefinire il problema ci si potrebbe riferire al *concetto di norma costituita da più dimensioni* (Biondi, 1999). I *nove criteri* prima enunciati possono essere utili a questo proposito rispetto al rigido approccio categoriale ed evitano nette resezioni tra normale e patologico. Il concetto di dimensione porta con sé il concetto di *“prendere la misura”* (nel nostro caso rispetto alla cultura e alle credenze del paziente in cura, in rapporto agli operatori della salute) (Par. VI).

Senza polverizzare la categoria diagnostica convenzionale, gli stati alterati considerati tali dovrebbero essere esaminati e valutati senza pregiudizi nosologici, ma non conoscendo i criteri di norma si può raffigurare tra il confine di normalità e anormalità e poi assegnare, almeno ipoteticamente, il quadro osservato ad una nosologia collaudata ma non stigmatizzante.

6) Biondi (1999), propone un normogramma che dovrebbe esprimere una sintesi della collocazione di un soggetto secondo varie dimensioni di normalità/patologia offrendo

una descrizione accurata ma sul piano culturale con certezza relativa rispetto all'unica scelta tra presenza o assenza di una diagnosi categoriale.

Ad esempio, un soggetto che soddisfi più dimensioni ha più probabilità di soffrire di un disturbo psicopatologico che non una sola: se egli presenta alcuni disturbi formali del pensiero non necessariamente è delirante. Lo stesso vale per un soggetto con credenze stravaganti. La presenza simultanea di più criteri rende più probabile la presenza di una patologia in senso specialistico. Questo si riflette nel fatto che più criteri insieme rendono più probabile la soglia per il manifestarsi di disturbi psicopatologici e delle funzionalità individuali.

Rispetto alle *sindromi deliranti culturali* il normogramma rappresenta una sfida non facilmente realizzabile. Attualmente è ancora più funzionale e clinicamente appropriato prima di utilizzare criteri di riferimento della Psichiatria classica, osservare attentamente la credenza, i cerimoniali, gli orientamenti di valori della comunità di appartenenza del paziente.

Il *metodo del normogramma* può essere utile se effettuato più volte sullo stesso paziente, ad esempio prima e dopo la terapia, o nel decorso di un disturbo: ad esempio quelli relativi ai disturbi formali o del contenuto, alla funzionalità psicosociale, alla sofferenza soggettiva e all'inclusione o meno del contesto di appartenenza, anche infantile, in cui l'individuo ha vissuto.

7) Considerare, inoltre, la *pluralità delle culture* come un concretarsi dei rapporti tra le stesse, comporta un duplice processo di diffusione verso l'esterno e di accoglimento all'interno (Rossi, 1983).

Se il contesto storico rappresenta il luogo di incontro delle culture: una Psicopatologia (generale e clinica) deve rifarsi da un lato ai riferimenti fenomenologici, ma dall'altro ai vari processi ed eventi umani che li sottendono (Rovera, 1990).

In base a questa prospettiva i rapporti tra le culture possono venire intesi in interrelazione tra loro. Ciò conduce non solo ad una interpretazione del processo di trasformazione culturale, ma fornisce la possibilità di "tradurre" (perdendo pure sempre qualcosa), le linee guida di una cultura in un'altra senza "rottura

epistemologica”. Senza pretendere di gerarchizzare le varie culture nel senso di pari dignità.

In questo senso uno studio sui deliri culturali si avvale di una dimensione interculturale, non comparativa ma contestuale rispetto ad una Pluralità Culturale Relazionale.

D) Ulteriori argomenti in Psichiatria Culturale

Vi sono problematiche da discutere e difficoltà rispetto *Specifici Modelli di Psicopatologia Generale e Clinica*.

1) Le concezioni di Karl Jaspers (1913) nella Parte Quinta del suo Trattato di Psicopatologia Generale (VII Ed. del 1959), si rivolgono alla *vita psichica anormale nella società e nella storia*.

Viene quindi sottolineata *l'importanza della situazione sociologica* per la malattia psichica, nonché la determinazione dei *contenuti culturali e del contesto storico*. L'ambiente intellettuale, le opinioni, le credenze ed i valori dominanti hanno una notevole importanza in quanto *favorirebbero certe anomalie psichiche*, mentre impedirebbero lo sviluppo di certe altre.

Molte osservazioni psicopatologico-cliniche sarebbero da porre in relazione con lo “spirito dei tempi e dei luoghi” e quindi da rapportarsi al contesto culturale (Rovera e Fassino, 1979).

Manifestazioni quali ad esempio “superstizioni o magia”; miracoli, incantesimi, possessioni, epidemie psichiche (da contagio emotivo?), stregoneria, stati orgiastici, spiritismo, eccetera: mostrerebbe non tanto uno stato pre-delirante quanto un retrospettivo ruolo dell'isteria nella storia, che sottolineerebbe come fenomeni psicopatologici fondamentali abbiano dinamismi nucleari analoghi, sebbene con rappresentazioni sintomatiche differenti. Ciò sarebbe dovuto alla presenza “momenti” psicopatologici generali quali ad esempio la suggestionabilità, la conflittualità, gli impulsi aggressivi, eccetera.

Nei pochi millenni della storia sono avvenute imponenti *trasformazioni culturali*: ma nonostante ciò le disposizioni fondamentali dell'individuo umano non sembra essere

cambiata in modo evidente. Un particolare problema sembra essere quello posto dagli *stati d'animo arcaici* studiati dagli etnologi e dagli antropologi nei cosiddetti popoli primitivi. La preistoria dell'uomo "civilizzato" (in Cina, in India, in Canada e pure in Occidente) avrebbe un *sedimento di 2 tipi, di pensiero e di coscienza*: ciò distinguerebbe la vita psichica delle culture arcaiche dalla nostra.

- I *cosiddetti civilizzati penserebbero a coscienza lucida e delimitata*, distinguendo tutto da tutto (oggetto e soggetto, realtà e fantasia, le cose tra loro, ecc.) in costante relazione con la realtà empirica.
- Il modo di pensare prelogico, sarebbe invece intuitivo, simbolico e fonderebbe le immagini, in un movimento eterogeneo. Lo spazio ed il tempo si mescolerebbero come le categorie della realtà e del pensiero logico.
- Se si osservano contestualmente i contenuti delle *esperienze deliranti*, i modi di pensare, le caratteristiche degli oggetti, i fantasmi: a prima vista il loro disordine sembra caotico. Inoltre, il simbolismo, il pensiero per immagini apparirebbe sorprendentemente parallelo con i miti, con le concezioni e con i modi del pensiero arcaico.

Jaspers (1959) condensa in poche righe questo problema nei diversi contesti culturali. Egli dice: "A quanto ci risulta le manifestazioni psicopatologiche sono eguali nei tre grandi domini culturali: l'Asia Orientale, l'India e l'Occidente. Le determinazioni dei loro *contenuti cambiano* in rapporto alle concezioni prevalenti. Le manifestazioni, sono però identiche nelle singole devianze anche "neurotiche".

2) Le concezioni di Jaspers (1959) si basano su un modello fenomenologico circa la nozione di *Norma e Devianza in Psicopatologia*: esse possono essere contestate metodologicamente dalle posizioni ascrivibili al Relativismo Culturale Radicale, per le quali sul piano pratico ogni norma del comportamento non sarebbe stabilita una volta per sempre, ma sarebbe variabile a seconda dell'area culturale. In tal modo, il criterio di sanità o malattia psichica sarebbe correlato al paradigma culturale.

Un discorso strettamente fenomenologico sulla epistemologia della norma tuttavia ribalta il problema fondamentale della norma, stralciandola dal categoriale ed

immergendola nel contesto dell'esperienza originaria e anti-predicativa, che è anteriore ad ogni scienza ed ad ogni riduzionismo scientifico.

La normalità sarebbe allora nascosta al *mondo della vita* e da qui dovrebbe procedere un'analisi fenomenologica delle condizioni di possibilità della norma con modalità di azioni universalmente valide per gli uomini, ovunque ed in ogni tempo.

In queste direzioni si è avviata la riflessione psicopatologica clinica di Kurt Schneider (1965) che ha sottolineato come le manifestazioni psicopatologiche (con cui ha a che fare anche la psichiatria culturale), non possono essere connotate come *sintomi* (di un qualcosa che abbia la sua ragione d'essere somato-genetica e come tale indizio di malattia) ma come *segni* (significanti che si connotano nella loro indefinita cascata di rimandi).

La psichiatria come “scienza della natura” non avrebbe quindi fondazioni radicalmente empiriche e si dovrebbe più parlare di “formazioni psicopatologiche”, che non di malattia.

3) Si dovrebbe giungere a ciò mediante l'utilizzo di *nuove metodologie psicopatologiche*, attraverso territori di frontiera che tengano conto sia dei centri focali che dei confini. Pare che qui si possano cogliere spunti psicopatologici utili, attraverso opportuni “*programmi di ricerca*” atti ad affrontare con strumenti adeguati, determinati e specifici problemi. Tra questi ricordiamo per esempio:

- In quale misura l'Orientamento di Valori presente nelle diverse culture possono incidere sulla morbilità psichiatrica (cfr. ad esempio le confessioni religiose, le credenze).
- In che modo le manifestazioni sintomatologiche di una entità nosologica riconosciuta come basale differiscono tra loro a seconda del contesto culturale in cui compaiono (cfr. il riferimento è qui ai contenuti dei deliri culturali).
- Quali configurazioni assumono, se si manifestano, sindromi peculiari di determinate culture e quale significato psicopatologico clinico possono avere.
- Come agisce il cambiamento culturale e le conseguenze che ne derivano sulle aree di crisi circa il disagio psichico (cfr. ad esempio i flussi migratori).

- Quale rapporto esiste tra fattori socio-culturali tradizionali di espressione della corporeità e della sessualità e dell'aggressività.
- In quale misura ed in che modo una "cultura" può condizionare l'eventuale "conversione" di una sintomatologia psicologica in psicosomatica o viceversa.
- Quali sono le forme di intervento (assistenziale, farmacologico, psicoterapeutico) più accettate ed adatte alle diverse culture, ed in che cosa consiste l'efficacia dei trattamenti tradizionali messi in atto dai "curanti" indigeni o convenzionali.

Classificazioni coordinate (DSM 5, ICD-10 ed altri modelli) in cui è compresa anche l'analisi storica e documentaria possono aiutare le *helping professions* nell'esame dell'individuo nel suo gruppo culturale e nella propria comunità sociale.

Ipotesi metodologiche e modelli di strategie (che non giungono solo ad una mera matematizzazione dei dati), sono importanti per la "logica della dimostrazione", ma questa si pone dopo che la "logica della scoperta" abbia individuato i problemi e che la pratica nosologico-diagnostico-terapeutica abbia collaudato il suo agire significativo attraverso strumenti appropriati.

Infatti i temi della psicopatologia e psichiatria, qui specie volti ai *deliri culturali*: sono attinenti all'organizzazione, al potere, al conflitto, all'emarginazione, all'alienazione, ecc., non si possono comprendere e unicamente con riferimenti di tipo numerico o neuroscientifico "come se" sintetizzassero delle fredde radiografie: ma si devono utilizzare mappe, paesaggi, ritratti sotto una dimensione psicopatologica clinica complessiva e nell'ambito di un preciso contesto storico culturale.

4) Tseng (2002) definisce la relazione funzionale esistente tra discipline culturali e discipline psicologiche in termini processuali e dinamici, in modo da poterne sia descrivere la dimensione diagnostica, nel qui e ora, sia l'incontro in termini storici e psicosociali (Inghilleri, 2009).

Su questa linea di pensiero, Tseng (2001) ha sviluppato un *modello dell'influenza della cultura sui processi psicopatologici* seguendo uno schema a sei punti, a seconda della relazione esistente tra psichiatria e cultura. La cultura, in questo caso, può agire con modalità differenti:

- Mettendo a disposizione specifiche credenze che possono svolgere *funzione patogena* (per esempio *koro* o *dhat*).
- Con una *funzione patoselettiva*, ovvero facilitando, a livello individuale, la selezione di specifici comportamenti patologici alla gestione dello stress (per esempio, *amok*).
- Con una *funzione patoplastica*, contribuendo cioè a definire le manifestazioni psicopatologiche specifiche, in termini di quadro clinico nel suo complesso (per esempio, *brain fag syndrome*).
- Con una *funzione patoeleborativa*, enfatizzando alcuni stati mentali, sino ad una elaborazione tale da definire reazioni comportamentali uniche (per esempio, *latah*).
- Con una *funzione patofacilitante*, nella misura in cui influenza la frequenza delle manifestazioni psicopatologiche (per esempio, *isteria di massa* o *abuso di sostanze*).
- Con una *funzione patoreattiva*, determinando all'interno di un gruppo le modalità di interpretazione e l'esito di specifici stati mentali (per esempio, *susto*).

Lo sforzo di rendere culturalmente fondata l'impostazione del DSM ha introdotto all'interno dell'approccio cross-culturale un dibattito ricco e articolato. Tuttavia, sono molte le perplessità che rimangono davanti all'impostazione di questo strumento di valutazione. In particolare, esse riguardano l'uso delle variabili culturali nel DSM: si sottolinea come la loro introduzione lasci sostanzialmente inalterato l'approccio generalizzante della psicopatologia occidentale, e cioè la tendenza a sviluppare un sistema diagnostico attraverso categorie preordinate fondate su un'elaborazione statistica. La critica principale mossa alla posizione cross-culturale comparativistica riguarda la visione delle culture come entità statiche e ciò l'assunto che fa corrispondere a un determinato gruppo socioculturale specifici tratti comportamentali e valoriali, condivisi dai vari membri del gruppo e costanti nel tempo e nello spazio. Alle culture verrebbe così conferito uno status di essenzialità che permette di descriverle e confrontarle tra loro, ma che rischia di ipersemplicizzare e travisare la

relazione tra la sofferenza degli individui e i loro contesti culturali reali. In altre parole, a parere di alcuni studiosi, le dimensioni individuale e culturale devono essere considerate tenendo anche conto delle circostanze specifiche (storiche, geopolitiche, sociologiche e ideologiche) all'interno delle quali si manifestano le singole esperienze di sofferenza (Jilek, 1992; Beneduce, 2007).

E) La questione nosologica

1) A diventare più “problematici” potrebbero essere proprio quei nodi della complessa rete psichiatrica che richiedono, anche solo per essere “descritti”, il convergere di molte diverse prospettive, orientate *sia in senso longitudinale che trasversale*. E questo potrebbe essere appunto il caso della Psichiatria Culturale (Rovera et al., 1984).

“La *teoria nomotetica* (cioè relativa a leggi generali e verificabili) (Bruschi, 1971) nelle *teorie monotetiche e politetiche*, ricerca leggi generali (rivolgendosi a una teoria o a più teorie) per mezzo delle quali descrivere, spiegare, prevedere e verificare un dato generale senza riferimenti spaziali e storici, cioè senza occuparsi dell'individuo e di un *universo di fatti*.

Invece nelle discipline antropologiche/culturali dovrebbero essere contestualizzabili le teorie *monotetiche* (proprietà di una teoria singola) e *politetiche* (proprietà di più di una teoria ma non di tutte).

Le *classificazioni* (le *tassonomie*, le *nosografie* e le *nosologie*) in Psichiatria Culturale, occupano una posizione particolare, un po' sconcertante ed enigmatica, nella costituzione della conoscenza e in rapporto ad essa. In primo piano è il problema del rapporto di queste organizzazioni del sapere con le teorie e i fenomeni. Infatti, se da un lato, in quanto più “vicine” ai fenomeni, le “classificazioni” sembrano fornire il materiale preliminare per l'attività teorica, dall'altro si pongono parimenti, come risultato di questa stessa attività.

La *teoria idiografica* si occupa invece, degli aspetti biografici. Essa vuole descrivere e spiegare un particolare universo e ne vuole fare la storia basandosi sul *contesto fattuale* (Fig. 2).

2) La posizione delle “*nosologie*” nell’ambito di una rappresentazione della conoscenza psichiatrica è quindi complessa e, sotto certi aspetti, ambigua. Si possono considerare come “stazioni” intermedie tra quelle procedure che discendono verso l’individuale (*idiografiche*) e quelle che ascendono verso il generale (*nomotetiche*); ma mostrandosi tutto sommato inadeguate per ambedue gli scopi: troppo grossolane per cogliere pienamente le varietà del singolare, troppo sovradeterminate per essere un fondamento univoco ad un riconoscimento epistemologico (ed è per questo che l’accezione è più accostabile in Psichiatria Culturale coi vari termini di *monotetico* (caratteristica del pensiero scientifico occidentale) e di *politetico* (più consueto nelle molteplici culture).

La “*nosologia*” e la *tassonomia* quale criterio di classificazione, rappresenta una specie di livello intermedio di organizzazione della conoscenza. Al di sotto di essa vi sono “collezioni” di sintomi e di segni, ma che diventano utilizzabili, sotto il profilo operativo, solo se raccolti, raggruppati e designati attraverso opportuni criteri. Le “classificazioni” sono per così dire, un’interfaccia tutt’altro che data o posta in modo definitivo: ed è questo uno dei problemi non ancora definiti circa l’area delle sindromi deliranti culturali.

Comunque le diverse discipline si sono sviluppate a seconda delle loro caratteristiche, lungo due orientamenti. Le *scienze naturali* hanno privilegiato l’orientamento nomotetico, mentre le *scienze umane* si sono maggiormente indirizzate verso gli aspetti idiografici. La *Psichiatria Culturale*, attraverso la *nosologia*, è una sorta di *anastomosi* in questa rete complessa e le *patologie cultural-dipendenti* costituiscono un esempio di tale dilemma (Nathan, 1993).

Tuttavia anche le *discipline idiografiche* non possono fare a meno di un *orientamento nomotetico*: una spiegazione idiografica, storicamente e culturalmente dato, grazie alla *nosologia*, presuppone infatti generalizzazioni nomotetiche (Bruschi, 1971).

Sicché, volendo focalizzare anche per le *sindromi deliranti culturali* (versus le teorie nomotetiche e versus le teorie idiografiche) una *zona comune ad ambedue gli orientamenti*, può essere rappresentata proprio dalla *cerniera nosologica o tassonomica o classificatoria* (Figura 3).

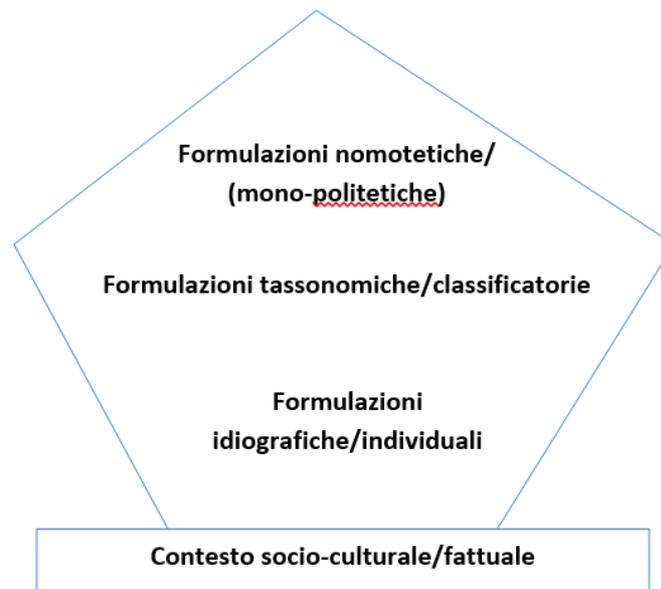


FIGURA 3 - PROPOSTA DI MODELLI NOSOLOGICI IN PSICHIATRIA CULTURALE (Rovera et al., 1986), *modificata*

La rappresentazione del singolo fatto umani (e specie di quello culturalmente connotato) richiede la contemporanea convergenza di più prospettive, spaziali e temporali: ma anche l'individualità dell'oggetto diventa un limite che, con procedure scientifiche, può essere perseguito, ma mai completamente raggiunto. Oltre un certo limite l'agire metodico si trasforma in arte, in tecnica, in stile.

