



ARTICOLO ORIGINALE

“ADERIRE ALLA REALTÀ”: SÌ, MA QUALE?

Breve storia dei concetti di delirio e di realtà

Donato Zupin¹, Andrea Celoria², Elisa Rapisarda³, Mitija Burchiellaro⁴

ISSN: 2283-8961

Abstract

Il *Diagnostic and Statistic Manual 5* dell'*American Psychiatric Association* include nella sua definizione di deliro il principio che: "il delirio non può essere una credenza condivisa dal gruppo culturale o dalla subcultura dell'individuo (es: un articolo di fede)" (APA,1980, 1994, 2013). Questo aspetto particolare dei criteri diagnostici del delirio, ch'è condiviso da buona parte della letteratura psichiatrica odierna, compare a un certo punto della storia della psicopatologia, all'incirca intorno agli anni '70. Nella psicopatologia classica, precedente a questo periodo, la situazione era molto diversa: non solo non vigeva nessun divieto per gli psichiatri a diagnosticare il delirio quando la credenza in questione fosse stata culturalmente condivisa, ma anzi i credi animisti dei popoli non occidentali venivano considerati analoghi al delirio degli schizofrenici. In alcune teorizzazioni la condizione del folle veniva identificata tout court con quella dei popoli che allora erano considerati "selvaggi". Essendo considerato il delirio uno scostamento dalla realtà, questo cambiamento radicale nella diagnosi di delirio corre parallelo all'evoluzione storica del concetto di realtà della nostra civiltà. Questo articolo indaga e descrive l'evoluzione dei concetti di delirio e di realtà correlandole alle condizioni storiche, sociali, culturali e teoriche in cui tali evoluzioni si sono verificate. Vengono inoltre

¹ Psichiatra e Psicoterapeuta. Dirigente Medico Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste. Istituto di Igiene Mentale Transculturale.

² Psicologo Clinico.

³ Antropologa. Istituto di Igiene Mentale Transculturale.

⁴ Università degli studi di Trieste.

indagate alcune criticità della definizione attuale di delirio e proposte delle soluzioni in termini di psichiatria culturale.

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), a shared belief of a cultural group of people, or an individual's sub-culture (e.g. articles of faith), cannot be considered as delusional (APA, 1980, 1994, 2013). This particular diagnostic criterion of delusion starts to be present in the history of psychopathology around the '70s, and it is still shared in a large part of contemporary psychiatric literature. The situation was very different before this change. Not only there was no ban for the psychiatrists to classify as delusional a culturally shared belief, but even the animistic religions of the non-occidental populations were considered similar to schizophrenic delusions. According to some theories of that period, the condition of a mentally ill patient was simply identified as the one of the "savages". Considering the delusion as a drift from reality, the radical change in the classification of this disorder runs parallel to the historical evolution of the concept of reality itself in our culture.

This article aims to investigate and describe the evolution of the concepts of "delusion" and "reality" vis-à-vis to the theoretical, historical, cultural and social conditions in which such an evolution took place. Further investigations have been carried out on some criticalities of the actual definition of "delusion", while solutions and ideas are proposed according to a cultural psychiatry perspective.

Introduzione

Il delirio, secondo la definizione corrente, è quel fenomeno psicopatologico per cui una persona sostiene con convinzione un pensiero falso, inaccessibile alla critica degli altri e alla prova dei fatti. Un delirante di gelosia, ad esempio, continuerà a credere che la moglie lo tradisca nonostante questa trascorra tutta la giornata con lui e non abbia nei fatti la possibilità di incontrare nessun altro uomo. Allo stesso modo un delirante di grandezza continuerà a crederci il Re d'Inghilterra malgrado tutti gli ricordino e argomentino con efficacia che il suo mestiere è quello del meccanico. Fin dagli albori della storia della psichiatria le affermazioni: "Quello lì dice cose strane", "Pensa di essere Napoleone", "È convinto che tutti complottiamo ai suoi danni, anche se non è vero!" sono state per chiunque, e non solo per gli addetti ai lavori, tra i più chiari segnali di malattia mentale. Il delirio, secondo la nosografia ufficiale odierna, è

un disturbo unicamente del contenuto del pensiero: nell'esempio di prima il delirante di grandezza il contenuto scorretto è: "Sono un Re", mentre quello corretto sarebbe: "Sono un meccanico". Ciò vuol dire che tutte le altre facoltà mentali possono essere intatte. Sarebbe a dire che il delirio non coinvolge necessariamente la senso-percezione, nell'esempio di prima il paziente megalomane si *pensa* Re ma non per forza *vede* la sua corona e il suo scettro; né la lucidità mentale, egli sa di trovarsi a casa sua nel 2017 e non a Versailles nel 1800; né infine è implicata la forma del linguaggio, i suoi discorsi possono essere assolutamente lucidi e coerenti al loro interno.

La psichiatria riconosce tradizionalmente la possibilità della diffusione epidemica dei disturbi mentali nel loro complesso. L'impalcatura teorica di questa disciplina si fa invece più contraddittoria ed ambigua riguardo alla possibilità che lo specifico fenomeno del delirio possa coinvolgere un'intera società o un intero gruppo etnico. La contraddizione e l'ambiguità si sviluppano tra due poli.

Da una parte il DSM 5 (APA, 1980, 1994, 2013), portavoce della psichiatria *mainstream* statunitense, enuncia il principio che un pensiero è delirante solo nel momento in cui appartiene a una persona singola e non viene condiviso da un intero gruppo sociale, principio che chiameremo "principio delle privatezza del delirio", e su questa linea si accorda gran parte della nosografia contemporanea (Balestrieri et al., 2014; Oyebode, 2015; Sadock & Sadock, 2000; Pancheri & Cassano, 1999; Campbell, 2009). Questa è un'accezione fenomenico-formale del principio diagnostico della privatezza del delirio, cioè considera principalmente come la credenza ci appare attualmente: se condivisa o solitaria. Non prende in considerazione né le cause, né l'effetto, né si interessa alla modalità in cui la credenza culturalmente condivisa viene vissuta.

Dall'altra la psicopatologia classica riconosce, in alcune categorie impiegate meno frequentemente, la follia a due di Magnan (Lasegue & Falret, 2016 [1877]; Shimizu et al. 2007; Dewhurst & Todd, 1956), la *folie a plusieurs*, il disturbo psicotico condiviso (APA 2013, 1994), le isterie collettive (Janca, 2006; Pastel, 2001), i deliri di massa (Tseng, 2001) o comunque non impedisce esplicitamente che una credenza

culturalmente condivisa possa essere un delirio (Ey, Bernard & Brisset, 1990 [1989]; Lalli, 1999; Piccione, 1995).

Questa ambiguità è di importanza fondamentale perché il delirio è uno dei sintomi psichiatrici più rilevanti e d'impatto, tanto che per lungo tempo è stato considerato come un sinonimo della follia stessa (Jaspers, 1997 [1959]; Stanghellini, 2008).

Il motivo per cui è importante la contraddizione in termini di principi diagnostici per il delirio è meglio spiegato nella nota (1). Ricordiamo qui solamente che un filone di studio ha sostenuto l'utilità della categoria del delirio culturalmente condiviso (Devereux, 2007 [1973]; Murphy, 1967) in contrasto con buona parte della nosografia corrente e in accordo con alcuni principi della psicopatologia classica, e un articolo di Prince in merito si trova tradotto in questo stesso numero della Rivista (Prince, 2017 [1970]). Il nostro gruppo si è occupato di questo tema e in precedenti lavori ha delineato dei casi clinici esemplificativi, approfondendo il concetto e indagando il ruolo patogeno di alcune credenze condivise in un'ottica di psichiatria dinamica culturale (Armando, 2016 e 2017; Daverio, 2016; Bartocci, 2013; Bartocci, Zupin, 2016a e 2016b; Rapisarda et al, 2016; Zupin, 2016; Rovera, Bartocci, Lerda, 2014; Rovera, 2015 e 2017).

In quest'articolo metteremo sotto indagine l'ambiguità teorica della psichiatria in merito alla questione deliri di gruppo Vs deliri individuali. Per accostarci a questo compito abbiamo scelto il metodo dell'analisi storica, ritenendo che per comprendere l'oscurità di un concetto scientifico sia utile in primo luogo andare a vedere come questa oscurità sia stata generata. In quest'analisi storica si scopre che la definizione di delirio data dalla psichiatria ufficiale è cambiata molto nel corso della storia. Il percorso storico che abbiamo indagato e che cercheremo di descrivere in questo lavoro è il seguente.

Il principio diagnostico che abbiamo chiamato "principio della privatezza del delirio", quello secondo cui "il delirio non può essere una credenza condivisa dal gruppo culturale o dalla subcultura dell'individuo (es: un articolo di fede)" (APA, 1980, 1994, 2013), non è sempre stato presente in psicopatologia ma compare a un certo punto della storia di questa disciplina, all'incirca nella seconda metà del XX secolo. Nel periodo precedente non solo non vigeva quest'interdizione per il clinico di

diagnosticare il delirio quando in casi specifici credenze culturalmente condivise risultavano patologiche, ma leggendo la letteratura ci si accorge che la situazione era esattamente il contrario. Per buona parte della storia della psichiatria le credenze non consone ai dettami scientifici e teologici occidentali ma sostenute dalle popolazioni tribali, come ad esempio l'animismo, sono state classificate come fenomeni con delle forti analogie con il delirio. In alcuni momenti e in alcune forme è stata affermata una stretta analogia, se non un sostanziale identità, tra la pazzia e la condizione antropologica dei popoli che allora erano considerati "selvaggi". Dunque nel tempo la definizione di delirio della psichiatria ufficiale sembra aver subito una rivoluzione, un completo ribaltamento. Questo è connesso al fatto che il delirio è sempre e comunque considerato come un'incapacità di riconoscere la realtà, e dunque la definizione di delirio è sempre connessa alla concezione della realtà. L'etimologia latina del termine è *de-lirare*, cioè uscire dal solco. A sua volta, la concezione di realtà cambia durante i secoli, ed è cambiata anche all'interno della stessa civiltà occidentale. Nel corso del tempo la nostra civiltà ha modificato la sua definizione della realtà grazie all'introduzione del principio del relativismo culturale. Si tratta di un'evoluzione che non è solo concettuale ma ha delle correlazioni importanti con la storia della cultura, della filosofia e dell'antropologia, dei rapporti tra le nazioni, del pensiero scientifico, delle teorie psichiatriche e degli avvenimenti politici.

Cercheremo di descrivere dunque brevemente l'evoluzione del concetto di delirio, da un'antica concezione che lo vede analogo alle superstizioni popolari, ad una moderna che lo considera tale solo se in disaccordo con quello che è socialmente ritenuto vero (2). Seguiremo questo percorso delle definizioni di delirio in relazione ai mutamenti del concetto di realtà nel corso del tempo e cercheremo di analizzare le condizioni storiche, teoriche e politiche in cui questi mutamenti hanno avuto luogo. Inoltre, descriveremo come questi cambiamenti non siano avvenuti in maniera completa all'interno dell'epistemologia psichiatrica ma piuttosto abbiano dato origine a un'impostazione contraddittoria e, per così dire, a macchia di leopardo. Proporranno le soluzioni che la psichiatria culturale offre di fronte a queste problematiche.

Dato che il delirio non è sempre stato visto come un'affezione morbosa che colpisce unicamente la facoltà di giudizio dell'essere umano, ma compare come tale solo verso la metà del XIX secolo, il primo capitolo del nostro articolo è intitolato "Nascita del

delirio” e riassume brevemente il percorso che ha condotto a questa concettualizzazione del delirio. Questo ci sembra necessario perché se il delirio non fosse stato storicamente costituito come contenuto di pensiero falso, non è detto si sarebbe posto (o almeno non in questi termini) il problema di confrontarlo con il metro di paragone costituito dai pensieri “giusti”, o considerati tali in quanto condivisi da tutti. Il lettore che non sia interessato a questa fase embrionale della storia della psicopatologia e volesse andare direttamente al cuore della questione potrà sorvolare sul capitolo “Nascita del delirio” (che va dagli albori della storia della psichiatria sino circa al 1850) e passare direttamente ai due capitoli successivi. Nel terzo e quarto capitolo vengono descritte le due fasi della storia del delirio che abbiamo delineato prima, quella in cui avviene: “L’accostamento folle/primitivo operato dalla prima psichiatria” (capitolo 2, che riguarda all’incirca il periodo dal 1850 al 1970), e quello in cui: “La nuova psichiatria afferma la relatività culturale del concetto di delirio” (capitolo 3, che va dal 1970 ad oggi). Ognuno di questi due capitoli comincia con un’analisi delle teorie psichiatriche correnti nelle diverse epoche, e cerca di descrivere poi nei sottoparagrafi l’ambiente socio-culturale in cui queste teorie si sono prodotte.

Il quarto capitolo riguarda le: “Contraddittorietà dell’attuale impostazione psichiatrica su delirio e realtà”, mentre il quinto cerca di dare una risposta in termini di psichiatria culturale ad alcuni quesiti sollevati nei capitoli precedenti, e s’intitola “Proposte di psichiatria culturale in merito al problema realtà/delirio”.

1 - NASCITA DEL DELIRIO

Il delirio per come lo intendiamo oggi è un sintomo particolare e specifico, ben delimitato rispetto agli altri, che costituisce l’elemento essenziale di alcune malattie mentali (disturbo delirante) ma è presente anche in numerose altre sindromi (schizofrenia, depressioni con manifestazioni psicotiche, ipocondria major, disturbo bipolare...). Nella nostra analisi della letteratura abbiamo trovato pochissime pubblicazioni che si siano occupate della storia del fenomeno delirante (Berrios, 2008; 2002 [1996]; 1991). I lavori in merito e l’analisi da noi condotta sui testi di psicopatologia classica, mostrano come lungo la storia della psichiatria la concezione

odierna del delirio sia emersa lentamente e faticosamente, con un percorso lungo e tortuoso di cui cercheremo di dare qui uno stringato riassunto.

È una concezione storicamente determinata la stessa idea che l'oggetto di studio della psichiatria sia l'insieme di un certo numero di sindromi diverse, ognuna composta da alcuni sintomi e non da altri, ciascuna con differenti cause, manifestazioni e trattamenti. Seguendo le accurate ricostruzioni di Berrios (2002 [1996]; 1991), appare chiaro come prima del 1800 l'insanità mentale fosse per lo più considerata come un blocco unico e scarsamente differenziato al suo interno, un insieme che comprendeva indistintamente tutto ciò che oggi consideriamo campo della psichiatria, della neurologia e delle affezioni di medicina generale con manifestazioni psichiche (ad es. i vaneggiamenti che ognuno di noi può avere durante gli stati confusionali dovuti alla febbre alta). I termini per definire questo insieme erano dunque usati tra il 1700 e il 1800 in maniera intercambiabile e per lo più aspecifica: risulta difficile oggi tracciare una netta distinzione tra il *delirium* e la *vesania* latini, il *délire* dei francesi, il concetto di *insanity* degli inglesi, l'italiano *delirio* e il corrispondente inglese *delusion*. Questi termini indicavano allora più o meno ciò che l'uomo della strada concepisce oggi come pazzia: un parlare sconnesso, confuso, che dice cose palesemente assurde o incomprensibili, associato ad un comportamento bizzarro o disturbante. L'italiano *delirio* e l'inglese *delusion* sono poco presenti nella letteratura dei secoli precedenti il XIX, e i lavori che descrivono la storia dell'insanità mentale seguono perlopiù le vicissitudini del *delirium* (Berrios G., 2008; 2002 [1996]; 1991).

