



## Articolo Originale

### RIFLESSIONI SUL FUTURO DELLA PSICHIATRIA CULTURALE

Wen Shing Tseng, Goffredo Bartocci, Giangiaco­mo Rovera, Vittorio De Luca, Vittorio Infante

ISSN: 2283-8961

## Prefazione

### Goffredo Bartocci

L'indice dei contenuti di questo articolo mi fu consegnato da Wen Shing Tseng nel corso del III World Congress of Cultural Psychiatry (WCCP) tenutosi a Londra nel Marzo 2012. In quella occasione Wen Shing mi chiese di cooperare ad un paper comune in grado di fornire ai lettori le riflessioni dei due fondatori della World Association of Cultural Psychiatry (WACP). Tseng riteneva potesse essere utile ai cultori di Psichiatria Culturale che oltre ai due articoli qui sopra pubblicati inerenti la storia passata e recente della psichiatria Transculturale, fosse il caso di esporre alcune nostre libere riflessioni sul futuro della Psichiatria Culturale: un tema ampiamente discusso all'interno del III WCCP. Decidemmo così di lavorare insieme per offrire un articolo fluido e facile da leggere che esprimesse le possibilità innovative della Psichiatria Culturale così come noi le vedevamo sulla scorta della nostra lunga esperienza professionale, maturata nelle ricerche sul campo, nella attività clinica, nei congressi e nei rapporti di amicizia intessuti internazionalmente con esimi transculturalisti durante il nostro lavoro come Presidenti della Sezione di Psichiatria Transculturale della World Psychiatric Association e poi come Presidenti WACP. Ci accordammo di scrivere un articolo non squisitamente clinico ma, poggiandoci proprio su quelle palpabili e impalpabili percezioni degli umori clinici e "politici" recepiti durante le nostre attività istituzionali, decidemmo di offrire una "visione" sui possibili scenari che con molta probabilità si apriranno nei prossimi anni alle scienze psichiatriche nel loro complesso. La corrispondenza ed il lavoro congiunto fra i due autori è stata purtroppo interrotta dalla prematura e compianta morte di Wen Shing Tseng. Sia la versione in lingua inglese pubblicata nella World Cultural Psychiatry Research Review che la sua traduzione in lingua Italiana - qui pubblicata - non hanno potuto godere degli approfondimenti da parte del caro amico scomparso. Ho pertanto

completato ed ampliato alcuni punti che erano in corso di fraterno quanto rigoroso dibattito con il caro amico. I paragrafi: IVB), VA),VB),VIC1), VIIIA), XIA) nel presente articolo sono stati ampiamente rimaneggiati dal sottoscritto che ha dato loro la stesura definitiva. Al contrario l'indice dei paragrafi da sviluppare è stato rigorosamente mantenuto come voluto da Tseng. L'ultima copia del manoscritto di Tseng è stata inviata a Bartocci da Wen Shing stesso nell'Aprile 2012. Per quella data Tseng aveva già delineato i temi di fondo da sviluppare lasciando alla nostra corrispondenza il compito di dettagliare una serie di approfondimenti che ci apparivano importanti perché continuamente presenti nella pratica clinica interculturale pubblica o privata.

Tra le parti più difficili che, per la loro complessità erano in corso di perfezionamento attraverso la nostra corrispondenza, emergeva lo studio sui nessi intercorrenti fra il fattore religioso e la salute mentale. La cooperazione scientifica su questo tema risaliva a molti anni prima, quando Tseng mi chiese di agire come consulente nella stesura del Capitolo: *Religione Psicopatologia e Terapia* del suo *Handbook of Cultural Psychiatry*, tradotto in Italiano e pubblicato con il titolo di: *Manuale di Psichiatria Culturale* per i tipi della CIC. Spero in futuro di riuscire a trasmettere ai lettori la calma con cui Wen Shing voleva sviluppare questo ambito di studio.

Ricordo infine ai lettori che questo articolo essendo stato progettato per la pubblicazione nella rivista internazionale WCPRR non affronta in dettaglio la situazione della psichiatria culturale in Italia che sarà oggetto di un successivo articolo.

Giangiacommo Rovera ,Vittorio De Luca e Vittorio Infante hanno collaborato alla stesura di questo articolo come Co-Autori

Sono onorato di poter pubblicare questo lavoro trovandomi ancora spalla a spalla con il caro Wen Shing Tseng, cosa che mi ha concesso di rivivere molti momenti della nostra collaborazione ed amicizia.

\*\*\*\*\*

## **RIFLESSIONI SUL FUTURO DELLA PSICHIATRIA CULTURALE**

A seguito dei due articoli pubblicati in questo stesso numero che hanno trattato rispettivamente la storia remota (Jilek, in corso di stampa) e la storia recente della Psichiatria Culturale (Tseng, Bartocci, Bhui, in corso di stampa), questo articolo mette a fuoco ed elabora il punto di vista degli Autori sulle impegnative tappe che aspettano il contributo dei cultori della psichiatria culturale.

## **VISTA D'INSIEME SUGLI ARGOMENTI DI MAGGIORE RILEVANZA PER IL PROSSIMO FUTURO DELLA PSICHIATRIA CULTURALE**

Ci sono numerose aree di interesse, obiettivi, metodi che la psichiatria culturale può sviluppare nel futuro in particolare:

- 1. Applicare estensivamente il metodo della psichiatria culturale verso ogni genere di persone anche all'interno del proprio contesto socio-culturale e non solo verso popolazioni di immigrati o gruppi minoritari.**
- 2. Implementare i corsi di formazione in psichiatria culturale non solo per i cultori della materia ma nei corsi di laurea in medicina.**
- 3. Sviluppare le applicazioni cliniche della psichiatria culturale attraverso forme di psicoterapia consapevoli della influenza della cultura.**
- 4. Approfondire gli aspetti teorici inerenti l'interazione fra cultura e salute mentale allo scopo di espandere la comprensione sia dei fenomeni universali che specifici legati alla cultura.**
- 5. Consolidare e organizzare metodi di studio per costruire un solido filone di scienze applicate, in particolare in tema di sistemi di credenze culturali e schizofrenia.**
- 6. Sviluppare l'uso di vari modelli epistemologici per verificare le procedure di studio in psichiatria: in particolare lo studio degli stati dissociativi.**
- 7. Promuovere la salute mentale in una ottica multiculturale senza restringere l'azione alla sola comparazione dei disturbi mentali.**
- 8. Porre la massima attenzione agli aspetti filosofici, religiosi e dell'orientamento di Valori circa le concezioni del mondo correlandoli alle forme di terapia da adottare.**
- 9. Utilizzare lo Statuto epistemologico della psichiatria sociale per una sintesi degli Studi sull'intero contesto socio-culturale.**
- 10. Indirizzare la psichiatria culturale per mediare e appianare i notevoli cambiamenti socio-culturali in atto in gran parte del pianeta .**
- 11. Prevenire e smussare i conflitti inter-etnici, inter-razziali, inter-culturali ed inter-religiosi in rapido aumento a livello mondiale come causa di terrorismo, genocidi, guerre.**
- 12. Agire per sviluppare la funzione di organizzazioni scientifiche internazionali (quali la WACP) per costruire una solida agenda in tema di salute mentale e influenza culturale.**