La multidimensionalità, e quindi la pluralità e la relatività culturale, si rivelano elettive verso l'individuale, finiscono per ostacolare il *modello nomotetico* che richiede, al contrario, caratteristiche politetiche del proprio oggetto. Ora è evidente che se una "nosologia" deve corrispondere alle esigenze conoscitive sia del "versante" nomotetico, politetico, che di quello idiografico, può rivelarsi, sotto certi aspetti, inadeguata allo scopo.

Le regioni di indeterminazione e il carattere più o meno completo di una classificazione variano a seconda delle discipline. In psichiatria, culturale le *classificazioni* risentono sia dei molti scopi a cui esse sono destinate, sia della complessità che è alla base della loro elaborazione.

3) A livello delle *nosologie psichiatriche*, specie culturalmente orientate, (che si pongono come periodiche risistemazioni della conoscenza acquisita) convergono molteplici “*universi linguistici*”; e dalla cui interazione non si può prescindere essendo questi dei “codici” (più o meno espliciti), che funzionano come “organizzatori” di detta conoscenza.

In psichiatria culturale il *linguaggio* recupera appieno la sua funzione “comunicativa” originaria e come tale si “carica” di significati e simboli.

Esso può diventare anche un sintomo, espresso attraverso un *delirio culturale*; da esplicitarsi in un *rapporto interpersonale*: dove la conoscenza è significazione di un *momento diadico*.

Ma l’oggetto della *Psichiatria Culturale*, pur afferente alle *scienze naturali*, essendo un *universo pre-interpretato* da parte degli stessi agenti, afferrisce anche alle *scienze umane* le cui formulazioni di significato sono la condizione stessa della condotta umana.

Vi è quindi la necessità, nelle *sindromi deliranti culturali*, di una *traduzione* tra i vari livelli: tra i *linguaggi teorici*, il *linguaggio descrittivo*, il *linguaggio espressivo* e quello *descrittivo*; e pure *normativo*. È interessante notare come in larga parte, questa esigenza trovi una *anastomosi a livello della cerniera tassonomica* anche nella formulazione diagnostica.

IV. ULTERIORI CENNI IN PSICOPATOLOGIA E CLINICA

A) Osservazioni

1) Il “*delirio*” si riferisce ad una *molteplicità di quadri clinici* che a seconda della tipologia psicopatologica utilizzata, varia oltreché nel significato, nella patogenesi, nelle nosologie e nelle terapie. Il delirio spazia dai *sintomi* alle *sindromi*, alle *malattie*: si estremizza con nozioni ibride quali “delirio senza delirio” sino al “delirio del delirio”. Basta consultare i Trattati di Psichiatria (Italiani, Francesi, Tedeschi, Statunitensi), i Dizionari Specialistici, il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV R e 5) e l’ICD-10 dell’OMS (1992): oppure per esempio, nel

Manuale Alfabetico di Psichiatria di Antoine Porot (1965), per render conto che vi sono diverse articolazioni sintetizzabili in 3 gruppi: la configurazione dottrinale, le idee ed i temi deliranti, gli stati deliranti (acuti, cronici, polimorfi, delirium tremens, deliri su base somatica, ecc.).

Questo arcipelago, come si può constatare ha *confini incerti*: ad esempio nel Trattato Italiano di Psichiatria (Cassano e Pancheri, 1999), sono inseriti gruppo di “*entità cliniche*” quali il Delirium, i Disturbi deliranti, i Deliri acuti (patologie deliranti), i Deliri cronici sistematizzati. Senza contare che i *deliri* (nell’accezione di primari, secondari, equivalente al termine di *deliroidi*) sono presenti in molte malattie psichiatriche, dalla schizofrenia, ad altre psicosi (schizoaffettive, maniaco-depressiva, bouffées deliranti, confuso-oniriche, eccetera).

Ed ancora: i *contenuti dei deliri* sono estremamente variegati e vanno dal delirio di dannazione a quello di onnipotenza, dal delirio di persecuzione a quello di gelosia.

2) A rendere più complesso questo argomento, si aggiungono gli studi che sottolineano come la *Dimensione Culturale* entri in psicopatologia e clinica dei Deliri a pieno titolo con lo sviluppo di *altri scenari*, con la contestualizzazione o con la discussione critica: credenze, magie, mitologie, confessioni religiose, superstizioni, eccetera.

È abbastanza rilevante il fatto che i vari Manuali e Compendi: di *Psichiatria Culturale* di Tseng (2002); *The Encyclopedia di Cross-Cultural Psychology*; di K.D. Keith (2013) il *Trattato Italiano di Psichiatria Culturale e delle migrazioni*; di Bria et al. (2010) focalizzino ipersinteticamente la nozione di Deliri e si occupino ancor meno della *sistematica* degli stessi: anche perché il termine delirio non è ben caratterizzato nelle “culture-bound syndromes”. Più puntuale invece è l’esposizione nel Trattato Italiano di Psichiatria di Pancheri e Cassano (1999).

Inoltre, le molteplici locuzioni che si rivolgono al delirio fanno capo ad una serie di discipline intrecciate tra loro, ma non identiche. Basti pensare al percorso storico della nozione di “delirio”, al suo utilizzo polisemico nel linguaggio delle culture occidentali, alle eterogenee mescolanze etnopsichiatriche (Nathan, 1993; Nathan e Stengers, 1996)

le cui attribuzioni di significato variano a seconda delle differenti impostazioni nosologiche.

B) Psicopatologia dei deliri

1) Quale punto di partenza per un approfondimento sui “*Deliri culturali*”, si propongono alcuni argomenti: il primo fra i quali riguarda le *lingue degli altri* che conferiscono al delirio elementi concettuali o termini differenti.

- In *italiano delirio* è una parola *polisemica*, che si riferisce genericamente al delirio primario, alle sindromi ed a quadri patologici acuti e cronici (eventualmente con un aggettivo qualificante).
- In *tedesco* si distingue il delirio primario, *vahn*, dal delirio come malattia (es. il *delirium*).
- In *inglese* il termine *delusion* indica sia il delirio primario sia molte altre sintomatologie sia qualche delirio secondario; mentre *delirium* si riferisce a specifici quadri clinici.
- In *francese, spagnolo e portoghese* il termine è simile a quello italiano.

È interessante notare che la parola *delirio* tradotta dal DSM (dall’inglese all’italiano) e anche nell’ICD viene sempre codificata col termine Delirio.

Il *Delirio Culturale* a che cosa si riferisce allora nella “*lingua degli altri*” (*vahn*, *delusion*, *delirium*), nelle configurazioni sintomatologiche e nelle *culture-bound syndromes*?

Un’altra osservazione preliminare sempre in tema di *Deliri*, riguarda la “*Psichiatria culturale sistematica*” riguardante i *Deliri* si riferiscono all’eziopatogenesi, alla psicopatologia, alle *griglie nosografiche* (denominate anche oggi giorno i *disorganizzatori nosografici* che devasterebbero la psichiatria nel *complesso marasma* della *Psichiatria culturale* dove paradossalmente le rispettive speculazioni di pensiero utilizzerebbero i grandi quadri clinici forniti dalla stessa psicopatologia che abdicano e ignorano (Brognia e Callieri, 2010)).

Da notare peraltro che nel Trattato di Psichiatria di Ey, Bernard, Brisset (1988) si pone in evidenza, oltre quella classica, anche la Nosologia di Henry Ey (1954), il quale negli *Études* (Vol. 2, pag. 755), separa le “*patologie della coscienza*” dalle “*patologie della personalità*” unendole per *anastomosi* tra la “*folia di un momento*” e la “*folia di un’esistenza*”.

2) Sebbene concetti non specifici di *folia* esistano da diverse centinaia di anni, Karl Jaspers (1912-1959) definisce i *3 criteri principali* per una *credenza da considerare delirante*. Questi parametri sono:

- Certezza (tenuta con assoluta convinzione)
- Incorreggibilità (non modificabile da opposizione convincente o prova contraria)
- Impossibilità o falsità del contenuto (non plausibile, bizzarro o palesemente falso)

Inoltre, quando una *falsa credenza* implica un giudizio di valore, viene considerata un’*illusione delirante* solo se è così estrema che non può essere, o non può mai essere dimostrata vera. Ciò sarebbe considerato un *delirio*, a meno che *non si parli in senso figurato*, o se la *credenza abbia una fonte culturale o religiosa*.

3) I Deliri non sono solo disturbi del pensiero ma dell’esperienza dell’Io. Infatti, sono collegati sia con disturbi dell’esperienza del proprio Io; sia con la sensazione di pensieri “fatti” (cioè il sentirsi “influenzati” da tali pensieri).

Queste esperienze di “fatto” non corrispondono ad una interpretazione o ad una spiegazione fornita dal paziente. Si tratta di un’alterazione patologica senza corrispondenza nella psicologia del soggetto non psicotico. La frequente esperienza dei pazienti è che i propri pensieri sarebbero già a conoscenza di altri nel momento stesso in cui vengono pensati (“*diffusione del pensiero*”). *Essi possono emergere nelle psicosi fondabili su base somatica: mentre non si riscontrano nelle reazioni abnormi all’avvenimento (se non sotto forma di pseudologie o mitomanie) e anche nelle “credenze apocrife”*.

- Le idee dominanti sono in genere idee catatimiche: cioè modificate da uno stato affettivo anche inconscio. L’essenza del delirio non consisterebbe quindi solo in un “disturbo del pensiero” (in un errore di *giudizio*, incorreggibile ed imm modificabile),

ma in un “pensiero” pervaso dall’influenza di determinate modificazioni psicopatologiche. Ciò metterebbe, per così dire, i punti sull’“i” per adattare o preporre le esperienze psicotiche, dotate di una loro certezza incrollabile, alla consueta logica del mondo quotidiano (Weitbrecht, 1963).

- *Le interpretazioni deliranti* sono spesso correlate ai deliri persecutori, “le definizioni convenzionali si limiterebbero alla forma linguistico-logica di ciò che è ritenuto come “delirio” e sarebbero orientate nell’*ambito dell’esserci* – ogni giorno – insieme – nel mondo. Quindi i criteri sarebbero basati sul *logico-illogico* ed anche su un criterio “*pratico*”. Se ci si focalizza invece sul processo “*psichico-valoriale-culturale*”: cioè se si cerca di afferrare i fenomeni indicati come “delirio” con criteri psicologici e psicopatologici, si rivela chiaramente la posizione particolare del *delirio primario* correlato alla schizofrenia. Mentre *le altre idee deliranti* sono *secondarie e relative* a esperienze (voci, allucinazioni, disturbi dell’umore, ecc.) o *idee di riferimento* provocate da disturbi dell’umore o da difficili rapporti sociali e culturali. Tali fenomeni – che si svolgono nell’ambito dell’“*esser al mondo*” – si considererebbero praticamente nel *giudizio delirante* che ne costituirebbe il risultato mentale. In altre parole il *delirio primario schizofrenico* formerebbe l’autospiegazione, incoerente per sua natura, di un modo esistenziale sostanzialmente diverso: “*l’esistenza schizofrenica*” (Weitbrecht, 1965).
- Si può inoltre operare una netta distinzione tra il *delirio catatimico*, il *delirio secondario*, il “*vero e proprio*” *delirio primario schizofrenico* (Weitbrecht, 1963). Riferibile a quest’ultimo (cioè al delirio primario) si può ancora distinguere la *percezione delirante* (K. Schneider, 1965) che sarebbe una percezione reale la quale viene attribuita ad un significato abnorme, il più delle volte con riferimento soggettivo, senza che ci sia un nesso razionalmente o emozionalmente comprensibile. Questo significato ha un carattere in qualche modo personale (come invito, messaggio, comunicazione da un altro mondo). Non si tratta di una modificazione del percepito, ma del suo significato, per cui le percezioni deliranti sono *disturbi a “doppia articolazione arbitraria”*: e perciò non rientrano tra i *disturbi della percezione* ma tra i *disturbi del pensiero*.

- Un'altra forma con cui si manifesta il delirio primario è l'*intuizione delirante* i cui contenuti possono essere vari. Ad esempio ad un paziente viene in mente l'idea di essere Cristo rinato o di essere un riformatore politico o un inventore scientifico. L'*intuizione delirante* non mostra strutturalmente la tipica duplice componente come la *percezione delirante*: ma dal punto di vista psicologico ha una *componente unica* come ogni intuizione normale. Nel primo caso esiste infatti una percezione, in sé stessa normale (primo momento); ad essa poi (secondo momento) si attribuisce un certo significato, riferito prevalentemente alla propria persona. Questo *duplice atto psicologico* si articola per lo più in modo simultaneo (in un'*anastomosi patologica*) (Schneider, 1956).

4) I deliri secondari o "*deliroidi*" (taluni psichiatri contemporanei ritengono questo termine obsoleto), indicano le *forme di riferimento catatimico-paranoideo* nel senso dell'idea dominante psicologicamente motivata. Si può designare come *deliroide*, la intuizione delirante motivata da uno stato d'animo dominante. Spesso si tratta di una "*rivelazione*" che insorge "fulmineamente" su uno sfondo precedentemente elaborato. Certe persone possono reagire in *modo paranoideo* dopo un forte evento affettivo (paura, rimorso, vergogna o diffidenza). Si può in questi casi trattare di un disturbo di personalità con *idea dominante* o di un disturbo psicotico con *idea delirante*.

- Le *idee di riferimento o a tipo delirante* sono spesso accostabili alle idee di riferimento o ai deliri persecutori, possono emergere sulla *base di una modificazione dell'affettività*, per cui se ne può comprendere la tematica, il contenuto e l'intonazione. Una *reazione delirante* può peraltro non essere provocata soltanto da tensioni affettive ben motivabili; in certi soggetti in determinate situazioni ambientali scatenanti si verificano, per esempio, acute e gravi *reazioni primitive e corti circuiti deliroidi*.
- Nelle *personalità sensitive* con marcata tendenza alla ruminazione di situazioni stressanti, si può anche supporre che le idee di diffidenza o di riferimento a base delirante possono sussistere e possono ampliarsi ulteriormente anche quando non esiste più il motivo affettivo esistenziale che l'aveva suscitata all'inizio; si può parlare in tal caso di un *delirio residuo* (Weitbrecht, 1963).

- Diverso è lo *stato d'animo delirante* (vanstimmung jaspersiano) che si può trovare quale clima premonitore all'inizio del processo psicotico (schizofrenico). “Qualcosa è nell'aria”, qualcosa di sinistro, minaccioso, carico di significato. Può succedere che lo stato d'animo delirante, abbia una *intonazione apocalittica*, mentre il successivo delirio segua tematiche *religioso-magico-soprannaturali* (Bartocci, 2016).

5) Talvolta si possono individuare dei ponti plausibili o scoprire correlazioni simboliche coscienti o radicate nel profondo, che permettono di capire perché tra le innumerevoli impressioni percepite proprio quella e non un'altra sia valorizzata per un “riferimento ad un rapporto immotivato” o divenga proprio la chiave di volta per la costruzione del sistema delirante.

Il *significato simbolico* nel pensiero psicotico in questo caso è collegato con la *scelta dell'oggetto*. Anche le *antitesi* assumono un ruolo importante nel *delirio schizofrenico acuto*: qui il paziente sente “come se” fosse chiamato a gettare *un ponte sovrastante e insopportabile “sull'essere dissociato”* dal mondo e da se stesso.

Nel delirio schizofrenico non è raro che questo simbolismo stia a significare “*l'onnipotenza del pensiero*” (Freud, 1913), vissuta in modo arcaico-magico. Nei soggetti deliranti, la possibilità di comprendere il proprio pensiero simbolico, in generale quello astratto, è spesso menomata; i concetti di significato generale non vengono più afferrati, l'apertura dell'arco intenzionale del pensiero è accorciata in modo anormale, il pensiero si svolge con progressioni “troppo brevi” (Weitbrecht, 1963).

C) Quadri clinici

1) Si ritiene interessante riferire innanzitutto l'*impostazione nosografica* di Henry Ey, perché appare utilizzabile in modo appropriato nelle sindromi deliranti culturali.

La concezione dell'*organo-dinamismo* (Ey, 1954-1988) rimette in discussione la classificazione tradizionale per il fatto che sia i deliri che le allucinazioni sarebbero un fenomeno primitivamente ed essenzialmente del pensiero e sensoriale. Pertanto si

includono nel gruppo delle *allucinazioni deliranti* dei disturbi della percezione “compatibili con la ragione”; anche tutta la serie delle “pseudoallucinazioni, le allucinazioni psichiche, psicomotrici, etc.” che gli autori classici trovano difficoltà a separare dalle “allucinazioni vere”. Per Ey le sole false allucinazioni sono i fenomeni di *suggestione individuale o culturale* che sono *illusioni normali*. La tesi più importante sostenuta è che la diagnosi generica di allucinazione, come fenomeno patologico, ha più importanza della sua distinzione in genere.

- Il gruppo delle *allucinazioni deliranti* si divide in due specie: le *esperienze deliranti e allucinatorie* che, come manifestazioni positive della destrutturazione del campo della coscienza, si avvicinano più o meno all’esperienza di sonno-sogno mentre le *allucinazioni affettive* della *Patologia delle Personalità* sarebbero l’espressione del lavoro di elaborazione e delle *psicosi deliranti croniche*, sia di quelle a *forma sistematica* – (*Paranoia e delirio* di interpretazione che falsificano le percezioni attraverso il prisma del delirio) – sia quelle a *forma fantastica* (*parafrenia*, in cui la struttura immaginaria costituisce allo stesso modo, una modalità di rovesciamento della percezione globale della realtà) – come di quelle a *forma autistica* (*schizofrenia*, in cui il processo di disintegrazione e d’alienazione dell’Io, è essenzialmente allucinatorio).

2) In una *patologia della coscienza*, le esperienze deliranti e allucinatorie in una patologia della coscienza hanno *quattro modalità o livelli strutturali*, dallo sconvolgimento più profondo dell’esperienza percettiva ai suoi gradi più superficiali (Ey 1954, 1988):

- Lo *stato confuso-onirico* è caratterizzato (per esempio nel delirio alcolico subacuto) dalla confusione e dal disorientamento da una parte e dall’altra da una esperienza delirante e allucinatoria di tipo soprattutto visivo (onirismo, zoopsie, incubi).
- Lo *stato crepuscolare oniroide* è caratterizzato da uno stato crepuscolare della coscienza, una specie di stato di *ipnosi* con una forte carica di immagini. Tali stati si riscontrano negli *epilettici* e nel corso di certi accessi di tipo *manico-depressivo* nonché nel corso delle evoluzioni schizofreniche subacute. Essi presentano inoltre in accessi similsonnambolici della *nevrosi isterica*.

