



ARTICOLO ORIGINALE

CULTURA E PSICOPATOLOGIA: DALLE REAZIONI PSEUDO-PSICOTICHE ALLA CRONICIZZAZIONE DELLA DISSOCIAZIONE

Goffredo Bartocci¹

ISSN: 2283-8961

“Articolo in italiano”

Prima di iniziare questa lezione dedicata a mettere a fuoco e comparare le differenze cliniche fra forme psicotiche e/o pseudo psicotiche presentate da diverse popolazioni, vi chiedo di dedicare due minuti per riprendere una domanda molto interessante che venne formulata nel corso della precedente lezione.

La domanda, lo ricorderete, fu precisa e incisiva: “Potrebbe chiarirci la differenza fra *trascendenza e fantasia*? “

La richiesta era coerente con i temi della lezione sviluppata a seguire il video *Where horses enter the church* di Antonio Bartoli e Silvia Folchi, in cui avevamo mostrato un esempio di coesistenza fra la dimensione del sacro e elementi caratterizzati da una competitiva tradizione agonistica

¹ Psichiatra e Psicoanalista. Transcultural psychiatry section of World Psychiatric Association, Past President.

World association Cultural psychiatry co- Fondatore. Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale, Presidente.

Mail a: goffredo.bartocci5@outlook.it

popolare, una coesistenza reperibile in un contesto, il Palio di Siena, caratterizzato una competitiva tradizione agonistica popolare.

La domanda, desidero sottolinearlo, giunse inaspettata perché non avevamo svolto una precisa disamina sugli aspetti fenomenologici della trascendenza e fantasia, seppure questi fossero il nocciolo latente della lezione.

Risposi alla domanda con queste parole: “Quanto ci chiede è stato trattato a fondo da Vernant nella lezione magistrale tenuta in occasione della inaugurazione della cattedra di Storia delle Religioni presso l’università di Parigi. Pertanto posso appoggiarmi a quanto afferma questo autore: *la trascendenza è una dinamica che il più delle volte attiene alla costruzione della dimensione del divino e del sacro: **Phasma**.*

*La fantasia è una dinamica che attiene a fatti mondani; per esempio, quando nuove immagini vengono suscitate dalla attività degli artisti, i quali sono in grado di far nascere emozioni e meraviglie nel pubblico: **Phantasiai**.*

A questo proposito ho portato una slide che, a mio avviso, mostra meglio di tante parole come sacralità e fantasia mondana possono intersecarsi.



Marsiglia Harbor Church (Francia)

La foto è stata scattata all'interno della chiesa prospiciente il porto di Marsiglia(Francia)

La cupola dorata della chiesa ben rappresenta la trascendenza (Ricordo che nel dizionario Collins la trascendenza viene definita: *il superamento del livello di natura per andare verso il soprannaturale o il misticismo*). Al contrario i modellini delle barche che navigano nell'aria sotto la cupola rappresentano le fantasie dei pescatori e dei marinai.

Ancora una volta sacro, fantasie, desideri, aspettative magico-religiose dimostrano la loro fratellanza.

Voglio dire che Trascendenza e Fantasia sono *prestazioni mentali* che hanno imboccato strade diverse sebbene provengano dalla stessa culla immaginifica.

In questa lezione cercherò di approfondire le metamorfosi e gli esiti clinici di stati "speciali" di coscienza afferiti nel capiente calderone dei fenomeni dissociativi. Cercherò di valutare insieme a voi alcuni fenomeni universali inerente la composizione e la scomposizione degli stati di coscienza. A seconda dei casi questo fenomeno avviene in modi in grado di modificare lo stato di coscienza sino a immetterlo nella nosografia psicopatologica al capitolo della **dissociazione**.

Ora poiché mi rendo conto che per condensare una area così vasta come la conformazione sindromica della dissociazione sarebbe necessario uno spazio introduttivo molto ampio, trovo opportuno infrangere le regole di una corretta introduzione..... **per arrivar subito alle conclusioni**.