La storia di questi termini, oggi indicanti entità cliniche ben distinte che neppure il medico più sprovveduto confonderebbe, si separò quando si differenziarono gli stati di *delirium* con febbre, acuti e a decorso benigno (che verranno successivamente ricondotti alle affezioni di medicina interna) da quelli senza febbre, più di lunga durata e di difficile soluzione (che oggi chiameremmo “delirio”).

Concomitantemente, si instaurò l'idea che l'oggetto d'interesse della psichiatria fosse solo il secondo di questi due gruppi, e poi che all'interno di quel campo si potessero individuare diverse malattie. Ad esempio Pinel all'inizio del XIX secolo dovette argomentare con decisione contro i suoi autorevoli all'epoca, ma oggi dimenticati predecessori, per distinguere tra loro quattro forme morbose (mania, melanconia,

demenza e idiozia, vedi Pinel, 1809); mentre oggi il “Diagnostic and Statistic Manual” degli psichiatri statunitensi annovera più di un centinaio di diagnosi diverse (APA, 2013). Anche l'idea che una malattia fosse costituita da una serie di sintomi e segni inizia ad apparire solo con Augustine J. Landrè-Beauvais nel 1813 (cit. in Berrios, 1996). Conseguentemente appariva la necessità di distinguere chiaramente un sintomo dall'altro, e il sintomo dalla normalità. È solo dopo la metà del XIX secolo, con Griesinger (1882 [1861]), che cominciano ad apparire capitoli dedicati alle definizioni propriamente dette, che tracciano linee di confine tra fenomeni psicopatologici analoghi (come l'ansia dall'angoscia, la tristezza dal senso di vuoto, il delirio da un'idea dominante).

Una volta arrivati al delirio come sintomo specifico e delimitato la questione diventa: cos'è questo sintomo, quali facoltà intacca? I concetti sette e ottocenteschi di delirio erano molto diversi da quello odierno. Da una parte i francesi comprendevano nell'ampio termine *délire* componenti dell'affettività, della percezione, dell'immaginazione e della memoria (Berrios G., 2002 [1996]; 1991). Dall'altra il medico britannico empirista John Locke, praticamente all'opposto di quello che pensiamo oggi, considerava che la follia (*insanity*) sopravvenisse in uomini dotati di una facoltà di giudizio normale, che generava idee corrette partendo da dati sensoriali altrettanto corretti, ma le "congiungeva l'una all'altra in modo molto sbagliato" (Locke J., 1998 [1690]). Questa concettualizzazione del delirio era in accordo col principio dell'empirismo secondo cui tutto deriva dai sensi: “*nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*”. Nel corso dell'800 il concetto di delirio verrà progressivamente epurato di quest'ipotesi lockiana di questo raggruppamento fallace di idee corrette, nonché delle componenti di affettività, immaginazione e memoria.

Il distillato di questo processo di depurazione è l'odierno concetto di delirio come alterazione unicamente pertinente la facoltà di giudizio, e oggi ogni studente impara che il delirio viene rubricato nei capitoli dedicati alla semeiotica psichiatrica sotto il paragrafo “disturbi del contenuto del pensiero”, e nessuno specializzando farebbe l'errore di confondere il delirio in sé con i disturbi della percezione (allucinazioni) o della coscienza (confusione, coma, delirium etc.).

A questo punto della nostra ricostruzione vediamo che il delirio, per come lo conosciamo noi oggi, è nato dopo una lunga gestazione. È nato come un pensiero falso, fisso e immutabile ed è finalmente un sintomo, diverso rispetto agli altri e che con gli altri può essere assemblato per costituire diverse sindromi. Ora si pone il problema: se il contenuto del pensiero è sbagliato, quale sarebbe il contenuto di pensiero giusto?

Nei testi più antichi il delirio veniva sovrapposto *tout court* agli errori che noi tutti facciamo nella nostra vita quotidiana spinti dall'ignoranza, dalla fretta o dalle passioni, a cui spesso ci affezioniamo e che non molti di noi sono disposti a modificare volentieri quando smentiti dalla prova dei fatti. Successivamente in altri Autori, l'errare umano normale veniva formalmente preso a prestito per esemplificare la qualità del delirio, e si dichiarava poi che l'essenza dei due tipi di pensiero potesse differire sotto qualche aspetto. È stato osservato che anche in quelle elaborazioni però, la metafora errore/delirio veniva posta con una forza tale che nel corso del tempo, ripetendola di manuale in manuale, si è spesso persa la modalità del "come se" e i due concetti di errore e delirio hanno finito per sovrapporsi. La metafora che usava l'errore per spiegare il delirio ha spesso esaurito la sua forza immaginifica di suggerire una similitudine lasciando aperti spazi insaturi, e a forza di essere utilizzata è finita per avere il senso di un'affermazione di identità (Mojtabai, 2000). La conseguenza di questo processo storico è che la definizione in termini strettamente cognitivi del delirio si è andata sempre più rafforzando nella psichiatria del XIX secolo, ed è stata consegnata intatta a quella del XX, che così l'ha mantenuta (Berrios, 1991). A conferma di questo ancora oggi si legge a chiare lettere sotto la sezione "Glossario dei termini tecnici" del DSM 5 che il delirio è: "Una falsa convinzione, basata su erronee deduzioni riguardo la realtà esterna..." (APA, 2013) (3).

2 - L'ACCOSTAMENTO FOLLE/PRIMITIVO OPERATO DALLA PRIMA PSICHIATRIA

Dopo aver così delineata questa intellettualizzazione del pensiero folle, soffermiamoci sul periodo tra Ottocento e inizio Novecento ed esaminiamolo ora più da vicino, per seguire meglio le vicissitudini di questi concetti medici in relazione al tema della

nostra ricerca. La parentela tra l'errore e il delirio veniva posta in psicopatologia classica per lo più come somiglianza del modo in cui le due idee appaiono allo psichiatra osservatore esterno (piano fenomenico). Tramite l'accostamento all'errore, molti tra gli Autori che abbiamo esaminato (Griesinger, Kraepelin, Tanzi. Vedi poi) arrivano a confrontare il delirio con le superstizioni popolari, e di lì con le credenze culturalmente condivise proprie dei popoli che reputavano selvaggi e non civilizzati. Per proprietà transitiva si costituisce dunque una similitudine tra il delirio dei folli e le credenze dei popoli non europei e non industrializzati.

Una volta avvenuto un simile accostamento concettuale nasceva la questione di come considerare l'affinità tra idee alienate dei folli e le credenze dei "selvaggi": ci si chiedeva se la relazioni che intercorrevano tra questi due tipi di pensiero fossero di sostanziale identità oppure solo di stretta parentela, e nel secondo caso dove si sarebbero potute tracciare linee di confine.

Esquirol (1845) è tra coloro che non si cimentarono con questa questione teorica. In molti casi c'è una trattazione che propende genericamente per una contiguità tra folle e selvaggio, come in Kraepelin (1907 [1887]). In alcuni testi si arriva a sostenere la sostanziale coincidenza della condizione del pazzo con quella delle popolazioni tribali illetterate e non tecnicizzate, come nel caso di Tanzi (1905), che esamineremo fra poco nel dettaglio. Anche dove si tenta una differenziazione tra le due condizioni, questa è di frequente vaga, imprecisa, adombrata o lasciata all'intuito del lettore con delle dichiarazioni di autoevidenza. Nel caso di Griesinger i criteri che egli propone per distinguere la stregoneria dal delirio sono deboli e tautologici (ad esempio che il delirio deriva da una malattia mentale e la stregoneria no) (Griesinger, 1882 [1861]). Una distinzione più convinta e meglio fondata appare in Bleuler, dove la linea di demarcazione creata si fonda su criteri genetici, cioè sul *perché* l'idea si stata generata (e non su *quanti* individui la sostengano). Per Bleuler le idee patologiche (anche se culturalmente condivise) nascono in risposta a complessi intrapsichici di cui la persona non sempre è consapevole, mentre le superstizioni del sano vengono ricevute per così dire in dote dal gruppo di appartenenza dell'individuo, e anche se non conformi ai dettami della scienza e del buonsenso non possono essere considerate folli (1934 [1911]).

Nella manualistica che offre la versione più dura dell'equazione folle/primitivo, i contenuti di pensiero reputati falsi dai rispettivi autori vengono considerati esattamente alla stessa stregua dei deliri psicopatologici anche se condivisi da intere etnie. Prendiamo ad esempio il manuale di Tanzi del 1905, riferimento della psichiatria italiana di inizio secolo. Si tratta di un esempio particolarmente forte per i toni che usa lo scrittore, e per questo lo citiamo, reputandolo particolarmente adatto a mostrare nella forma più esplicita e netta un pensiero psichiatrico che è talmente lontano dal nostro da essere difficilmente immaginabile oggi. Nel manuale di Tanzi, la concezione che c'è alla base è quella di uno sviluppo lineare della storia, dove il "primitivo" e il "selvaggio" rappresentano uno stadio precedente e imperfetto della nostra civiltà. Vediamo che l'idea dell'uomo sottesa all'intero Trattato, è quella di un essere che al suo stato "naturale", quali erano repute essere le popolazioni africane dell'epoca, è preda di una fantasia illimitata, sospinta da passioni e istinti ancora fuori controllo, una fantasia non ancora moderata dalla logica e dalla scienza, che lo induce a credere alle più assurde e superate tra le superstizioni: "Dov'è la nozione chimica o fisica che avverta il selvaggio del suo errore? Essa non è ancora sbocciata, e il mito che ne usurpa il posto non è in fondo, data l'ignoranza del ragionatore, che una forma, la più ovvia e legittima di ragionamento." (Tanzi, 1905). I miti e le leggende non sono visti come legittima espressione di un universo culturale autonomo, coerente e dotato di senso al suo interno, ma come errori madornali dovuti ad un incompleto sviluppo storico. La non moderazione delle passioni, e la forza che queste hanno nel sospingere l'intelletto a cadere preda delle sue stesse illusioni, vengono considerate ciò che accomuna i "primitivi" ai folli deliranti. Tanzi disegna una fisiologia e una patologia del contenuto di pensiero dove il delirio è la risultante di un eccesso di istinti: "L'espressione più completa della convinzione delirante è raggiunta dai *paranoici*. Questi malati prendono a norma di condotta opinioni fantastiche che sono suggerite dalla passione e accettate senza verifica alcuna. (...) Queste credenze appagano istinti e passioni poco distinte, ma profonde e prepotenti, che appunto per la loro intensità eccezionale non sono suscettibili d'adattamento nei rigidi termini della realtà esterna (...) e appunto perché le passioni fondamentali degli uomini non subiscono che minimi mutamenti, sussiste questa somiglianza di fantasie tra il paranoico e il primitivo." (ibidem). Per indicare la regressione del folle allo stato "primitivo", Tanzi chiama infatti "atavica" la sua teoria della paranoia, e giunge a concludere, in modo

tranchant, che: "I primitivi sono figli del loro tempo, i paranoici sono *anacronismi viventi*." e, coerentemente, che: "...la religione è una paranoia collettiva, mentre la paranoia è una religione individuale." (ibidem).

Gli europei che non aderivano alle credenze scientifiche e teologiche all'epoca normative, non godevano sempre di un miglior trattamento da parte degli psichiatri e venivano valutati allo stesso modo e secondo la stessa logica applicata ai popoli extra-europei non tecnicizzati. Ad esempio la vasta diffusione dello spiritismo, delle pratiche medianiche e delle sedute dove l'evocazione dei defunti faceva lievitare il tavolino, venne inquadrata dall'accademia francese tra il 1850 e il 1950 con varie categorie diagnostiche tra cui la più diffuse era quella dello "delirio spiritista" (Le Maléfan, Evrard & Alvarado, 2013).

Dunque possiamo concludere questi primi paragrafi del nostro articolo affermando che nella psichiatria dei secoli che precedono il Novecento, non vige alcun divieto così completo e chiaro come quello che conosciamo nella moderna psichiatria a diagnosticare il delirio nel caso che la credenza sia culturale o sub-culturale. Se alcune differenziazioni sono state fatte tra pensiero selvaggio e pensiero folle, queste sono state poche e deboli e sino a Stoddard (che anche in seguito è rimasto per molto tempo un caso isolato), la linea di discriminazione non è mai stata tracciata sul *numero* delle persone che alla credenza in questione aderivano.

Il manuale di Stoddard (1908) è quello che inaugura il principio della privatezza del delirio sul piano *fenomenico* (cioè *come la credenza ci appare*, se solitaria o condivisa). Per lui cioè non sono importanti le cause gli effetti delle credenze culturalmente condivise, né se si verificano in un contesto di malattia psichiatrica, ma solo il fatto se intorno all'individuo che le sostiene vi sia una cultura che lo conforta in questa opinione. Questo autore è un'eccezione isolata rispetto al panorama dell'epoca perché inserisce la privatezza nella definizione stessa del delirio, prefigurando l'accezione maggioritaria oggi e rappresentata dal DSM 5 (APA, 1980, 1994, 2013). Tralasciamo dunque ora l'eccezione di Stoddard, attendendo di poter esaminare più avanti come questa sua posizione si diffonderà a tutto il resto della psichiatria, e restiamo sull'analisi dell'accostamento folle/primitivo operato dalla prima psichiatria

nel suo complesso, per descrivere il contesto storico culturale in cui questo accostamento teorico avveniva.

Il contesto storico-culturale in cui avveniva l'accostamento folle/primitivo

In quale terreno germogliava e cresceva, qual'è il *milieu* culturale in cui trovava spazio una simile idea dell'uomo, della follia e della storia, quella secondo cui le idee dei folli sarebbero state analoghe alle superstizioni tribali?