- Gli *stati di sdoppiamento* e di *depersonalizzazione*. Lo stato di sdoppiamento allucinatorio è vissuto come un avvenimento strano, come un influenzamento fisico o psichico (voci, fluido, trasmissione del pensiero, eco e furto del pensiero). Queste esperienze corrispondono alle sindromi *d'automatismo mentale acuto o subacuto*. Si riscontrano soprattutto nelle psicosi allucinatorie croniche.
- L'esperienza di *depersonalizzazione* costituisce un sintomo molto importante e frequente in numerose malattie mentali. È caratterizzato da impressioni di stranezza e di deformazione *del corpo o del pensiero*. Queste impressioni costituiscono tutta una gamma di "sentimenti" d'irrealtà, d'alterazione, di metamorfosi e di sensazioni indefinibili che possono andare fino ad una impressione *di influenzamento o di azione esterna*. Queste modificazioni della cenestesi *o dello schema corporeo* si osservano, con alcune differenze semiologiche, sia in certe *affezioni cerebrali* (lesioni parietali e del tronco cerebrale) sia nelle *intossicazioni* come l'intossicazione da mescalina o da dietilamide dell'acido lisergico. Infine questo stato di depersonalizzazione si osserva con particolare frequenza negli *stati schizofrenici*, in certi stati depressivi o nei nevrotici (isterismo, nevrosi d'ansia). Gli psicodinamisti hanno specialmente studiato le relazioni di questo sentimento di depersonalizzazione con la dinamica dei sentimenti inconsci.
- Gli stati d'ansia o di esaltazione di tipo melanconico o maniacale infine sono molto spesso vissuti come una specie di delirio allucinatorio (deliroidi). Costituiscono esperienze di angoscia o d'euforia così intense che scompaginano la percezione stessa della realtà (pseudo-allucinazioni acustico-verbali o visive, illusioni d'influenzamento, d'ispirazione o di possessione demoniaca, etc.).

3) *I disturbi della personalità* si immettono nei grandi problemi della *diagnosi* e della *prognosi psichiatrica*. Questa prospettiva, poiché in ogni momento ci si deve chiedere se uno "stato depressivo" s'integra a una crisi di melanconia o a una nevrosi d'ansia, se si tratta di un accesso delirante o di una alterazione schizofrenica della personalità, se si tratta di una confusione o di una demenza che altera l'essere psichico fino nel nucleo della personalità: tutto ciò pone domande fondamentali della *pratica clinica*

psichiatrica che in principio e di fatto avvertono che la *semiologia* del comportamento e la *semiologia della vita psichica attuale* non esauriscano tutta la semiologia della malattia mentale. Rimane infatti la necessità di cogliere quei sintomi che nell'*aspetto cronico* di squilibrio, d'alterazione, d'alienazione e di decadimento della personalità, manifestano gli sconvolgimenti del sistema stesso della personalità.

È interessante sottolineare che questo tipo di “*anastomosi*” tra patologia della coscienza e patologia della personalità può avvicinarsi alle questioni psicopatologiche/cliniche delle *sindromi deliranti culturali*.

D) Caratteri transnosografici dei deliri

1) Sullo sfondo di questo panorama nel quale si intrecciano (e si contrappongono) *differenti concezioni del delirio*: anche di classificazione dei disturbi mentali, (il DSM-IV TR ed il DSM 5) non è conclusivo. Il delirio viene inteso come una falsa convinzione basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, sostenuta contrariamente a quanto tutti gli altri credono. Per quanto riguarda l'*aspetto nosografico*, il *delirio*, da fenomeno clinico patognomico della schizofrenia, è stato sempre più considerato ed oggi ancor di più (considerata la componente culturale) *sintomo transnosografico*: cioè presente in un'*ampia serie di patologie mentali*. In particolare, a partire dagli anni '70 i deliri primari, caratterizzati da percezioni deliranti, sono risultati essere meno specifici della schizofrenia, rispetto a quanto si riteneva. Ripetute ricerche hanno infatti documentato la presenza di sintomi nei disturbi dell'umore depressivi e maniacali, rendendo la *diagnosi di delirio un indicatore più di un livello di funzionamento psicotico della mente che non di uno specifico quadro nosologico* (Rossi Monti, 2006).

2) Dal punto di vista “*transnosografico*” il delirio può infatti assumere un peso rilevante sia per quanto riguarda la *nosografia*, la *diagnosi*, la *prognosi* e la *terapia*.

Nella compromissione dello *stato di coscienza* (Ey, 1954), il delirio si manifesta nelle sue forme più destrutturate e mutevoli. Sia nel *delirium* che nelle *bouffées deliranti acute* la produzione delirante è polimorfa, estremamente variabile in periodi di tempo relativamente brevi e caratterizzata da una intensa partecipazione emotiva. Possono

coesistere deliri a contenuto espansivo (grandezza, erotici, ecc.), depressivo (colpa, negazione), persecutorio, di influenzamento o mistico. La strutturazione del delirio può essere del tutto imprecisa o inesistente, come avviene nel *delirium* o più consistente e arricchita di elementi fantastici come avviene nelle bouffées deliranti acute. Essa è quasi sempre accompagnata da una ricca produzione allucinatoria, anch'essa polimorfa, mal strutturata e mutevole nel tempo.

Nei *Disturbi Deliranti Paranoidei* o nei quadri clinici della *paranoia* e della *parafrenia* (nosografia classica) il delirio appare altamente strutturato fino a configurarsi spesso in elaborati *sistemi deliranti*. I contenuti del delirio manifestano un alto grado di stabilità temporale e sono riferiti al paziente in modo preciso e dettagliato.

Nel *disturbo schizofrenico* il delirio può fare la sua comparsa secondo modalità formali e di contenuto molto eterogenee in rapporto al quadro clinico attuale alla modalità di decorso della malattia.

3) Per quanto riguarda i *contenuti*, alcuni di essi sono presenti con maggiore frequenza di altri. In particolare nelle *sindromi schizofreniche* si registrano i temi di *persecuzione*, di *riferimento* o di *influenzamento*. Nell'ambito di queste tematiche, i deliri sono spesso bizzarri o insoliti. Tipici esempi sono rappresentati dalla trasmissione e dal furto del pensiero o dal controllo della volontà e dei comportamenti attraverso modalità particolarmente assurde, inderivabili o incomprensibili.

Peraltro, a riguardo dei *contenuti deliranti* (oltre quelli persecutori, erotici, di colpa, di grandezza, ecc.), un tema fondamentale è rappresentato dai deliri di tipo mistico religioso che hanno come oggetto la convinzione di una comunicazione diretta e privilegiata parziale o totale con la divinità, la delega di poteri divini, la convinzione dei poteri magici della preghiera o dei rituali religiosi (Pancheri, 1999).

Nei *Disturbi dell'umore* i deliri secondari (o deliroidi) sono riscontrabili con una certa frequenza, anche se non rappresentano un elemento caratteristico del quadro clinico.

Negli *episodi depressivi*, i deliroidi sono quasi sempre a tematica di colpa, di indegnità, di rovina oppure a contenuto ipocondriaco. Più raramente sono riscontrabili deliri a contenuto persecutorio. Nella *mania* i deliroidi sono prevalentemente di tipo

espansivo: grandezza e onnipotenza. Con una frequenza superiore a quella degli episodi depressivi si riscontrano contenuti “non congrui all’umore”.

4) Se vengono considerati come deliri primari quei fenomeni psicopatologici che non sono derivabili né comprensibilmente associati ad alterazioni transitorie o persistenti dell’affettività ma che fanno la loro comparsa in modo apparentemente “incomprensibile, non evidente, inconcepibile” (Jaspers, 1959).

Invece vengono definiti come *idee deliroidi* (Schneider 1965; Torre, 1981) i fenomeni psicopatologici che, pur avendo le fondamentali caratteristiche dei deliri (certezza soggettiva, incorreggibilità, falsità) appaiono strettamente in rapporto con le condizioni emozionali di base o legate in modo logicamente comprensibile alla sequenza delle esperienze soggettive.

Ed ancora, Kretschmer (1918) utilizzò il termine *delirio di rapporto sensitivo* per indicare la più tipica di queste condizioni in cui, sulla base di una personalità predisposta e per l’impatto di particolari eventi con significato stressante specifico, si sviluppa un delirio a prevalente contenuto di autoriferimento e/o di persecuzione (Pancheri, 1999).

E) Peculiarità culturali delle sintomatologie deliranti

1) La pregnanza della Psichiatria Culturale, come già ricordato, risiede nel riconoscere l’individuo *bio-psico-sociale* (Rovera, Fassino et al. 2007) come soggetto di studi e di pratiche terapeutiche. Ma la spiegazione e la comprensione entro queste *tre linee* è soprattutto integrata da una *quarta* dimensione, quella *culturale* (Chanoit e Lermuzeaux, 1995). La Psichiatria Culturale è un osservatorio privilegiato in territori che fondono nella *pratica clinica*.

Ciò porta l’individuo a livello dell’articolazione con l’ambiente in una situazione di componenti dell’”universo umano” entro il quale l’unità considerata è in rapporto all’individuo nell’insieme interattivo tra la persona ed il gruppo culturale.

2) *Culture, società e disturbi mentali* sono aree che veicolano il fatto psicologico nella sua molteplicità ma anche nella sua globalità.

Il rischio di ostacoli epistemologici, metodologici e pratici è sottolineato dalle critiche degli antropologi culturalisti, i quali rimettono in causa *l'interdisciplinarietà* a vantaggio di una *pluridisciplinarietà* (Devereux, 1970): definita come supporto di una *complementarietà* di tematiche esplicative per indicare la complessità del concetto di culture e la difficoltà di applicare i dati delle ricerche in merito.

Se il concetto di *personalità di base* o di *personalità modale* (Kardiner, 1945, 1970) permette la possibilità di trasmissione degli orientamenti di valori fondamentali nella società in causa, rappresenta anche un fattore di interazione sociale e culturale che non esclude la diversità e la ricchezza delle individualità ma rappresenta una *base* delle comunità sociali che partecipano allo sviluppo della loro cultura.

I percorsi contemporanei dell'*etnopsichiatria* e della *psichiatria culturale* corrispondono all'estensione di questo campo di studio, da una cultura all'altra, contribuendo a comprendere i disturbi psicologici nell'ambito del gruppo sociale considerato.

La *culturogenesi dei disturbi mentali* (Devereux, 1970) si realizza esemplificativamente nelle *bouffée deliranti acute* o nei *disturbi psicotici etnici*. Sull'esistenza problematica delle *schizofrenie nucleari* (e quindi dei *deliri culturali*) secondo i criteri nosologici classici, si è entrati in un dibattito critico, attraverso una ricerca transculturale in favore d'una interazione dinamica tra fattori biologici, psicologici e culturali.

Le *sindromi culturalmente determinate* sono riferibili a manifestazioni patologiche di una malattia specifica soggiacente: *l'amok* sarebbe una reazione psicotica breve; mentre il *susto*, inerebbe ad un disturbo depressivo. Gli aspetti culturali di una specifica società possono produrre dei *modelli preferenziali* di decompensazione, culturalmente determinati: ma questo non è sufficiente a mettere in causa *la base bio-psicologica profonda* dei processi dei disturbi mentali.

Si sottolineano attualmente *alcuni fattori di vulnerabilità*: carenza parentale durante l'infanzia o l'adolescenza, debole autostima, assenza di relazioni intime specifiche. La riflessione su questi eventi della vita e il sostegno socio-culturale connota la difficoltà

dello sviluppo della personalità, la natura dei legami primari e delle relazioni attuali e la loro messa in opera nell'interazione con la *rete culturale*.

Ciò è significativo per lo sviluppo dell'*interdisciplinarietà* tra le molteplici ricerche. Le scienze umane e le ricerche in psichiatria culturale hanno la necessità di mantenere gli studi antropologici sociologici e psicologici interattivi nel nucleo stesso della *ricerca psichiatrica culturale*, intanto che questa sia contestualizzata quale un *osservatorio privilegiato dell'individuo umano immerso nella propria comunità culturale* (Chanoit e Lermuzeaux, 1995).

3) Le *sindromi deliranti culturali* sono radicate sulla base dei presupposti storico-evolutivi dell'Antropologia; la Psichiatria Culturale ha ormai codificato il suo campo di interesse che è individuabile nel rapporto tra i disturbi in rapporto ai Disturbi affettivi, ai Disturbi Schizofrenici, alle Forme Reattive, all'Alcoolismo, alle Sostanze psicoattive, alle Sindromi Culturali nei vari contesti bio-socio-politico-religiosi (Rossi R., 1999; Granelli, 2007).

Qualora ci si incentri sulle *Sindromi deliranti culturali* quali modalità espressive della persona, compresa quella rappresentata dai sintomi psichiatrici, si deve sottolineare che esse sono strettamente legate alle esperienze precedentemente vissute e che risentono delle influenze ambientali e culturali.

Frighi e Mazzetti (1993) ricordano che nelle ricerche di tipo transculturale vengono segnalati, soprattutto dagli studiosi di area anglosassone: due tipi di riferimenti più volte citati: "*etic*" ed "*emic*", rispettivamente rivolti ad aspetti di carattere generale e particolare. In questo senso, come più volte ricordato, gli studi epidemiologici che riguardano le *culture-bound syndromes* vertono sul piano *emic* e sul piano *etic*.

L'*approccio emico* si pone dal punto di vista del soggetto facente parte della cultura in esame, tenendo conto del significato e dell'interpretazione che egli dà al suo comportamento, ai suoi pensieri, attitudini e motivazioni. Nell'*approccio etico* invece è lo studioso che osserva attraverso le proprie classificazioni e concettualizzazioni creando una sua struttura interpretativa.

Queste sindromi sono un modo specifico della cultura in cui si evidenziano, per esprimere una condizione di disagio psichico che le basi empiriche e convenzionali ci

consentono oggi di inserire in quadri nosografici precisi e definiti: mentre nelle culture tradizionali in cui esse si realizzano vengono spesso accettate come fatti non necessariamente patologici determinati il più delle volte da *stati di possessione o di perdita dell'anima, ecc.*

Tali forme patologiche colpiscono generalmente le classi povere ed emarginate, o coloro che all'interno del gruppo etnico sono in condizione di sottomissione. Oggi sono i *migranti*, rappresentano dei gruppi o comunità particolarmente vulnerabili alle sindromi deliranti.

Elemento comune a molte di queste situazioni è una condizione di isolamento: di un individuo rispetto al gruppo a cui appartiene o di una comunità rispetto a quelle circostanti.

È superando queste prospettive distorte di osservazione, la cultura non risulta un coperchio della realtà, ma viene considerata invece un processo che plasma ed è plasmato dal mondo con cui interagisce.

4) Lo sforzo della *psichiatria culturale* è dunque quello di esaminare l'interconnessione tra mondo culturale e l'esprimersi delle malattie, al fine di mettere in evidenza le cause e le conseguenze delle patologie dovute a specifiche interazioni tra stressors sociali e vulnerabilità individuale; quello di produrre una *nosologia* comprensiva che sia valida localmente ma anche internazionalmente e di elaborare metodologie di *trattamento* che prendano in considerazione nelle diversità individuali l'efficacia nelle differenti culture. Questi aspetti possono essere molto complessi; dato che bisogna sempre tener presente la *contestualizzazione culturale dei sintomi*. Ad esempio considerare il *Koro* una psicosi solo perché la sintomatologia presentata è inquadrabile secondo i criteri nosografici convenzionali in un delirio: può essere un errore di valutazione diagnostica. Se infatti teniamo in considerazione la partecipazione dell'entourage familiare e sociale nonché le credenze religiose, i sintomi presentati si avvicinano molto di più ad un disturbo ipocondriaco che a una sindrome delirante.

Inoltre, le *specifiche caratteristiche diagnostiche* portano all'esclusione di alcune categorie nosologiche a causa dell'unicità di sintomi presenti solo in alcuni setting

culturali o etnie minoritarie; c'è da sottolineare tuttavia che la *trance di possessione* è situata come evenienza principale (ICD-10, 1992; DSM – APA, 2002).

5) Per quello che riguarda i “*deliri culturali*” (Bartocci, 2015; Bartocci e Zupin, 2016) nella configurazione psicopatologica ed in quella clinica, (Fabrega, 1987), applicano una concezione ampia che sottolinea il concetto di determinazione cultural-specifica del delirio. Deveraux (1970) ricusa l'esistenza di una schizofrenia nucleare, secondo i criteri nosologici classici e cerca di dimostrare attraverso le *psicosi etniche* che società tradizionali hanno una radicale differenza dalle società occidentali.

Westermeyer (1985), attraverso uno studio pilota internazionale, attesta *l'universalità della schizofrenia nucleare* sia nelle società in sviluppo che in quelle “post industriali”. Kleinman (1987), indica per tali disturbi morbosi, una prognosi migliore per le società in sviluppo in confronto di quelle occidentali, attestando l'ipotesi del *differente ruolo delle culture nel processo psicotico*.

È qui che può rientrare la proposta di Bowlby (1998), sottolineata da Bartocci e Zupin (2016) circa l'importanza dello “*Stile di attaccamento*” nel bambino, per realizzare un eventuale successivo “*detachment*”, sintomo dei “*deliri culturali*”. Le *sindromi culturalmente determinate* tenderebbero pertanto ad essere manifestazioni patologiche, con un substrato specifico nel loro precursore culturale (per esempio Amok = sarebbe come una reazione psicotica).

Al proposito, Carr (1978 e 1985) si domanda criticamente se la standardizzazione nelle ricerche transculturali attuali non induca ad una *falsificazione categoriale*, vale a dire una reificazione d'una categoria nosologica che si sviluppa in un determinato gruppo culturale determinato, e quindi non applicabile nelle differenti tipologie culturali.

Il dibattito attuale verte sulle eventuali correlazioni esistenti tra il modello culturale ed il quadro sintomatologico, sottolineando se o come vi potrebbe essere (o meno) un *potere patogeno* di una certa *comunità culturale* piuttosto che di un'altra, che incide sull'*identità individuale* del soggetto (Laplantine, 1988). Ciò porterebbe al quesito se una *cultura* possa produrre dei modelli preferenziali *di scompenso psicopatologici* culturalmente determinati.

Tali *congetture* o ipotesi consentirebbero di conoscere la realtà della vita psichica con i mezzi a nostra disposizione per comprendere i *presupposti* necessari nonché i precursori di schemi oggettivi, onde potersi immedesimare nell'Altro con termini di confronto (Jaspers, 1905-1967).

6) Un'altra questione importante per la Psichiatria Culturale riguarda le *reazioni paranoidi* le quali sono basate sul meccanismo della proiezione. L'uomo primitivo era portato ad immaginare le forze naturali come entità capaci di essergli benigne o avverse. La tendenza alla proiezione, di cui sono esempio il convincimento che altri condivida il proprio abito mentale, o la tendenza a ritenersi oggetto di riferimento, ha dotato l'uomo di una percezione dell'ambiente, che altrimenti gli sarebbe mancata (Mayer Gross et al, 1956).

Alcune *reazioni pseudo-paranoidi* o *deliroidi culturali* (simili alle *credenze apocrife*, Bartocci, 2016) sono quasi universali: ne sono esempi tipici l'idea che tutti ci guardino quando si entra in un ambiente affollato. Queste idee sono effimere e la percezione della loro irrealtà si concreta in un istante di dubbio. In ogni caso non sono convinzioni indimostrabili. Solo quando la tendenza alla proiezione persiste, diventa abituale ed acquista influenza nella vira e nel comportamento del soggetto, può parlarsi di una *reazione patologica*.

Di fronte a *situazioni speciali* - per esempio a quella del profugo rifugiato in un paese straniero di cui non comprende la lingua - ci si può spiegare come il meccanismo della proiezione influenzi l'evoluzione della loro ideazione. Tuttavia converrà essere prudenti nel formulare una *interpretazione psicologica culturale*. L'antica divergenza di giudizi sulla "*paranoia*" nacque dalla difficoltà di precisare i caratteri distintivi di tale reazione di fronte alla *schizofrenia paranoide*.

Le *idee paranoidi nelle psicosi affettive* (o deliri secondari/deliroidi) nascono dal disturbo affettivo prevalente. Nella melanconia involutiva le *idee deliranti di autoaccusa e di persecuzione* derivano dalla convinzione di indegnità o di colpa. Il paziente ingigantisce peccati od errori commessi nel passato; pensa che il mondo sia prossimo alla fine a causa dei suoi presunti crimini orrendi.