**1) Applicare estensivamente il metodo della psichiatria culturale verso ogni genere di persone anche e soprattutto all'interno del proprio contesto socio-culturale.**

E' evidente che la psichiatria transculturale sino ad ora è stata una disciplina scientifica percepita come fortemente legata alla assistenza e terapia dei gruppi minoritari e degli immigrati. Tale criterio interpretativo dell'ambito operativo della Psichiatria Transculturale si è diffuso facendo attestare la percezione di questa disciplina scientifica entro confini riduttivistici di fronte all'ampiezza del suo statuto epistemologico (Tseng 2006). Non vi sono dubbi che per una corretta cura di quel particolare tipo di pazienti la cui vita è caratterizzata da eventi migratori siano questi forzati o volontari, occorre una esperienza clinica accompagnata da una particolare attitudine a sviluppare un approccio "antropologico" ai fenomeni esistenziali nel loro complesso. (Bartocci, 2012; Tseng, 2012; Kirmayer, 2012; Wintrob, 2012; Bhugra e Bhui 2007). Successivamente la Psichiatria Transculturale si è occupata dei processi di globalizzazione dei popoli e delle culture aprendosi ad operare oltre i confini della "psichiatria comparativa" o della "etnopsichiatria", etichettature aventi per oggetto le popolazioni tradizionali o "esotiche", come venivano definite in molti trattati di psichiatria. Grazie alla sua forte articolazione clinica la psichiatria transculturale ha favorito lo studio della diagnosi e terapie "culturalmente sensibili" e l'organizzazione di Servizi pubblici per le popolazioni di immigrati in paesi occidentali (Mezzich e al, 2009).

La Psichiatria Culturale, poggiandosi su questo proficuo retroterra esperienziale propone OGGI uno statuto epistemologico particolarmente ampio, nel senso che ritiene che ogni persona, indipendentemente dall'appartenere a un gruppo minoritario o maggioritario, immigrata o, al contrario, facente parte delle popolazioni ospitanti i flussi migratori, venga influenzata dal proprio retroterra culturale.

Pertanto è necessaria una competenza della dimensione culturale per poter comprendere al meglio ogni persona che richiede terapia.

Questa serie di proposte nella loro semplicità sono altamente innovative in quanto non invitano solo a trovare i mezzi e le strade per ottenere una visione il più possibile libera da pre-condizionamenti e da pregiudizi nell'espletare il compito di entrare in contatto con pazienti di etnie diverse, ma anche a studiare i nessi cultura e fenomeni psichici anche indipendentemente dalla comparazione fra razze. E' fondamentale, a nostro avviso, che le scienze psicologiche culturali invece di mettere a fuoco solo gli immigrati e i gruppi minoritari presenti o nelle società occidentali o studiare "l'Altro" come appartenente a popolazioni lontane secondo una ottica "transculturale", si occupino invece di sottoporre ad indagine conoscitiva i processi dinamici biopsicoculturali che hanno animato e animano l'incivilimento dello stesso Occidente. In altre parole quando proponiamo un metodo di osservazione secondo un'ottica di Psichiatria Culturale, vogliamo approfondire quali fattori culturali presenti nelle singole culture ed in particolare nella cultura occidentale abbiano influenzato ed influenzino la salute mentale all'interno delle

loro stesse società. E' evidente che se questo tipo di ricerca verrà condotto solo secondo le regole della psichiatria dominante non si potrà fare a meno di prendere a prestito l'ammonimento di Wittkower, consapevole che l'uso del prefisso latino "trans" per connotare la psichiatria transculturale sottolineava non solo che la vista indagante dell'osservatore veniva a comprendere più di una popolazione ma al contempo si dava per scontato che la visione sia necessariamente quella generata entro la culla della civiltà occidentale.

La psichiatria culturale invece si assume un compito difficilissimo: tentare di studiare l'effetto della cultura sulla "natura" umana, sulla distribuzione e i metodi di cura dei disturbi mentali entro uno specifico gruppo culturale, compresi quelli della civiltà Occidentale. La psichiatria culturale attualmente usufruisce di basi epistemologiche, metodi, formazione elastici e flessibili, tali da evitare quelle regole, e quei linguaggi della psichiatria biologica che non considerano il fenomeno antropologico sottostante la presentazione clinica.

Lo studio dei nessi fra cultura occidentale e psicopatologia clinica nell'Occidente è uno dei compiti più sgraditi perché, come sottolineava Murphy (1982), nel caso delle ricerche transculturali, è più facile e meno impegnativo andare a giudicare l'erba del vicino piuttosto che quella del nostro giardino. Nel momento in cui ci accingiamo a svolgere un lavoro di verifica "intraculturale" occorre tenere presente i notevoli mutamenti assunti nel corso del tempo dal termine "multiculturalismo" che ha animato gran parte delle speranze dei transculturalisti. La spinta del multiculturalismo che a partire dagli anni Sessanta ha tentato di gestire una legittima differenziazione dei diritti e dei doveri dei cittadini rispetto alla loro appartenenza culturale, secondo molti colleghi si è affievolita apparendo una illusione che, in particolare, "appare soffocata dai propri fallimenti contro il terrorismo e il fondamentalismo", (Kymlicka, 2013; Pfohl, 2013) sottolineano la necessità di sviluppare un nuovo approccio "post-multiculturale" alle diversità, ribadendo che la presenza di reti transnazionali di fondamentalismi religiosi impedisce di fatto l'integrazione con i modelli liberal-democratici della multiculturalità.