La tradizione filosofica soggiacente alla prima psichiatria veicolava un'immagine di reale/realtà fortemente dualistica, imperniata attorno ad una opposizione, già del resto delineata dai filosofi di tradizione cartesiana, tra un 'mondo interno' ed un 'mondo esterno', ben riscontrabile, circa un secolo dopo, come sfondo teoretico della psichiatria kraepeliniana. La realtà è così pensata quale l'insieme totale degli enti percepibili tramite le funzioni sensoriali e, dunque, in armonia con l'ottimismo epistemologico del pensiero illuminista e successivamente positivista, perfettamente e interamente conoscibile per mezzo delle 'funzioni' razionali (il XX secolo dirà: 'cognitive') di cui tutti gli uomini sarebbero in linea di massima dotati. È la realtà degli oggetti, il 'circostante', l'"ambiente"; un reale cioè, determinato sulla base di un vocabolario semantico fortemente spazializzato e imperniato attorno ad una rigida giustapposizione rispetto ad una soggettività (il 'mondo interiore') che di esso fornisce, attraverso il giudizio, una rappresentazione vera o falsa a seconda del livello di approssimazione o *adeguazione* (*adaequatio*) che essa è in grado di raggiungere per mezzo degli strumenti di cui è naturalmente dotata (5). La realtà è così delineata univocamente come una sorta di contenitore ideale universalmente valido, conoscibile attraverso gli strumenti perfetti del pensiero empirico, che come è noto la gnoseologia positivista considererà il punto apicale dell'evoluzione millenaria del sapere umano e la piena realizzazione e maturazione del pensiero razionale. Qui nel testo affrontiamo l'influsso dell'Illuminismo e del neopositivismo, per approfondimenti su alcune delle correnti filosofiche più importanti che hanno contribuito a questa concezioni del reale vedi la nota (5).

Questa concezione secondo cui la realtà è unica e univoca e esiste solo un modo di riconoscerla correttamente, è di derivazione illuminista prima e positivista poi, in linea con lo spirito dei tempi. In un esempio semplicissimo, mettiamo che un sasso venga lanciato in aria: se l'osservatore afferma che il corpo cade ha riconosciuto la realtà, se invece sostiene che il sasso galleggia a mezz'aria è nell'errore, nella follia o nella superstizione. Questa concezione del delirio si costituisce su quella che in filosofia della conoscenza viene oggi chiamata teoria della corrispondenza (o aletica) della realtà, e cioè che il contenuto del predicato deve corrispondere al suo oggetto (per un riassunto delle teorie di filosofia della conoscenza in psichiatria vedi Kendler S, 2015 e 2016). Come si evince dall'esempio scelto, la scienza che fa da modello a questa concezione della realtà è la fisica classica. Presupponendo che la realtà dei fatti sia universale, la teoria della corrispondenza nelle sue varianti più dure non comprende alcun elemento di relativismo culturale. L'errore non è tale in quanto compiuto da una persona singola, e se – nell'esempio di prima - molti dicono che il sasso galleggia a mezz'aria sarebbero da considerarsi tutti nell'errore, folli o selvaggi non illuminati dalla moderna conquista della ragione.

Tornando alla visione dei popoli tradizionali extra-europei della prima psichiatria, vediamo come la tendenza a considerarli difettosamente incapaci di una logica formale e scientifica sia stata per secoli ampiamente diffusa nella società europea sin dall'Illuminismo. In quest'ottica lo sviluppo dell'umanità sarebbe stato una continua evoluzione, dove ogni tappa avrebbe rappresentato il superamento della precedente in un miglioramento continuo di progresso, benessere e civiltà. Scrive Ellenberger, descrivendo l'ambiente della prima psichiatria dinamica e dell'Illuminismo in cui questa si era sviluppata: "...c'era dappertutto la convinzione che l'umanità era finalmente entrata nella maturità, dopo un lunghissimo periodo di ignoranza e schiavitù, e che ora poteva, sotto il controllo della ragione, dirigersi verso un periodo illimitato di progresso. La più importante caratteristica dell'Illuminismo fu il culto della ragione, considerata come un'entità permanente (...) La ragione veniva contrapposta all'ignoranza, all'errore e al pregiudizio, alla superstizione, alle fedi imposte, alla tirannia delle passioni, alle aberrazioni dell'immaginazione. (...) Il progresso non veniva solo inteso come progresso materiale, ma anche come progresso qualitativo e morale (...) Per l'importanza che si dava alla facoltà della ragione, la

malattia mentale veniva considerata essenzialmente come un disturbo della ragione.” (Ellenberger, 1972). Incapsulata nelle scienze come la medicina, questa concezione del progresso e della malattia generatasi durante l'Illuminismo, si era conservata intatta negli psichiatri come Pinel (Berrios, 2002 [1996]) e aveva superato indenne le varie traversie della cultura europea sino ad arrivare a ricongiungersi al positivismo della fine del XIX secolo e al neo-positivismo del XX.

Va da sé però, che se la storia dell'uomo era un continuo miglioramento di benessere e civiltà, le epoche precedenti a quella attuale erano da considerarsi fasi preparatorie, incomplete e prive di quella ragione che costituiva il principale ingrediente della salute mentale. Da lì a fare l'equazione tra i nostri antenati, i popoli tribali delle nascenti colonie e i malati psichiatrici il passo era breve.

In antropologia il continuo progresso verso il miglioramento era alla base di tutte le prime teorie antropologiche, cavallo di battaglia dei padri dei fondatori della disciplina, gli evoluzionisti. L'aumento progressivo di complessità era la chiave di lettura dello sviluppo del 'pensiero umano razionalE. Già Edward Tylor nell'affrontare la questione dell'animismo, nel suo "Primitive Culture" (1871), sosteneva che l'affiorare del pensiero razionale fosse l'esito di una lenta e progressiva maturazione intellettuale del genere umano. Tylor riteneva l'animismo una credenza da sempre presente nell'essere umano, dalla filosofia del selvaggio alla filosofia del moderno professore di teologia, ma che nel tempo era diventata sempre più raffinata e il cui campo si era ristretto alla sola credenza nell'anima umana. Mentre per gli evoluzionisti la maggiore semplicità del "pensiero primitivo" era un ovvio tassello nel più ampio disegno di una progressione culturale che andava di pari passo con un aumento della complessità, Lucien Lévi-Bruhl, filosofo e successivamente etnologo, iniziava a riflettere sulla natura del pensiero primitivo. La sua teoria della mentalità pre-logica ("Le funzioni mentali delle società inferiori" è del 1910; "Psiche e società primitive" del 1922) descrive il pensiero primitivo come qualitativamente e non quantitativamente differente dal nostro, un pensiero che si interroga sulle cause di ciò che accade ma non secondo il principio di causa-effetto, ma in accordo a quello di *relazione* tra le cose. La mentalità primitiva sarebbe stata regolata da un tipo di logica che avrebbe teso a coordinare tra loro le rappresentazioni di natura mistica. Il mondo si sarebbe ordinato per relazioni di tipo mistico, non per relazioni di causa-effetto. Il

pre-logico è inteso come a-critico e a-scientifico, non solo come irrazionale e privo di una logica interna.

Seppur va evidenziato che Levy-Bruhl non pensò la sua teoria affinché fosse di sostegno all'equazione folle/primitivo, questa fu la maniera in cui la psichiatria la prese (Fernando, 2004; McCulloch, 1995, Kendler & Parnas, 2014). Ancora nel 1972, il Trattato di Psichiatria di Bini e Bazzi nel nostro paese cercava di chiarire il pensiero schizofrenico tracciando delle analogie con quello primitivo, facendo riferimento all'opera di Levy-Bruhl (Bini & Bazzi, 1972, pag. 480-481). Bini e Bazzi ripercorrevano brevemente i lavori che hanno contribuito a costruire questa somiglianza, indicando che oltre al termine "prelogico" erano stati usati anche i termini di pensiero "arcaico" (fondandosi sull'opera psichiatrica di Storch, 1924, cit. in Bini & Bazzi, 1972, pag. 480-481), "paleologico", "paralogico" (richiamandosi all'interpretazione della schizofrenia di Von Domarus, 1944; cit. in Bini & Bazzi, 1972, pag. 480-481), "magico" o "alogico". Il pensiero magico, tra questi, è una categoria tutt'oggi usata nella psichiatria ufficiale per indicare: "un erroneo convincimento che i propri pensieri, parole, o azioni possano causare o prevenire qualche evento con modalità contraria alle leggi di causa-effetto comunemente accettate. Il pensiero magico può far parte dello sviluppo normale del bambino" (APA, 2013).

All'interno della nascente psicoanalisi, Freud diede un ruolo centrale a questo concetto, immaginando che il pensiero magico persistesse, incurante dello scorrere del tempo e delle vicissitudini del mondo reale, nell'inconscio di ogni individuo. Ad esempio, per Freud un adulto che non avesse superato il conflitto edipico avrebbe potuto identificare ogni possibile compagna con la madre, inconsciamente desiderata nell'infanzia e la cui conquista erotica, altrettanto inconsciamente, avrebbe scatenato le ire del padre ingelosito. Rifiutare il contatto con una partner appetibile nella realtà, secondo il pensiero magico di Freud, sarebbe stata una manovra in grado di evitare che la figura paterna interiorizzata nella parte inconscia del super-Io si adirasse con lo sventurato paziente e lo minacciasse di castrazione/morte/fallimento. Di fronte alla possibilità di un matrimonio riuscito, fuggire regredendo nella psicopatologia e lasciandosi dominare nuovamente dal pensiero magico che era stato padrone assoluto dell'infanzia, sarebbe stata dunque una valida via di fuga per l'uomo psichicamente

immaturo immaginato da Freud. Lo psicoanalista riteneva che questa modalità di pensiero fosse propria del bambino, in minima parte dell'inconscio anche degli adulti più sani ed evoluti (vedi "Il perturbante", del 1919), del funzionamento mentale degli psicotici, di quelli che riteneva essere i nostri lontani antenati (vedi "Totem e tabù", del 1913) e infine dei popoli tribali.

La triade ragione/individuo/mondo esterno, sulla quale si era fondata la psichiatria di ispirazione illuminista dei secoli XVIII e XIX, si arricchiva così della dimensione inconscia. L'inconscio diventava in questo modo il luogo dove si poteva ancora una volta fondare una sostanziale identità psicologica che ora non era più solo folle/primitivo, ma diveniva con ancor più forza folle/primitivo/bambino. Il pensatore austriaco condivideva la visione dello sviluppo lineare della storia di cui abbiamo detto prima, e riteneva che questa avesse un equivalente nella crescita dell'individuo. La persona dunque, nel migliore dei casi avrebbe seguito nel corso della sua vita le stesse tappe della sua specie, passando da fasi dominate dal pensiero magico a una maturità sotto il controllo del principio di realtà. Per dare forza a questa supposizione Freud amava ripetere che "l'ontogenesi ricapitola la filogenesi", in accordo con la legge biogenetica di Haeckel (che oggi considereremmo non scientifica), un biologo molto influente nella cultura tedesca dell'epoca (Ellenberger, 1976). Seppur la psicoanalisi freudiana è un edificio complesso le cui fondamenta non possono certo essere ricondotte solamente all'Illuminismo, l'influenza di questa corrente di pensiero è sicuramente molto marcata nell'insistenza di Freud a voler ricondurre le potenze dell'inconscio sotto il controllo della consapevolezza dell'Io.

I discepoli di Freud che si occuparono di etnopsicoanalisi come Géza Ròheim (1955) contribuirono a sostenere le teorie esposte poc'anzi riguardo la somiglianza tra gli schizofrenici e i membri dei popoli tradizionali. La fuga di molti analisti centroeuropei negli USA durante il nazismo, e il loro successivo insediamento nelle università nordamericane, determinò un intreccio tra le teorie psicoanalitiche e l'ortodossia psichiatrica che ebbe una profonda influenza sulla seconda negli anni '40, '50 e '60 e sul modo di concepire le psicosi (Garrabè, 1997 [2002]).

Ma se queste erano le direttrici secondo le quali le scienze sociali e della psiche dell'epoca guardavano alle popolazioni illetterate e non tecnicizzate, viene da

chiedersi quali furono le pratiche e le teorie dei medici che dovevano incontrare ogni giorno Africani, Maghrebini e Asiatici. L'incontro con la viva alterità culturale fu in grado di indurre a più miti consigli teorie psichiatriche così dure nei confronti dei popoli extra-europei come quelle che abbiamo visto? Sembra di no.

La review della letteratura compiuta da Keller (2001) mostra come la psichiatria coloniale fosse più preoccupata di descrivere teoricamente la costitutiva patologicità di intere popolazioni dominate piuttosto che di sapere quali nativi fossero sani e quali folli (Vaughan, 2001, cit. in Keller, 2001; p. 306-307). La "mentalità algerina" veniva studiata come "comunemente patologica", da "criminali nati" (Arrii, cit. in Keller, 2001; p. 315), gli Algerini come "fatalisti, inattivi, inetti" (Sutter, ibidem), "intellettualmente infantili" e inclini alla violenza (Porot, ibidem, p. 314). La pratica corrente degli psichiatri coloniali non era certo quella di internare tutti i nativi *in quanto* nativi, e la distinzione tra indigeni normali e malati veniva comunque attuata in maniera rudimentale dai medici sul luogo, ma questi distinguono vertevano più sugli aspetti comportamentali che non sulla distinzione tra credenze vissute in modo culturalmente appropriato e non. Banalmente, sembra che l'internamento in ospedale psichiatrico avvenisse più in funzione dell'allarme sociale e della vicinanza fisica del "paziente" al manicomio locale, piuttosto che non di una gravità psicopatologica globalmente intesa e valutata secondo stretti criteri teorici. A livello teorico, il fatto che una convinzione fosse sostenuta dalla comunità locale, non costituiva un impedimento alla diagnosi di delirio in un paziente indigeno. Anzi, al contrario, idee persecutorie e rivendicative nei confronti degli Europei, sostenute dagli autoctoni, vennero largamente classificate come deliranti benché condivise dalla comunità (Sadowsky, 1999, cit. in Keller, 2001; p. 310-311), e le superstizioni locali annoverate tra le prove di un'immaturità/patologicità della mentalità primitiva (Vaughan, 2001, cit. in Keller, 2001; p. 306-307). Sebbene la pratica della psichiatria nelle colonie non sia stata sempre e dovunque così brutale, e i manicomi d'oltremare non fossero considerabili solo come uno strumento cieco e monolitico di repressione (Edington, 2013), le osservazioni contenute negli studi citati sembrano smentire una delle ipotesi che avevamo formulato accostandoci all'oggetto di studio del presente articolo: e cioè che il criterio della privatezza del delirio emergesse come risultante dell'incontro con l'alterità culturale determinato dal colonialismo. Anche le tempistiche non sembrano

coincidere: il principio della privatezza comincia a prendere prepotentemente la scena negli anni '70-'80, quando cioè l'avventura coloniale era finita o sul finire (vedi poi). Lo studio di Berthelieir indica una relazione specifica tra le modificazioni introdotte dalla psichiatria francese nei suoi criteri di classificazione, la guerra condotta dal Fronte di Liberazione Algerino e l'emergere di una scuola psichiatrica locale e autonoma rispetto al vecchio continente (Berthelieir, 1994, cit. in Keller, 2001; p. 316-317).