Anche se in questi casi i sintomi paranoidei possono egualmente collegarsi con *disturbi affettivi primari* o con lo *stato maniacale*. Così come il *fanatismo* e la *litigiosità paranoidei* traggono il loro vigore e ostinazione da un eccesso di energia ipomaniacale. Nella nosografia classica, i pazienti di questo tipo si dimostrano *ipertimici costituzionali* oltre che *psicopatici paranoidei*. Sintomi paranoidei più miti sono abituali in associazione con l'*isteria*, attualmente classificata come *Disturbo istrionico di personalità* (DSM 5, ICD 10).

7) Le *credenze apocrife* (Bartocci, 2016), cioè false, possono radicarsi in molte società e *comunità culturali* venendo a costituire dei “*precursori*” di *sindromi paranoidee* ed in circostanze affettive possono giungere a veri *deliri primari di tipo culturale*. Infatti sono importanti come catalizzatori di una reazione i fattori di origine psichica i quali si concretano più frequentemente in un *attentato alla stima di sé stesso*. La rottura di una promessa di matrimonio (cfr. il caso esemplificativo al Par. VII), una causa perduta, un rimprovero od una punizione, inflitti per motivi presumibilmente ingiustificati, può esercitare la sua influenza verso una *reazione paranoide* (*schlüsselerlebnis* per Mayer Gross, 1995).

Le reazioni paranoidee hanno una singolare tendenza a diffondersi per una specie di *contagio psicologico*. Nel cerchio della famiglia può verificarsi la comparsa della “*folie à deux*”. La diffusione per contagio di errati convincimenti, può verificarsi su scala assai più vasta. In comunità culturali si può verificare che interi villaggi credano di subire la *malefica influenza* delle streghe o del malocchio. In questo caso la reazione paranoide, sotto il profilo psicopatologico, investe il problema delle *suggestioni collettive* della *psicologia di massa*: sette, fondamentalismi religiosi, pratiche sacrificali e genocidi (Maniscalco, Pelizzari, 2016) che costituiscono terreno fertile per reazioni paranoidee anche con tendenza alla strutturazione.

Molti studiosi hanno ritenuto che, fra le cause determinanti le reazioni paranoidee, potesse annoverarsi la situazione di conflitto tra l'opinione che l'individuo ha di sé stesso e la considerazione in cui viene tenuto da altri. Anche i *riformatori* (politici, religiosi, pseudo-scientifici) che incontrano gravi difficoltà nel convincere gli altri, possono presentare sindromi paranoidee e può accadere perfino che traggano vantaggio da questo loro stato perché la tenacia divenuta *fanatismo*, li sostiene nel richiamare

l'attenzione sulle proprie idee e contribuisce al successo delle loro convinzioni o visioni (Bartocci, 2016).

Il problema della *paranoia* come entità distinta ma correlata alle *reazioni paranoidi* e alla *schizofrenia paranoide* sono quadri clinici psichiatrici. La prognosi è più benigna nei casi in cui la sindrome morbosa deriva da un isolamento o da un contagio psicologico originato da una fonte molto vicina in anastomosi con *parametri culturali*. Mentre è strutturalmente stabile nelle forme classiche.

8) Le *idee prevalenti* nel loro decorso possono assumere diversi aspetti: dal più nobile altruismo alle riforme fanatiche. Queste situazioni non presentano anomalie psicologiche rilevanti e non possono essere in genere ritenute disturbi psicopatologici deliranti (Mayer Gross, 1956). Il soggetto con idee prevalenti possiede dei criteri di riferimento coi quali giudica o male interpreta la condotta altrui: le preoccupazioni hanno un tema intorno al quale si svolge l'intera esistenza, come una ruota gira intorno al suo perno.

9) Sempre compatibilmente col modello organo-dinamista di Henry Ey, Kirmayer (1994) analizza alcuni modi in cui i fattori culturali facilitano gli *stati dissociativi* o ancora i *Disturbi della Personalità* e quindi come il risultato di un lungo itinerario patologico composto da frammentazione dell'identità. Le ricerche che partono dall'interrogativo di: come sia possibile che sintomi, un tempo ritenuti appannaggio solo delle grandi malattie mentali, insorgano in disturbi lievi, tradizionalmente visti come esagerazioni di tratti personologici normali, comuni ad una particolare comunità i possano essere paragonate alla comparsa di sintomi di "primo rango", al di fuori dello spettro schizofrenico, o nelle psicosi miste o nei vari disturbi di personalità. La risposta ipotetica è che sconvolgimenti degli affetti e delle visioni del mondo se repentini, trascinato con sé corrispondenti e altrettanto rapidi mutamenti dello stato di coscienza ed in seguito possano strutturarsi.

Rivisitare queste ricerche immettendo come parametro quello della *cultura di appartenenza* apre prospettive diverse per delineare le interconnessioni di taluni effetti fra cultura e violenza (Bartocci e Zupin, 2016). La funzione della cultura incide pure sulle *tecniche di trascendenza* con alterazione dello stato di coscienza". Le tecniche di trascendenza consistono in una serie di comportamenti e azioni mentali che sono volti

al raggiungimento di un *distacco dalla realtà*, non ordinario, per lo più comprendente un rapporto del soggetto con enti sovranaturali. La cultura forma gli obiettivi da raggiungere e le diverse tecniche di trascendenza impiegate a questo scopo, determinando così la qualità dello stato di coscienza ottenuto. La funzione della cultura ha una “legittimazione tramite i *miti fondativi* di atti altrimenti non di rado ammantati dal *sigillo del sacro*.”

Nel delineare la *centralità di dinamiche di distacco* dall’esperienza sensibile naturale e interumana, nella mentalizzazione del sovranaturale: attraverso ulteriori acquisizioni della psichiatria culturale, può trovare delle *anastomosi colle nozioni della psichiatria classica* (Frighi, 1972; Bartocci, 1990 e 1994).

Ad esempio l’osservazione dei fenomeni del *detachment* sono considerati dalla nosografia odierna in modo parziale. Il fenomeno del *dereismo* è invece stato a lungo un pilastro concettuale sia nella psicopatologia classica, sia nel pensiero di uno dei fondatori della psichiatria culturale: George Devereux (1973).

Secondo l’ipotesi di molti autori, il *dereismo* non ha le specifiche connotazioni dei disturbi schizofrenici: fa quasi parte integrante della natura umana. L’ “*elemento dissociativo*” è la scissione soggiacente a questo disturbo. Molte sintomatologie psicopatologiche e cliniche possono portare al *dereismo*. Secondo una prima accezione (Porot, 1965), il *dereismo* è una costruzione mentale in disaccordo manifesto con la realtà: il pensiero schizofrenico, “distaccato” dal contatto con l’ambiente “riempie” il proprio “autismo”. Peraltro, sottolinea Porot che il *pensiero dereistico* può essere osservato nello stato normale del sonno, nelle “*reveries*” (quale sogno diurno o fantasticheria) e nel pensiero ludico (come “finto” e “fantasioso” quasi per un gioco mitomanico fabulativo) o ancora, tale nozione è intesa per stati morbosi, come ad esempio: negli stati passionali nell’ “*estasi*”, negli “*stati crepuscolari*”, negli *stati mistici* ed ancora nello *stato ipnotico* (etero od auto-indotto).

Devereux (1970) indica nel *disorientamento culturale* uno dei fattori causali di maggiore importanza, correlato ad ogni ambiente culturale, il quale rappresenta un contenitore, seppur immateriale, all’interno del quale ci si muove come accade nel mondo fisico.

In un “*linguaggio antropo-fenomenologico*” gli *items culturali* sono immersi in una matrice di valore e di significato, ricevuta in dote dalla cultura di appartenenza. In termini attuali, se la cultura un’influenza le strutture del cervello, le matrici di valore e significato non sono una mera entità cognitiva ma s’incarnano nella disposizione delle *reti neurali* a cui gli stimoli esterni afferiscono (Chiao J.Y. et al. 2013).

Ad ogni modo, i *disorientamenti culturali* non sono esperiti consapevolmente dal soggetto, ma vissuti a livello prerenale e antipredicativo. Essi originano da una predisposizione psichica, una vulnerabilità della struttura mentale che può svilupparsi nei modi più vari (quali ad esempio, secondo Ey, nei Disturbi di Personalità). Questi elementi psichici possono esitare nelle forme riconosciute dalla psicopatologia generale come quelle dei *deliri*, oppure strutturare le *varianti abnormi* dell’essere psichico (con *l’adesione fideistica ad un’ideologia*).

Riflettendo su fenomeni simili, Murphy (1967) si è interrogato sulla separazione tracciata da Jaspers (1997 [1959]), tra i deliri dei singoli individui e le credenze inverosimili condivise in una data cultura. La privatezza del delirio, potremo dire qui, è *un’anastomosi patologica, vicariante, culturale*: in alcuni casi la linea di demarcazione tra vissuti personali e quelli collettivi non è infatti così netta.

10) In questa direzione, Prince (1970), ha proposto di introdurre in psichiatria culturale il termine *integrant beliefs*. Con tale *neologismo* egli ha indicato *credenze condivise da un gruppo di persone* che in taluni casi svolgono una funzione aggregante dal punto di vista sociale (una sorta di sociologia del delirio) e quindi possono essere ritenute non sintomi psicopatologici (sebbene i contenuti siano simili a quelli dei deliri psicotici: fantastici, inverosimili o inverificabili).

In linea con le indicazioni di ricerca di Devereux (1970), e seguendo le proposte di Prince (1970): Bartocci (2013), propone *l’introduzione della categoria dei deliri culturali* come un utile strumento orientativo nella psichiatria di oggi. In una accezione di Psicopatologia e Clinica Culturale, si tratterebbe di credenze sostenute convintamente da un certo gruppo o sotto-gruppo socio-culturale e avvertite dal soggetto o dal gruppo comunitario in maniera “ego sintonica”. Sarebbero idee irrealistiche, ma incorreggibili proprio in virtù del consenso socio-culturale di cui, per definizione, godono. La definizione è stata accettata sia nell’Enciclopedia Medica

Francese (Bartocci, 2013) e riferita pure nel corso del IV Congresso Mondiale di Psichiatria Culturale, Mexico 2015 (Bartocci 2015).

11) Un interessante dibattito al riguardo potrebbe congetturare se i *Deliri culturali* siano *primari o secondari* e quindi nell'accezione classica dei *deliroidi*. La necessità di condurre un'indagine soprattutto sulle *credenze della nostra cultura* e non solo su quelle di paesi lontani e considerati esotici è stata rimarcata in uno studio (Tseng et al., 2014) in cui si osserva che mentre nella pratica clinica le *idee deliranti* del paziente sono rese visibili all'osservatore anche dalla forza con cui si affermano contenuti in evidente contrasto con i dati di realtà: è più difficile prendere posizione sia con le *superstizioni* nostrane, sia con l'irrompere di *visioni* al limite del contesto storico della speranza illusoria.

Nel setting psicoterapeutico condotto con i criteri della cultura occidentale, è evidente che, proprio per la varietà d'*items* culturali, è necessario su una base convenzionale appoggiarsi a un relativismo culturale-pragmatico non solo nel valutare le credenze personali, ma per operare un'*immedesimazione culturale* atta ad armonizzare la situazione clinica (Michel, 1999).

Alcuni esempi di modalità preconfezionate di crisi: nell'Occidente dei nostri tempi si ricordano il ballo delle *tarantate* nella Puglia di De Martino (1961), le possessioni da *jinn* nei paesi islamici (con le loro differenze rispetto a quella demoniaca medievale), e forse il *radicalismo violento* che conduce alle stragi di massa ed anche nel nuovo millennio. Ma sono deliri, come notano Bartocci e Zupin, il ballo delle *tarantate* (De Martino, 1961), o delle sindromi da possessione con l'esorcismo canonico? Nei *mass-shootings* non è previsto alcun rito collettivo che possa interrompere la strage e far tornare la situazione allo *status quo ante*...se non l'arrivo della polizia e un conflitto a fuoco con l'aggressore: ma questi eventi sono ascrivibili alle categorie degli *psicopatici fanatici combattivi* dominati da una volontà di potenza distorta camuffata da fanatismo religioso (Maniscalco e Pelizzari, 2016).

I *deliri* e le *credenze* (più o meno apocrife, Bartocci 2016) hanno spesso analoghe radici: il che rende più difficile nella pratica clinica il distinguere ad esempio *l'idea di superstizione* (ancora nei limiti della norma mentale), da talune idee deliranti (Ferrio, 1959).

Come criterio generale si può dire che la *superstizione* è un prodotto ad alto tasso sociologico. La superstizione è l'espressione delle convinzioni sociali e culturali della comunità di appartenenza, mentre l'*idea delirante* è l'espressione di una particolare condizione in cui l'individuo vive all'interno di quella comunità. Ma a sua volta la superstizione può diventare il contenuto di un'idea delirante, quando il soggetto trova in sé l'applicazione di un principio generale di superstizione. Per esempio, il soggetto che crede culturalmente nel fenomeno del "*malocchio*" (superstizione) è da considerarsi affetto da idee deliranti quando, al di fuori di ogni critica, considera gli eventuali disturbi somatici di cui effettivamente soffre siano il prodotto del malocchio lanciatogli da una fattucchiera (vedi Par. III, Fig. 3). Si giunge qui alle *interpretazioni deliranti culturali*. Sebbene *condotte patologiche relative alla religione* (Bartocci et al., 1998) siano state studiate nelle *sette* (Tseng, 2001) o nei nuovi *movimenti religiosi*, emergono studi sulla patoplastica o patogenesi di fattori embricati alle tre fedi monoteiste (Bartocci, 2016) (ma pure nelle fedi politeiste induiste, ecc.) che portano ad un dibattito utile per la Psichiatria Culturale.

12) Si dovrebbero invitare, con Littlewood (2001), i cultori della materia ad approfondire sia l'insorgenza di "*nuove credenze patologiche dell'Occidente*", sia la facilità pre-morbosa di taluni individui ad accettare pretestuose devozioni (o sottomissioni) a testi sacri per giustificare atti di terrorismo o genocidio. Tale "*fittizia devozione*" sembra piuttosto uno scudo alla violenza maligna già di per sé distruttiva ma non delirante di un individuo o di una collettività culturale (Rovera, 1970) che potrebbe in alcuni casi giungere ad una ipercompensazione negativa sino alla blindatura dei contenuti di un delirio (Bartocci e Zupin, 2016).

F) Questioni da approfondire

1) Un quesito prioritario (Toussignant, 1992) riguarda una teoria suscettibile di orientare le *ricerche eziopatogenetiche* armonizzandole con *molteplici tipi di approcci* (neuroscientifico, psicodinamico e socioculturale) i quali sarebbero applicabili per "*anastomosi*" alle reti personali, sociali, culturali e quindi alla teoria, alla metodologia, all'evoluzione della psicopatologia, alla valutazione diagnostico/prognostica e ai tipi di trattamento.

L'*eziopatogenesi dei deliri* a tutt'oggi continua a essere difficile e al riguardo sono state sviluppate diverse teorie. La *teoria genetica o biologica* afferma che i parenti stretti di persone con disturbi deliranti sono a maggior rischio di eventi deliranti. Un'altra teoria è l'*elaborazione cognitiva disfunzionale*, che afferma che i deliri possono derivare da modi distorti che le persone hanno di spiegare la vita a se stessi. Una *terza teoria* definisce i deliri come secondari o difensivi. Si afferma che le persone predisposte potrebbero subire l'insorgere di un disturbo delirante nei momenti in cui devono affrontare le emergenze della vita. In questo caso, la persona considera gli altri come la causa delle loro difficoltà personali al fine di preservare una visione positiva del Sé, attraverso un'*anastomosi patologica vicariante*.

2) Un'altra questione in Psichiatria Culturale è la *diagnosi differenziale*. Con le *idee deliranti* non vanno confusi gli *stati deliranti*, che sono disturbi di una coscienza destrutturata (Ey, 1954). Il termine delirio che si impiega per indicare queste due sintomatologie provoca facilmente equivoci, giacché nella loro eziopatogenesi e pure psicopatologicamente e clinicamente sono sindromi del tutto diverse (Kraepelin, 1901).

Un'altra questione riguarda chi deve contestualizzare le *idee deliranti* con le *illusioni dei ricordi*, con le *idee prevalenti* e con le *idee* e pure con i *deliri costitutivi*. Questa distinzione appare molto difficile e dai confini incerti quando ci si riferisce ad una psicopatologia e clinica culturali. Talora l'immaginazione delirante ha per punto di partenza una *visione apocrifa* o un *sogno da sveglio*.

Le idee deliranti devono anche essere differenziate dalle *immaginazioni deliranti* che sono *falsi ricordi* che si riallacciano alle *idee deliranti* (*Wahnhafte Einbildungen*). Si tratta di convinzioni di avere in passato realmente vissuto sensorialmente avvenimenti che si inquadrano nelle attuali idee deliranti spesso in *quadri demenziali* e le convalidano come argomenti inoppugnabili.

La *diagnosi differenziale* delle *reazioni paranoide* dalla *parafrenia fantastica* va ricercata con attenta indagine. Se viene rintracciata una causa organica attendibile, il caso deve essere considerato sotto questo aspetto; la cura e la prognosi saranno quindi in diretta conseguenza. Conviene ricordare che qualche volta *nella tarda età* si

presentano sintomi paranoidi segnali di alterazioni mentali, prima ancora che si rendano evidenti le alterazioni organiche.

Bisogna escludere la possibilità di una *psicosi paranoide*, di tipo schizofrenico: in questa, i sintomi talvolta non vengono scoperti con facilità. Se esiste un'*idea paranoide* tanto bizzarra che non possa essere "afferrata" ed approfondita è utile ricorrere ai flessibili dettami della *psicologia* e della *psichiatria dinamica*: sicché le reazioni e le *sindromi paranoidi culturali* sono in relazione con le *credenze apocrife non dimostrabili*, esse possono essere correlate con la *schizofrenia paranoide* che è classificata come evento morboso nelle categorie psichiatriche tradizionali.

3) Una terza questione riguarda l'*epidemiologia*. Queste ricerche studiano gli avvenimenti della vita, le condizioni esistenziali, l'importanza della *spiegazione* (Erklaren), della *comprensione* (Verstehende) per tendere agli *enigmi concreti* (Jaspers, 1913), i quali conferiscono importanza alla vulnerabilità, ad eventi traumatici e credenze apocrife e a forme di *configurazione psicopatologiche semistruzzurate* con dei contenuti di tipo culturale (magico, religioso, ecc.).

È necessario tenere presente che l'individuo si realizza nel rapporto tra natura e cultura, lungo tutto il percorso della sua esistenza: dallo sviluppo del suo patrimonio biologico, all'integrazione dei modelli culturali, dagli effetti della pressione sociale all'aspirazione realizzativa (talora finzionale e grandiosa).

I *fattori di rischio o facilitanti o predittivi* sono molteplici e correlati fra loro e l'epidemiologia dei deliri culturali dovrebbe poter mantenere i confini antropologici e sociologici (Chanoit e Lermuzeau, 1995) che sono un criterio di esclusione, ma facilitano lo studio delle molteplici *anastomosi* dei nuclei stessi della ricerca Psichiatrica, in quanto rappresentano un "*osservatorio*" privilegiato dell'oggetto di studio.

VI. LE RELAZIONI D'AIUTO

A) Riferimenti

1) Le relazioni d'aiuto sono caratterizzate da operatori della salute che optano per una *helping profession*, con modalità diverse, ma con una base motivazionale o *vocazionale* (come definito nei paesi anglosassoni), molto simile all'adleriano "interesse sociale", il quale è volto specialmente ad aree psico-socio-sanitarie (Rovera, 2004).