A nostro parere appare opportuno promuovere il mantenimento dell'ipotesi multiculturali integrandola e verificandola con studi intraculturali, mirati a scorgere quali specifici fattori impediscono il processo di amalgama dei valori fondanti presenti in ogni cultura o, ed è la stessa cosa, perché un fattore predomini su tutti gli altri oscurando aspetti che invece avrebbero dovuto prevalere. E' questa una proposizione difficile da svolgere anche nella considerazione che molte società che venivano considerate monoculturali (come Cina e Giappone) non sono affatto tali. Per esempio sfogliando gli Atti del Primo Congresso Mondiale di Psichiatria Culturale tenutosi a Pechino nel 2006 soffermandoci in quella parte del programma dedicato alla Cina, vediamo che molti Autori hanno tenuto ben presente queste problematiche. Anche in Europa, un'area geopolitica tutto sommato convenzionale pur essendo un contenitore di Paesi molto differenti fra di loro, emerge l'importanza di fornire ai vari paesi della Comunità Europea, i mezzi per far fronte

alle nuove situazioni che possono ingenerare stigma e demarcazioni sociali. L'Italia può essere un esempio di una Nazione che da terra di migranti è diventata meta di arrivo di ondate migratorie. Questi paesi sono spesso stati colti di sorpresa ed appaiono impreparati a comprendere le innovazioni portate dal fenomeno della globalizzazione di popoli e culture.

Al di là delle caratteristiche di ogni condizione locale, è gioco forza che gli studiosi di psichiatria culturale si preparino all'uso di un nuovo flessibile metodo di indagine in grado da una parte di capire l'immobilità di alcuni tratti culturali in seno ad ogni società e dall'altra di confrontarsi con i fenomeni collegati a cambiamenti culturale e abitudini sociali che si stanno sviluppando in modo apparentemente spontaneo in questi stessi anni in tutte le società. Si veda per esempio come America, Russia, India stiano cambiando, indipendentemente da fattori migratori, il proprio *Zeitgeist*. E' interessante porre attenzione anche alla situazione in America dove il sistema matrimoniale si è frantumato. Circa la metà della popolazione adulta vive oramai come single, sia che siano non- sposati o divorziati. Associato con questo stile di vita basato su sedentarietà, fast food e altri livelli di comunicazione per via telematica che stanno sostituendo i rapporti faccia a faccia, più di due quinti della popolazione adulta presenta problemi di sovrappeso e vari disturbi medici. Questo esempio fa vedere quello che intendiamo quando sottolineiamo che il compito della psichiatria culturale non riguarda solo gli immigrati. In Italia per esempio possiamo assistere alla continua interazione fra contenuti valoriali provenienti dallo Stato Vaticano e atteggiamenti culturali del corpo politico dello Stato Italiano. In ambito clinico vediamo la differenza di patologie che si manifestano in particolari enclaves culturali: la diffusione di omicidi di massa in Nord America, la violenza familiare in Italia, il diffondersi di disturbi di personalità multipla nei Paesi Occidentali accompagnata dalla scomparsa di Reazioni Psicogene Acute.

## **2) Implementare i corsi di formazione in psichiatria culturale a vari livelli**

Come diretta conseguenza di quanto sopra esposto è evidente che nel momento in cui accettiamo che ogni persona, ogni paziente, richiede una valutazione culturale per poter capire più a fondo le sue condizioni mentali al fine di aprirsi così a nuovi e precisi metodi di diagnosi e cura, è fondamentale che le autorità accademiche si rendano conto della necessità di avviare corsi di formazione come materia permanente della specializzazione in Psichiatria o Psicologia clinica. Poiché è acclarato che anche l'incontro medico non psichiatrico comporta problematiche connesse alla cultura (si veda l'esempio delle donne islamiche che non vogliono essere visitate da medici maschi) già esistono in altri paesi come UK brevi corsi di formazione per i medici non psichiatri dei servizi pubblici. Al contrario stentano a partire corsi universitari all'interno della specializzazione in Psichiatria diretti sia a dipanare la complicata matassa del rapporto psichiatrico interculturale (ovvero fra un terapeuta ed un paziente di etnie diverse), sia ad approfondire eventi dinamici intraculturali. Da vari anni la WACP, seguendo le indicazioni di Foulks (1998) ha

portato alla luce la necessità di istituire una formazione a livello universitario. Al III WCCP di Londra, vari autori hanno sottolineato questa necessità specialmente per le prossime generazioni di psichiatri che sicuramente si dovranno confrontare con forme psicopatologiche sempre più miste, complesse e articolate a fattori culturali. Non ci illudiamo. Il fatto che un medico abbia svolto il corso di studi all'estero e soggiornato in paesi diversi o abbia sporadicamente visitato pazienti di altre etnie non offre automaticamente la garanzia che sia un esperto "culturalista". Per acquisire una competenza ed una sensibilità al colloquio psichiatrico interculturale è necessario condurre un training che offra tutto un panorama di conoscenza della materia, cosa ottenibile solo con una precisa formazione.

### **3) Sviluppare le applicazioni cliniche della psichiatria culturale attraverso forme di psicoterapia consapevoli della influenza della cultura.**

Occorre ancora ricordare che la psichiatria culturale non è solo un mero ambito di studio accademico ma un metodo di fare psichiatria che certamente facilita la pratica clinica anche con pazienti della stessa etnia del terapeuta. Allo stesso tempo l'esperienza clinica interculturale è una fonte di arricchimento per le teorie di psichiatria generale e psicologia clinica. Inoltre la pratica clinica attenta ai fattori culturali non offre solo un'esperienza nella psicoterapia o nell'assistenza psichiatrica in generale, ma fornisce un focus atto a approfondire i vari micro e macro fenomeni che sempre circondano a cerchi concentrici il setting dove si svolge l'attività medica (Bartocci 2013a).

**3 A)** Ogni paziente in ogni cultura ha il diritto di usufruire di una psicoterapia attenta alle proprie basi culturali. Ciò è indipendente dall'appartenenza a gruppi minoritari o di immigranti. Questa affermazione si basa sulla ovvia constatazione che ogni persona ha un proprio retroterra culturale ed il suo modo di pensare è influenzato dalla cultura al punto che talune nozioni o modi di espressione accettati in uno specifico ambito culturale risultano *inconcepibili* in altri ambiti. La "biologizzazione" della inconcepibilità di alcuni concetti, credenze o modi comportamentali è stata discussa nel II WCCP di Norcia, che ha titolato il Congresso Cultural Brain and Living Societies (WACP 2009), per sottolineare che l'influenza della cultura sui fenomeni mentali è pari al condizionamento esercitato dagli eventi genetico- biologici secondo il modello evuzionistico del cervello.