Ripetiamo ancora, per chiarezza espositiva e prima di procedere, che sino a questo punto della nostra indagine il canone per cui una credenza culturalmente condivisa non può essere un delirio non è presente nell'impalcatura teorica della psichiatria, se si eccettua il caso isolato di Stoddard (1908). Il principio della privatezza del delirio non è ancora arrivato a sconvolgere i criteri della diagnosi per questo sintomo. Vediamo ora nei prossimi paragrafi come e perché la situazione è cambiata sino a ribaltarsi ai giorni nostri.

Implicazioni politiche dell'accostamento folle/primitivo

Lo stretto accostamento tra pensiero folle e pensiero "primitivo", che abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, richiama la questione più ampia della classificazione psicopatologica dei popoli e delle culture. Jilek (2013) ha ricostruito la storia passata della psichiatria culturale mostrando come l'inquadramento in termini psichiatrici della diversità culturale sia stata, tra le altre cose, anche la prosecuzione in ambito medico di un'attitudine secolare a costruire stereotipi negativi su popoli considerati inferiori o nemici. Seguendo la storia tracciata da Jilek vediamo come questa prassi ebbe una delle sue massime espressioni ad esempio: "...nel 1914 col trattato di uno psichiatra tedesco sulla presunta 'Psychopathia Gallica' (Lowenfeld, 1914) e raggiunse il suo acme durante i grandi conflitti bellici". (ibidem). In alcuni casi il gruppo minoritario, che sosteneva una credenza reputata patologica dagli psichiatri del gruppo maggioritario, non si distingueva per l'appartenenza etnica ma piuttosto per un diverso colore politico. In questi casi le diagnosi psichiatriche sono state impiegate a volte come mezzo per giustificare l'internamento dei dissidenti in manicomio e contrastare

l'opposizione politica a regimi totalitari. Prendendo un altro esempio saliente, secondo la ricostruzione della storia della schizofrenia di Garrabè (1997 [2002]) l'aspecificità della categoria di schizofrenia latente (presente nell'ICD, il manuale di diagnosi stilato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) è stato il lasciapassare grazie a cui l'URSS ha usato questa diagnosi contro i dissidenti politici interni. Quella appena esposta sarebbe una delle ragioni che ha portato i redattori del DSM (manuale di diagnosi redatto invece dall'associazione degli psichiatri americani) a non includere la categoria della schizofrenia latente nel loro manuale. In alcuni casi risulta difficile distinguere un dibattito scientifico con un'intensa coloritura ideologica dalla prosecuzione sul terreno psichiatrico di uno scontro frontale - e a volte armato - tra etnie dominanti e dominate. A questo riguardo Littlewood (2002) riporta il caso di uno psichiatra inglese, Carothers, secondo il quale gli Africani sarebbero stati privi di inibizioni morali e dunque: "sorprendentemente simili a un europeo lobotomizzato" (1954). Seguendo la stessa logica la rivolta antibritannica dei Mau Mau in Kenya sarebbe stata da comprendere sulla base di un complesso di frustrazione inconscio di questo popolo (ibidem). Franz Fanon, psichiatra esponente del movimento di liberazione anti-coloniale, dopo aver esaminato attentamente la posizione del collega d'oltremarica, rispose che in tal caso i fatti di sangue della rivoluzione algerina, erano la logica conseguenza della resistenza al tentativo di decerebrazione di un popolo (Fanon, 1967 [1964]; 1991 [1961]). L'espressione "schizofrenia politica", coniata da un fondatore della psichiatria transculturale poco conosciuto, mentre era in vita, quale G. Devereux, divenne celebre quando un presidente degli Stati Uniti lo impiegò un suo discorso alla nazione riferendosi ai suoi avversari politici.

Da questi brevi cenni, e dai riferimenti fatti prima sulla psichiatria coloniale, vediamo come l'intreccio tra psichiatria e scontri etnici, politici e religiosi si sia fatto a un certo punto troppo stretto e pesante per una scienza della cura come la psichiatria, e non è difficile immaginare come alcuni studiosi abbiano sentito il bisogno di districarlo. Vediamo ora nel prossimo capitolo, intitolato "La nuova psichiatria afferma la relatività culturale del concetto di delirio", quando e come sono avvenute le modificazioni teoriche che stiamo indagando. Nei sottocapitoli descriveremo poi in quali modi gli esperti di psichiatria e cultura affrontarono il problema, e quali modificazioni socio-culturali hanno contribuito alla rivoluzione teorica che ha condotto a pensare il delirio come un fenomeno strettamente individuale.

3 - LA NUOVA PSICHIATRIA AFFERMA LA RELATIVITÀ CULTURALE DEL CONCETTO DI DELIRIO

Principi di relativismo culturale nella diagnosi di delirio si possono trovare già nella definizione di Stoddard del 1908, come abbiamo già visto, e nel dibattito tra antropologi e psichiatri questo tema appare già negli anni '30 (vedi poi). È necessario però attendere l'edizione più recente della "Psicopatologia Generale" di Jaspers (2007 [1959]) perché il principio della privatezza del delirio faccia a sua comparsa in un manuale destinato a influenzare tutto il campo della psichiatria per decenni. Per approfondimenti sulla concezione del delirio espressa da Jaspers nella VII edizione del 1959 vedi le note (3) e (4). È opportuno rilevare che nella II edizione dello stesso trattato, edizione che risale al 1920, il principio della privatezza del delirio non viene nominato.

Saranno gli anni '70 e '80 quelli in cui l'impostazione relativista giungerà a modificare la diagnosi psichiatrica ufficiale. Alla nostra revisione della letteratura i primi manuali che incorporano il principio della privatezza nella diagnosi di delirio sono infatti quello di Scharfetter del 1979 e il DSM III del 1980 (APA, 1980). Schneider (1983 [1965]), nel suo classico testo "Psicopatologia clinica", lascia aperta la possibilità che i deliri secondari – ma non i deliri schizofrenici in senso stretto, quelli primari - si sviluppino su base culturale. Dopo questo periodo vi è una breve coesistenza, che dura sino alla fine degli anni '90, tra manuali che assumono senz'altro il principio per cui: "il delirio non può essere una credenza condivisa dal gruppo culturale o dalla subcultura dell'individuo (es: un articolo di fede)" (APA, 1994; Pancheri & Cassano, 1999) e quelli che ancora non vietano che una credenza culturalmente condivisa possa essere considerata in alcuni casi un fenomeno delirante (Ey, Bernard, Brisset, 1990 [1989]; Lalli, 1999; Piccione, 1995). Dopo questo momento di coesistenza si riscontra una graduale penetrazione del criterio della privatezza nella manualistica specializzata, per cui circa dal 2000 in poi tutti i trattati da noi esaminati includono questo principio diagnostico (Oyebode, 2015; Sadock & Sadock, 2000; Campbell, 2009; Balestrieri et al., 2014). La maggior parte di questi manuali odierni si adegua nelle definizioni dei sintomi e delle sindromi a quelle contenute nel "Diagnostic and Statistic Manual" (APA, 1980, 1994, 2013) degli psichiatri statunitensi. Data l'egemonia culturale che esercita oggi la psichiatria nordamericana, è di particolare rilievo dunque che il

principio della privatezza del delirio fosse assente nella seconda edizione di questo testo (APA, 1968), per essere poi inserito nella terza (APA, 1980).

Il periodo che precede l'introduzione del principio della privatezza, cioè gli anni che vanno dai '60 agli '80, e dunque durante i quali è lecito immaginarsi che questa modificazione di impostazione teorica abbia trovato il suo *milieu* culturale, sono anni di grande fermento politico, intellettuale e di un intenso dibattito teorico in psichiatria. Cerchiamo di descriverlo brevemente.

Contesto storico culturale in cui avviene la relativizzazione della diagnosi di delirio

Se la questione "delirio individuale Vs delirio di gruppo" è strettamente connessa a quella della patologizzazione delle altre culture, quest'ultima è a sua volta connessa al dibattito tra relativismo o universalità culturale dei disturbi mentali (Jijlek, 2013). Già sul finire dell'Ottocento uno dei padri fondatori della sociologia, Durkheim, nel "Le regole del metodo sociologico" (2008 [1985]) anticipava la questione dell'opposizione tra normale e patologico. Per lui normalità e anormalità non sono essenze ma canoni socialmente costituiti, pertanto la malattia non può essere stabilita a priori se prima non si comprendono i processi che hanno creato la norma. La salute dunque è una condizione identificata con la norma accettata dal gruppo sociale cui l'individuo appartiene. A partire dalla prima metà del secolo scorso questi concetti anticipati da Durkheim iniziarono a farsi strada tra gli esperti di antropologia, psichiatria e psicologia attraverso l'idea che "Un uomo è da considerarsi alienato rispetto a una data cultura" (Beguin's, 1952; cit. in Jijlek, 2013). La stessa posizione era stata già espressa da Cooper e Halloweel nel 1934 e da Opler nel 1955 (cit. in Jijlek, 2013). Secondo quest'impostazione, ogni comportamento, emozione e pensiero umano sarebbero stati considerarsi come sano o malato, sempre e solo in relazione alle norme del gruppo sociale e culturale di appartenenza, in quanto queste norme sono l'unico metro di paragone e non esiste alcuna salute o malattia in termini assoluti. In ambito antropologico l'attenzione si spostò su i rapporti di potere e la costruzione della norma. La domanda venne posta in questi termini: se l'opposizione salute/malattia non

costituisce una soglia naturale e fissa, chi la definisce e la produce, come viene naturalizzata e resa oggettiva?

Allo stesso tempo in ambito psichiatrico viene modificata anche la considerazione della clinica del delirio. Non sussistendo alcun fatto incontestabile non esiste alcun pensiero incontestabilmente falso o alienato, e dunque il delirio va sempre definito come scostamento dalle credenze della cultura o subcultura del soggetto. Negli studi di filosofia e psichiatria che si occupano della definizione della verità/realtà, questa posizione viene definita “costruzionismo sociale” (vedi in merito il riassunto di Kendler K.S., 2015 e 2016).

Nell’ambito più ampio della sociologia questa posizione venne espressa con forza da un testo che nel 1997 i membri dell'International Sociological Association hanno annoverato tra i cinque testi più influenti del secolo XX (ISA; 1997): "La costruzione sociale della realtà", dall’eloquente sottotitolo “Un trattato di sociologia della conoscenza” (Berger & Luckman, 1966).

Lasciando le scienze sociali e tornando alla psicopatologia vediamo che nel lavoro di Menninger e Nemiah sulla storia della psichiatria americana dal 1944 in poi (Menninger & Nemiah, 2000), è contenuto un capitolo di Spurlock et al. dedicato al tema "Minoranze e salute mentale" (Spurlock et al., 2000). Qui gli Autori mettono in evidenza come nell'immediato dopoguerra la psichiatria statunitense fosse gravata dagli stessi pregiudizi razziali che ancora esistevano nel resto della società nordamericana. Questo si ripercuoteva anche sulla composizione del corpo dei clinici e degli accademici che, pur non annoverando solo *white americans*, vedeva una netta sottorappresentazione dei professionisti appartenenti alle minoranze etniche. A partire dal '68 e sino alla fine degli anni '80, sull'onda del fiorire del movimento statunitense per i diritti civili, gli psichiatri afroamericani, latinos e asiatici cominciano ad organizzarsi in sottosezioni indipendenti all'interno dell'American Psychiatric Association, e a reclamare una maggior attenzione per i temi culturalmente sensibili.

Secondo la ricostruzione storica di Jilek (2013) e Tseng, Jilek, Bartocci e Bhui (2013), è nella metà degli anni '60 che vede la luce il primo Dipartimento di Psichiatria Transculturale all'Università McGill (Montreal) in Canada, sotto la guida di E. Wittkower. Lo sviluppo della materia, grazie alle prime riviste del settore come la

pionieristica Transcultural Psychiatry Research Review e la creazione di una Transcultural Psychiatry Section nella World Psychiatry Association, ha favorito una maggior sensibilità alle diversità culturali in tutti gli ambiti della psichiatria, e quindi anche nella diagnosi. L'idea del popolo "selvaggio" come stadio precedente e imperfetto della nostra civiltà è stata progressivamente screditata e considerata come una variante dell'attitudine e stereotipizzare l'Altro senza conoscerlo, e ci si è riferiti a quest'impostazione con il termine a connotazione negativa di "primitivismo" (Lucas & Barret, 1995). I contenuti di pensiero che riflettevano la storia dell'etnia cominciarono a essere considerati carichi di senso e significato, e sani o patologici in relazione alla cosmologia locale di cui erano parte. Quand'anche questi pensieri fossero stati anomali da una prospettiva emica (cioè interna alla cultura, vedi Tseng, 2001), si contestò la rigida opposizione forma/contenuto disegnata dalla psicopatologia classica europea, secondo la quale il contenuto di un delirio era da considerarsi solo il riempitivo casuale della forma-delirio (Littlewood, 2002; Sadowsky, 2004). La posizione della psichiatria culturale e transculturale rispetto alla diagnosi di delirio è ampia e articolata, e verrà esaminata meglio più avanti. Per ora basti ricordare che la nostra disciplina ebbe un ruolo centrale nel de-patologizzare le credenze tradizionali delle società non industrializzate, svolgendo un ruolo critico in un periodo in cui la psichiatrizzazione di tradizioni e usanze non consone ai dettami occidentali era la regola.

Nell'ambito della psicologia sociale alcuni studiosi particolarmente *engagé* dal punto di vista politico sono partiti dalle considerazioni appena esposte a proposito del "primitivismo" - e da altre che esporremo più avanti rispetto alle variazioni su base culturale del senso del Sé - per una critica radicale a tutto il sistema scientifico; critica svolta valorizzando e rivendicando la propria appartenenza ai *setting* socio-culturali di paesi economicamente svantaggiati. Nelle opere di questi Autori si sostiene con forza che le categorie interpretative del senso del Sé, della salute e della malattia, nate nelle nostre università riflettano il punto di vista - e quindi degli interessi pratici - di studiosi bianchi, maschi, istruiti e occidentali. Si sostiene che un gruppo sociale così connotato, e gli scienziati che da questo provengono, per loro stessa natura rappresentino istanze troppo parziali e dunque non possano arrogarsi il diritto di definire la norma contro cui misurare la patologia. Questo tipo di critica ai modi della produzione del sapere

psichiatrico è stata proposta per: “Decolonizzare le scienze dello psichico” (Becker & Marecek, 2008; Adams et. al., 2015).