In linea generale si possono distinguere alcuni gruppi di Helping Professions:

- Le Professioni dell'aiuto propriamente dette, con specifiche finalità e competenze riguardo le Psicoterapie ed il Counseling.
- Le Professioni che implicano l'aiuto:
- Nell'ambito sanitario: infermieri, medici, esperti nella riabilitazione psico-motoria, sino alla *liaison-consultation*;
- Nell'ambito psico-socio-educativo: assistenti sociali, insegnanti, educatori professionali, consulenti agli sportelli dell'ascolto;
- Nell'ambito di informazioni o di consulenze a livello di particolari aree d'aiuto: avvocati familiaristi, eccetera).
- *Nuove forme di professionalità nelle relazioni d'aiuto* si riferiscono a offerte formative molteplici correlate a nuovi *status-ruoli*, tra questi: il Corso di Laurea in "Scienze Infermieristiche", in "Lingue e Comunicazioni per il territorio", in "Scienze e Tecniche Psicologiche delle relazioni d'aiuto", in "Pedagogia dell'età evolutiva". Vanno ricordate le Scuole di Specializzazione per gli insegnanti, in "Educazione della Salute" e in "Mediazione culturale" a favore degli immigrati.
- *L'Attività di volontariato*, quale quarta categoria, copre un vasto territorio che attiene al solidarismo svolto o da strutture organizzate o da singoli individui, al di fuori della propria famiglia, senza scopi di lucro, i quali in forma spontanea erogano servizi a favore della collettività.

2) Il *modello di rete quale rete di modelli* (Rovera et al. 1984) trova nei contesti teorico-pratici delle relazioni professionali d'aiuto (a e b) la sua possibilità applicativa, ma pure l'auspicabile diffusione presso le categorie delle nuove professionalità (c): attraverso l'apertura all'informazione, alla formazione, alla supervisione, al tutoraggio, eccetera; senza contare che gli interventi d'aiuto strutturati ed organizzati potrebbero avvalersi di valutazioni complessive di analisi di processo. Nelle attività di volontariato (d) rientrano invece quelle relazioni d'aiuto che fruiscono di fattori d'intervento aspecifici quali ad esempio la fornitura di presenza, l'ascolto incoraggiante, l'empatia, la riservatezza, la capacità di *coping* con l'équipe d'intervento.

Nelle molteplici realizzazioni pratiche, prima fra le quali la *psicoterapia*, ma non escluse le altre forme di *helping*, è ormai avvalorata l'ipotesi che si registrino quali agenti terapeutici sia *fattori psicoterapeutici specifici*, sia *dimensioni psicoterapeutiche aspecifiche*.

- I fattori specifici della relazione di aiuto corrispondono alle metodiche delle psicoterapie strutturate. Qui nel *continuum supportivo/intensivo* si possono utilizzare diverse tecniche quali lo smascheramento delle finzioni, la confrontazione, l'elaborazione di materiale profondo, l'interpretazione dei sogni e del transfert, eccetera, in sintesi l'analisi dello stile di vita.
- Tra i fattori aspecifici sono annoverate la cosiddetta *fornitura di presenza* e l'alleanza di lavoro (*helping alliance*), in cui la partecipazione emotivo/affettiva, la comprensione empatica, taluni dinamismi di identificazione con l'altro, appaiono presupposti per raggiungere i vari obiettivi di intervento attraverso le competenze comunicazionali (verbali, non verbali e di informazione).

Una *strategia dell'incoraggiamento* è situabile tra i fattori specifici e quelli aspecifici e deve essere modulata a seconda del contesto, della persona, delle finalità e degli strumenti operativi: temi questi di assoluta attualità anche sotto il *profilo transculturale*.

B) Finestre terapeutiche

1) Non è possibile non tenere conto delle pratiche terapeutiche in rapporto al polimorfismo delle sintomatologie, nell'ambito dei vari contesti culturali.

Seguendo la corrente portante di questo contributo orientata alla "psichiatria convenzionale" è attraverso una "finestra" che si può accogliere il modello tradizionale. Si ricordano sinteticamente alcune figure di curanti ufficiali dei malati o considerati tali nelle molteplici culture con *integrational beliefs* (Prince, 1970):

2) Psichiatria convenzionale/Terapie tradizionali.

La concezione di malattia *nel mondo scientifico occidentale* si basa sul fatto che essa è determinata da una disfunzione delle normali funzioni fisiologiche le cui cause possono essere esogene (ad es. un agente infettivo) o endogene (ad es. uno stress psicologico). Spesso invece *nelle culture tradizionali* la malattia è rappresentata da qualcosa di estraneo che si trova nell'organismo, perciò l'*agente esterno* non è la causa della malattia, ma è la malattia e che, a seconda delle varie culture, può essere dovuto a un intervento umano (streghe o maghi), non umano (fantasma, spirito maligno), soprannaturale (divinità), allo squilibrio di forze naturali (dosha per l'Ayurvedica, yin e yang per i cinesi). L'essere posseduto da uno spirito o da qualche stregoneria è la credenza popolare più diffusa per spiegare i sintomi "mentali". Il disturbo mentale, inoltre, è difficilmente scindibile perché risulta essere contemporaneamente un fenomeno psichico, somatico, familiare, sociale e religioso. Ciò non significa che il paziente o la famiglia non siano in grado di riconoscere e distinguere la sofferenza psichica e quindi facciano *confusione* tra questi elementi. Le *difficoltà* sono i rituali attuati per correggere il "male" che possono essere osservati da *diverse* prospettive proprio perché nelle culture esotiche patologia, società, religione sono in "*anastomosi*" tra loro. (Rossi R. et al., 1991; Coppo, 2003; Beneduce, 2007).

3) Estrazioni ed esorcismi.

I rituali possono avere *livelli diversi di estrazione*. Un *primo livello* è quello che si può riscontrare in Africa dove i guaritori ritengono che alcuni sintomi siano determinati dalla presenza di vermi all'interno della testa, per questo prescrivono dei suffumigi che fanno starnutire il soggetto. Un *livello superiore* di estrazione è il passaggio di una

causa di malattia non visibile ad un oggetto inanimato che poi, generalmente, viene distrutto. Ad esempio nelle tribù esquimesi in caso di attacchi di conversione (isterici) determinati dall'intrusione di spiriti ed il guaritore trasporta gli spiriti su uno di questi oggetti che poi verrà spezzato.

Nelle tribù Yoruba della Nigeria, i guaritori, quando una donna presenta dei sintomi (psicotici) provvedono a liberarla dagli spiriti maligni facendola immergere completamente un fiume vestita di bianco. Queste cure sfruttano per lo più la suggestione e l'effetto placebo che i terapeuti occidentali, nonostante conoscano molto bene questo potente strumento, tendono ad utilizzare in maniera ridotta rispetto ai guaritori di altre culture.

Peraltro il mondo occidentale sfrutta ancora largamente questi interventi negli *esorcismi* attuati sia dalla Chiesa cattolica che da quella anglicana per “*espellere il malvagio*”.

Il rituale di possessione cerca di penetrare nel mondo dell'oscuro per ottenere dei poteri spirituali che spesso sono contemporaneamente religiosi, festivi, musicali in connessione con l'iperventilazione che i soggetti praticano e all'*inalare le esalazioni di erbe bruciate* che producono una *trance* da livello dello stato di coscienza.

Questo avviene ad esempio nella pratica dell'induismo, nelle *sickness possessions* e nella terapia Ayurvedica in cui entrano in *trance* sia il guaritore che il soggetto malato.

Lo *stato di trance* che si genera ha le stesse caratteristiche dello *stato ipnotico*: l'abbassamento dello stato di coscienza, può far compiere al soggetto atti al di fuori del proprio controllo, la soglia del dolore è innalzata e c'è un'amnesia rispetto a tutto ciò che è accaduto.

4) Sciamani, curanderos e altri guaritori.

- Gli sciamani operano in popolazioni molto diverse tra loro, come quelle orientali, quelle africane, dell'America del Nord ed anche di quelle presenti un tempo nell'area del Mediterraneo. Utilizzano un modello terapeutico” più vicino a quello duale medico-paziente convenzionale. Lo *sciamano* per diventare tale deve percorrere una serie di stadi per giungere ad avere le doti soprannaturali. La

concezione della malattia secondo lo sciamanesimo si basa sul fatto che il soggetto è malato in quanto ha perduto l'anima o perché ha trasgredito dei tabù o perché ha sognato situazioni socialmente e moralmente inaccettabili, o perché è stato "invaso" da uno spirito malvagio. Lo sciamanesimo viene praticato in società di tipo comunitario dove si conoscono le vicende degli altri: più degli altri le conosce lo sciamano, che viene interpellato anche per problemi della comunità, non solo medici (Rossi R. et al., 1999).

- I *curanderos* (Miglietta, 2002) assumono sostanze psichedeliche (il *cactus* San Pedro utilizzato dai peruviani o il *Peyote* in Messico o la *coca* in Bolivia). Il loro viaggio terapeutico è paragonabile ad un *viaggio nel mondo onirico*.
- Il *Listikar* è una tecnica utilizzata che si ispira alla mistica meta-religiosa (la *Cabala* ebraica, il *sufismo* islamico). Il soggetto racconta nei dettagli la sua storia al *marabout* (guaritore): in questo modo egli entra in uno stato di confusione onirica durante il quale ha una visione la cui interpretazione indicherà la soluzione al problema (anche se vi è il rischio di uno scompensamento psicotico).
- Una *divinazione* che si è tramandata fino ai giorni nostri in Cina è il *Ch'ien*. Esso consiste nell'estrarre da una canna di bambù un bastoncino numerato che viene consegnato ad un *vecchio saggio*. Questi consegna un foglio di carta corrispondente al numero e che contiene il responso. Il vecchio fornisce una interpretazione che consiste in un invito ad attuare un comportamento di rappacificazione e mai di lotta.

5) Commistioni terapeutiche.

Una risorsa importante nella cura dei disturbi psichici, ed anche nelle malattie fisiche, è costituita dalle *erbe*.

- La *Rauwolfia serpentina* e alcaloidi tra cui la *Roserpina*, una delle poche ad essere conosciuta e utilizzata dai medici occidentali, e che deve il suo nome alla caratteristica forma delle sue radici, veniva raccomandata per la cura delle malattie mentali già duemila anni fa, come si può desumere da alcune scritture sacre.

- La *medicina ayurvedica*, collegata alla religione indù, si basa su testi sanscriti ed è seguita ancora oggi, tanto che alcune università indiane inseriscono nel curriculum medico anche questo tipo di terapia. Essa si basa essenzialmente su teorie umorali per cui l'organismo è considerato un microcosmo dell'universo. Le *sette sostanze del corpo* (osso, carne, grasso, sangue, sperma, midollo, chilo) sono il prodotto di *tre umori*: kapha o flegma, pitta o bile, vayu o vento. La malattia è determinata dal disequilibrio di questi elementi ed il punto di equilibrio dipende dall'età, dal sesso, dal temperamento, dal clima, dalla nutrizione e dal tipo di attività lavorativa. Il medico ayurveda, detto vaidya, utilizza per le cure: *erbe* (ne vengono descritte circa 700 *piante*), parti di *animali*, manipolazione del paziente e modificazioni della *dieta*.
- Anche la medicina tradizionale africana conosce da almeno un secolo la radice della *Rauwolfia serpentina*, come documentato dalle osservazioni di psichiatri che, lavorando in Nigeria, ebbero modo di osservare come molti pazienti che giungevano nelle cliniche, presentavano segni di un disturbo extrapiramidale.
- Accanto al trattamento con le erbe, i guaritori adottano anche strategie riabilitative rappresentate, nella maggior parte dei casi, da *attività lavorative*. Più in generale si può osservare che l'armamentario terapeutico della medicina tradizionale trae spunti dall'insieme delle manifestazioni della *natura fisica*. Tra gli altri: i colori, gli agenti atmosferici, le abluzioni parziali o totali, l'osservazione dei vari tipi di agglomerati stellari.
- I rimedi tradizionalmente legati alla terra come le *erbe*, esiste presso molti popoli, che sono entrati in contatto con la cultura occidentale. Una distinzione abbastanza netta è quella tra i *mali locali*, curabili con le risorse del suolo ed appannaggio pertanto di *guaritori e stregoni*, ed i *mali "portati da lontano"*, per i quali gli indigeni si affidano alle cure dei *medici stranieri*.

Questa *commistione tra il nuovo (o estraneo) e il vecchio (o nostrano)* la incontriamo anche oggi in Occidente in alcuni prodotti da banco nei quali è possibile trovare delle *misture di erbe* come la valeriana, la camomilla o il ginseng, e sostanze di sintesi più o meno elaborate.

Sotto questo profilo si possono individuare nella psichiatria convenzionale evoluzioni innovatrici, come la più raffinata ricerca neurochimica o le tecniche di visualizzazione cerebrale, associate ad un insopprimibile aggancio con un retaggio remoto nel quale lo psicoterapeuta occidentale o lo sciamano usano in fondo tecniche non molto dissimili per eliminare o attenuare la sofferenza mentale. Alcuni *studiosi coreani* hanno messo a confronto la pratica tao, il buddismo Zen, il confucianesimo: con la psicanalisi occidentale, la psicologia umanistica e la psicoterapia transferale, concludendo che, anche se i nomi sono diversi, gli *obiettivi* sono gli stessi. Stili di Attaccamento (Bowlby, 1980; Bartocci, Zupin, 2016), desiderio di supremazia (Adler, 1933), sofferenza della nascita e paura della morte, motivazioni deficitarie; sono reazioni che indicano situazioni analoghe. Pienezza del sé reale, sé attualizzato, autostima, sono nomi che indicano, attraverso il raggiungimento della realizzazione, la salute mentale.

C) L'etnopsicoanalisi

La ragion d'essere della etnopsicoanalisi e le sue potenzialità future potrebbero essere considerate *anastomosi* degli attuali studi di psichiatria (trans)culturale.

- *L'etnopsicoanalisi*, a differenza della psicopatologia ufficiale, rinuncia alle proprie coordinate diagnostiche e alla semeiotica psicopatologica per porre il paziente, la sua lingua e la sua cultura come reale perno dell'incontro terapeutico.
- Il metodo di Nathan (1996) prevede la costituzione di un numeroso gruppo (fino ad anche 15 persone) di terapeuti, esperti della specifica lingua e cultura dell'emigrato, quali interlocutori attivi sia nel rispettare il linguaggio originario del contesto, sia nel sottolineare il background culturale dell'eziopatogenesi proposta dal paziente. I vari co-terapeuti riferiscono le cause che le differenti culture prevedono di fronte allo stesso sintomo e che i pazienti stessi sono pronti ad accettare.

Con il lavoro dell'*équipe etnopsicanalitica*, il paziente giunge a spiegare gli eventi di perdita (della salute o della vita stessa di familiari) come conseguenza di sentimenti negativi vissuti dai propri parenti naturali o acquisiti.

L'interpretazione dei complessi giochi relazionali basati sull'invidia o la gelosia emersa dal lavoro dell'équipe, viene accettata da parte dell'immigrato proprio perché integra l'eziologia magica presente nella propria cultura d'origine. Il paziente acquista la consapevolezza di essere parte di "giochi di potere" che continuano ad agire nonostante la grande distanza spaziale dalla propria terra d'origine e uno scenario culturale attuale ben diverso da quello che continuano ad avere i propri familiari.

Un altro punto importante della tecnica della etnopsicanalisi è costituito dal modificare con *tecniche di ispirazione cognitivista* la spiegazione che il paziente si era finora dato di eventi di perdita. Si passa cioè da un vissuto fatalistico ad una difesa delirante paranoico-persecutoria incentrata sul concetto del "*malocchio*". Viene così mostrato come le eziologie emerse dal lavoro etnopsicanalitico si pongono accanto a spiegazioni psico-dinamiche più classiche proposte dagli antropologi dell'équipe, come ad esempio l'ambivalenza del soggetto verso i genitori o il disorientamento per un lutto non elaborato (Nathan, 1996).

L'*etnopsicanalisi* intende superare l'illusione, che la *psicopatologia convenzionale* ha sempre difesa, di una difficoltosa interconnessione tra psiche e cultura (concetto dell'"*uomo nudo*" di Levi Strauss, 1958).

Nathan (1996) sostiene questi 3 punti:

- L'esistenza di uno stretto legame fra l'individuo quale essere relazionale e la cultura pronta a rispondere a tale disponibilità;
- L'erroneità di chi considera la psicanalisi come non influenzabile da fattori quali la seduzione o la suggestionabilità;
- La non esistenza delle psicoterapie (ritenute come scientifiche), ma piuttosto di autoterapie promosse dall'azione degli operatori.

Consegue da questi postulati che la *nosografia psichiatrica* andrebbe riscritta a misura della specifica cultura che vi fa da sfondo. Nell'*etnopsicanalisi* tutto parte dalla tecnica che può accogliere una eziologia tradizionale ed inoltre il trattamento precede la *diagnosi*. La *psicopatologia* dovrebbe dunque diventare interattiva rinunciando all'autovalidazione operata dal clinico, subordinando il proprio sistema teorico al

quadro tecnico che per le sue variazioni rimane “costruito” e contingente, ma che comunque rimane il tramite verso il mondo “naturale” del paziente.

Si scorge così che la *psicologia degli immigrati* ha una portata eccezionale anche nell’ambito epistemologico offrendo l’opportunità alla psichiatria occidentale di uscire da certe limitazioni metodologiche (Rossi R., 1999).

D) Le psicoterapie convenzionali

1) Precondizioni

Sebbene Watts (1961) segnali le notevoli differenze tra Psicoterapie Occidentali e quelle Occidentali, è possibile instaurare una *Psicoterapia culturale* (molto spesso di sostegno) nelle sindromi deliranti. Sono peraltro necessarie delle *precondizioni* (Siegfried, 1998). Fra queste: una sufficiente e condivisa comunicazione linguistica, una particolare attitudine all’immedesimazione anche nelle abitudini socio-culturali e religiose del paziente (Ascoli, 2012), una corretta valutazione diagnostica. Studi di Psichiatria Culturale trovano i loro antecedenti nella Psichiatria classica (ad esempio quella Kraepeliniana), che vanno intesi come sforzo multidisciplinare delle osservazioni degli *antropologi* e di taluni assunti *psicoanalitici*: i quali anche nelle variazioni culturali mantengono un *carattere basale di universalità* (Rossi R., 1999).

Lo studio delle *psicosi esotiche* ha permesso una prima descrizione della loro sintomatologia cercando qualche collegamento con la nosografia europea e nordamericana. Tale comparazione ha mostrato i limiti di un approccio descrittivo. Anche in testi recenti (Rossi R., 1996) è stato difficile proporre collegamenti più approfonditi: ad esempio, in alcune *sindromi deliranti* si descrivono disturbi dell’aggressività, della coscienza e dell’affettività che uno operatore psicodinamico potrebbe interpretare come una difficoltosa elaborazione del lutto, angoscia di castrazione o identificazione introiettiva di parti cattive dell’altro.

2) Il gruppo curante nella Psichiatria e Psicoterapia Culturale

Nell’*ambito delle relazioni d’aiuto* (con particolare accento al trattamento di équipe) ci si deve comunque riferire alle competenze, alla formazione ed alla responsabilità

etica degli operatori (il *de facto*) con riconoscimento riferibile a specifiche strutture psichiatriche istituzionali (il *de iure*) (Rovera, 2004).

Diventano quindi aspetti centrali le eventuali *malpratiche* che possono emergere nel corso delle molteplici caratteristiche di tutti gli interventi di *helping*. Le modalità di agire le relazioni d'aiuto fra "tecnica e arte". Il nucleo di fondo specie delle professioni d'aiuto delle *psicoterapie* strutturate e del *counseling*, si possono effettuare per apprendimento "sotto il profilo tecnico" nel *come fare* (esempio: durata e frequenza delle sedute, tecnica del colloquio, eccetera); ma altri aspetti, ancor più importanti, sono legati al rapporto interpersonale, al "*fare come*", correlato a procedure d'esperienza congeniali identificatorie. Si sottolinea che tutte le professioni che implicano aiuto, abbiano anche componenti che attengono al *Sé creativo*.

In sintesi nei vari tipi di tirocinio e/o d'addestramento nelle *helping profession*, sempre più si parla di quale possa essere il ruolo e la funzione degli operatori nelle organizzazioni, nelle strutture, nelle istituzioni: tra tecniche e arti sociosanitarie-assistenziali. I tempi che cambiano conducono a mutamenti ed a nuove dinamiche fra pluriprofessionalità e multidisciplinarietà: nell'utilizzo delle tecniche, nell'*associazione con psicofarmaci* e negli strumenti psicoriabilitativi e preventivi.

Infine, non ci si può sottrarre né alle istanze etiche e neppure a quelle che sono le problematiche legate ai costi/benefici e quindi alle previsioni di spese, in rapporto ai risultati acquisibili ed a ricerche di *follow-up*, anche a lungo periodo. I modelli proposti dalla Psichiatria Culturale dovrebbero saper offrire alle *helping profession* adeguati strumenti metodologici formativi ed operativi per raccogliere l'attuale sfida sulle relazioni d'aiuto (Rovera, 2014).

3) Di notevole rilievo nell'ambito di un'*Alleanza Terapeutica* (Rovera, 2014) sono gli aspetti culturali. Una relazione interindividuale poggia sempre su un universo pre-interpretato, specie quando i gruppi culturali di appartenenza (di cui fanno parte il paziente e lo psicoterapeuta) sono diversi. La relazione terapeutica è, specie nelle sindromi deliranti, costituita da un *retro-scena* che è il risultato di una *internalizzazione gruppale generazionale*, la quale può occupare l'*avan-scena interculturale*.

Il presupposto di un'internalizzazione culturale ed il riconoscimento della stessa agevola di molto l'approccio completo e corretto.

In una *relazione interindividuale* ciascuno degli attori porta infatti la sua storia personale inscritta nel *proprio contesto culturale*, che è comunicata in modo *sia verbale che non verbale*.

La *distanza culturale* tra i vissuti del terapeuta e quelli del paziente deve essere chiarita, confrontata ed eventualmente interpretata, per elaborare resistenze e difese che riguardano ciascun membro della coppia terapeutica. Imprinting, memorie, rappresentazioni del popolo o della nazione di appartenenza: costituiscono due “*universi culturali pre-interpretati*”, collegati nell'incontro interindividuale che realizzano un'alleanza terapeutica su cui poggia una Psicoterapia Dinamica Culturale.

È interessante al proposito sottolineare il contributo di Luc Michel (1999), che riguarda in specie la *dinamica del metatransfert/metacontrotransfert* interculturale. La configurazione di questa nozione concerne la definizione dei rapporti non solo tra gli individui, ma pure tra i rispettivi gruppi di appartenenza degli attori della relazione. Ciascun protagonista, che sia analista o analizzando, ha al suo interno un bagaglio culturale/ relazionale che gli è proprio ed è in rapporto al suo gruppo di origine. Il prefisso *meta*, in questo caso, significa oltre le consuete relazioni transferali, in quanto cerca di cogliere la significazione culturale preverbale.

4) L'aspetto più importante per un'*Alleanza Terapeutica Culturale (A.T.C.)* è l'implicazione emozionale data dagli *stereotipi gruppali*, in quanto essi sono dei mobilizzatori della relazione psicoterapeutica: nel momento in cui segnalano una dimensione storica, culturale, ma anche uno stile di attaccamento (cultural-dipendente) acquisito già nei primi mesi di vita e che successivamente può essere rimobilitato in una dinamica transferale interculturale. Questo materiale si radica pure a livello transgenerazionale, giacché si immerge nelle tradizioni, nelle credenze, negli Orientamenti di Valori, derivati dai relativi gruppi di appartenenza. Sicché in un'A.T.C. (tra paziente e terapeuta) ciascuno viene a costituire per l'Altro una sorta di area transizionale ove interagiscono reciproci elementi culturali primari (o arcaici) o preverbali.

Questi sono interiorizzati precocemente, prima della formazione del linguaggio verbale. La formazione è infatti generalmente realizzata nei primi mesi di vita: *attachment, nursing, holding, scambi di contatti corporei*, sono degli esempi di attività che rispondono anche a norme culturali. Queste “*memorie senza ricordi*” (ben studiate dalle Neuroscienze) sono i primi mattoni dello Stile di Vita Individuale e determinano anche un’articolazione tra l’intrapsichico, il reale e l’immaginario.

La cultura, essendo uno dei fattori, come già detto, dell’“*universo pre-interpretato*” ed *interiorizzato*, rappresenta la base dei processi legati allo sviluppo dello Stile di Vita Individuale. In questo senso, grazie al *metatransfert* e *metacontrotransfert* culturale, costituisce e presuppone la base culturale condivisa di ambedue i membri dell’A.T.C. Essa fornisce altresì i valori che l’individuo utilizzerà nel suo “essere al mondo”, nel suo Schema di Riferimento Appercettivo per le sue mete esistenziali.

In una relazione psicoterapeutica, questa ombra culturale può rimanere silenziosa e implicita sotto forma di presupposto comune che contribuisce alla costituzione di una dimensione relazionale. Ma è per questo che in un’Alleanza Terapeutica Culturale, giacché le culture di base sono differenti, già dall’inizio si deve creare una *relazione psicoterapeutica* che tenga presente gli stereotipi culturali che dovrebbero venire riconosciuti sia dall’analista che dal paziente, per costituire delle basi favorevoli nell’ambito di una A.T.C.: nel senso di un precursore di un *meta-controtransfert appropriato*, anche per evitare una *malpratica iatrogenica* (Rovera, 2004).

Il *metatransfert* ed il *metacontrotransfert* si evidenziano al massimo in una Psicoterapia Dinamica Culturale: ma anche in tutte le altre psicoterapie non possono non entrare in scena gli *elementi sub-culturali*. Lo stereotipo (quale credenza condivisa) che il paziente ha nel *retroscena del preverbale* permette una relazione più individualizzata grazie alla risonanza con gli stereotipi culturali del terapeuta (Rovera, 2011, 2014, 2015; Bartocci, 2016).

VII. ESEMPLIFICAZIONE

A) Presentazione

L'interculturalità è diventata, negli ultimi decenni, uno dei temi più dibattuti e controversi in Occidente. Il dibattito è multidisciplinare e attraversa varie discipline quali l'antropologia, la medicina, le scienze della comunicazione, la sociologia, l'economia e in generale, la politica e le scienze sociali.

Per un inquadramento complessivo di questa *esemplificazione* si ricorda che l'interesse dei ricercatori e dei terapeuti per le problematiche e i dilemmi relativi alla terapia interculturale appare già nella letteratura psichiatrica sin dagli anni Cinquanta. I vari aspetti della presa in carico della *Terapia culturale* necessitano da parte dell'equipe curante avere conoscenze di base rispetto alla cultura del paziente: circa la diagnostica, la comunicazione verbale e non verbale e la relazione tra i membri della relazione d'aiuto, la simbologia e l'interpretazione, il setting, gli obiettivi della terapia, l'identificazione etno-culturale in paziente e terapeuta, il transfert e controtransfert razziale (Tseng, 2001), l'immedesimazione culturale (Michel, Rovera), ecc., in un contesto interculturale per rendere il *trattamento "culturalmente appropriato"*.

Attualmente, il contesto di bidirezionalità delle dinamiche culturali tra paziente e terapeuta incentra il focus clinico sul *divario culturale tra i membri dell'equipe terapeutica*. Si preferisce, quindi, utilizzare il concetto di "*psicoterapia interculturale*" per designare, in un senso generale, quelle situazioni in cui paziente e terapeuta appartengono a gruppi culturali diversi (Tseng, 2002; Ascoli, 2001; Rovera, 2011). È in tale dimensione storica ed evolutiva che si riporta la sintesi di questa esemplificazione clinica.

Si rende grazie alla Dottoressa Micol Ascoli, Psichiatra culturale, che opera da anni quale Direttrice di una struttura pubblica londinese, per la stesura di questo caso clinico già riportato e discusso in altri ambiti scientifici (cfr. Vienna, Congresso IAIP, 2013). Tale esemplificazione di "*delirio culturale*"; presenta alcuni contorni indefiniti ma caratteristici: la presa in carico, l'anastomosi tra credenze religiose apocriefe, la continuità etnico-religiosa con difficoltà di integrazione culturale, eccetera.

B) Caso clinico

Referente: Dott. Micol Ascoli, Direttore della Psichiatria del Tower Hamlets Cultural Consultation Service, London UK.

Equipe curante: due mediatori culturali, due infermieri, supervisione dello psichiatra,

Assistita: R.S.; genere femminile, 24 anni, studentessa appartenente alla Religione Pentecostale, etnia Shona, lingua Shona e inglese

RS è una donna di 24 anni originaria dello Zimbabwe di etnia Shona, studentessa universitaria. Vive a Londra con i genitori, in un contesto familiare molto tradizionale, e frequenta una *congregazione pentecostale*, all'interno della quale alcuni connazionali sono molto attivi e da anni collaborano con il Pastore.

All'inizio del 2006 RS si innamora di un uomo *che usa abitualmente droghe e alcol*. I due giovani si innamorano e decidono di sposarsi il giorno 12 Giugno 2007. RS, non rende nota né alla famiglia né alla comunità religiosa la sua relazione con quest'uomo, (estraneo peraltro alla Comunità). Dopo alcuni vani tentativi di RS di convertire il partner al culto pentecostale, *la relazione termina bruscamente alla fine del 2006*. I successivi tentativi di RS di riallacciare i rapporti con l'ex partner falliscono. Nell'Aprile del 2007 RS diventa piuttosto ritirata e silenziosa. RS convoca il gruppo degli anziani e il Pastore, per annunciare che miracolosamente Dio le ha parlato e le ha detto di prepararsi, poiché si sposerà il 12 Giugno. Su richiesta degli anziani, RS nega di avere un fidanzato, ma insiste nell'affermare di dover affrontare i preparativi del matrimonio per ordine di Dio. Durante le settimane successive, RS – accumulando debiti per alcune migliaia di sterline - acquista gli anelli e il vestito da sposa, dispone il banchetto matrimoniale, stabilisce e prenota il luogo ove le nozze dovranno essere celebrate. Prenota anche una limousine e tre pullman che porteranno gli invitati: dalla chiesa ove la comunità religiosa si riunirà all'albergo ove i festeggiamenti avranno poi luogo.

La Comunità Pentecostale, compreso il *Vescovo*, arrivato dallo Zimbabwe per la visita annuale alla *Congregazione*, si stupisce che di fronte a queste “stranezze” non vi sia stato una consultazione psichiatrica adeguata per RS. Questa considerazione viene riportata allo specialista del centro. I genitori ritengono che la figlia sia vittima di

possessione diabolica e credono che la migliore risposta ai comportamenti di RS sia la preghiera, unita alla disponibilità ad aiutarla, comprenderla e sostenerla. Due *infermieri psichiatrici* che fanno parte dello stesso gruppo religioso di RS, riportano inoltre alla ragazza di aver l'impressione che essa abbia dei disturbi mentali. RS reagisce accusandoli di essere ispirati dal diavolo, poiché solo quest'ultimo avrebbe potuto contrastare ciò che Dio stesso le aveva comunicato. La fede di RS nell'apparizione dello sposo è incrollabile e non suscettibile ad alcuna critica (delirio religioso, N.d.R.). All'inizio di Giugno l'ansia generale della comunità religiosa aumenta sensibilmente. Due giorni prima del matrimonio nessuno ha ancora ricevuto l'invito.

Il 12 Giugno, data del matrimonio, non accade nulla. Nessuno si presenta all'appuntamento prefissato davanti alla chiesa. RS trascorre l'intera giornata a letto e non esce di casa. La settimana successiva, RS non si presenta alla messa e nessuno chiede spiegazioni.

Nei mesi successivi, RS si distanzia dalla Comunità e dalla Religione in generale. A seguito di ciò, i genitori abbandonano la Congregazione Pentecostale e si uniscono a un altro gruppo religioso.

I due infermieri psichiatrici, intimi amici di RS, riportano queste ulteriori notizie al *Direttore del Dipartimento Psichiatrico*.

Gli operatori elencano, su specifica domanda, i seguenti *criteri* sui quali la “*sezione miracoli*” della Congregazione, che crede fermamente che Dio parli ai fedeli, sia stata in grado di considerare le esperienze e i comportamenti di RS come *patologici: nel miracolo Dio parla ai fedeli “entro i limiti della ragionevolezza*. In altre parole, Dio può ben annunciare un matrimonio, ma certamente non scende in particolari specifici (ad esempio ordinando di spedire gli inviti via SMS). Un *miracolo* viene solitamente confermato da esperienze analoghe e contemporanee da altri membri della comunità. Dio parla ai fedeli al momento del compimento di un preciso percorso di crescita spirituale all'interno della comunità. Il *miracolo* annunciato dal fedele deve trovare un corrispettivo simile sia nei Testi Sacri, sia in altre congregazioni pentecostali.

C) Commenti

1) La paziente la famiglia e la comunità culturale di appartenenza sono immersi nel contesto del *pentecostalismo diasporico*. Le comunità, oltre che per la loro tradizione religiosa e un proprio sistema dottrinario e rituale, si individuano anche sulla base di tratti culturali e sociali quali la patria di provenienza, l'etnia, la lingua e gli stili di vita quotidiana. La tipicità dei vari contesti culturali (anche in generale) sta nel fatto che le *comunità pentecostali* sono in gran parte effetto dell'immigrazione. Con gli individui, infatti, emigrano i loro usi, costumi e anche le loro credenze e i riti. Ad esempio, a Torino tali Chiese, oggi radunate in quindici, hanno ricevuto una particolare accoglienza.

Ricerche recenti hanno analizzato le funzioni sociali di tali comunità religiose. Un *primo gruppo di funzioni* è rappresentato dalle loro risorse di identificazione collettiva per la protezione de loro componenti dai rischi materiali e psicologici connessi alla condizione di stranieri. Un *secondo gruppo di funzioni* è quello del mantenimento e riproduzione dei propri “quadri sociali della conoscenza”. Queste chiese mantengono l'originaria memoria mitico-simbolica di una minoranza in condizioni storiche del tutto diverse; mantengono, cioè, la memoria originaria trasfigurata in *epos*, la codificazione del costume come religione civile, la trasfigurazione dei legami di parentela vissuti simbolicamente come “stirpe”, il patrimonio comune di miti, credenze, riti. L'insieme dei “quadri sociali della conoscenza” si trasfigurano simbolicamente in valori che danno un senso all'esistenza individuale e di gruppo, così che con l'*ethnos* vissuto come valore, avviene la coincidenza degli interessi personali con gli imperativi sociali (Berzano, 1997, 2012).

In questo contesto la connotazione di “Chiese diasporiche” ha un'accezione analoga a quella attribuita dagli antropologi all'immigrazione”.

2) Nel lavoro culturale con pazienti come quello qui riportato occorre considerare attentamente sia una *valutazione diagnostica complessiva*, sia una *congrua terapia*, sia le *caratteristiche culturali* (processo migratorio, percezione che il paziente ha del Paese e della cultura ospite, lingua). Una delle peculiarità di questo caso è dovuta al fatto che sono state le *infermiere* (amiche della paziente) che, in funzione di *mediatori*

culturali si sono prese cura del soggetto e hanno fatto da tramite anche le altre figure professionali, la famiglia e la comunità.

In un intervento Culturale emergono argomenti sull'*interindividualità*, sul *coinvolgimento empatico*, sulla *tattica relazionale* (comunicazione emica particolare) sulla *semantica esistenziale* (comunicazione etica generale). Il problema dell'efficacia della terapia (in un contesto interculturale) e gli interventi psicoterapeutici necessari per rendere il trattamento *culturalmente appropriato* per il paziente sono una *sfida attuale*.

Occorre considerare che non di rado taluni orientamenti culturali elaborano particolari *modelli nosologici* per distinguere diagnosticamente il “normale dal patologico” (cfr. DSM IV, DSM 5 e ICD 10), le alleanze terapeutiche e i percorsi di guarigione. In molti casi, questi non coincidono con i criteri e le prese in cura elaborate dalla cosiddetta Psichiatria Classica (Occidentale).

3) Riferibili direttamente al caso clinico, si sottolineano alcune caratteristiche culturali:

- Il *contesto*: le comunità pentecostali shona immigrate nella grande città cosmopolita
- Lo *scacco esistenziale*: delirio culturale come “rifugio nella malattia” o espressione di delirio culturale primario o secondario
- La *credenza religiosa* nel Pentecostalismo carismatico, con emergente il sacro emozionale: nonché di credenze, pratiche, riti e di valori produttori di senso (miracoli) condivise nella comunità socio-culturale shona
- Il Vescovo pentecostale che consiglia l'appoggio al servizio psichiatrico
- Il ruolo delle infermiere psichiatriche/mediatrici culturali (di etnia, lingua e religione della paziente)
- Le relazioni di aiuto

- L'impossibilità di una catamnesi corretta per la "scomparsa" non solo della paziente ma pure della famiglia a causa del trasferimento da una comunità ad un'altra. Quindi non c'è catamnesi e non è possibile una valutazione a posteriori della diagnosi/prognosi iniziale, dell'efficacia o meno degli interventi e della eventuale "riarmonizzazione" clinica e socio-culturale.

Si è scelto questo caso perché sembra indicativo dei "deliri culturali" (in senso ampio) e della complessità di tali problemi. Altri commenti si potrebbero effettuare attraverso altri casi clinici, con quelle che sono le correnti portanti della psicopatologia e della clinica: i deliri dei *Disturbi schizofrenici*, ad esempio, sempre con riferimento alle culture, o gli *stati deliranti acuti* o ad altri *deliri cosiddetti secondati* (i disturbi bipolari, etc.). Ed anche i *disturbi dissociativi, istrionici*, etc.

4) Dal caso esemplificativo, si possono effettuare ancora alcune riflessioni critiche.

Il tema dei Deliri Culturali rientra nel vasto territorio della Psichiatria e Psicoterapia Culturale (Rovera, 1974) proposto mediante *approcci di Psicopatologia clinica* sottesi da una base *dinamica culturale*.

Emerge opportuna la realizzazione di una *immedesimazione culturale*, tenendo presente che si possono mobilitare meccanismi di proiezione culturale nell'ambito delle *helping professions* che aumenterebbero le resistenze al cambiamento.

La relazione terapeutica è stata mediata da *sfere simboliche* che non si sono riferite ad un setting tradizionale ma grazie ad incontri empatici delle infermiere psichiatriche/mediatrici culturali. Ciò è stato espresso in termini comunicativi (verbali e non verbali) e pure attraverso degli *enactment e dei suggerimenti di comportamento*.

Le prospettive accennate permettono di modulare con specifica consapevolezza il rapporto di atteggiamento/controatteggiamento (entro cui si radicano i movimenti transferali e controtransferali) e di calarsi nel tessuto che connette la struttura della personalità con la struttura sociale (Gerth, Mills, 1953).

Il *processo terapeutico* comporta non solo comprensione del sintomo ma anche della persona e del contesto culturale della famiglia e della comunità.

Da parte del terapeuta ciò significa recepire taluni aspetti del rapporto tra Psicoterapia e Cultura (Rovera, 1971): questa, specie se riferita ai sottogruppi culturali, utilizza dinamicamente l'effettuazione di scelte tecniche (attraverso le sfere del simbolo, del linguaggio, dello status ruolo, dell'Orientamento di valori, etc). Ciò avviene anche attraverso i *meeting moments culturali* che facilitano una comprensione/esplicativa/condivisa.

Nell'ambito di trattamento complessivo, il *contesto fornito dal gruppo terapeutico e dal gruppo di appartenenza* indica i quadri referenziali da rispettare, affinché ogni processo di sviluppo e quindi terapeutico, conducano ad un miglioramento.