La tesi che voglio sottoporre alla vostra attenzione è che **la schizofrenia** (così come descritta dai nostri manuali di psichiatria) **è una sindrome prodotta dalla Cultura Occidentale e da questa esportata in altri contesti**.

Ora è doveroso dettagliare questa audace affermazione con una breve carrellata esplicativa.

Partiamo dalla storia della psichiatria. Generalmente i testi di storia della psichiatria pongono le origini della terapia sia fisica che psichica a partire dagli Asclepiadei, ovvero dai templi dove il paziente si sottoponeva a incubazione per raccogliere degnamente la apparizione del dio Esculapio: sinonimo di guarigione. Ellemberger, nel suo libro *La scoperta dell'inconscio* dedica invece le prime pagine della sua opera all'operare terapeutico dei Medicine Men tribali, allo sciamano, ovvero a tutti gli operatori di un mondo magico a portata di mano. Questi "rustici" operatori, continua Ellemberger si occupavano di un gran numero di manifestazioni psichiche

abnormi: esperienze visionarie, allucinazioni, episodi di amnesia, stati confusionali, stati crepuscolari, stati di coscienza oniroidi, fughe pantoplastiche etc etc.

Molte di queste manifestazioni sono state iscritte dalla psichiatria moderna nei capitoli dedicati alle esperienze psicotiche, ove si sottolinea una matrice dinamica connessa a scalari gradazioni dissociative.

Approfondiamo pertanto alcune affermazioni che sottolineano la diffusione della dissociazione.

Come fa notare R. Littlewood in *The Butterfly and the Serpent*: “-- le persone hanno l’abilità di dissociare i loro processi mentali e lo fanno molto frequentemente – attraverso un cambio di umore, attenzione selettiva o mettendo aree fastidiose ‘fuori dalla mente’-- tale abilità a dissociarsi può essere considerata una dinamica adattativa quando necessitiamo di divergere l’attenzione o evitare dolori fisici o eventi orribili--la dissociazione si articola al bisogno di ribaltare (flip side) lo stato di coscienza così da permettere un sistema di rappresentazione del mondo del tutto privato e controllato da sé stessi--”

Ora in una ottica clinica, gli stati dissociativi possono essere funzionali, di breve durata e talvolta sprovvisti di effetti negativi. In numerosi articoli R. Prince cita la funzione della dissociazione come una azione sospinta dalla evoluzione della specie. La capacità umana di esperire cognitivamente la sofferenza ha portato a sviluppare e fare un uso modificato dei riflessi istintivi. Queste funzioni difensive annullano la percezione del dolore attraverso la negazione /dissociazione del fatto traumatico.

A questo punto non possiamo evitare di domandarci quali esperienze e quali fattori culturali hanno trasformato una dinamica difensiva quali la dissociazione momentanea spingendola ad attestarsi sul versante caratterizzato da dissociazione cronica.

La funzione dissociativa è stata articolata a diverse radici e a diverse rappresentazioni: dalla capacità di mentire, stati confusionali, fughe irrelate, visioni, estasi, sino a raggiungere nomenclature che vanno da isteria, alla doppia personalità per arrivare a quelle di psicosi schizofreniformi.

La psichiatria transculturale è stata fra le prime discipline psichiatriche a segnalare l’importanza delle **reazioni pseudo-psicotiche differenziandole dalla schizofrenia**. I primi pionieri, ancor prima che entrassero in azione le neuroscienze, accennavano alla possibilità che le reazioni

pseudo-psicotiche potevano essere considerate come una frequente reazione biopsicoculturale della specie umana allorché si trova a fronteggiare eventi invasivi.

Prima di passare in rassegna quanto esposto dai pionieri di psichiatria transculturale credo sia opportuno di assumere la mia responsabilità nel diagnosticare la presenza delle reazioni pseudo-psicotiche acute brevi sia nelle mie esperienze condotte sul campo in Sud Africa che in quelle occorse durante il mio lavoro nei Servizi di Salute Mentale di Roma. Tali sintomatologie apparivano con frequenza negli immigrati di prima generazione.

Credo sia ora il caso di supportare quanto scritto sopra con una rapida carrellata delle indicazioni provenienti da riconosciuti pionieri di psichiatria transculturale. Vediamo.

- 1) Inizierei la rassegna citando un libricolo dal titolo *Psichiatria Transculturale* pubblicato e distribuito gratuitamente dalla CIBA farmaceutici nel lontano 1965. Cito questo libricolo caratterizzato da una raccolta degli interventi tenuti da pionieri della materia in un simposio organizzato da questa casa farmaceutica. Credo che in quei tempi (a differenza di oggi) le Compagnie Farmaceutiche dimostravano un certo interesse per questa disciplina probabilmente perché avevano intuito la convenienza di aprire un nuovo ambito di azione del mercato degli psicofarmaci nei confronti di un enorme numero di individui appartenenti a popolazioni non ancora toccate da interventi farmacologici.

Nella introduzione a questo libro della CIBA, Wittkower (ricordo che fu il fondatore della Transcultural Psychiatry Section nella World Psychiatric Association) invitò a porre attenzione a una sindrome il più spesso presentata da popolazioni non ancora tecnologizzate. Sottolineò infatti la presenza di una sintomatologia acuta caratterizzata da “frenzied anxiety” (ansietà frenetica, scomposta) la quale era accompagnata da una varietà di sintomi molto floridi i quali si attenuavano e scomparivano in breve tempo senza un trattamento o, meglio, se trattati da un Medicine Man locale.

- 2) Adeoye Lambo, uno psichiatra Nigeriano che successivamente divenne presidente della World Health Organization è presente in questo libro della CIBA con un capitolo intitolato: *Schizophrenic and Borderline States* (notare che a quel tempo il termine *Borderline* indicava una sindrome a cavaliere fra psicosi e nevrosi) dove descrive in modo particolareggiato: “stati confusionali di varia intensità che sembrano conformare un quadro un quadro di tipo pseudo-psicotico.... nelle popolazioni africane rurali e non letterate erano frequenti idee deliranti i cui contenuti erano incentrati a credenze sul sovrannaturale e a culti atavici...l’ansietà nella maggior parte dei casi

si collegava alla convinzione di essere stati oggetto una stregoneria a cui poteva seguire la loro morte.”

- 3) Lambo continua la descrizione di questi deliri floridi sottolineando che questi “ricadono entro la cornice del *supernaturalismo*, ma sono privi di quella tenacità delle convinzioni che invece si incontra nei deliri di questo tipo espressi in gruppi occidentalizzati.”
 - 4) I numerosi autori che hanno descritto la sindrome sopra descritta hanno usato una pluralità di etichette diagnostiche: Aubin e Collomb parlano di Onirismo terrificante, altri tra cui Carothers di stati crepuscolari, di depersonalizzazione atipica, di falsificazione retrospettiva di esperienze di tipo allucinatorio, di confusione agitata. Lambo come abbiamo detto insisteva con la dizione di stati confusionali pseudo-psicotici, ricordando che tutti gli autori sopra citati hanno rifiutato di usare l’etichetta diagnostica di schizofrenia.
 - 5) H. Murphy nel suo libro *Comparative Psychiatry* dedica un intero capitolo alle Psicosi Reattive Acute: “.....sembra che le psicosi acute brevi furono più frequenti anche in Europa all’inizio degli anni’90 piuttosto che alla fine di questi anni...È con l’industrializzazione che la schizofrenia ha rimpiazzato le psicosi brevi.”
 - 6) A. Kleinman nel suo libro *Rethinking Psychiatry* indica che: “il decorso della schizofrenia si spegne più facilmente nelle popolazioni meno sviluppate tecnologicamente mentre il decorso è peggiore in quelle ove la tecnologia è più imperante”
 - 7) L’affermazione più decisa che spinge a considerare l’importanza clinica delle pseudo-psicosi acute e di breve durata proviene dal nostro mentore Wen Shing Tseng, il quale nel suo *Handbook of Cultural Psychiatry*, (tradotto da noi in Italiano per le CIC edizioni, Roma) al Capitolo 28: *Classification of Disorders; Acute Transient Psychogenic Psychosis*, è estremamente chiaro: “Una categoria diagnostica non presente nel sistema di classificazione americano, ma riconosciuta dai sistemi nosografici di altri paesi (Cina, Francia, Paesi Scandinavi e Africa) è quella delle psicosi acute o reattive. Questo termine indica una condizione clinica che ha caratteristiche psicotiche, tende a presentarsi come reazione a uno stress esterno, ha un decorso breve e transitorio e una prognosi relativamente benigna. Il quadro descritto si osserva comunemente in molti paesi in via di sviluppo. Non è ben chiaro fino a che punto esso possa essere attribuito a fattori culturali. Comunque sia, la domanda da porsi è: perché gli psichiatri americani ignorano il disturbo e si oppongono all’inclusione di questa categoria diagnostica nel loro sistema nosografico?”
 - 8) Permettetemi di concludere questa breve carrellata citando le mie affermazioni pubblicate nelle *Enciclopedia Medico-Chirurgicale* (2013). Al Capitolo *Psychiatrie*, troviamo: *Reflexion sur Spiritualité, Religion et Psychiatrie*, dedicato a reperire le connessioni fra specificità culturali e
- Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, Vol. XI, n. 1, agosto 2023**

tipologia degli stati di coscienza. Ho tentato di esporre alcune *riflessioni* che possano spiegare la perdita di orientamento che sembra affliggere la nostra “moderna” civiltà: “Oggi è difficile trovare una armonica consistenza tra il livello di comunicazioni compatibile fra la realtà ordinaria proposta dai paradigmi scientifici e i livelli di rappresentazione di realtà non-ordinarie che sono attualmente stiracchiate oltre ogni limite.... Sta diventando necessario di mettere in azione un rovesciamento dello stato di coscienza per adeguarsi alle proposte della realtà non ordinaria.”

Una volta approfondita la non sempre salutare ginnastica di ribaltamento a cui è sottoposto il nostro sistema mentale (R.Littlewood) possiamo constatare che il termine dissociazione non indica più un salto di coscienza messo in azione inconsciamente come reazione difensiva di fronte a un evento traumatico o percepito come tale (Vedi Lalli: Incontro con il nuovo. In *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*, Liguori).

Nel XXI secolo possiamo usare il termine dissociazione per connotare una **ATTITUDINE CULTURALE** atta a distaccare (detachment) un individuo da ogni emozione sgradita o esperita come tale. Questa attitudine è stata costruita nel tempo avvalendosi da una sorta di evitamento diretto a ogni cosa che non è stata immagazzinata nel proprio *memplex biopsicoculturale* (Blackmore: the Meme Machine)

- 9) Infine porto a compimento questa succinta lista di affermazioni internazionali con le parole di J. Garrabè nella introduzione del suo libro: *Storia della schizofrenia* (Magi):

“Come le civiltà le malattie, ivi comprese quelle dello spirito, sono mortali e la loro vita raramente oltrepassa un secolo, anche se alcune possono rinascere nei secoli successivi sotto altro nome”. La schizofrenia ha oltrepassato il secolo e pertanto è arrivato il momento in cui: “i progressi della conoscenza, schiudendo la spiegazione che può essere data delle manifestazioni patologiche, le facciano perdere la sua misteriosità inquietante.”

A questo punto per concludere questa lezione desidero proporvi un'altra immagine molto eloquente evocatrice di una necessaria domanda:

un affresco del VII secolo può fornirci una indicazione per risolvere il “mistero” della nascita della diffusione della dissociazione?



Come potete vedere lo sconosciuto pittore dell'affresco raffigurante Caino mentre uccide il fratello Abele ha voluto inserire di fronte l'immagine di Caino in carne e ossa una altra figura: **Caino stesso dissociato nel suo doppio.**

Il nuovo Caino, infatti, rispecchia fedelmente la figura originaria: la stessa casacca rossa, la stessa lunga ascia su cui il sosia si appoggia. Ciò che colpisce è l'**indifferenza** a quanto accade di fronte a lui.

L'interpretazione di questa immagine risulta fondamentale per capire la storia della cultura Occidentale.

Grazie per la vostra attenzione.

LE DOMANDE

Completo questo articolo riportando alcune domande che hanno seguito le tre presentazioni di questa giornata di lezioni. I Dott. Zupin e Coviello hanno preferito lasciare a me il compito di rispondere.

Domanda: le vostre lezioni hanno delineato le reazioni pseudo-psicotiche brevi al fine di fare una diagnosi differenziale con la schizofrenia. Avete anche sottolineato che, sebbene **Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale, Vol. XI, n. 1, agosto 2023**

chiaramente descritte molti anni or sono nelle popolazioni a cultura tradizionale, queste sindromi possono essere reperite anche oggi soprattutto in popolazioni di migranti sottoposti a stress traumatici. Ora, nella nostra esperienza a fronte i casi clinici incontrati nei nostri servizi con questa categoria di utenti, abbiamo riscontrato una pluralità di variazioni rispetto le reazioni pseudo-psicotiche brevi da voi obiettivate sul campo. I nostri pazienti mostrano una sovrapposizione e una molteplicità scomposta di sintomi, spesso più gravi di quelli da voi descritti quali: evidenti sintomatologie allucinatorie, rifiuto di contatti interpersonali, una ideazione deliroide e un permanente distacco dalla realtà. Siete d'accordo che occorre trovare una via diagnostica di mezzo? Ovvero a metà strada fra reazioni pseudo-psicotiche brevi e schizofrenia?

Risposta. Certamente. Quanto lei esprime corrisponde alle condizioni sintomatologiche presentate con più frequenza da pazienti immigrati che hanno subito traumi e violenze di ogni genere. In particolare i pazienti che si trovano dislocati in centri di accoglienza che non sono in grado di offrire una valida assistenza. Inoltre va sottolineato che la culla culturale da cui provengono e le esperienze in corso del cammino migratorio sono diverse da quelle in cui si trovavano i casi descritti in letteratura o quelli da me osservati. Da una parte la colonizzazione culturale dei dettami religiosi occidentali ha spazzato via la radice del supernaturalismo sottolineata da Lambo, dall'altra televisione, telefonini, internet, etc hanno introdotto realtà virtuali ben diverse da quelle magico-religiose.

Domanda. Una domanda al Prof. Bartocci. La sua lezione, come le altre, è stata molto interessante. Rispetto ai docenti che lo hanno preceduto lei è stato...uuhm, diciamo... provocativo. Come giustifica le affermazioni da lei fatte con tanta precisione?

Risposta. La ringrazio per aver detto che sono stato preciso. Perché lo sono? Beh, sono quaranta anni che mi occupo di queste sindromi, ho tenuto numerosi dibattiti in Congressi internazionali, ho visto e continuo a vedere pazienti che mostrano quella sovrapposizione di sintomi di cui parlavo prima. Dunque mi sento in grado di proporre una visione prospettica. Per quanto riguarda la provocazione, forse si riferisce allo slide di Caino che uccide Abele? (Chi ha fatto la domanda sorride e non risponde)

Domanda: Murphy ha scritto che le popolazioni agganciate al proprio inconscio accettano con più facilità espressioni psicopatologiche rispetto le popolazioni a cultura tecnicizzata basata su canoni economici. È d'accordo con Murphy?

Risposta: Completamente d'accordo.