Il movimento basagliano di contestazione anti-istituzionale ebbe una coloritura politica ancora più intensa. La psichiatria sociale italiana teorizzò, negli anni '60 e '70, che l'esclusione del folle dalla società per mezzo del manicomio fosse solo uno dei tanti modi della società capitalistica per marginalizzare e rendere inoffensivo chi non si fosse adattato ai ritmi e alle regole del sistema produttivo. Specificamente sotto attacco erano i criteri diagnostici della disfunzione socio-lavorativa e della deviazione del contenuto del pensiero da quanto ritenuto socialmente accettabile dal gruppo di appartenenza (de-lirare, nell'etimologia latina). Questi principi psicopatologici erano visti come la traslazione in ambito teorico di dispositivi ubiquitari di controllo e repressione del dissenso, come la censura e il carcere. Solo quando lo psichiatra avesse rigettato radicalmente questa organizzazione della società e della cura, dedicandosi all'abolizione del manicomio, fare una psicoterapia o dare un farmaco avrebbe potuto diventare un gesto terapeutico. I titoli scelti da Basaglia per due delle raccolte di saggi da lui curate: "Maggioranza deviante. L'ideologia del controllo totale" (che è del 1971) e "Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e i tecnici come addetti all'oppressione" (del 1975), rendono bene l'idea di questa posizione teorica.

I due movimenti a cui abbiamo appena accennato, quello per la de-colonizzazione della psicologia e quello basagliano, esprimevano tesi sulla costituzione della norma e della realtà che comprendevano quelle del costruzionismo sociale (e.g.: "è reale ciò che un dato gruppo sociale definisce come tale"), ma in un certo senso lo superavano a sinistra, richiamandosi tra l'altro alle tesi di Michel Foucault (Foucault, 1998 [1972]; 2003 [1975-1976]; Rabinow, 1984). All'idea "è reale ciò che un dato gruppo sociale costituisce come tale", questi filoni di pensiero aggiungevano che la definizione della verità era un terreno di scontro per un complesso gioco di forze differenti per natura, intensità e direzione. Tra questi conflitti andavano enumerati in primis lo scontro degli interessi delle varie nazioni e delle diverse classi sociali. La struttura concettuale delle scienze, e in particolar modo della psichiatria (con le sue separazioni sano/malato, vero/falso, reale/delirante), sarebbe da studiare anche come riflesso delle strutture e degli scontri di potere della società nel suo complesso. La coppia concettuale portante

sarebbe stata da considerarsi dunque non quella vero/falso, ma quella conoscenza/potere.

Se applichiamo una simile griglia di lettura, si può tracciare un parallelo tra la progressiva relativizzazione della concezione di realtà (e di delirio) e l'opposizione all'accentramento del potere e della conoscenza nelle mani delle élite occidentali portata avanti negli anni '60-'70 da diversi fronti.

Sul fronte interno, tutta la società europea e statunitense del terzo quarto del secolo scorso andò incontro com'è noto a un'ondata di contestazioni giovanili che metteva in discussione le regole, i valori e i metri di paragone fino ad allora comunemente accettati. Per evidenziare l'attacco alle norme tradizionalmente stabilite, lo storico Hobsbawn (1991) indica come "antinomica" la rivoluzione culturale del '68.

Grossomodo nello stesso periodo, sul fronte esterno molte potenze europee si trovavano ad affrontare le lotte di liberazione anti-coloniale nei loro possedimenti d'oltremare, lotte in cui le popolazioni locali chiedevano il diritto all'autodeterminazione. La Francia dovette capitolare al termine della guerra di liberazione in Algeria (1954-1962) e in Tunisia nel 1956, e concedere l'indipendenza al Mali nel 1960. Il Portogallo condusse, perdendole, sanguinose guerre contro i movimenti anti-coloniali in Mozambico nel periodo 1964-1974, in Angola nel 1961-1974, e in Guinea Bissau nel 1956-1973. Il Belgio si ritirò dal Congo nel 1960 per evitare di restare impantanato in un duraturo conflitto con guerriglie locali, come quelle che si erano sviluppate negli altri paesi. L'Impero Britannico si dissolse nel giro di due decenni, concedendo l'indipendenza all'India di Ghandi nel 1947, al Ghana e alla Malesia nel 1957, a Cipro nel 1960 e al Kenya, dopo la rivolta dei Mau-Mau (vedi sopra), nel 1963 (Benjamin et al., 2007). In alcuni casi, come quello già ricordato dell'Algeria con Franz Fanon, le guerre di liberazione presero dei connotati che avevano esplicitamente l'obiettivo della messa in discussione del potere psichiatrico occidentale di determinare il discrimine tra realtà e delirio, e dunque tra salute e malattia.

I movimenti, le esperienze e le ricerche teoriche a cui abbiamo accennato, sembrano rendere bene ragione della progressiva relativizzazione della concezione della realtà e della definizione di delirio. Tuttavia, la nostra ricerca mostra che questa transizione è

avvenuta solo in maniera incompleta nella psichiatria generale, lasciando aperte falle teoriche e contraddittorietà che chiedono di essere indagate. Una di queste contraddizioni è stata delineata nell'introduzione del nostro articolo mettendo in evidenza la presenza simultanea del principio della privatezza e del permanere di categorie come la follia a due di Magnan, la *folie a plusieurs*, le isterie collettive e i deliri di massa (Tseng, 2001). Una seconda contraddizione verrà esplorata nel prossimo paragrafo, e tenteremo di darne una possibile interpretazione.

4 - CONTRADDITTORIETÀ DELL'ATTUALE IMPOSTAZIONE PSICHIATRICA SU DELIRIO E REALTÀ

L'altro rilievo che emerge sorprendentemente dalla nostra analisi, visibile nella tabella n. 1, è che il mutamento d'indirizzo psichiatrico verso il relativismo culturale che osserviamo sotto le sezioni dedicate alla definizione del delirio, non sembra trovare un corrispondente nelle sezioni degli stessi manuali che trattano i concetti di “test di realtà” o “principio di realtà” o “esame di realtà”. Quando i manuali esaminati impiegano le dizioni “test di realtà” (per lo più in riferimento a teorie psichiatriche) e “principio di realtà” (maggiormente in ambito psicoanalitico) non sembrano fare alcun riferimento al fatto che la realtà sia socialmente co-costituita da un gruppo di persone e quindi relativa alla cultura. Il modo in cui questo principio viene utilizzato, nei termini, negli esempi e nelle definizioni (rare, in vero) sembrano sottendere un concetto di realtà/verità più del tipo positivista descritto all'inizio del nostro articolo (il “*veritas est adaequatio intellectus et rei*” di Tommaso d'Aquino, o teoria della corrispondenza) (APA, 1994, 2013; Balestrieri et al., 2014; Oyebode, 2015; Sadock & Sadock, 2000; Campbell, 2009). La stessa impressione, sia detto per inciso, si ricava in generale dalla lettura della maggior parte di questi manuali, quando si eccettui la trattazione delle sindromi *culture-bound*. Queste osservazioni sono in linea con alcuni studi recenti secondo cui, nonostante i ripetuti richiami a impostare la psichiatria come una disciplina bio-psico-sociale, l'epistemologia che continua a fondare la nostra scienza sia in realtà di tipo neopositivista (Aragona, 2013)

Se per la diagnosi di delirio la psichiatria sembra aver compiuto una funambolica operazione di ribaltamento del suo asse concettuale da una visione positivista a una

relativista, la stessa cosa non è avvenuta per la concezione della realtà. La concezione delle realtà sembra essere diventata quella di un iper-relativismo culturale quando si parla del delirio, mentre è rimasta positivista per il resto. Dunque, elementi di entrambe le visioni del mondo sembrano permeare l'epistemologia psichiatrica attuale, senza che vi sia stata una riflessione tematica in merito. Abbiamo trovato un unico accenno negli autori della psichiatria *mainstream* in cui sembrava che si fosse colto questo punto critico e le difficoltà che ne conseguono (Pancheri, 1999). L'incongruenza nelle maniere della psichiatria di pensare la realtà conferma la nostra osservazione iniziale per cui in merito alla questione delirio/realtà, la teoria ufficiale è contraddittoria.

Tornando dalle teorie psichiatriche ufficiali alla filosofia della conoscenza, le contraddizioni psichiatriche che abbiamo appena descritto trovano riscontro nell'osservazione condotta in filosofia della conoscenza per cui tutte le teorie della verità, compreso il costruzionismo sociale, comprendono e in qualche senso si fondano sulla teoria della corrispondenza. In parole più semplici: anche il più accanito tra i relativisti, se compra il giornale pagando con una banconota da 50 euro si aspetta che l'edicolante gliene restituisca 48 e 50 cent. Se anche se tutti gli altri clienti sostengono all'unisono che debba averne indietro solo 10, difficilmente egli accetterà di buon grado questo smacco pensando che "è reale ciò che un dato gruppo sociale definisce come tale". Allo stesso modo, a livello logico è stato osservato che ogni teoria della realtà, compreso il costruttivismo sociale, nel momento stesso in cui proclama la sua superiorità sulla teoria della corrispondenza afferma in qualche modo di essere "più vera" della teoria della corrispondenza, perciò stesso riconoscendo la superiorità della teoria della corrispondenza. Questo paradosso logico è stato denominato "superiorità della teoria della corrispondenza" (D'Agostini, 2011).

5 - PROPOSTE DI PSICHIATRIA CULTURALE IN MERITO AL PROBLEMA REALTÀ/DELIRIO.

Le riflessioni nate in psichiatria culturale in merito al tema trattato in questo articolo possono forse aiutarci a chiarire il quadro. Si è detto prima che lo sviluppo della moderna psichiatria culturale è stato tra i fattori storico-teorici che hanno messo in

discussione la validità universale delle categorie diagnostiche occidentali, contribuendo a tenere in conto le variabili culturalmente specifiche a relativizzare la diagnosi di delirio. Gli studiosi di psicopatologia e cultura ebbero un ruolo fondamentale nello scardinare la visione dello sviluppo lineare dell'umanità a cui siamo riferiti con i termini di "atavismo" (Tanzi, 1905) e "primitivismo" (Lucas & Barret, 1995).

Tuttavia, se questo è vero, è vero anche che il ruolo della nostra disciplina in merito è più complesso, e le sue proposte più articolate. Gli psichiatri culturali hanno affrontato forse più approfonditamente e in maniera più dettagliata il problema relativismo-universalità dei disturbi mentali rispetto a quanto abbiano fatto il loro colleghi generalisti. I deliri di massa sono stati infatti tradizionalmente una materia di studio in psichiatria culturale, di cui si sono occupati molti autori (per una review esaustiva della letteratura in merito si veda il capitolo "Disturbi mentali epidemici" nel manuale di Tseng W.S. del 2001, e i lavori citati nell'introduzione a questo articolo). Inoltre la nostra materia riconosce esplicitamente la possibilità che la cultura non sia solamente il fattore scatenante un certo disturbo (effetto patofacilitativo), o offra il contenuto a forme-delirio già pronte e solo da riempire (effetto patoriempitivo), ma ne sia anche in alcuni casi, causa diretta e prima (effetto patogenetico) (Tseng W.S. del 2001). La labilità della linea di demarcazione tra deliri singoli e credenze aberranti condivise da un gruppo etnico è stata evidenziata da Murphy, che ha proposto per studiare le seconde il termine di: "*delusory cultural beliefs*". La possibilità che un delirio non investa solo una massa circoscritta per un dato periodo di tempo all'interno di una data unità culturale, ma diventi stabilmente uno dei pilastri concettuali di una certa civiltà è stata per primo affermata da Hersokovitz (in: Frighi, 1984). Il come, il quando e il perché un contenuto di pensiero possa diventare aberrante e irrigidirsi in un moloch a cui l'uomo e la sua collettività sacrificano le proprie possibilità esistenziali, è stato poi ulteriormente indagato da Prince (Prince, 1969) in un articolo che si trova tradotto in questo stesso numero della Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale. Il nostro gruppo ha successivamente approfondito questa linea di ricerca (Armando, 2016 e 2017; Daverio, 2016; Bartocci, 2013; Bartocci & Zupin, 2016a e 2016b; Rapisarda et al, 2016; Zupin, 2016; Rovera, Bartocci, Lerda, 2014; Rovera, 2015 e 2017).

Si è accennato prima, durante la nostra ricostruzione del fermento teorico che precedette l'introduzione del principio della privatezza del delirio, al ruolo che ebbe la costituzione di organizzazioni formali di psichiatria transculturale dalla metà degli anni '60 in poi. Dopo l'istituzione della Transcultural Psychiatry Section all'interno della WPA, con la successiva creazione della World Association of Cultural Psychiatry ad opera di Tseng, Bartocci e Jilek è apparsa possibilità di mettere sotto la lente d'indagine degli studiosi di psichiatria e cultura anche la nostra civiltà e non solo quelle considerate lontane ed esotiche (Tseng, Jilek, Bartocci & Bhui; 2013). Nell'ambito di questi studi è stato messo in luce come l'idea di sindrome, e quindi di sintomo, occidentali fossero disegnate e pensate su un'idea di uomo profondamente legata alla nostra cultura e alla nostra concezione del Sé. È un fatto ormai accettato in psichiatria culturale che il senso del Sé - e dunque dei disturbi a cui questo può andare incontro - sono storicamente e culturalmente determinati. Seguendo un'intuizione di M. Mauss espressa nella sua classica *lectio* "A category of the human mind. The notion of self, the notion of personhood" (1981 [1938]), un filone di studi ha considerato alla stregua di ogni altra "*indigenous psychology*" il senso occidentale di un Sé individuale, racchiuso dentro i confini del corpo, chiamato a rispondere di ogni sua azione e emozione, e che raggiunge la propria autonomia in opposizione agli altri (Carriters et al., 1985; Heelas & Lock A., 1981; Marsella & White, 1982; cit. in Littlewood, 2002) (6). Una concezione così strettamente individualistica dell'uomo e dei suoi sintomi non sarebbe quindi necessariamente il metro di paragone di ogni psicopatologia (Littlewood, 2002; Tseng, 2001). Conseguentemente, è stato proposto che almeno alcuni sintomi psichiatrici vadano riconcettualizzati non come la manifestazione di una singola psiche malata, ma come l'espressione del disagio di una comunità (Becker & Kleinman, 2000).

Partendo dal senso del Sé per tornare ai contenuti di pensiero disfunzionali, esaminiamo in dettaglio l'esempio fornito nell'articolo di Prince, con la sua proposta di introdurre in psichiatria culturale il termine "*integrant beliefs*" (Prince, 1969). Con questo termine egli intendeva indicare delle credenze condivise da un gruppo di persone, che svolgono una funzione aggregante dal punto di vista sociale e quindi possono essere ritenute positive, ma il cui contenuto è simile a quello dei deliri psicotici, essendo poco plausibile, inverosimile o scarsamente verificabile. L'esempio

portato è quello del culto del cargo, nel quale i melanesiani ritenevano che in tempo di carestia fossero da distruggere tutte le derrate alimentari per propiziare la venuta di navi occidentali, cariche di ogni bene. Qui, la funzione positiva della credenza irrealistica è fornire un'organizzazione e una speranza, seppure irrealistica, a una collettività che rischia l'apatia e la disperazione trovandosi senza speranze realistiche. Prince prosegue sottolineando che non tutti gli “*integral beliefs*” possono essere considerati ugualmente salutari e con una funzione positiva di aggregazione sociale. A questo proposito cita l'esempio degli “*snake handling cults*”, un culto in vigore nel sud degli Stati Uniti in cui sino a non molto tempo fa: “i membri della congrega credevano che se la loro fede in Dio fosse stata sufficiente, gli sarebbe stato concesso di maneggiare serpenti velenosi senza correre nessun pericolo, cosa che continuarono a sostenere anche dopo che alcuni di loro morirono per i morsi dei serpenti” (ibidem). In questo caso si considera che una realtà indipendente dal nostro stato mentale esista, e cioè che le persone possono morire per il morso di un serpente velenoso. Al contempo, si tiene in debito conto il fatto che una subcultura come quella degli adepti al culto possa co-costituire una diversa realtà vissuta, cioè che i decessi sono dovuti invece alla mancanza di fede. Dal punto di vista dell'organizzazione psichica si considera altresì la funzione positiva che questa credenza-sintomo ha per la comunità in questione, cioè (come per i “*cargo cults*”) trovare una soluzione di compromesso tra la propria realtà psichica vissuta e i bruti fatti di quella esterna e materiale. In questo la psichiatria e la psicoterapia culturale non differiscono dalla psicoterapia classica, la quale riconosce che il sintomo svolge in un certo senso una funzione positiva per la persona sofferente (e.g. la soluzione del conflitto intrapsichico), ma blocca per la sua stessa natura di sintomo le possibilità di evoluzione del paziente verso forme più complete e autentiche di autorealizzazione. La visione di Prince e quelle successivamente elaborate nella nostra disciplina sui deliri culturali, tengono in conto dunque sia gli stati mentali collettivi che una realtà indipendente da questi, misurando la discrepanza tra i due e ammettendo che questa discrepanza possa non costituire un fenomeno patologico in certe condizioni, ma possa costituirlo in altre.

Delle convinzioni collettive, come accade per i deliri individuali, andranno dunque valutate di volta in volta certezza, incorreggibilità, influenza sul comportamento, tonalità affettiva connessa, pervasività rispetto al campo di coscienza, livello di

organizzazione interna, stabilità nel tempo, disfunzionalità rispetto a tutto il resto della struttura psichica e culturale, etc etc.

Queste proposte sui deliri culturali sono in accordo con la soluzione delineata da Jilek in merito al dibattito su relativismo o l'universalità dei disturbi mentali, questione che come abbiamo visto è profondamente embricata a quella delle concezioni di realtà e delirio. Secondo Jilek: "L'intenso dibattito in psichiatria tra l'orientamento universalistico e quello relativistico è continuato per più decenni fino al raggiungimento di un consenso generale attorno all'idea che le due prospettive debbano svolgere un ruolo complementare l'una all'altra, come già indicato da W. Pfeiffer nei suoi articoli sugli aspetti transculturali della depressione (W. Pfeiffer 1969) e della schizofrenia (W. Pfeiffer 1971a) nonché nel suo "Trattato di psichiatria transculturale del 1971" (2013).

Dunque possiamo dire che di fronte all'alternativa binaria principio della privatezza del delirio "Si" Vs principio della privatezza del delirio "No" in cui è classificabile la maggior parte della trattatistica medica, la psichiatria culturale ha compiuto delle riflessioni e preso delle posizioni molto più articolate. Nella nostra disciplina si è cercata una coniugazione teorica che possa contemporaneamente salvaguardare l'istanza scientifica e democratica di non patologizzare le credenze culturali dei popoli non occidentali solo perché non si conformano al nostro standard, ma allo stesso tempo riconoscere la patogenicità che assunti condivisi possono avere su qualsiasi collettività, sia essa una lontana tribù illetterata e non tecnicizzata oppure la nostra stessa civiltà.

CONCLUSIONI

La nostra ricerca verte sull'evoluzione storica del criterio di esclusione che abbiamo chiamato "della privatezza del delirio", in accordo al quale una credenza non potrebbe essere considerata delirante se condivisa dalla cultura o dalla subcultura di riferimento del soggetto, qualunque sia il livello di impatto sulla salute mentale. Essendo il delirio uno scostamento dalla realtà, definire il primo significa sempre avere un'idea di riferimento della seconda, per cui per tracciare una storia del concetto di privatezza del

delirio è stato necessario tracciare parallelamente anche una breve storia del concetto di realtà.

Abbiamo grossolanamente suddiviso in tre le epoche in cui è stata pensata la coppia concettuale delirio/realtà:

1) In una fase iniziale, che va dalla comparsa della psichiatria sino a metà Ottocento circa, il delirio non era considerato come un fenomeno psicopatologico singolo, ben delimitato, che andasse assieme ad altri sintomi a costituire una sindrome la quale indicava una ben precisa malattia mentale diversa dalle altre. Piuttosto, *delirio* era un termine che indicava generalmente sia la follia nel suo insieme, sia gli stati confusionali transitori in corso di malattie di medicina generale (come i vaneggiamenti durante la febbre alta in una banale infezione polmonare). Il "delirio" italiano e il suo equivalente inglese "delusion" erano termini relativamente poco usati, e quando lo si impiegava questo avveniva in maniera sostanzialmente intercambiabile con il francese *délire* (che però aveva un significato diverso), i latini *delirium* e *vesania*, l'inglese *insanity* etc. etc. Questi ultimi quattro termini sono molto più comuni nell'antichità della psichiatria.

2) In una fase centrale che va all'incirca da metà Ottocento agli anni '70 del Novecento, il termine *delirio* assume il significato che correntemente gli attribuiamo oggi e che è stato formalizzato come una credenza certa, falsa e incorreggibile di fronte ai dati dell'esperienza. Durante questa fase la concezione della realtà che permea l'epistemologia psichiatrica è quella di una realtà unica e univocamente conoscibile, per cui in una data situazione c'è solo un modo corretto di riconoscere la realtà e tutti gli altri sono sbagliati. In questo la psichiatria sembra mutuare la propria impostazione dalle scienze come la fisica classica. Ad esempio "se la panca rossa è rossa, chiunque dica che è gialla sbaglia. Non importa se mille persone dicono assieme che è gialla, si tratta in ogni caso di un'affermazione falsa". Pur nei vari distinguo, a volte formali e volte più sostanziali, l'errore umano normale è preso dalla maggior parte degli psichiatri come legittimo rappresentante del delirare del folle. Una volta accostato il pensiero alienato a quello errato, si accosta il secondo alle mentalità che venivano descritte come tipiche dei popoli ritenuti "selvaggi" o "primitivi". Per

proprietà transitiva si afferma una stretta analogia tra questi tre modi di pensare, nasce così l'affermazione di una stretta parentela tra chi è pazzo, chi sbaglia e il "selvaggio".

3) Dopo gli anni '70 la definizione di delirio mostra un radicale ribaltamento di prospettiva per cui si viene sempre più affermando che nessun pensiero è patologico quando sia condiviso da un insieme culturale o subculturale. Del tipo: "se una data cultura accetta una certa credenza, questa è da considerarsi vera per ogni membro di quella cultura, per quanto assurda questa credenza possa sembrare a un osservatore esterno. Dunque nessuno che sostenga quella credenza è pazzo.". Questo principio vede una progressiva diffusione nella nosografia psichiatrica sino a diventare dominante al giorno d'oggi. In questo passaggio hanno verosimilmente giocato un ruolo molti eventi socio-politici esterni alla psichiatria e alcuni movimenti teorici interni, anche se una netta divisione tra i due è difficile da tracciare e verosimilmente rappresenta più una schematizzazione concettuale più che non una reale e completa divisione. Tra i primi abbiamo menzionato il processo di decolonizzazione e la contestazione giovanile del '68, tra i secondi l'avvento della psichiatria culturale, il progressivo aumento tra gli psichiatri di personale proveniente dalle minoranze etniche, il movimento basagliano e quello per la decolonizzazione della psichiatria e psicologia. Questa rivoluzione diagnostica nei criteri diagnostici del delirio, non ha però (come ci si potrebbe aspettare) un corrispondente nella concezione della realtà di questa disciplina medica. Per certi versi la concezione della realtà mostrata dai manuali psichiatrici contemporanei resta una concezione positivista, come era stata grossomodo dal 1850 al 1970. Si da origine ad un'impostazione epistemologica della psichiatria per così dire a macchia di leopardo, che sarebbe riassumibile nell'affermazione: "Il delirio è sempre e comunque un fenomeno culturalmente relativo. Riguardo al delirio anche la realtà vissuta è culturalmente relativa, ma in altri casi invece no. In certi casi la realtà è unica e univocamente conoscibile".

Dunque coesistono oggi due impostazioni opposte di concepire la realtà, mentre il delirio è concepito in maniera univoca. Alcune categorie diagnostiche minori restano a testimoniare questa contraddizione, come vestigia del tempo in cui una sola era la realtà e uno solo il delirio: la follia a due di Magnan, la *folie a plusieurs*, il disturbo psicotico condiviso, le isterie collettive e i deliri di massa e infine i concetti di test di realtà, principio di realtà o esame di realtà.

Un'ipotesi per spiegare questo fenomeno è che la psichiatria ufficiale non abbia compiuto una riflessione autonoma e approfondita in merito e si sia passivamente e contraddittoriamente adeguata ad un nuovo paradigma: quello iperrelativista nella concezione della realtà, paradigma che avanzava nelle scienze e nella società della seconda metà del Novecento. Il fatto che questo adeguamento sia stato passivo e irriflesso ha impedito alla psichiatria generale di elaborare una visione autonoma e coerente che tenesse in debito conto tutte le implicazioni delle diverse visioni di delirio e di realtà, e ha fatto sì che le modificazioni di impianto teorico avvenissero a spot, generando quella confusione e contraddittorietà diagnostica che abbiamo delineato nell'introduzione al nostro articolo.

Lo stesso principio di privatezza del delirio dunque, e non solo le credenze culturalmente condivise a cui si riferisce, ci appare ora come un prodotto storicamente e culturalmente determinato.

Alla stessa stregua della televisione o della polvere da sparo, il principio della privatezza è inquadrabile come un'invenzione umana, uno strumento che in sé non è né buono né cattivo, ma dipende da come viene utilizzato. Come il mezzo di contrasto in radiologia, il principio della privatezza del delirio è stato inventato per scopi diagnostici a un certo punto della storia della medicina e la sua applicazione permette di vedere meglio alcuni fenomeni umani, mentre ne nasconde altri; come ogni altra procedura diagnostica comporta dei rischi che vanno valutati. Se in un certo periodo (1850-1970) il fatto che non esistesse il principio per cui: "Un uomo è da considerarsi alienato rispetto a una data cultura" (Beguin's, 1952; cit. in Jijlek, 2013) ha facilitato lo scivolamento indebito della psichiatria da professione di cura ad ancella del dominio coloniale, aver introdotto questo principio ha risposto a alla necessità non solo scientifica ma anche democratica di non patologizzare intere culture. Oggi forse un impiego automatico di questo criterio impedisce di vedere una moltitudine di fenomeni di rilievo clinico nella pratica di tutti i giorni (1). È possibile allora suggerire un uso accorto del principio della privatezza. Con un gioco di parole si potrebbe dire che nella diagnosi di delirio è importante che ogni criterio sia relativo... anche il relativismo!

Banalmente, questa nostra proposta segue un'indicazione che emerge da moltissimi lavori che hanno sottoposto al vaglio di una critica serrata i criteri per la diagnosi di delirio e che riassumeremo come segue. Pur sembrando a prima vista il delirio un fenomeno patologico chiaro, immediato e che non necessita di ulteriori approfondimenti, quando si va ad osservare da vicino ogni singolo criterio (falsità, certezza, incorreggibilità e privatezza) e a testare la sua tenuta sul campo, ci si accorge che ognuno di questi presenta delle fragilità intrinseche e non può essere usato acriticamente sempre e comunque (un'eccellente riassunto di questo dibattito si trova in Stanghellini & Ballerini, 1992). Nei manuali di psichiatria si raccomanda quindi generalmente al clinico, di accumulare una grande esperienza e valutare attentamente caso per caso, confrontando i dati raccolti con i dettami della letteratura scientifica per trarre poi conclusioni mirate su ogni paziente (Pancheri & Cassano, 1999). Il caso più conosciuto in cui i criteri di definizione del delirio possono fallire se applicati troppo rigidamente, è quello del criterio della falsità. Qui l'esempio che vuole ammonire il clinico da un'applicazione acritica di quella che ha imparato verte sul paziente paranoico con un delirio di gelosia: in questo caso applicare rigidamente il parametro della falsità, porterebbe alla paradossale conseguenza che il paziente guarisca nell'esatto istante in cui la sua compagna si concede realmente ad un altro, magari esasperata da anni di accuse martellanti e infondate. Problematiche analoghe vengono sollevate dalla disamina accurata anche dei criteri di certezza e incorreggibilità (Stanghellini & Ballerini, 1992). Usare con precauzione il criterio della privatezza del delirio, e prendere in considerazione le proposte di psichiatria culturale sui deliri culturali, corrisponderebbe quindi semplicemente a usare per questa norma diagnostica la stessa cautele che usiamo per le altre: certezza, falsità e incorreggibilità

NOTE

1. Vediamo alcuni esempi in cui si pone la questione teorica se il delirio sia solamente un fatto individuale o possa essere culturalmente condiviso. Come consideriamo una struttura psichica chiaramente patologica che ruota attorno a un'idea lontana dalla realtà, irrigidita e disfunzionale, ma magari sostenuta convintamente da un gruppo di persone? Se sono i nostri pazienti bianchi, autoctoni e allevati secondo i dettami della nostra cultura a parlarci della credenza nelle teorie della terra cava, della terra piatta, sugli ufo, sui vaccini che causerebbero il cancro e l'autismo? Il problema si pone con ancora più forza quando ci raccontano magari non solo di credere, ma di aver vissuto viaggi nel tempo o esperienze extrasensoriali dove l'anima abbandonerebbe il corpo per avventurarsi in altre dimensioni. Dobbiamo chiederci se un viaggio animico extracorporeo vissuto da un indigeno dell'Amazzonia sotto la guida del suo sciamano sia la stessa cosa rispetto a quello esperito da un giovane europeo che ha di recente appreso queste manovre psichiche in una comunità virtuale su internet, con persone che non ha mai visto ma con cui si sente di condividere la stessa visione del mondo. È opportuno applicare a entrambi i casi il criterio DSM 5 per cui: "il delirio non può essere una credenza condivisa dal gruppo culturale o dalla subcultura dell'individuo (es: un articolo di fede)" (APA, 1980, 1994, 2013)?

La questione è in prima battuta se il contesto del giovane europeo sia inquadrabile in una subcultura, e secondariamente se non sia opportuno in questo caso soprassedere al divieto diagnostico del DSM 5 e prendere comunque in considerazione la diagnosi di delirio (questione che è l'oggetto di studio del presente articolo). Gli stessi due problemi si pongono purtroppo sempre più di frequente per gli attacchi improvvisi portati a termine da lupi solitari che a volte non sono riconosciuti come militanti neppure dalle organizzazioni terroristiche a cui dicono di appartenere. Come ci orientiamo nel caso di Farid Ikken che il 6 giugno 2017, pur avendo in tasca oggetti d'offesa ben più adatti ad affrontare dei poliziotti armati, ha aggredito a Parigi i gendarmi di guardia a Notre Dame urlando e agitando un martello? Conta più il suo proclama telematico di fedeltà all'ISIS, e quindi il suo gesto è inquadrabile in una subcultura (ammesso che quella dell'autoproclamato Stato Islamico lo sia)? Oppure privilegiamo il fatto che egli non solo non aveva nessuna connessione umana o organizzativa, ma neppure è stato riconosciuto nelle dichiarazioni che per solito il

gruppo armato rilascia a posteriori per assumersi la paternità di attentati di cui non era a conoscenza. Diremo che il suo gesto è quello di un individuo squilibrato, e di conseguenza almeno candidabile per una valutazione psicopatologica? La questione se considerare Farid Ikken parte di una subcultura si pone a partire dal fatto che il suo gesto non sia stato riconosciuto dall'ISIS.

Sono stati molti i casi in cui persone che non avevano mai combattuto in medio oriente e non avevano alcun tipo di connessione umana, organizzativa e neppure virtuale con organizzazioni terroristiche dichiarassero la propria fedeltà all'ISIS su Facebook, Twitter o altri social media all'ultimo momento prima o subito dopo aver compiuto una strage, venendo riconosciuti a posteriori dall'organizzazione terroristica. Questo è accaduto per esempio nel caso della strage di Orlando a opera di Omar Mateen (vedi le dichiarazioni del direttore dell'F.B.I.: Comey, 2016), che ha sparato sui frequentatori della discoteca LGBT che lui stesso aveva frequentato sino a poco prima, oppure ancora con la strage di San Bernardino, compiuta il 2 dicembre 2015 in un centro per disabili dai coniugi Syed Rizwan Farook e Tashfeen Malik (Stanglin & Johnson, 2015). Per solito l'autoproclamato Stato Islamico in questi casi attende qualche ora o qualche giorno per verificare che non emergano elementi che sconsigliano di assumersi la paternità dell'accaduto, e rilascia poi un proclama generico di rivendicazione dell'attacco, che però non segue le logiche di affiliazione stretta che siamo abituati a conoscere in Italia ad esempio con le Brigate Rosse. Quando non si tratta di membri effettivi dell'organizzazione, l'agenzia stampa del cosiddetto Stato Islamico, *Amaq*, rilascia una dichiarazione generica standard di questo tipo: "Era un soldato dello stato islamico che ha risposto all'appello del Califfato per colpire gli stati membri della Coalizione" (s'intende la coalizione internazionale antiterrorismo, N.d.A). Questa prima dichiarazione non indica un legame di affiliazione diretta e neppure una comunicazione seppur virtuale di comandi o indicazioni su come e dove eseguire l'attacco. Piuttosto, rimarca e avvallava una continuità ideologica, in attesa di conoscere meglio i dettagli dell'avvenuto dai media occidentali; e solo in seguito *Amaq* eventualmente punta a ricostruire retrospettivamente e a fini di propaganda interna un legame di collaborazione più stretta con l'attentatore (Osborne, 2017). Dunque, il fatto che il gesto di Farid Ikken non abbia trovato neppure il primo di questi due riscontri da parte di *Amaq* indica una volontà precisa da parte

dell'organizzazione terroristica di smarcarsi da quell'azione individuale, e accentua per noi il problema di considerare o meno Ikken appartenente ad una subcultura.

Le questioni appena poste stanno sul piano della diagnosi (aspetto fenomenico-formale), mentre analisi più approfondite sulla psicodinamica culturale (e dunque sulle cause) di questo fenomeno si trovano in altri due articoli di questo stesso numero della Rivista, in Bartocci, 2017; Armando, 2017).

2. In questo articolo non affronteremo la distinzione filosofica tra "verità" e realtà". Se pur siamo consapevoli che i due termini non possono essere senz'altro sovrapposti e sarebbe necessaria una distinta trattazione, scegliamo qui di non affrontare tale problema in quanto il nostro scopo è quello di fare una storia del pensiero psichiatrico in merito al concetto di delirio, e in psichiatria "verità" e realtà" sono stati trattati quasi sempre come concetti intercambiabili.

3. In questo articolo abbiamo trattato il tema del delirio intendendolo come un disturbo del contenuto del pensiero, in accordo alla semeiologia correntemente in uso e poiché quest'accezione del termine è quella maggiormente correlata alla questione della privatezza. Siamo d'altronde consapevoli che benché decisamente maggioritaria, questa rappresenti una concezione per certi versi semplicistica del delirio. Già nelle note a un precedente lavoro scrivevamo che:

Se lo stesso Jaspers è stato molto chiaro nel sottolineare che se "certo, falso e incorreggibile" potevano essere criteri operazionali utili alla definizione del sintomo, allo stesso tempo: "Il *vero delirio* è incorreggibile per una *trasformazione della personalità*: finora non possiamo descriverne l'essenza, né formularla concettualmente, ma dobbiamo presupporla" (ibidem, corsivo nel testo originale). Coerentemente, tutta la psichiatria fenomenologica successiva considera il delirio come una radicale e globale alterazione del modo in cui una persona esperisce sé stessa, il suo corpo, il mondo e gli Altri, una modificazione che solo secondariamente si riflette nel contenuto di pensiero errato. In questa esposizione abbiamo dunque trattato solo uno dei due modi in cui può essere concepito il delirio, speriamo di poter presto dare alla luce un lavoro in cui il concetto di delirio culturale sia indagato anche come trasformazione del *mit-dasein* (Bartocci G., Zupin D., 2016b).

4. Le pagine della “Psicopatologia Generale” (nella settima edizione, 2007 [1959]) che trattano il tema del delirio sono ricche di contenuti fondanti per tutto la storia della psicopatologia seguente, ma anche di oscurità concettuali che si fanno particolarmente rilevanti per il nostro studio specialmente quando lo studioso di Heidelberg affronta il tema della realtà in connessione a qualcosa che chiama “fede”. Anche questo è un problema centrale che attende soluzione. In un precedente lavoro (Zupin, 2016), grazie al prezioso aiuto di un altro Autore del presente articolo (Celoria A.) abbiamo cercato di delineare i termini di questo problema.

5. L'influsso che la teoria della mente delineata dal filosofo britannico John Locke ebbe sul pensiero psichiatrico degli albori (principalmente tra la fine del XVIII ed il XIX secolo) fu esteso e pervasivo (Wallace, 2008, pgg.356 sgg.). Tale teoria ha alla propria base la critica radicale che il filosofo empirista rivolse contro la tradizione filosofica millenaria dell'innatismo (Locke, 1998 [1690]) ovvero la concezione gnoseologica secondo la quale la conoscenza annovererebbe tra le proprie fonti originarie non solo l'apporto fondamentale delle funzioni sensoriali, ma anche e soprattutto il contributo di una serie di idee che l'individuo possiederebbe invece sin dalla nascita come sua dotazione di origine divina (nei pensatori cristiani) o come risultato di un'intuizione intellettuale anamnestic (nell'originaria versione platonica della teoria). Locke, per contro, postulò l'assoluta ed originaria assenza di elementi pre-empirici nella psiche umana individuale la quale, secondo una celeberrima definizione, sarebbe una *tabula rasa* sopra la quale i sensi inciderebbero progressivamente i contenuti dell'esperienza concreta. Non è difficile immaginare come la struttura relativamente semplice dell'empirismo lockiano, il quale riduce l'origine dei contenuti del pensiero al solo 'mondo esterno', (concepito quest'ultimo come *realtà-ambiente circostante*, oggetto delle funzioni percettive), fornisca una base filosofica stabile e facilmente adattabile agli usi di una scienza empirica – la psichiatria - che stava muovendo i suoi primi passi verso la una più matura e definitiva costituzione come branca autonoma della medicina, cosa che avverrà solamente verso la fine del XIX secolo. La psicologia lockiana, infatti, fornisce uno schema concettuale generale che, esasperando l'antitesi tra 'mondo interno' (operazioni sui contenuti ideativi) e 'mondo esterno' (idee derivanti dai sensi) riduce drasticamente le componenti spiritualistiche dell'anima umana alla semplice funzione di assemblamento

di unità ideali complesse a partire da quelle più semplici direttamente fornite dall'apporto dell'attività sensoriale. Tale è lo schema generale alla base della psicologia che sostanzia le speculazioni psichiatriche di una larga parte degli autori del XIX secolo: il funzionamento psichico è ridotto sostanzialmente ad un insieme relativamente complesso di leggi che regolano l'associazione tra le unità elementari del pensiero, cioè le idee semplici della filosofia Lockeana (Wallace, 2008, p.356). Da qui l'idea di Locke, a cui abbiamo già accennato, che il delirio fosse un'affezione morbosa di uomini dotati di una facoltà di giudizio normale, il cui intelletto generava idee corrette partendo da dati sensoriali corretti, ma le "congiungeva l'una all'altra in modo molto sbagliato" (Locke, 1998 [1690]). Questa impostazione teoretica fortemente analitica e materialistica consentì tra l'altro l'epurazione dal linguaggio scientifico di una serie di elementi concettuali particolarmente enigmatici, come quelli di 'spirito' e 'volontà', difficilmente delimitabili attraverso i mezzi della ricerca empirica nonchè facilmente tacciabili di una derivazione metafisico-religiosa che sicuramente non poteva trovare una facile collocazione nel discorso scientifico. L'impostazione fortemente analitica della psicologia empiristico-associazionista di autori come Locke, Condillac e La Mettrie ebbe come principale e diretto antagonista, nel corso del XIX secolo, la psicologia funzionalista di derivazione kantiana (che gli autori anglosassoni denominarono "*faculty psychology*"), la quale esercitò un'influenza nel campo della tassonomia psichiatrica (Wallace, 2008, p.357).

La gnoseologia kantiana si articola attorno alle due caratteristiche generali ed aspecifiche che il filosofo attribuisce all'attività mentale dell'uomo. Secondo Kant, infatti, vi sono due aspetti irriducibili ed inderivabili attorno ai quali si articola la vita psichica umana, due aspetti definiti da una totale autonomia dell'uno rispetto all'altro. Da un lato infatti essa possiede, come volevano gli autori della scuola empirista, una capacità ricettiva: la psiche, attraverso l'atto dell'intuizione, è modificata da un oggetto empirico 'esterno' e tale modificazione dà come esito la rappresentazione fenomenica della realtà, sempre adeguata alle forme pure dell'intuizione, che per Kant sono spazio e tempo. Dall'altro lato la psiche umana ha una capacità produttiva spontanea delle rappresentazioni, la quale unisce il materiale multiforme dell'intuizione empirica nelle nozioni unitarie delle categorie. Questo è un elemento di forte contrasto con la tradizione empirista a cui abbiamo appena accennato. Nel pensiero kantiano la psiche non è la *tabula rasa* dell'empirismo inglese, ma possiede una intrinseca ed innata

facoltà 'creativa', la quale, applicata al materiale fornito dai sensi, dà conto dell'intera attività intellettuale umana. La relativa autonomia dell'intelletto dalle costrizioni della realtà sensibile fu propizia, ad esempio, per la costituzione di una psichiatria con un maggiore afflato 'interioristico' quale fu la psichiatria romantica tedesca, la quale poté sfruttare l'indipendenza che il pensiero kantiano attribuisce alla vita emotiva delineando un percorso di rivalutazione o quanto meno di attenzione a quest'ultima (Kant, 2000 [1781]; Höffe, 2002; Cassirer, 1997). Un altro fattore di rilievo per quanto riguarda la nostra ricerca è che l'influsso del pensiero kantiano si esercitò nella delineazione di una tripartita 'psicologia delle facoltà', la *faculty psychology* a cui abbiamo accennato poc'anzi. La psicologia delle facoltà ebbe come effetto principale la creazione di una visione prettamente funzionalista della vita psichica umana, la quale fu concepita come un insieme articolato di attività irriducibili tra loro (sebbene in una qualche misura interdipendenti), quali ad esempio la triade classica pensiero, affettività, volontà. Questa tripartizione compare tutt'oggi intatta nei nostri manuali di semeiotica psichiatrica. Per quanto riguarda la nascente speculazione psicopatologica, la compartimentalizzazione delle funzioni tipica dell'impostazione kantiana ebbe tra i suoi effetti una più netta separazione tra la componente sensoriale e quella intellettuale nelle manifestazioni del pensiero alienato. Kant stesso delineò questa separazione in uno scritto recentemente riscoperto da Jalley e Lefevre (Berrios in Wallace & John Gach, p. 356), nel quale egli distinse esplicitamente allucinazioni e deliri. Questi ultimi, diversamente dalla vulgata nosografica contemporanea a Kant, non necessariamente avrebbero avuto una componente sensoriale alla propria origine. In questo senso l'influsso kantiano sembra aver avuto un ruolo sul processo che ha condotto ad una progressiva intellettualizzazione del pensiero folle, ed è quindi un momento preparatorio della concettualizzazione odierna del delirio come di un disturbo che riguarda unicamente il contenuto del pensiero. È probabilmente anche su queste basi filosofiche che si sviluppa il modo in cui noi oggi pensiamo al delirio, come il contenuto di pensiero scorretto di un individuo, che dunque come contenuto errato può essere confrontato con i contenuti di pensiero degli altri membri della sua collettività, facendo sorgere la domanda "deliri individuali o deliri collettivi?" di cui ci stiamo occupando. Va rilevato che storicamente la *faculty psychology* kantiana fu adottata inizialmente dagli autori francesi in opposizione aperta rispetto alla più diffusa psicologia associazionista di stampo lockiano (Wallace, 2008, p.355), e – data

l'importanza della scuola francese - per questo tramite influirà molto sulla moderna nosografia psichiatrica.

6. Secondo Geertz (1983): “La concezione occidentale della persona come di un insieme cognitivo ed emozionale unico, delimitato, più o meno integrato; di un centro dinamico di consapevolezza, azioni e giudizio organizzato in un insieme distinto e costituito in opposizione agli altri, indipendente dal proprio background sociale e ambientale, questa concezione, per quanto inevitabile ci possa sembrare, è un’idea piuttosto peculiare tra tutte le culture del mondo” (T.d.A.).

BIBLIOGRAFIA

Adams, G. et al., Decolonizing Psychological Science: Introduction to the Special Thematic Section *Journal of Social and Political Psychology*, Vol. 3(1), 213–238, 2015

Almasy, S., (2015) available at: <http://edition.cnn.com/2015/05/26/us/james-holmes-trial-notebook/index.html>

American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Aragona, M., (2013) Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison. *History of Psychiatry* 24(2): 166–179.

Armando, L.A. (2016) Il concetto di democrazia di John Dewey: un caso di delirio culturale? *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*. Volume IV/n.1/Dicembre, pag. 29-42

Armando, L.A. (2017) Ancora su desiderio e cultura. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*. In questo numero della Rivista

Balestrieri, M. et al., (A cura di) (2014) *Manuale di psichiatria*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Bartocci, G., (2013) Réflexions sur spiritualité, religion et psychiatrie. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie*, 108(1): 1-9,

Bartocci, G., Zupin, D., (2016a). Tecniche di trascendenza, deliri culturali e deterioramento dell'Io. In: Maniscalco, M. L., Pellizzari E., (A cura di) *Deliri culturali. Sette, fondamentalismi religiosi, pratiche sacrificali, genocidi*. Torino, L'Harmattan Italia.

Bartocci, G., Zupin, D., (2016b) Il regno del sovrannaturale: fantasia o deliri culturali? *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, Vol IV (1).

Basaglia, F. e Basaglia, F.O. (2014) (A cura di) *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e i tecnici come addetti all'oppressione*. Milano, Baldini e Castoldi [1975]

Basaglia, F. e Basaglia, F.O. (2014) (A cura di) *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo totale*. Milano, Baldini e Castoldi [1971]

Becker, A.E. e Kleinman, A., Anthropology and psychiatry. In: (A cura di) (2000) Sadock B.J., Sadock V.A. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th editions Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Publisher.

Becker, D. e Marececk, G., (2008) Dreaming the American Dream: Individualism and Positive Psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 2/5:1767–1780.

Benjamin, T., (A cura di) (2007) *Encyclopedia of western colonialism. Since 1450*. Farmington Hill, Thomson Gale, Berrios, G., Descriptive Psychiatry and Psychiatric Nosology during the Nineteenth Century. In: Wallace, E.R. IV, Gach, J., (2008) (A cura di) *History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation*. New York, Springer.

Berrios, G.E., (1991) Delusions as "wrong beliefs": A conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, Nov; (14):6-13.

Berrios, G.E., Delusion. In: Berrios, G.E., (2002) *The history of mental symptoms*. 2nd ed. Cambridge, Cambridge University Press [1996].

Bertheliet, R., (1994) *L'homme Maghrébine dans la littérature psychiatrique*. Paris, L'Harmattan.

Bini, L., Bazzi, T., (1972) *Trattato di psichiatria. Tomo II. Psichiatria Clinica*. Milano, Casa Editrice dr. Francesco Vallardi, Società Editrice Libreria.

Bleuler, E., (1934) *Textbook of psychiatry*. [New York, The Macmillan company](#), [1911].

Butterfield, H., (1931) *The Whig interpretation of history*. London, G. Bell and sons.

Campbell, R.J., (2009) *Campbell's Psychiatric Dictionary, 9th edition* New York, Oxford University Press.

Carothers, J., (1954) *Normal and pathological psychology of the Africans. Ethnopsychiatric studies*. Masson.

Carriters, M., Collins, S., Lukes, S. (1985) *The category of the person. Anthropology, philosophy, history*. Cambridge, Cambridge University Press.

Cassirer, E., (1997) *Vita e dottrina di Kant* Scandicci, La Nuova Italia.

Comey, J.B., *Update on Orlando Terrorism Investigation*. June 13, 2016. Available at: <https://www.fbi.gov/news/speeches/update-on-orlando-terrorism-investigation>

D'Agostini, F. (2011) *Introduzione alla verità*. Torino, Bollati Boringhieri.

Daverio, A., (2016). Delirare, ma non da soli: psicopatologia e prospettive culturali della follia a due, isteria di massa e deliri culturali. *Rivista di psichiatria e psicoterapia Culturale*, Vol. IV, Numero 1, Dicembre, pag. 20-28.

Devereux, G., (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma, Armando Editore, 1973.

Dudgeon, P., & Walker, R., (2015). Decolonizing Australian psychology: Discourses, strategies, and practice. *Journal of Social and Political Psychology*, 3, 276-297.

Durkheim, E., (2008) *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia*, Einaudi [1985].

Edington, C.E., (2013) *Beyond the asylum: Colonial psychiatry in French Indochina, 1880-1940*. PhD Diss, Columbia University.

Ellenberger, H. (1972) *La Scoperta dell'Inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Torino, Boringhieri.

Enciclopedia Treccani Dizionario etimologico online, Lemma *Delirare*. Available at: <http://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/%5Bdelirare%5D/>

Esquirol, E., (1845) *Treatise on insanity Philadelphia*, Philadelphia, Lea and Blanchard.

Available at: <https://archive.org/stream/mentalmaladiestr00esqu#page/n7/mode/2up>

Ey, H., Bernard B., Brisset, Ch., *Manuale di psichiatria, Sesta edizione* (1990), Milano, Masson, [1989].

Fabietti, U., (2011) *Storia dell'antropologia culturale*, Bologna, Zanichelli.

Fanon, F., (1967) *Toward the African revolution*, New York, Groove Press, [1964].

Fanon, F., (1991) *The wretched of the earth* [1961].

Fernando, S., (2004) *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry: The Struggle Against Racism*. London, Routledge.

Foucault, M., (1998) *Storia della follia nell'età classica*. Milano, Bur [1972]

Foucault, M., (2003) *Society must be defended. Lectures at the college de France, 1975-76*. New York, Picador, [1975-1976]

Freud, S., Il perturbante. In: Freud, S. (1977) *Opere*. Torino, Bollati Boringhieri, vol. 9, [1913]

Freud, S., Totem e Tabù, Opere In: Freud, S. (1977) *Opere*. Torino, Bollati Boringhieri, vol. 7, [1921]

Frighi, L., (1984). *Manuale di igiene mentale* Roma, Bulzoni Editore.

Fukuyama, F., (1992) *The end of the history and the last man*. New York, The Free Press.

Garrabé, J., (2007) *Storia della schizofrenia*, Roma, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., [1992]

Geertz, C., (1983) *Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology*. New York, Basic Books.

Griesinger, W., (1882) *Mental pathology and therapeutics. 2nd ed.* New York, William Wood & Company [1861]. Available at: <https://archive.org/search.php?query=publisher%3A%22New+York+%3A+William+Wood+%26+Company%22>

Heelas P., Lock, A., (1981) (A cura di) *Indigenous psychologies: the anthropology of the self*. London, Academic Press.

Höffe, O. (2002) *Immanuel Kant*, Bologna, Società Editrice il Mulino

ISA (1997) Available at: <http://www.isa-sociology.org/en/about-isa/history-of-isa/books-of-the-xx-century/>

Janca, S., (2006) Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*. 19(2): 171-174,

Jaspers, K., (1920) *Allgemeine Psychopathologie. Zweite, Neu Bearbeitete Auflage*. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag.

Jaspers, K., (1997) *General psychopathology, Vol. I*. London, The John Hopkins University Press [1959].

Kant, I., (2000) *Critica della ragion pura* Roma-Bari, Laterza [1781]

Keller R. (2001) Madness and Colonization Psychiatry in the British and French Empires, 1800-1962 *Journal of Social History* Vol. 35, No. 2 (Winter, 2001), pp. 295-326

Kendler, K.S., Parnas, J. (2014) *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. Oxford. Oxford University Press.

Kendler, K.S., (2015) Toward a limited realism for psychiatric nosology based on the coherence theory of truth *Psychological Medicine* 45, 1115–1118

Kendler, K.S., (2016) The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*; 15:5–12

Kraepelin, E., (1907) *Clinical psychiatry. A textbook for student and physicians. (Abstracted and adapted from the seventh german edition of Kraepelin "Lehrbuch der psychiatrie")* Norwood, Norwood Press, New edition, [1887] Available at: <https://archive.org/details/39002010262914.med.yale.edu>

Lalli, N., (1999) (A cura di) *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli, Liguori.

Landrè-beauvais, A.J., (1813) *Sémiotique ou traité des signes des maladies. 2nd ed.* Paris, Brosson.

Lasegue, E.C. e Falret, J., (2016) *La folie à deux (ou folie communiquée)* Dial Phil Ment Neuro Sci; 9(2): 62-68; [1877]

Le Maléfan, P., Evrard, R. e Alvarado, C.S., (2013) Spiritist delusions and spiritism in the nosography of French psychiatry (1850-1950) *History of Psychiatry*, 24: 477.

Lévi-Bruhl, L, (1970) *Psiche e società primitive*, Newton Compton, Roma [1922]

Lévy-Bruhl, L., (1970) *Le funzioni mentali delle società inferiori* Newton Compton, Roma, [1910]

Littlewood, R., (2002) *Pathologies of the West*. London. Continuum

Locke, J., (1998) *An Essay Concerning Human Understanding. London*, Penguin Classics [1690]

Lucas, R.H. e Barret, R.J., (1995) Interpreting culture and psychopathology: Primitivist themes in cross-cultural debate *Culture, Medicine and Psychiatry*, September, Volume 19, [Issue 3](#), pp 287–326

Marsella, A.J., White, G.M. (1982) (A cura di) *Cultural conception of mental health and therapy*. Dordrecht, Reidel Publishing Company.

Mauss, M., A category of the human mind. The notion of self, the notion of personhood, [1938] in: Heelas P., Lock A. (1981) (A cura di) *Indigenous psychologies: the anthropology of the self*. London, Academic Press.

McCulloch, J., (1995) *Colonial Psychiatry and the African Mind* Cambridge , Cambridge University Press.

Menninger, R.W. e Nemiah, J.C., (2000) (A cura di) *American Psychiatry after world war II (1944-1994)* Washington/London, American Psyschiatric Press

Mojtabai, R., (2000) Delusion as an error: the history of a metaphor. *Hist Psychiatry*, Mar; 11 (41 Pt 1): 3-14.

Murphy, H.B.M., (1967).Cultural aspects of delusion. *Studium Generale*, 20 (11): 684-692.

Osborne, S., (2017) Does Isis really 'claim every terror attack'? How do we know if a claim is true? *The Independent online*, 4 May. Available at <http://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/isis-terror-attack-claim-real-true-legitimate-fake-false-how-to-know-a7701046.html#explainer-question-2>

Oyebode, F., (2015) *Sim's symptom in the mind. Textbook of descriptive psychopathology. 5th edition*. Edimburgh. Elsevier.

Pancheri, P. e Cassano, G.B., (1999) (A cura di) *Trattato italiano di psichiatria. Seconda edizione*, Milano, Masson.

Pastel, R.H., (2001) Collective behaviors: mass panic and outbreaks of multiple unexplained symptoms. *Military Medicine*, ,166:44–46.

Pfeiffer, W.M., (1994) *Transkulturelle Psychiatrie* [Foreword by Wittkower, E.D.]. Stuttgart, G.Thieme [1971]

Pfeiffer, W.M., Transkulturelle Aspekte der Depression. In: Schulte, W. e Mende, W., (1969) (A cura di) *Melancholie* Stuttgart Thieme, pp. 97-117

Pfeiffer, W.M., Transkulturelle Aspekte der Schizophrenie. In: H.Kranz H., e Heinrich, K., (1971) (A cura di) *Schizophrenie und Umwelt* Stuttgart, Thieme, pp. 79-98

Piccione, R., (1995) (A cura di) *Manuale di psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*. Roma, Bulzoni Editore.

Pinel, P., (1809) *Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, Brosson J.A.

Pizza, G., (2005) *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma, Carocci.

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

Rabinow, P., (1984) *The Foucault Reader*. New York, Pantheon Books.

Rapisarda, E., Zupin, D., Benedetti, F., Coviello, M., Daverio, A., (2016) Insight culturale e credenze autonomizzate in psicoterapia. Poster presentato al XXV Congresso Nazionale SIPI: “*Atteggiamenti e controatteggiamenti. Teoria, clinica e ricerca*”, Bologna, 15-17 aprile.

Ròheim, G., (1955) *Magic and schizophrenia*. New York, International Universities Press.

Rovera, G.G. (2015) Spunti metodologici per uno studio sulla dimensione del sacro. *Rivista di psichiatria e psicoterapia Culturale*, Volume III/n.1/ Dicembre, pag. 1-13

Rovera, G.G. (2017) Deliri e culture. *Rivista di psichiatria e psicoterapia Culturale*. In questo numero della Rivista

Rovera, G.G.; Lerda, S., Bartocci, G. (2014) Psicoterapia Dinamica Culturale. *Rivista di psichiatria e psicoterapia Culturale*. Volume 2, Numero 1-s, pag. 1-12

Sadock, B.J., Sadock, V.A., (2000) (A cura di) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th editions* Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Publisher.

Sadowsky, J., (1999) *Imperial Bedlam: institution of madness in colonial southwest Nigeria*. Berkeley, University of California Press.

Sadowsky, J., Symptoms of colonialism: content and context of delusion in Southwest Nigeria. 1945-1960. In: Jenkins, J.H., Barrett, R.J., (2004) (A cura di): *Schizophrenia, culture and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge, Cambridge University Press.

Scharfetter, C., (1992) *Psicopatologia Generale*. Milano, Feltrinelli [1979]

Schneider, K., (1983) *Psicopatologia clinica*, Roma, Giovanni Fioriti Editore [1965]

Shimizu, M. et al., (2007) Folie à Deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 9(3): 200-205.

Simonyi, K., (2012) *A cultural history of physics*. New York, Taylor & Francis.

Spurlock, J. et al. Minorities in mental health. In: Menninger, R.W. e Nemiah, J.C., (2000) (A cura di) *American Psychiatry after world war II (1944-1994)* Washington/London, American Psychiatric Press

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

Stanghellini, G., Ballerini A., (1992) *Ossessione e rivelazione*. Torino, Bollati Boringhieri.

Stanglin, D. e Johnson, K., (2015) [FBI: No evidence San Bernardino killers were part of a cell](#). *USA Today*. December 4.

Stoddart, W.H.B., (1908) *Mind and its Disorders*. London. Lewis.

Storch, A., (1924) *The Primitive Archaic Forms of Inner Experiences and Thought in Schizophrenia: A Genetic and Clinical Study of Schizophrenia* New York and Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Company.

Tseng, W.S., (2001) *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego, Academic Press.

Vaughan, M., (1991) *Curing their ills: colonial power and african illness*. Cambridge, Polity Press.

Von Domarus, A., The specific laws of logic in schizophrenia. In: Kasanin, J. S., (1944) (A cura di) *Language and Thought in Schizophrenia* Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 104–14.

Wallace, E.R. IV, Gach, J. (A cura di) (2008) *History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation*. New York, Springer.

Zupin, D. (2016) Devereux e l'attitudine occidentale al dereismo *Rivista di psichiatria e psicoterapia Culturale*, Vol. Iv, Numero 1, Dicembre, pag. 10-19.