Qualora questo non sia fattivamente realizzabile, sarebbe utile creare delle “*anastomosi terapeutiche vicarianti*”, mettendo in diretta interconnessione diverse ed alternative *alleanze terapeutiche* (Rovera, 2014, 2015), in modo da costituire una alleanza terapeutica autentica.

VIII. CONSIDERAZIONI CRITICHE

A) Riflessioni ipersintetiche

Nel corso di questo contributo si è proposta la questione riguardante i “deliri culturali” attraverso il tema generale di “Culture e deliri”.

Più che giungere a conclusioni definitive si sono aperte finestre su tale argomento, che hanno portato, attraverso la cultura, a uno “sguardo” sulla mente umana (Anolli, 2001).

Ci si è focalizzati sulla Psicopatologia del pensiero e sulla Clinica dei Deliri attraverso la dimensione della Cultura. È stato ipotizzato che le credenze, deliroidi e deliri (Bartocci, Zupin, 2016) passano attraverso sfumature e molteplici *anastomosi*: tra miracoli e “mirabilia”, credenze apocrife, deliri primari e secondari, disturbi della coscienza e di personalità. Tutto ciò fa riflettere sulla *mente culturale* (Anolli, 2011) e sull'attualità della dimensione Culturale in Psichiatria.

B) Sviluppi della psichiatria culturale

1) La Psichiatria, la Psicopatologia e la Psicoterapia Culturale (Lewis e Miller, 1990) sono nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura “cambia il cervello”, le *helping professions* ineriscono a tale mutamento, anche attraverso un’immedesimazione culturalmente appropriata. Gli interventi devono riferirsi ad un programma di co-costruzione progettuale condiviso dai partecipanti che includa l’intera rete delle discipline inerenti a tale progetto (Nathan, 1993; Rovera, 2017).

Dopo la frantumazione epistemologica, nell’epoca contemporanea delle biotecnologie, delle scienze e dell’informatica: l’analisi della condizione post-moderna multi-etnica e multiculturale (Coppo, 2005) ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali proseguendo verso un *neo-umanesimo* (Kandel, 2005) quale evoluzione di una *società liquida* (Bauman, 2010). Talune correnti che attengono alla Psichiatria Culturale come l’Etnoanalisi (Nathan, 1992) propendono per una pluralità tendente a privilegiare disturbi legati alle caratteristiche cultural-specifiche. Altre correnti di ricerche ritengono invece che le metodiche storico-scientifiche della Psichiatria convenzionale offrano maggiori speranze.

2) Aspetti culturali.

Lo *sviluppo della psicopatologia* (anche riferibile alle *cultur bound syndromes* ed ai deliri culturali) è in rapporto ai vari microparadigmi (biomedico, comportamentale, psicodinamico, cognitivo, socioculturale, familiare). Le variazioni dei costumi, dell’orientamento dei valori, del contesto storico, della lingua: mutano non solo il tipo di adattamento all’ambiente ma lo Stile di Vita (Adler 1933) e le concezioni di “normalità e devianza” (Sicialiani et al, 1981; Biondi, 1999). Gli ingredienti dell’adattamento evolutivo sono i primi legami affettivi (*attachment*, Bowlby), l’educazione, il processo dell’adattamento, le innovazioni tecnologiche ed il contesto socio-politico-religioso. Il risultato del mutamento individuale e collettivo va di pari passo a quello istituzionale (Waddington, 1971) forgiando la mente culturale anche se vi sono a proposito delle modulazioni “elastiche”, delle nicchie di conservazione culturale (miti, riti, credenze) (Bartocci, 2016), delle parziali retrogressioni (Prince, 1970) di singoli gruppi o di individui. In psicopatologia, oltre i riferimenti classici, vi

sono delle “trasformazioni” sia nei paradigmi, sia nelle sintomatologie: mentre spesso permangono sottese le dinamiche ed i fattori di fondo (Waddington, 1971).

Perciò anche per quello che riguarda i *deliri culturali* (nozione originale proposta da Bartocci, 2014-2016), si registra una “indecisione” tassonomica (vedi al proposito il differente approccio del DSM IV TR ed il DSM-5) con dei mutamenti terminologici o delle differenziazioni strutturali.

Da tali riflessioni si può risalire al riconoscimento della pluralità delle culture ed alla loro dimensione normativa (Rossi P., 1985) con una serie di *risposte non definitive* che dovrebbero attrarre l’attenzione degli psicopatologi, degli psichiatri e degli psicoterapeuti culturali. A parte i vari riduzionismi o i “dialoghi” tra filosofi, psicoanalisti e neuroscienziati (Northoff, 2011), sembra opportuno suggerire queste proposte:

Vi è l’utilità di uno schema teorico/pratico in psichiatria quale paradigma (o almeno presupposto tale) con metodiche scientifiche, le quali risultino almeno storicamente ed epistemologicamente fondate. I modelli degli psichiatri a confronto possono di fatto far sempre recuperare in modo nuovo la consapevolezza epistemologica della condizione logica ed assiologica ed anche nell’Orientamento dei Valori delle psicopatologie. La storia della Psichiatria Culturale ha presentato in tal senso, scambi impreveduti in senso “progressivo” delle teorie psicopatologiche e delle prassi cliniche, uniti agli studi neuroscientifici ed al contesto socio-culturale: o ancora della constatazione di linguaggi specifici (emici) in rapporto alle culture bound syndromes (Waddington, 1971; Lewis, Miller, 1990). Il verdetto epistemologico non è, quindi, definitivo senza una prospettiva storico-scientifica (Francioni, 1981)

Nella contesa fra i *vari paradigmi*, occorre ricordare che non tutti i problemi che avrebbero potuto essere “risolti” con un singolo modello potranno esserlo in futuro anche con nuovi schemi. Ad esempio: nell’ambito dell’approccio culturalistico potrà essere usato il metodo psicoanalitico, ma limitatamente agli “oggetti” sui quali esso è stato fondato e che riguardano i problemi del paziente e dei suoi vissuti come strettamente privati (Siciliani et al. 1981).

Non sarà invece corretto dire che le leggi e le dinamiche psicologiche sono un caso particolare, o un caso limite (privatistico), quando si parla delle leggi e delle dinamiche socioculturali: perché gli elementi strutturali dei due contesti sono diversi. Questo vale per le innumerevoli “*credenze*” che sebbene apocriefe fanno parte di un *universo culturale preinterpretato* (Rovera, 1982) e che non possono forzatamente essere considerate patologiche.

Inoltre i paradigmi differiscono sulla questione del rapporto del singolo con la realtà: il paradigma psicologico dinamico propone il modello dell’adattamento del singolo alla realtà (cioè la maturazione delle strutture psichiche dell’individuo verso la società), il paradigma socio-politico al contrario propone un modello (di mutamento delle strutture sociali).

Poiché nessun paradigma risolve tutti i problemi che esso definisce e poiché non succede che dei paradigmi lascino irrisolti proprio gli stessi problemi, le discussioni implicano sempre la questione di quali problemi sia più importante risolvere. Analogamente alla disputa concernente i modelli contrastanti, la questione degli orientamenti dei valori culturali può trovare una risposta anche in termini che stanno al di fuori della scienza normale: ed è un tale ricorso a criteri esterni che in maniera più evidente rende dinamico ed evolutivo il dibattito sui paradigmi.

Un insegnamento può venire dalla *pluralità culturale relazionale* quando si considerano i deliri e pure le credenze secondo i criteri della psicopatologia classica o convenzionale immettendo anche il *parametro culturale*, sia nella valutazione diagnostica psichiatrica, che nella tipologia degli interventi.

3) Quali riflessioni rispetto alla configurazione psicopatologica/clinica/culturale dei *Deliri Culturali* sembrano emergere a seconda delle diverse culture categorie di disturbi del pensiero a tipo “*costellazioni psicopatologiche*”. Vale a dire che vi sono *deliri primari* con tipologia clinica culturale, ma vi sono anche *deliroidi* nel senso di “*deliri derivati secondari*”: e ciò sarebbe compatibile con le nosografie classiche (Tanzi, Lugaro 1914; Torre, 1981; Weibrecht, 1963; Pancheri, 1999) nella *dimensione culturale*. Tali congetture sembrano validate dalle esemplificazioni cliniche e dalle riflessioni psicopatologico-cliniche-culturali. Infatti, in talune culture e comunità anche nelle società post-moderne occidentali inflazionate dai neo profeti, dai neo

sciamani e dal neo paganesimo, è difficile tracciare dei confini precostituiti tra *deliri culturali/deliroidi culturali e credenze apocrife* (anche non dimostrabili come quelle fideistiche).

Resta il fatto delle diagnosi convenzionali: che include la mitomania, le visioni apocrife, il deliroide depressivo/maniacale ed ancora le bouffée deliranti, i deliri confuso onirici, il disturbo delirante paranoideo, la parafrenia fantastica.

Ed è qui che si può porre il dilemma psicopatologico-clinico se sia una *sindrome delirante culturale* o se si tratti di un *delirio reattivo culturale* a tipo *delirio sensitivo* di Kretschmer o di *pseudologia fantastica* o da *mitomania* in versione di sindrome delirante.

4) Si è voluto riportare un caso clinico perché indicativo della difficoltà complessiva circa la valutazione diagnostica. Altri casi possono avere caratteristiche tali da far distinguere nelle nosologie classiche una espressività comportamentale propria della cultura di appartenenza, unite a credenze religiose (non necessariamente deliranti).

Un rilievo interessante è dato dall'*organo dinamismo* di Henry Ey, il quale formulando connessioni anastomotiche tra *disturbi delle coscienze e della personalità* permette di accostare sindromi psicopatologiche differenti, anche cultural dipendenti, offrendo alla *tipologia nosologica* convenzionale una migliore lettura circa le "sindromi deliranti culturali".

Va sottolineato al proposito come il recente interesse per le *interconnessioni* (di tipo *anastomotico*) delle discipline psichiatriche e psicoterapeutiche, culturali, ha fruito delle scoperte riguardanti il ruolo dei *neuroni specchio* (Gallese, 2003) che consentono processi immedesimativi basati su un *rispecchiamento imitativo interno*, capaci di attivarsi quando il soggetto cerca di intuire pensieri, emozioni ed intenzioni altrui: sicché pure le *indagini interculturali* permettono di attivare, non solo un'immedesimazione culturale appropriata, quale eminente funzione terapeutica (Michel, 1999) ma pure delle *alleanze terapeutiche* autentiche e continuative, (Rovera, 2014) onde costituire delle *identità positive* attraverso una "*mente culturale*" (Anolli, 2011).

5) Altri filoni culturali si appellano ad una ricostruzione quale interazione sintetica o unitaria non solo delle scienze naturali, ma anche delle discipline socio-psico-culturali. Da ciò emerge una sfida che si propone di superare talune problematiche psicopatologico-cliniche, attraverso nuove proposte.

Mentre un paradigma forte delle scienze fisiche-chimiche-biologiche, auspica un'integrazione disciplinare gerarchizzata, sintetica ed unificante (Antiseri, 2001) sia delle Neuroscienze (Northoff, 2011), sia nella Psicologia unita all'Arte per un nuovo umanesimo (Kandel, 2005): gli attuali programmi di ricerche non hanno ancora avuto i riscontri attesi, specie per quanto riguarda le Discipline afferenti alla Psichiatria Culturale. In un tale contesto, gli interventi terapeutici dovrebbero essere dimostrabili attraverso criteri di efficacia, con il raggiungimento di risultati concreti, grazie alla contestualizzazione delle pluralità delle culture.

Un'ulteriore tendenza è quella dell'*interazione processuale a rete* (Rovera, 2009), che convoglia filoni di studio, in punti nodali i quali successivamente si aprono a nuovi percorsi di ricerca. Tali *anastomosi disciplinari*, da un lato superano la disintegrazione liquida e dall'altro si differenziano dal paradigma unitario considerato troppo riduzionistico e gerarchizzato.

Lo schema di riferimento interattivo, anche sostenuto da alcune posizioni della filosofia della scienza (Lanfredini, 1995), lascia da parte la pretesa di costruire una scienza unitaria e punta piuttosto ad anastomosi disciplinari che nella loro evoluzione, realizzino tecniche di ricerca e risultati di aree di indagine convergenti: (scienze naturali, scienze psicologiche, sociali e culturali).

Se la tendenza alla sintesi poggia sul postulato che ogni disciplina faccia parte di una base unitaria, l'*interazione processuale* sostiene che l'interdisciplinarietà sia il prodotto di un'articolazione tra le scienze naturali e quelle culturali, entrambe con radici storicamente determinate, e facenti parte di un costante movimento di evoluzione.

Sembra che questo tipo di approccio nell'ambito della Psichiatria e Psicoterapia Culturale, non unitario e nemmeno eclettico e sincretico: favorisca tanto le ricerche

delle neuroscienze, quanto gli studi delle discipline “psico-socio-culturali”, attraverso una *rete anastomotica* di un *sistema aperto*.

Il punto di vista, che attiene ad un modello di interazione come processo, offre opportunità per esaminare il ruolo e l’impatto della cultura a livello psicopatologico e clinico, con particolare riguardo alle *Valutazioni Diagnostiche Culturali* (DSM 5, 2015) ed alle modalità attraverso le quali gli interventi vengono effettuati. Tra i nodi di interazione funzionale debbono altresì rinforzarsi i problemi di empatia e di relazione terapeutica: intesi sia come schemi teorici che come strumenti culturali con connotazioni appropriate (Michel, 1999; Rovera, 2015; Wampold, 2015).

Ciò porta a riflettere sulla cosiddetta “*psicologia scientifica*” delle culture “civilizzate”, in rapporto a “psicologie altre” cultural/naturali (Nathan, 1993): nonché circa gli “*sviluppi della psicopatologia*” (Harkness, Super, 1990), delle *variazioni della nosografia*, delle *diagnosi* (ICD 10, 2012; DSM 5, 2012) e dei *trattamenti*.

Ciò conduce pure ad una *revisione dei modelli teorico-metodologici e clinici* ritenuti paradigmatici. Tipica è la “scomparsa” non solo de quadri clinici ma pure della nozione della nevrosi isterica sebbene nel suo intrinseco mimetismo l’*isteria* si presenti oggi come “tema riemergente”. In effetti cambia o viene frantumato il suo termine (DSM IV) mentre la sintomatologia è cangiante e persistente nelle espressività tipiche delle molteplici culture.

Lo sviluppo della *riflessione epistemologica*, con particolare riferimento all’interazione processuale, sembra consentire di porre le questioni sia rispetto alla *scientificità* (Northoff, 2011; Michel, 1999; Wampoldt, 2015; Fassino, 2015), sia rispetto ad un *metodo clinico* volto, attraverso il coinvolgimento *empatico interindividuale*, ad accogliere come strumento di conoscenza del lavoro terapeutico non solo la dimensione culturale, ma pure lo *stile di attaccamento* (Bowlby, 1980; Wallin, 2007; Bartocci e Zupin, 2016) le memorie implicite, i sentimenti, gli affetti, il simbolico, il tipo di “linguaggio” interno e quello utilizzato nello scambio interindividuale.

Un’interazione processuale permette la concettualizzazione del procedere psicoterapeutico in connessione con i più generali principi di pensabilità del mondo, di

evolversi dei vari filoni del sapere, di aprirsi dell'umanità ad un "senso della vita" (Adler, 1933), anche in rapporto al crogiuolo delle culture che continua ad evolversi in rapporto al loro rimescolamento ed ai fenomeni immigratori.

La riconfluenza disciplinare in una *rete di modelli* (Rovera, 2004), evita *effetti iatrogeni* (Rovera, 2004), e facilita una articolazione che tenda ad un "processo evolutivo" anche culturale (Inghilleri, 2012; Morin, 2011).

Ciò porta a nuove riflessioni e concettualizzazioni circa i modelli esplicativi ed anche rispetto al problema della *formazione* degli status/ruolo degli *operatori d'aiuto culturali*. Questo percorso è attuabile con metodiche cui attengono tecniche elaborate e trasmissibili, con aspetti complessi, di cui non si può giungere a standardizzazioni definitive, specie se si considerano le molteplici "*strategie di guarigione*" e le svariate figure dei guaritori culturali: (ad esempio, i *curanderos* e gli *sciamani*).

Il problema può essere affrontato correttamente qualora si ritenga che, nella cultura occidentale i percorsi formativi ufficiali, riguardino tanto il "*come fare*" (procedura di apprendimento tecnico-metodologico), quanto il "*fare come*" (procedura di tirocinio congeniale-identificatorio con immedesimazione culturale) (Rovera, 2016).

C) Note non conclusive

Queste riflessioni possono favorire l'attraversamento di comunità culturali diverse, e quindi facilitare gli approcci psicopatologici e clinici, dando una maggiore consapevolezza rispetto agli *stili di vita culturali*.

Chi è stato esposto ad *attachment* e ad *apprendimenti culturali plurimi* (ad esempio: i figli di migranti) (Anolli, 2012) è più vulnerabile ai *detachment* ed ai *deliri culturali* (Bartocci, Zupin, 2016). Questa rilevazione indica la possibilità di utilizzare più strumenti per un'*immedesimazione culturale* (Michel, 1999; Rovera, 2011) per uno *stile terapeutico appropriato* (Rovera, 2015).

Ciò comporta la maturazione di una *mente culturale* (in termini cognitivi, pragmatici, emotivi, sociali ed etici) (Anolli, 2011) in quanto permette delle *esperienze formative* di essere vissute all'interno di contesti socio-culturali, che riguardano soprattutto le

competenze necessarie di antropologia, psicopatologia, psichiatria e psicoterapia culturale. È quindi una sfida epistemica, formativa e pratica nell'affrontare le questioni delle *sindromi deliranti culturali*.

I *deliri culturali*, sia nell'accezione ampia che in quella specifica, forniscono un utile contributo alla Psichiatria culturale, attraverso la validazione dei ricercatori e degli operatori delle relazioni d'aiuto. Tale prospettiva arricchisce e rafforza le competenze della Psichiatria e Psicoterapia culturale rappresentando uno dei suoi obiettivi più importanti e fondamentali per i tempi che ci attendono (Tseng, 2001).

Al di là delle differenze di impostazione teorico-metodologica e pratica, è opportuno che alcuni problemi che rivestono una rilevanza per lo studio interdisciplinare delle culture e dei deliri siano individuati nei rapporti tra manifestazioni individuali e gruppi sociali, a partire dal significato del Sé corporeo: dallo studio delle istituzioni in cui si articola l'organizzazione della cultura; dallo stabilire quelle forme culturali che attivano il processo di elaborazione, di diffusione, di evoluzione e dalle trasformazioni delle culture in seguito al contatto con gruppi sociali diversi da quelli che le hanno prodotte; di precisare le funzioni politico-religiose-sociali negli eventuali mutamenti delle stesse (Rossi P., 1970-1977). Una Psichiatria e Psicoterapia Culturale così intesa è ancora agli inizi: ma la sfida che ci attende non è attraverso generalizzazioni di incerta validità, bensì nelle loro forme concrete in cui potranno emergere le strutture in evoluzione e le nuove formazioni delle dinamiche culturali nella società contemporanea.

BIBLIOGRAFIA

Abbagnano, N. (1959). *Problemi di sociologia*. Taylor, Torino.

Abbagnano N. (1961). *Dizionario di Filosofia*. UTET, Torino.

Adler, A. (1933). *Il senso della vita* (tr. it). Newton, Roma. [1997].

American Psychiatric Association (2004). *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano [2002].

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. *DSM 5*. American Psychiatric Association, Washington D.C. [2012].

Anolli, L. (2011). *La sfida della mente culturale*. Cortina, Milano.

Antiseri, D. (2001). *Teoria unificata del metodo*. UTET. Torino.

Ascoli, M. (2002, 2012). *Psicoterapia Interculturale: aspetti problematici e possibili soluzioni*. Tower Hamlets Cultural Consultation Service. London. UK. (SOPSI Roma 2002, IAIP Vienna 2011. London 2012: ACTA).

Ascoli, M. (2011). *Il caso R.S.* In Rovera G.G. (Eds.). *Relazione Psicoterapia e Cultura*. XXXV (Congr. IAIP, Vienna 2011, ACTA).

Bartocci, G. (2013). *Reflexions sur spiritualité, religion et psychiatrie*. *Enc. Med. Chir. Psych.* 108. pp- 1-9.

Bartocci, G. (2016). *Visioni Apocrife*. The Freak. Roma.

Bartocci, G. (a cura di). (1990). *Psicopatologia, Cultura e pensiero magico*. Liguori. Napoli.

Bartocci, G. (a cura di). (1994). *Psicopatologia, Cultura e Dimensione del Sacro*. Vol. I e II. Edizioni Universitarie Romane. Roma.

Bartocci G. et al. (1998). Cohabiting with magic and religion in Italy. Cultural and clinical result. In Opkaku S.O. (Eds.). *Transcultural Psychiatry*, A.P.P. Washington, IV, 16: 321-336.

Bartocci, G. Zupin, D. (2016). *Tecniche di trascendenza, Deliri culturali e deterioramento dell'Io*. In *Deliri culturali (etc.)*. Maniscalco M.L. Pelizzari E. (Eds.). L'Harmattan It. Torino. pp. 110-130.

Bateson, G. (1995). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. (Tr. it.) Adelphi. Milano. [1979].

Bauman, Z. (2010). *Living on Borrowed Time*. tr. it. *Vite che non possiamo permetterci*. Laterza.

Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Carocci. Roma.

Berzano, L. (1997) (A cura di). *Forme del pluralismo religioso*. Il Segnalibro. Torino.

Berzano, L. (2012). *Religione e immigrazione: le Chiese pentecostali*. In V. Roldan (a cura di). *Libera Chiesa in Libero Stato*. Firenze. Mauro Paglia Editore. pp. 211-220.

Biondi, M. (1999). *Il concetto di norma in psicologia*. In Pancheri P., Cassano G. (A cura di). *Trattato italiano di Psichiatria*. Masson. Milano. I, 4: 105-134.

Borgna, E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Feltrinelli. Milano.

Brogna, P. Callieri B. (2010). *Oltre la pelle. Per una psicopatologia dell'intersoggettività*. In Bria P., Caroppo E., Brogna P., Colimberti M., (2010), *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, SEU, Roma. III, 14: 169-196.

Boston change process Study group (2012). *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*. tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*. Raffaello Cortina. Milano [2010].

Bowlby, J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. 2° edizione. Bollati Boringhieri. Torino. [1980].

Bria, P., Caroppo, E., Brogna, P., Colimberti, M. (2010). *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. SEU. Roma.

Bruschi, A. (1971). *La teoria dei modelli nelle scienze sociali*. Il Mulino. Bologna.

Carr, J. (1978). Ethno-behaviourism and the culture-bound syndromes: the case of Amok. *Culture, Medicine and Society*. 2: 269-293.

Carr, J. (1985). *Depression and the culture-bound syndormes*. In *Culture and depression*. University of California Press. Berkeley.

Chanoit, P.F. Lermuzeau C. (1975). Sociogenèse des troubles mentaux. *Enc. Medico. Chir.* Paris. 37-876-A-60.

Chin, J.L., De La Cancela, V., Jenkins, Y.M. (1993). *Diversity in Psychotherapy: the Politics of Race, Ethnicity and gender*. Praeger Publishers. Westport. CT. USA.

Coppo, P. (2003). *Tra psiche e cultura*. Bollati Boringhieri. Torino.

De Martino, E. (1961). *La terra del rimorso*. Mondadori. Milano.

Devereux, G. (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Armando Editore. Roma. [1970].

Ey, H. (1954). Études Psychiatriques. Structure des Psychoses Aigues et Destructuration de la Coscience. Desclée de Brouwer. Paris. Vol. 3, 27: 751-759.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1988). *Manuel de Psychiatrie*. VI édition. Masson. Paris.

Fabrega, H. (1987). *Disease and social behavior; an interdisciplinary perspective*. The MIT Press. Cambridge.

Fassino, S. (2014). *Presentazione* in Northoff G. (2011). *tr.it Neuropsicoanalisi in pratica: Cervello, Sé e Oggetti*. Ananke. Torino.

Fassino, S. Abbate Daga, G. Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore. Milano.

- Ferrio C. (1959). *Le idee deliranti*. In *Trattato di Psichiatria Clinica e Forense*, Vol. I Patologia mentale e diagnostica psichiatrica, UTET, Torino, pp. 92-95.
- Francioni, M. (1981). Normalità e devianza delle psicopatologie. In Siciliani, O., Muzi, P.C., Branca, M. (1981). (Eds.). Normalità e devianza. Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia. Angeli. Milano. pp. 91-96.
- Freud S. (2016). *Totem e tabù*. Tr.It. Newton Compton. Roma [1913].
- Frighi L. (1971). La rappresentazione fantasmatica dell'emigrante malato. *Riv. Sper. Fren.* CXV. 4:532-540.
- Frighi, L. (a cura di). (1972). *Problemi di Igiene Mentale*. Il Pensiero Scientifico. Roma. 254-275.
- Frighi, L., Mazzetti, M., (1993). Screening e psicodiagnosi in culture non occidentali: strumenti e problemi. *Riv. Speriment. Fren.* CXVII. 2. pp. 179-202.
- Gallese V. (2003). La molteplice natura delle relazioni interpersonali. *Network.1*: 24-27.
- Gerth, H.C., Mills, W. (1969). *Carattere e struttura sociale*. Tr.it. UTET. Torino [1953].
- Giddens, A. (1979). *Nuove regole del metodo sociologico*. Il Mulino. Bologna.
- Gil, F. (1981). Sistematica e classificazione. In *Enciclopedia*, 12. Einaudi. Torino.
- Godelier, M. (2009). Al fondamento delle società umane. Ciò che ci insegna l'antropologia. Tr.it. Jaca Book. Milano. [2007]
- Grandi, L. (2007). *Psicologia, Religione, Cultura: tracce per una discussione*. Idem, ACTA. Proing. Torino-Alessandria. vol.1. pp. 1-15.
- Granger, G.G. (1980). *Metodo*. In *Enciclopedia*, 9. Einaudi. Torino.
- Harkness, S., Super, C.M. (1990). *Cultura e Psicopatologia*. In Lewis, M., Miller, S.M. (Eds). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Reenum Press. New York, 4: 41-52.

Herskovits, M.J. (1967). *Le bases de l'Anthropologie culturelle*. Payot. Paris.

International Classification of Disorders - *ICD 10*. (1995). Ed. Italiana a cura di Kemali, D. et al. Masson. Milano [1992].

Inghilleri, M. (2012). Riflessioni sui problemi epistemologici in psicoterapia: verso una “scientificità del qualitativo”. *Psychomedia: Scienze e pensiero. Epistemologia*. www.psychomedia.it

Jaspers, K. (1964). *Psicopatologia generale* (VII ed. 1959). Il pensiero scientifico. Roma. [1913].

Jeddi, E. (1982). *Corps a cultures*. In *Les corps en Psychiatrie*. Masson. Paris. pp. 23-52.

Jilek, M.D. (1982). *Indian Healing. Shamanic ceremonialism in the Pacific Northwest Today*. Hancock House Publishers. WA.

Kandel, E. (2007). *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Raffaello Cortina. Milano [2005].

Kardiner, A. (1970). *L'individu et la société* (traduction française). Gallimard. Paris. [1939].

Kareem, J., Littlewood, R. (Eds.). (2000). *Intercultural Therapy*. 2nd Edition. Blackwell Science. London. UK. [1992].

Keith, K.D. (Ed.). (2013). *The encyclopedia of Cross-Cultural Psychology*. Vol. I-II-III. Wiley Blackwell. UK.

Kereny, K. (1985). Tr. It. *Prolegomeni allo studio scientifico delle mitologie*. Boringhieri. Torino [1941].

Kirmayer, L.J. (1994). *Pacing the void: Social and cultural dimensions of dissociation*. In Spiegel D. (Ed.). *Dissociation: culture, mind and body*. Washington D.C. American Psychiatric press: 91-122.

- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry; the role of culture in cross-cultural research on illness. *Br. J. Psychiatr.* 151: 447-454.
- Kopp, K.R. (1998). *Le metafore nel colloquio clinico*. (Tr. it.). Erickson. Trento. [1995].
- Kraepelin, E. (1903). *Introduzione alla Psichiatria*. Tr. It. SEI. Torino [1901].
- Kretschmer, E. (1922). *Medizinische Psychologie*. Thieme. Leipzig.
- Kretschmer, E. (1926). *Hysteria: Nervous and Mental Disease*. Pub. Co. New York.
- Kretschmer, E. (1954). *De sensitive Beziehungswahn*. Springer. Berlin. III Ed. [1918].
- Kroeber, A.I. Klukhohn. (1952). *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Harvards University Press. Cambridge. Massachusetts.
- Lanfredini R. (1995). *Filosofia della Scienza*. In Rossi, P. (Ed.) *Le Filosofie Speciali*. UTET. Torino. I: 69 -135.
- Laplantine, F. (1989). *L'éthnopsychiatrie*. PUF. Que sais-je. Paris.
- Lévi-Strauss, C. (1966). *Antropologia strutturale* (Tr.it.). Il Saggiatore. Milano. [1958].
- Lévi-Strauss, C. (1984). *Lo sguardo da lontano*. Einaudi. Torino. [1983].
- Lewis, M., Miller, S.M. (Eds). (1990). *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Press. New York. Cap 4 (pp. 41-52).
- Lewis-Fernandez, R. (1996). Cultural formulation of Psychiatric diagnosis. In *Culture, Medicine and Psychiatry*. 20. pp. 134-144.
- Lin, K., Anderson, D., Poland, R.E. (1995). Ethnicity and psychopharma. *Cultural Psy.* 18, 3: 635-647.
- Linton, R. (1968). *The study of man*. Appleton Century. New York. [1936]

- Littlewood, R. (2001). *Religion, agency, restitution: the Wilde lectures in natural religion*. Oxford University Press. Oxford. [1999].
- Malinowski, B. (1950). *A scientific theory of culture*. Tr. it. *Teoria e struttura sociale*. Il Mulino. Bologna [1938].
- Maniscalco, M.L., Pelizzari, E. (a cura di). (2016). Introduzione a “Deliri culturali. Sette, fondamentalismi religiosi, pratiche sacrificali, genocidi”. L’Harmattan. Torino.
- Marletti, C. (1979). Il terrorismo moderno come strategia di comunicazione. In Villa, R. (a cura di). *La violenza interpretata*. Il Mulino. Bologna. pp. 191-212.
- Mayer Gross, W., Slayter, E., Roth, M. (1963). Tr.it. *Psichiatria Clinica*. Sansoni Firenze [1963].
- Michel L. (1999). Des stéréotypes culturels au transfert-contretransfert dans la relation psychothérapeutique interculturelle. *Psychotherapies*. 19. 4: 247-255.
- Miglietta, G. (2002). Concetto di malattia e la risposta terapeutica nelle diverse culture. In *Pluralità di culture e salute*. ACTA. AMCI. Torino: 41-55.
- Monaco, M., Torta, R. (Eds.). (2002). *Neurolexicon*. CSE. Torino.
- Morin, E. (2011). *La voie. Puor l'avenir de l'humanité*. Ed. Fayard. Paris.
- Murphy, H.B.M. (1967). Cultural aspects of delusion. *Studium Generale*. 20 (11): 684-692.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*. Tr. it. Bollati Boringhieri. Torino. [1993].
- Nathan, T., Stengers, I. (1996). *Medici e stregoni*. Tr. it. Bollati Boringhieri. Torino. [1995].
- Northoff, G. (2014). *Neuropsicoanalisi in pratica: Cervello, Sé e Oggetti*. Tr.it. Amianto (a cura di). Ananke. Torino. [2011].
- Pancheri, P. (1999). *Il Pensiero*. In Pancheri P., Cassano G. (Eds.). *Trattato Italiano di Psichiatria*. II ed. Masson. Milano. Vol 1. 18: 493-570.

Pancheri, P. et al. (1999). Psichiatria transculturale. In Trattato Italiano di Psichiatria. II ed. Masson. Milano.

Pancheri, P., Cassano, G. (1999). *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson. Milano. II Ed.

Parsons, T. et al. (1951). *Theories of society*. Free Press Glencoe. Illinois.

Ponce, D.E. (1998). Cultural epistemology and value orientation. In Opakaku, S.O. (Ed.) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. A.M. Psych. Press. Washington.

Popper, K.E. (1972). *Conjectures and reputation*. London. Routledge and Kegan. IV Ed. [1963].

Porot, A. (1965). *Manuel alphabétique de Psychiatrie clinique et thérapeutique*. Presses Universitaires de France. Paris.

Powers, R.L. (1997). Cult, Culture, and Cultivation: the contribution of Individual Psychology. *Individual Psychology*. 53, 1, pp. 19-29.

Prince, R. (1970). Delusions, dogma and mental health. *Transcultural Psychiatry Research Review*. 7: 58-62.

Prince, R. Tchong-Laroche, F. (1987). Culture-bound Syndromes and international disease classifications. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 11(1). 3-20.

Rossi, P. (1983). *Cultura e antropologia*. Einaudi. Torino.

Rossi, P. (1997). *Scienze Sociali* (voce). In *Enciclopedia delle Scienze Sociali*. Treccani. Roma. Vol. VII: 662 – 677.

Rossi, P. (a cura di). (1970). Il concetto di cultura. I fondamenti teorici della scienza antropologica. Einaudi. Torino.

Rossi Monti, M. (2006). *Delirio (Paranoia)*. In (A cura di) Barale, F. et al. *Psiche, Dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Einaudi. Torino. V. I, A-K: 299-305.

- Rossi, R. et al. (1999). *Psichiatria Transculturale*. In *Trattato di Psichiatria*. Cassano e Pancheri (Eds.). Masson. Milano. II, 68, 2645-2675.
- Rovera, G.G. (1979). Sulla psicodinamica dell'aggressività e della violenza. In Villa, R. (a cura di). *La violenza interpretata*. Il Mulino. Bologna: 13-53.
- Rovera, G.G. (1984). Introduzione epistemologica ed operativa in psichiatria transculturale. In (a cura di) Rovera, G.G. *L'approccio transculturale in psichiatria*. Atti del Convegno SIPT. M. Sinchetto. Torino (9-31).
- Rovera, G.G. (2002). L'espressione del malessere fisico e psichico nelle diverse culture. La Grafica. Torino.
- Rovera, G.G. (2004). Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia. *Riv. Psicol. Indiv.* n.55. pp. 7-50.
- Rovera, G.G. (2004). Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto. *Riv. Psicol. Indiv.* n.56. pp. 9-14.
- Rovera, G.G. (2005). Potere, cultura, creatività. *Il Sagittario*. 18, pp. 39-50.
- Rovera, G.G. (2011). *La psicoterapia interculturale e transculturale*. Relazione al Congresso Mondiale IAIP. Vienna. (From Speech). Abstract.
- Rovera, G.G. (2012). Editoriale: Integrazione come processo dinamico. *Riv. Psicol. Indiv.* n. 72: 5-10
- Rovera, G.G. (2014). Editoriale: le alleanze terapeutiche. *Riv. Psicol. Indiv.* n. 76: 3-30
- Rovera, G.G. (2015). Lo Stile Terapeutico. *Riv. Psicol. Indiv.* n.78, pp. 19-85.
- Rovera, G.G. (2017). Introduzione a Terranova-Cecchini (Eds.). *Noi Altri*. Materiali e contributi per una psicoterapia transculturale. Borla. Roma. (in press).
- Rovera, G.G. et al. (1990). *Demonologia, psichiatria e transculturalismo*. In (a cura di) Barbano, F., Rei, D. *L'autunno del Diavolo*. Bompiani. Milano.

Rovera, G.G., Fassino, S. (1979). *Problemi sul transculturalismo*. In *Il sistema aperto in Individual-Psicologia* (a cura di Rovera, G.G.). Quad. Psic. Ind. 4. Cortina. Torino: 171-216.

Rovera, G.G., Fassino, S., Ferrero, A., Gatti, A., Scarso, G. (1984). Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari. *Rass. Ipn. Min. Med.* 75: 10-32.

Rovera, G.G., Fassino, S., Gatti, A., Scarso, G. (1984). Questioni metodologiche e considerazioni critiche. In Rovera G.G. (a cura di). In tema di sindromi. *Riv. Sperimentale di Freniatria*. Suppl. al Fasc. V, Vol. CVIII: 1900-1930.

Rovera, G.G., Gatti, A. (1989). *Miti e modelli in Igiene Mentale*. In (a cura di) Rovera G.G. *Ecologia ed Igiene Mentale* C.S.T. Torino: 445-452. [1986].

Rovera, G.G., Gatti, A. (2012). Linguaggio e Comprensione Esplicativa. *Riv. Psicol. Indiv.* 71: 87-128.

Sarteschi, P., Maggini, G. (1982). *Psichiatria*. La Goliardida. Parma.

Schneider, K. (1983). *Psicopatologia clinica*. Città nuova. Roma. [1965].

Siciliani, O., Muzi, P.C., Bianca, M. (1981). (Eds.). Normalità e devianza. Analisi epistemologiche e fondazionali in psicopatologia. Angeli. Milano.

Siegfried, J., (1998). Commonsense Reasoning in the Transcultural Psychotherapy Process. In Okpaku, S.O (Ed.). *Clinical Method in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Pub. Washington. III, 14: 279-296.

Tanzi, E., Lugaro, E. (I Ed. 1914/1916, II Ed. 1923). *Trattato delle malattie mentali*. Società editrice libraria. Milano. III Ed., I Vol: 84 e seg., II Vol: 744 e seg.

Tellenbach, H. (1975). Tr.it *Melancholia*. Roma. Il pensiero scientifico [1961].

Terranova-Cecchini, R. (1972). I fondamenti della psichiatria transculturale quale contributo ad una aggiornata programmazione per la salute mentale. In Frighi, L. (a cura di). *Problemi di Igiene Mentale*. Il Pensiero Scientifico. Roma. 254-275.

Terranova-Cecchini, R. (2017). *Noi Altri*. Borla. Roma. (in press).

- Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress. In Kaplan, H.B. ed. *Psychosocial stress*. Academic Press. New York: 33-103.
- Torre, M. (1981). *Psichiatria*. UTET. Torino.
- Toussignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. PUF. Paris.
- Tseng, W.S. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. Academic Press. New York.
- Tseng, W.S. (2003). Culturally Competent Psychotherapy. In *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry*. Academic Press. San Diego.
- Vaihinger, H. (1967). Tr. It. *La Filosofia del come se*. Roma. Ubaldini. [1911].
- Volterra, V. (1974). *Premessa*. In *Psicoterapia e Cultura*. Quaderni di psicoterapia. vol. 7. Atti del Convegno della SIP. Venezia.
- Waddington, C.H. (1971). Concept of development. In Tobach, E., Aronson, L.R., Shaw, E. (Eds.). *The biopsychology of development*. Academic Press. New York.
- Wallin, D.J. (2009). Attachment in Psychotherapy. Tr.it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Ed. Il Mulino. Bologna. [2007].
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psych*. 2015. 14: 270-277.
- Watts, A.W., (1978). Tr.it. *Psicoterapie Orientali ed Occidentali*. Ubaldini. Roma. [1961].
- Weitbrecht, H. J. (1970). *Compendio di Psichiatria*. Piccin-Nuova Libreria. Padova. [1963].
- Westermeyer, J. (1985). Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *Am. J. Psychiatry*. 142: 798-805.