### **3 B) Al fine di sviluppare una terapia sensibile ai tratti culturali di un paziente occorre analizzare una molteplicità di aree disciplinari collaterali.**

Nel passato i clinici si occupavano di sottolineare soprattutto le squisitezze diagnostiche occupandosi poco di teorie generali di salute mentale. La psicoanalisi è stata fra i primi movimenti teorici a tentare di formulare una cornice complessiva sull'evoluzione delle emozioni umane. In genere concetti generali sul funzionamento psichico sono spesso ancora considerati filosofici e in contrasto con i criteri della psichiatria biologica sostenuta dalle Case Farmaceutiche e dalle Riviste specializzate favorevoli a questo approccio clinico (Lalli, 2010).

### **3 C) Evidence-based ricerche su psicoterapia non solo occidentale**

Poiché il metodo della “Evidence based” è intrinsecamente corretto per evitare una proliferazione selvaggia e caotica di teorie scientiste e di inverificabili prassi di guarigione, è arrivato il momento per la psichiatria culturale di verificare quanti e quali descrizioni di proprie esperienze nel setting interculturale sono utilizzabili per procedere ad una organizzazione sistematica dei dati e delle opinioni raccolti sino ad ora. Per esempio nel momento in cui valutiamo i metodi tradizionali di trattamenti condotti da nativi in paesi non tecnologizzati, possiamo facilmente estrapolare una notevole efficacia di queste procedure tradizionali di guarigione nei confronti delle psicopatologie minori. Nel momento in cui evitiamo di cadere sia in una sorta di idealizzazione di queste pratiche di guarigione o in una sdegnosa svalutazione perché le procedure di guarigione dei popoli con società considerate tradizionali fanno spesso ricorso ad approcci ove vengono evocate categorie culturali connesse a credenze sul sovrannaturale, noteremo che questi approcci affrontano molti problemi che in occidente richiederebbero centinaia di sedute psicoanalitiche o notevoli dosi di farmaci.

#### **4) Approfondire gli aspetti teorici inerenti l'interazione fra cultura e salute mentale allo scopo di espandere la comprensione sia dei fenomeni universali che specifici legati alla cultura.**

Non può essere negato che le esistenti teorie sulla mente umana , teorie della personalità, inquadramenti della psicopatologia e le conseguenti forme di cura sono state proposte dagli psichiatri occidentali sulla scorta delle loro esperienze con pazienti occidentali. Come dicevamo nel precedente paragrafo molti degli approcci specifici della psichiatria occidentale non sono applicabili ai popoli di altre culture e questo , certamente, non avviene per una intrinseca o presunta inferiorità mentale di questi popoli. Pertanto monitorare i punti di attrito culturale che sono la causa della non applicabilità generale delle teorie psichiatriche occidentali è un compito specifico della Psichiatria Culturale. Ripetiamo che la Psichiatria Culturale non utilizza solo il punto di vista della psichiatria occidentale per attraversare le altre culture collocandole in una gerarchia di valori subalterna alla nostra. Si tratta invece di invitare le psichiatrie locali a soffermarsi sui loro paradigmi diagnostici e terapeutici e confrontarli con quelli di altri paesi. Per esempio abbiamo numerosi psichiatri, occidentali o non occidentali, come FLK Hsu (1973), T. Doi (1962) e Rovera ( 1994) che hanno proposto lo studio dei fenomeni psicopatologici fondamentali presenti in ogni cultura e una opera di verifica dei fattori terapeutici di valore presenti nella loro cultura. Questi fattori qualunque sia il loro peso nei processi di guarigione si stanno modificando nel corso del tempo sotto la spinta della globalizzazione. Non è facile affermare quanto la Occidentalizzazione dei sistemi di cura sia un processo da proporre con “forza” o meno. Non va sottovalutato, inoltre, il fatto che per quanto riguarda la psichiatria occidentale è avvenuto che anche le teorie più accreditate sono cambiate nel corso del tempo. Ad esempio, la teoria dello sviluppo psicosessuale proposta dalla Psicoanalisi ortodossa

ha perso di importanza di fronte alle teorie della Psicologia dell'Io o a quelle della Psicologia Evolutiva.

#### **4 A) Relativismo Culturale delle” psichiatrie”**

Il problema di osservare, separare e poi amalgamare di nuovo le varie teorie sulla etiologia delle sindromi psicopatologiche non è certo nuovo. Prima ancora che la Psichiatria Culturale si affacciasse per esercitare una psichiatria corretta dal punto di vista della Antropologia e Fenomenologia Culturale, ci fu un momento in cui si tentò di unificare i contrasti fra le varie “ psichiatrie “ occidentali. Questo momento si trova nel Primo Congresso Mondiale di Psichiatria (che dette luogo alla fondazione della World Psychiatric Association) tenutosi a Parigi nel 1950 sotto la presidenza di Enry Ey. A quel tempo spiccavano ancora gli studi di psicopatologia generale, prevalentemente franco-tedeschi, infarciti di antropologia fenomenologica e dei tentativi di adattare la Psicoanalisi Freudiana alla psichiatria di Bleuler. Il dibattito fra psicogenesi e biogenesi dei disturbi mentali continuò a lungo, ma una cosa appariva chiara: sin da allora Ey sottolineava un paradosso valido a tutt'oggi: *“ ammettere la psicogenesi pura delle psicosi equivarrebbe a far morire la psichiatria, perché quest'ultima , in quanto discipline medica, non avrebbe più nulla da conoscere, allo stesso modo in cui la messa in luce da parte della psicoanalisi dei meccanismi nevrotici ha sottratto le nevrosi alla neurologia “* (cit. in Garrabè, 2001).

A quanto pare il timore che la Psichiatria Biologica potesse morire sotto la spinta di una prima Antropologia Culturale e della Psichiatria Psicodinamica fu notevole poiché nel Congresso WPA tenutosi a Vienna nel 1980 accadde di ascoltare l'annuncio della morte della psicoanalisi freudiana come metodo di studio e di cura valido a livello interculturale (e qui possiamo essere d'accordo) e al tempo stesso l'annuncio dell'agonia della psicopatologia generale e della fenomenologia ( e qui non siamo d'accordo).

Potremmo dire che attualmente ci troviamo nelle stesse condizioni del primo Congresso Mondiale di Psichiatria tenutosi a Parigi del 1950. Stavolta il dibattito non è più fra psicogenesi e biogenesi. Il dibattito in corso è ammettere quanto e come la psicogenesi culturale dei disturbi mentali si articola e “piega “ quelle che precedentemente venivano ritenute essere dinamiche “in vitro” e cioè indipendenti della influenza esercitata dalla cultura su ogni aspetto esperienziale. Sembrerebbe facile percorrere tale genere di ricerche in quanto la cultura essendo trasversale a tutte le “psichiatrie” sopra citate, non si pone in antitesi con le altre discipline. Nei fatti non è così. Nella ricerca delle forme che prenderà la psichiatria mondiale in un mondo multietnico è indicativo leggere le risposte date al Forum promosso dal presidente della WPA Mario Maj. Con una vena di umorismo il professor Maj ha titolato il forum : *Are Psychiatrists an Endangered Species?* (Sono gli psichiatri una specie in via di estinzione?) (Maj, 2010). Vale la pena sottolineare che gli esimi colleghi che hanno partecipato al Forum hanno risposto in coro che la salvezza dalla estinzione della psichiatria, in vari modi minacciata da un qualunque post moderno di carattere anti-psichiatrico, starebbe nel perfezionamento della

psichiatria biologica e dalle scoperte farmacologiche. Nessuno dei colleghi invitati al Forum ha indicato nella Psichiatria Culturale un possibile riscatto da questa triste profezia. Noi al contrario riteniamo che le innovazioni più importanti per non fare estinguere la “specie della psichiatria” siano proprio nella Psichiatria Culturale.

#### **4 B) Cultural relativism degli stati di coscienza**

Lo studio di una accettabile definizione multiculturale e interdisciplinare del nucleo che funge da motore energetico della vita psichica umana appare uno dei compiti cruciali della Psichiatria Culturale. In questa sede preferiamo offrire una panoramica multiculturale senza immergerci nello studio dell’animo umano secondo teorie specifiche che possono andare dalla teologia alla filosofia o dalla etologia alla teoria freudiana degli istinti. Cercheremo invece di proporre una carrellata degli studi che tengono conto delle innovazioni portate dalla Psicologia Evoluzionistica e dalle Neuroscienze Culturali (Bartocci, 2013b). Le scienze umane antropologia, psichiatria, psicoanalisi e recentemente neuroscienze e psicologia evoluzionistica, hanno recuperato le precedenti definizioni religiose o filosofiche che indicavano con i termini di spirito o anima, aree mondanamente psicologiche quali: Io, Se, Identità, Sé culturale, Sé Etnico o qualora di preferiscano preferite termini neuro scientifici: un insieme di *qualia* mirati alla elaborazione di funzioni che ci permettono di vivere il mondo in cui siamo immersi. Una volta tanto accade che neuroscienze e psichiatria camminino appaiate nel definire il nucleo degli stati “normali” di coscienza che ci permettono di vedere, interpretare e connettersi operativamente con la realtà esterna. La coscienza è consensualmente distinta in *Coscienza Primaria* e *Coscienza Superiore*. La prima attribuita anche agli animali permette di comporre uno scenario mentale dalle percezioni sensoriali, dando adito a rispondere agli stimoli percepiti in quel momento dato. La Coscienza Superiore è caratterizzata da un senso del Sé e dalla capacità nello stato di vigilanza di costruire e connettere autonomamente scenari passati e futuri (Edelman e Tononi 2000). In altri termini il cervello umano è fornito della caratteristica specifica di poter accumulare un notevole numero di sofisticate esperienze e nozioni, cosa che permette alle persone di elaborare pensieri ed immagini presenti e passate anche senza stimoli materiali ed attuali provenienti dall’esterno. Tale possibilità è fondamentale per esercitare una proiezione di se stessi nel futuro. L’essere umano, sciolto dai legacci con il momento presente, è una “macchina” straordinaria in grado di produrre un notevole numero di innovazioni, includendo nella sua creatività non solo l’estro poetico, musicale e la elaborazione di formule matematiche, ecc...ma anche una illimitata “capacità di mentire” a se stesso e agli altri (Edelman, 1993). Secondo questa prospettiva non è necessario che i suoi pensieri siano “corretti”: basta conformarsi al patto che la gente li condivide, come accade quando le credenze culturali seppure poco verificabili siano validate socialmente (Edelman, 1993). Scharfetter (1992) collega non solo i diversi modi di pensare ma la stessa definizione della Coscienza Superiore alla cultura di appartenenza: la coscienza per questo autore altri non è che una consensuale immagine del mondo nel quale una persona vive. Lo stesso autore prosegue sottolineando che tra gli stati della mente considerati normali dalla cultura

occidentale è convalidata una coscienza “superiore, cosmica, divina” collegata spesso a meditazione profonda, estasi religiosa e esperienze “trascendenti” nel corso delle quali prevale una sensazione spirituale. Kleinman (1988) affrontando il tema delle Esperienze Psicofisiologiche va ben oltre il limite di uno stato divino di coscienza limitato nel tempo e traccia un itinerario storico del Sé che, a partire dalle forme sincretiche del Sé pragmatico e sociale dei popoli “tradizionali”, arriva sino allo stato permanente di METASELF caratteristico della società occidentale. Non considerando sufficiente questa definizione Csordas (1994 , 2009) ci invita a considerare la costruzione culturale di un *Sé sacro*. Anche la definizione di Identità, ovvero la concezione individuale della propria posizione del mondo si poggia soprattutto nelle identificazione con molti tratti della propria cultura tra cui predominano i tratti religiosi. Tale tesi fu proposta da Tseng (2001) quando collega strettamente il termine Etnicità alla condivisione non solo di un comune retroterra storico, ma pure al retroterra religioso.

#### **4 C) Analizzare ciò che è universale e quanto è “culture-specific”**

E’ arrivato il momento per i clinici e non solo per gli studiosi di Teorie della Mente di prendere posizione e distinguere quanto è universale e quanto è “culture-specific” nella “costruzione” delle funzioni psichiche. Per dare un esempio più particolare vediamo che il conflitto generazionale tra genitori e figli può essere in varie misure universale, mentre il Complesso di Edipo come descritto nella prima Psicoanalisi poggiandosi sulla mitologia greca, non è necessariamente universale. Abbiamo visto che in altre società sono presenti altri tipi di relazioni con gli adulti significativi presenti nel gruppo parentale, figure che possono essere coinvolte nei conflitti generazionali in modo diverso rispetto a quanto accade per la famiglia nucleare occidentale, cosicchè ci possono essere differenti versioni per analizzare e risolvere tali tipi di conflitti. Il punto di vista che la dipendenza è sempre un segno di immaturità come prospettato in Occidente non è tale in altre culture. Abbiamo più volte indicato che una dipendenza reciproca è non solo ben accetta ma è vista come un nucleo fondante della personalità, almeno nella descrizione della personalità in Giappone. Anche gli Articoli di fede non sono universali e pertanto non credere al Dio unico dei monoteisti non è più indice di arretratezza culturale o di eresia.

E’ diventato necessario esaminare lo sviluppo della personalità in relazione a influenze culture-specific, in ogni stadio di sviluppo. Occorrono linee guida per approfondire le variazioni culturali dei meccanismi di difesa utilizzati nelle diverse società, analizzare i dinamismi terapeutici utilizzati in varie forme di “guarigione” per arrivare infine proprio a toccare con mano quali siano i criteri che definiscono la rilevanza clinica e il concetto di sanità/malattia.

#### **5) Consolidare e organizzare metodi di studio per costruire un solido filone di discipline applicate, in particolare in tema di sistemi di credenze culturali e schizofrenia.**

Come espresso precedentemente al fine di consolidare la Psichiatria Culturale come una disciplina indipendente, occorre raccogliere e diffondere non solo le esperienze teoriche e cliniche che sono state già condotte secondo i metodi attualmente in uso, ma anche quelle ricerche sul campo condotte con metodi di osservazione fenomenico-culturale. A III WCCP Londra Littlewood (2012) ha presentato una relazione congetturando che la ipotesi di Seligman su una probabile bassa incidenza di schizofrenia nei popoli tradizionali prima della colonizzazione Occidentale non sia stata infondata. Al momento attuale, data la pervasività della cultura occidentale in ogni contesto geografico, è praticamente impossibile verificare l'incidenza della schizofrenia in quelle popolazioni che in epoca pre-coloniale sembravano non presentare sindromi schizofreniche.

**5A) Esempificazione: Prima della schizofrenia: Reazioni Psicogene Acute (Bartocci, 2004).**

Prima che la nozione di schizofrenia si radicesse con gli studi Bleuler nella nosografia psichiatrica riassumendo con un'unica terminologia le varie sindromi connesse ad una perdita del senso del Sé nonché ai sintomi positivi ed a quelli negativi, sino alla spaltung, esisteva tutto un "corteo di forme di follia" che mal si collocano entro la definizione con cui oggi vengono etichettate le "psicosi".

Tra le popolazioni illetterate dell' Africa sub sahariana, la follia era per lo più caratterizzata da un improvviso scoppio di manifestazioni psicosensoriali, grossolane, dirette verso l'esterno, di tipo oniroide, accompagnate da una florida serie di fantasticherie il più spesso a contenuto sovrannaturale. Queste manifestazioni eclatanti ma non pericolose per sé o gli altri erano di breve durata seguite da una completa "restituito ad integrum" in pochi giorni, sia per via spontanea o attraverso un breve trattamento da guaritori locali. Tutte queste fiammanti espressioni considerate patologiche dalla stessa cultura dove apparivano, sono state riportate in dettaglio da Lambo (1965), famoso psichiatra Nigeriano che assunse l'incarico di presidente OMS. Egli fu tra i più decisi a sottolineare queste sindromi : " L'insieme di sintomi che abbiamo osservato consisteva in uno stato di ansietà (pseudo amok) , depressione nevrotica, vaghi sintomi ipocondriaci, episodici stati crepuscolari o confusivi, depersonalizzazione atipica, labilità emotiva e una falsificazione retrospettiva di esperienze allucinatorie". Altri autori hanno usato differenti etichettature per descrivere questa sindrome: Onirismo terrificante (Aubin, Collomb), ansietà agitata (Wittokower), confusione agitata ( Carothers), stato confusionale pseudo-psicotico (Lambo), stato confusionale acuto (Smartt), espungendo chiaramente queste sindromi dalla etichetta di schizofrenia.

Approfondendo l'analisi delle cause di questi sintomi Lambo (1965) sottolinea due aspetti che meritano di essere approfonditi: A) "La funzione psicodinamica della confusione mentale sembra essere difensiva...l'avvio di un meccanismo mentale a cui chiaramente questi soggetti ricorrono per prevenire una definitiva rottura con la realtà ." B) "Spesso i contenuti deliranti di questi pazienti ricadono entro la cornice del sovrannaturale, ma mancano della tenacità e incoercibilità che si reperiscono invece in deliri di questo tipo presso le popolazioni occidentalizzate."

Entrambi queste considerazioni confermano che queste sindromi confusionali non sono comparabili con i percorsi, quali la scissione del Sé, tipici delle sindromi dissociative. La confusione va vista piuttosto come un tentativo abortito di *mantenere* il rapporto con il mondo esterno e non fuggire o negarlo come invece accade allorché si mettano in atto quelle dinamiche di distacco tipiche delle forme psicotiche. Il secondo commento sulla mancanza di cronicità delle idee deliroidee e delle allucinazioni obiettivamente nella fase acuta, è stato collegato a concezioni sincretiche del sovrannaturale ben diverse da quelle profuse dall'Occidente monoteista in cui assistiamo ad una dislocazione del locus of control nel dio invisibile.

Tseng (2001) si domanda: "Perché la psichiatria Americana ignora questi tipi di disturbi mentali e si rifiuta di includere questa categoria diagnostica nel proprio sistema nosografico?".

### **5B) Schizofrenia in Occidente: perché la tendenza a mantenere la categoria del mistero?**

Garrabè (2001) denuncia che la immutabilità dell'etichetta della schizofrenia è in contrasto con l'evidenza della metamorfosi di tutti i disturbi psichiatrici che sono considerati "mortal", nel senso che la loro vita, come descritta nei trattati di psichiatria, raramente va oltre un secolo, anche se sintomi simili riappaiono nei secoli successivi con forme dissimili o sotto differenti etichettature.

La schizofrenia, dice Garrabè, è destinata a rimanere tale sino a che innovazioni nella psichiatria gli toglieranno l'aura di mistero che la circonda.

Tra coloro i quali si oppongono al mistero della schizofrenia emerge Jenkins (2004). Questo Autore, per comprendere meglio la presunta staticità della schizofrenia, propone di sottoporre questa sindrome ad una analisi basata su paradigmi culturali considerando "La schizofrenia come un esempio paradigmatico per capire i processi fondamentali dell'essere umano".

Lo studio della schizofrenicità come un modo di essere al mondo, si configura come un ponte conoscitivo fra la medicina, la morale, l'economia e la politica nel senso che l'esperienza soggettiva definita come schizofrenica non è totalmente dislocata rispetto alle altre esperienze "normali". In altri termini Jenkins percorre il metodo di partire dallo studio delle condizioni psichiche abnormi per arrivare ad una comprensione delle funzioni del Sé, delle emozioni, dei modi di utilizzare il sociale per trovare le nicchie esistenziali che permettano una sopravvivenza del proprio modo di pensare. Il punto fondamentale secondo Jenkins, riportato nella introduzione al libro, è considerare la schizofrenia non come una malattia a sé tante ma come un numero di disordini classificati entro una sola rubrica ove "le origini della eterogeneità delle presentazioni dei sintomi possono essere sia biologiche che culturali". Questa affermazione è stata sviluppata da Obeyesekere (in Jenkins, 2004) quando sottolinea che "le forme simboliche dell'esistenza in un contesto culturale sono continuamente create e rimaneggiate dalle menti delle persone.". Per esempio, la persona tendente a strutturare atteggiamenti schizofreniformi può

utilizzare risorse culturali per offuscare e nascondere le proprie esperienze dal confronto con quelle di altre persone, creando così barriere artificialmente costruite che gli servono per mantenere una distanza da relazioni troppo impegnative. Vedi gli stiliti, l'eremitaggio o, al contrario, l'atteggiamento maniaco del sessuomane.

**6) Sviluppare l'uso di prassi epistemologiche per verificare i metodi di studio in psichiatria. In particolare verificare l'influenza della cultura negli stati dissociativi.**

Questo paragrafo tratta aspetti che nel passato sono stati raramente discussi nella loro relazione con la cultura. Al contrario siamo convinti sia cruciale iniziare una attenta discussione e elaborazione sulla specificità dei metodi utilizzabili dalla psichiatria culturale per approfondire lo studio di molte sindromi tanto diffuse quanto poco chiare (Littlewood, 2002).

**6 A) Cercare sempre di utilizzare una osservazione diretta dei fenomeni , al di là della letteratura già esistente.**

Ripercorrendo la letteratura psichiatrica esistente possiamo renderci facilmente conto che spesso i dati e i risultati riguardanti altre popolazioni sono basati su informazioni ottenute indirettamente o addirittura da non professionisti senza una osservazione diretta. Prendiamo per esempio una cosiddetta culture-bound syndrome, la psicosi *windigo*. La descrizione del windigo fu effettuata da un missionario che mise sotto osservazione una donna nativa del Polo Artico determinata a non voler parlare con alcuno che non appartenesse alla sua famiglia perché, diceva, che gli stranieri le apparivano come animali selvaggi e che per difendersi si sarebbe anche uccisa. Da ciò come una valanga di neve discese una serie di interpretazioni erranee tra gli psichiatri. La diagnosi e la classificazione del windigo come una psicosi di divorare carne umana fu formulata senza la diretta osservazione di un solo caso ma su frammentarie informazioni raccolte qua e là. Su questa linea anche Kidson (1990) riferisce della cecità delle ricerche su Aborigeni Australiani specialmente nel travisare la loro concezione del mondo basata sul dreamtime descritta come primitiva e mancante di ogni forma di etica religiosa.

Molti scienziati comportamentisti e anche quel tipo di autoreferenziale esperto in psichiatria culturale che non ha mai esercitato una pratica clinica, si sono sempre basati sui report di altri formulando diagnosi spesso risibili ( per esempio etichettare Koro come una depersonalizzazione) arrivando persino a unificare differenti comportamenti abnormi entro una entità valevole per tutti i casi- per esempio: l'isteria artica degli eskimesi in Alaska, la reazione *latah* in Malesia e le cosiddette *windigo* psicosi (tutte catalogate come isteropsicosi). L'esempio più evidente è considerare come un disturbo mentale un comportamento Latah, accettato come del tutto normale anche dalla psichiatria forense. Il Latah è una reazione improvvisa da stimolo inaspettato caratterizzato tra l'altro da estensione delle braccia in avanti, contrazione dei muscoli toracici e delle braccia. Ebbene accadde che in Malesia in

seguito a stimolo improvviso nei confronti di un macellaio, questi ebbe la reazione Latah ed estendendo le braccia uccise l'uomo che gli stava di fronte. Ebbene la corte penale giudicò colpevole colui il quale innescò la reazione Latah e non il macellaio! Nel momento in cui facciamo l'operazione inversa e spostiamo il fuoco della attenzione ai diversi comportamenti in Occidente va tenuto presente un fatto realmente accaduto: un delitto commesso da un paziente di cui si sapeva la psicosi dopo una procedura solenne di esorcismo. L'atto delittuoso può essere attribuito solo alle condizioni del paziente o ad una stimolazione impropria? (Bartocci ed Eligi, 2008)

La inveterata modalità di giudicare da una sola angolatura etnocentrica i diversi modi di pensare ed i comportamenti ad essi associati rispetto quelli a cui è abituato "con il latte materno", dovrebbe essere ridotta al minimo e sostituita da un continuo confronto culturale e transculturale (Augias, 2013). Un approccio elastico al mondo degli altri, ovvero il "riduzionismo etico" di valori, non riguarda solo la clinica psichiatrica ma si sta dimostrando come una delle cause di fanatici spargimenti di sangue. Sembra paradossale che non si approfondisca questa area di studi, tanto più che, per esempio, durante la Seconda Guerra Mondiale si determinarono le condizioni di studiare, a fini militari, la personalità dei Giapponesi. Nonostante gli antropologi culturali abbiano adoperato dati ottenuti da altri informatori, riuscirono a condurre uno studio valido e di successo. Occorre ricordare che questa poderosa ricerca fu finanziata da enti governativi e sviluppata con molta cautela grazie alla selezione di una enorme numero di dati inclusi quelli della osservazione diretta dei militari giapponesi prigionieri. In contrasto con questi studi che hanno goduto l'appoggio di poderose istituzioni, nel nostro "microcosmo" clinico, ci sono numerosi studi "turistici" di psichiatri che hanno visitato un paese straniero per un paio di settimane e al ritorno producono all'istante una relazione sullo stato della psichiatria in quella nazione. Anche gli psichiatri culturali, quando svolgono ricerche sul campo presso altre popolazioni, spesso si basano sulla loro esperienza da outsider, vengono respinti o attratti inesorabilmente dalla conferma o sconfirma della propria identità, sino a che esercitano il loro frastornamento nel tentativo di elaborare una nuova diagnosi di disturbi mentali che sono stati diagnosticati dai colleghi locali ben esperti, stravolgendo dal di fuori i significati di queste sindromi.

#### **6 B) Avviare ricerche su scala mondiale che siano verificate e validate da un metodo che vada al di là della comparazione biculturale**

Molte ricerche in passato sono state avviate e svolte senza una attenta considerazione in termini culturali del campione selezionato e solo a posteriori ci si ricorda di usare i dati raccolti per affermare la presenza o meno della influenza culturale verso i fenomeni studiati. Occorre invece considerare preventivamente il grado e la natura delle differenze culturali tra i soggetti scelti per la comparazione culturale. Per esempio uno studio rivolto a misurare l'impatto della cultura sulle relazioni maritali non sarà così fruttuoso se la comparazione è fatta fra famiglie cinesi e giapponesi o tra famiglie inglesi ed americane. Sarebbe meglio scegliere

famiglie asiatiche e mussulmane in quanto ognuna di queste ha criteri familiari e tratti culturali specifici la cui conoscenza può portare a risultati sorprendenti.

Un altro aspetto metodologico che può portare solo risultati parziali è quello di selezionare alcuni gruppi sociali che hanno radicali differenze solo a livello di dati demografici. Ciò non aiuta necessariamente a sciogliere il quesito inerente l'influenza dei fattori culturali, universali o specifici, sul fenomeno psicopatologico. Un esempio: generalmente la psichiatria sino a pochi anni fa riteneva che i maschi avessero una percentuale di suicidi più alta delle donne (il contrario è vero solo per i tentativi di suicidio). Nel momento in cui il livello di suicidi è esaminato su scala mondiale si potrà trovare che questo dato non è così inequivocabile, infatti in Cina la percentuale dei suicidi nelle donne è molto più alta che non nei maschi. Un dato che rimane sterile se non viene investigato con cura da un approccio di psichiatria dinamica culturale.

### **6 C) Rinforzare la collaborazione con altre discipline scientifiche tra cui le neuroscienze**

Considerando che la psichiatria culturale ha diverse radici tra cui le scienze sociali, le scienze del comportamento e sporadici sprazzi investigativi tentati dai cultori della psicoanalisi, è opportuno che si mantenga una collaborazione con queste discipline oltre a quelle più tradizionali quali l' antropologia e la psichiatria comparativa. Negli ultimi anni le neuroscienze hanno sottolineato che la plasmabilità del cervello avviene per influenza esperienziale la quale a sua volta è soggetta all' influenza della cultura. Si sono creati in USA Dipartimenti di Neuroscienze Culturali con il compito di approfondire i nessi che legano le funzioni cerebrali con l'influenza di specifici fattori culturali. Al II WCCP in Italia De Luca (2009) ha organizzato un intero Simposio su questi temi.

### **6 C 1) Neuroscienze e psichiatria culturale dinamica: dalla intuizione di dualità alla tendenza culturale a mantenere la dissociazione**

Come sottolineato precedentemente la psichiatria culturale è chiamata ad intervenire e chiarire quali fenomeni psichici abbiano carattere universale o siano specifici di alcune enclaves culturali e che solo successivamente acquistano una diffusione geografica per essere stati esportati all'esterno.

Nel momento in cui ci accingiamo a trovare nel vasto contenitore biopsicoculturale quali fattori universali hanno dato luogo a quelle sofisticate operazioni mentali che hanno portato l'homo sapiens a conquistare la coscienza superiore e con essa il modo di affrontare gli stimoli provenienti dall'esterno, ecco che troviamo nella specie umana molte funzioni specifiche. Difficile scegliere a quale dirigere la nostra attenzione. Tra le funzioni più complesse vogliamo sottolineare come esempio di sinergia fra neuroscienze e cultura: l' INTUIZIONE DI DUALITA'. Edelman (1993) ritiene che l'essere umano sia dotato di un meccanismo, ben tarato nel tempo per via evolutivista, in grado di mediare al meglio la nostra relazione con

il mondo esterno. Edelman (1993) sottolinea come caratteristica essenziale della intuizione di dualità la capacità di saper Vedere AL DI LA' delle proprie azioni , dei propri pensieri, in altri termini letteralmente: “la capacità di vedere le proprie azioni, pensieri dall'esterno grazie al favorevole osservatorio di un Sé costruito e convalidato per via sociale ”. Arieti (1976) aveva già definito questa funzione nei seguenti termini: “ grazie all'uso di questa funzione dissociativa una persona creativa può parzialmente distaccarsi (*decathect*) dagli oggetti esterni.. e reinvestire nel simbolo (*hypercathect*) la rappresentazione di ciò che ora è completamente assente”.

La domanda da porci a questo momento è la seguente: può un uso eccessivo della decathecting funzione portare effetti non solo patoplastici nelle costruzione di sindromi cliniche? Quale influenza ha la cultura nello spostare la potenziale creatività del decathect in direzioni ambigue? Come l'influenza della cultura plasma il complesso apparato neurale in continuo processo di riorganizzazione? Noi crediamo che l'alleanza fra psichiatria culturale e neuroscienze permetterà di approfondire come reagisce la rete neurale ad un mondo “esterno” che è sempre più costruito in simboli richiedenti l'uso continuo di alti livelli di astrazione, i quali rendono sempre più accidentato il percorso che permette di raggiungere quell'evidenza naturale (o meglio ancora quella naturalità dell'evidenza) nel rapporto col mondo esterno, con sé e con l'Altro, ch'è così indispensabile all'esistenza umana non psicotica (Blankenburg 1998; Tatossian 2003). A nostro avviso l'uomo moderno si sta confrontando con una nuova e disorientante situazione caratterizzata da *dissonanza culturale*, ovvero una situazione per cui si rende simultaneamente necessario confrontarsi con ciò che ci viene richiesto da dogmi culturali inverificabili, provenienti sia dal mercato economico, leggi teologiche, articoli di fede, e con ciò che viene richiesto dal rapporto con i ”bruti fatti materiali della vita quotidiana” (Crick, 2003). