



## ARTICOLO ORIGINALE

### **DUE CASI CLINICI “SAME BUT DIFFERENT”**

Mariangela Coviello<sup>1</sup>

ISSN: 2283-8961

#### **Introduzione**

Buongiorno a tutti,

la mia presentazione si articolerà in questi tre momenti:

1. Descrizione sintetica di due casi clinici di cui mi sono occupata nella comunità terapeutica dove lavoro, simili per diagnosi di Schizofrenia ed età d'esordio ma differenti per cultura d'appartenenza e prognosi.
2. Illustrazione della teoria di Devereux e in particolar modo del concetto disorientamento culturale.
3. Definizione dell'influenza che l'ambiente culturale d'appartenenza ha sul quadro clinico e sulla prognosi dei sintomi psicotici.

#### **1. Due casi clinici**

M. è un ragazzo egiziano, che arriva in Italia all'età di 17 anni come minore non accompagnato con lo scopo di trovare un lavoro e inviare i soldi necessari alla famiglia per il matrimonio della sorella. Nessun precedente psichiatrico in anamnesi.

Al compimento dei 18 anni, in coincidenza con la possibilità concreta di perdere le tutele dovute al suo stato di minore, presenta inizialmente un forte stato d'angoscia con insonnia e

---

<sup>1</sup> Psichiatra e Psicoterapeuta dell'adolescenza e dell'età giovane adulta. DSM – Asl Roma1, UOC Prevenzione e interventi Precoci in Salute Mentale, Coordinatrice della SRTRe Ripa Grande. Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale, Segretario. Mail a: maricoviello@yahoo.it

successivamente un'ideazione delirante di tipo mistico (dice di essere sicuro di essere il secondo Maometto e di avere la missione di portare la religione musulmana in Occidente) associata a allucinazioni di tipo visivo, vivide e spaventose (i capelli del pettine gli sembrano serpenti), e agitazione psicomotoria (ha una colluttazione con due agenti della polizia, pensando che volessero ostacolarlo nella sua missione). Viene ricoverato in ospedale, al reparto di psichiatria, con diagnosi di psicosi acuta e trattato farmacologicamente con antipsicotici per alcune settimane.

Successivamente al ricovero, viene inserito nella struttura comunitaria in cui lavora e, durante il percorso terapeutico in regime residenziale, la sintomatologia regredisce totalmente senza recidivare e i farmaci vengono sospesi dopo poco tempo.

F., è un ragazzo italiano di vent'anni, affetto da schizofrenia con esordio a 18 anni. Nei due anni di trattamento in comunità, la sintomatologia delirante, esordita in modo subdolo, ha avuto un decorso cronico e resistente al trattamento farmacologico tanto da necessitare dell'utilizzo della clozapina e non raggiungere mai una remissione completa.

Nella pratica clinica, ho quindi osservato che, a parità di trattamento e contesto terapeutico, la cultura di appartenenza influenza la presentazione clinica e quindi la prognosi della sintomatologia psicotica.

Nel primo caso, M., presenta una sintomatologia (caratterizzata da alterazioni del contenuto del pensiero e della percezione), particolarmente florida ed esplosiva, affettivamente carica e con una chiara derivabilità rispetto all'evento scatenante, riconducibile alle reazioni psicogene acute (Bartocci, 2004) o allo stato confusionale pseudo-psicotico (Lambo, 1965).

La funzione dei sintomi psicotici di M. è quella di ricostruire un legame con il mondo esterno che viene effettivamente raggiunto in pochi giorni, con l'aiuto di farmaci che vengono sospesi dopo poco tempo e in ogni caso con una *restitutio ad integrum*.

M., nonostante la presenza di elementi allucinatori e costrutti fantastici, mantiene una parziale integrità di alcune funzioni dell'Io che rende comprensibile per noi la sua sintomatologia e ci fa escludere un processo di frammentazione di tipo schizofrenico. Le “vampate deliranti” delle psicosi acute sono ben differenti dal gelo dei deliri schizofrenici. (Bartocci, 2004).

La psicosi di F. al contrario, cronica e fredda, sembra essere la malattia della cultura occidentale descritta da autori come Devereux, Bartocci e Littlewood, fortemente determinata dal *disorientamento culturale*, elemento sostanziale nel passaggio da forme acute e benigne di psicopatologia a psicosi croniche resistenti al trattamento.

## 2. Devereux e il disorientamento culturale

Possiamo quindi ricorrere all’opera di G. Devereux per analizzare i due casi clinici alla luce del concetto di *disorientamento culturale*.

La sua doppia formazione, di etnologo e psicoanalista, è stata alla base di alcuni costrutti teorici utili alla comprensione dei fenomeni psichici:

1. La cultura è una determinante autonoma della vita psichica umana.
2. L’ambiente culturale rappresenta l’ecosistema in cui la persona vive e che ha regole e leggi che bisogna necessariamente conoscere per sopravvivere. Devereux dice “Non si potrebbe imparare a nuotare in un’acqua la quale fosse un giorno più leggera dell’aria e l’indomani più vischiosa delle sabbie mobili (...) Il numero delle leggi fisiche che l’uomo deve apprendere per potersi orientare nel mondo è singolarmente piccolo. Il bambino impara molto presto che sollevare una pietra implica uno sforzo e che non può vedere nulla in una camera buia; da questo conclude che sollevare un tavolo o trovare la strada in una foresta a mezzanotte comporta delle analoghe difficoltà. In altri termini, il bambino si affida alla costanza delle leggi fisiche.” (cap. IX, pag.219).

Alla luce di questi due assiomi teorici, si possono fare tre considerazioni:

1. Un ambiente culturale come quello occidentale (caso clinico di F.) è composto da un numero smisuratamente alto di valori, tecniche, tradizioni, credenze, divieti, imposizioni. Questa condizione favorisce il disorientamento culturale che determina una condizione dissociativa stabilmente presente e rende persistente la sintomatologia psicotica.
2. Devereux ci invita a considerare che ognuno di questi elementi culturali, denominati items culturali, non può mai essere considerato individualmente ma va sempre inserito in “una matrice di valore e significati” che la cultura gli attribuisce. Tali “matrici di valore e significato” sono presenti in numero estremamente alto nella società occidentale, caratterizzata dalla presenza simultanea di molti credi religiosi, ideologie politiche e tendenze scientifiche. Ad esempio l’item

culturale “albero”, per qualcuno di noi potrebbe rappresentare solo una forma cilindrica e verticale di consistenza dura e colore marrone mentre per qualcun’altro potrebbe essere, sia una pianta che contribuisce alla bellezza del giardino sotto casa, che un agglomerato di cellule necessario al ricambio dell’anidride carbonica e dell’ossigeno. L’albero può quindi essere inserito contemporaneamente in più matrici di significato in modo contraddittorio e conflittuale.

3. La cultura non viene considerata da Devereux come qualcosa di statico e immutabile nel tempo ma come un’entità che ha un suo proprio ciclo vitale con momenti creativi e di crescita, alternati a fasi di crisi e perdita della capacità di fornire coerenza all’insieme degli elementi culturali e delle matrici di valore e significato appena descritti.

Ne consegue che una cultura che abbia un numero molto alto di elementi costitutivi (items culturali) pone difficoltà di orientamento alla persona che la vive. Tali difficoltà aumentano notevolmente quando la cultura di appartenenza attraversa una fase di profonda crisi in cui le matrici di significato oltre ad essere numerose e difficili da individuare, confliggono radicalmente tra loro.

La condizione psichica del soggetto che si trova a fronteggiare queste sfide senza riuscirci, viene definita da Devereux come una condizione di disorientamento culturale. Operando una rivoluzione di cui non è stata colta appieno la portata egli ci mostra quindi la necessità di orientamento culturale come una necessità fondamentale dell’essere umano.

L’ intelligibilità degli elementi costitutivi dell’ambiente di appartenenza, permette all’uomo di orientarsi culturalmente. Per comprendere meglio questo concetto possiamo ricorrere all’aneddoto di Devereux sull’uomo primitivo che vive con la sua tribù su un’isola che ha come unica vegetazione mille piante di cocco. È sufficiente che egli conosca ciascuna di queste piante, per sapere tutto su una regione così poco alberata, in questo universo egli non potrà mai essere disorientato.

La situazione in cui noi ci troviamo è ben diversa, l’uomo occidentale deve affrontare una situazione caratterizzata da una notevole complessità, provando ad orientarsi attraverso la folta giungla della cultura moderna, avendo come unico punto di riferimento il modello socio-culturale con cui è cresciuto.

### 3. Disorientamento culturale e mondo occidentale

Queste considerazioni sono tra quelle che portarono Devereux alla più conosciuta delle sue concettualizzazioni, quella della schizofrenia come psicosi etnica del mondo occidentale: “Nel quadro di riferimento in cui ci collochiamo, i meccanismi, e in termini generali, la sintomatologia della schizofrenia possono essere interpretati come altrettanti tentativi, individuali e collettivi, di adattarsi a un ambiente in cui ci si trova disorientati e di neutralizzare la disforia che scaturisce da questo disorientamento. C’è, innanzitutto, lo sforzo di negare questo stato di disorientamento; lo sforzo di rimuovere questo sentimento di essere perduti nel vasto mondo al di fuori degli alti muri che hanno protetto il nostro giardino chiuso. Come un uccello allevato in gabbia, lo schizofrenico è disorientato non appena mette piede fuori; così egli cerca disperatamente di rientrare a forza nella gabbia in cui è vissuto”. Devereux, G. Saggi di etnopsichiatria (Italian Edition) (Cap IX, p.232).

### **Bibliografia**

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

Bartocci G. Le Reazioni Psicogene Acute. in Lalli N. (Ed.) Manuale di Psichiatria e Psicoterapia. Napoli, Liguori, 2004

Basu, H., Littlewood, R. & Steinforth, A. S. (Eds.), *Spirit & Mind: Mental Health at the Intersection of Religion & Psychiatry* (pp. 1-36), 2017.

Binswanger L. Tre forme di esistenza mancata Milano, Se edizioni, 1992 [1956]

Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, Vol. XI, n. 1, agosto 2023

Binswanger L. Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche. Milano, Feltrinelli, 2007 [1955]

Blankenburg W. La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie paucisintomatiche. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998 [1971]

Devereaux G. Saggi di etnopsichiatria generale. Roma, Armando Editore, Nuova edizione, 2007 [1973]

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

Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G. et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl., 20:1-97; 1992

Jaspers K. Psicopatologia generale Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1963 [1959]

Lambo T.A. Schizophrenic and Borderline States. Transcultural Psychiatry. Ciba Foundation Symposium. London, J. & A. Churchill Ltd; p. 62-83, 1965

Littlewood R. The Seligman error and the origins of schizophrenia. World Cultural Psychiatry Research Review, Vol. 7, Supplemental issue 1: 7, 2012 <http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>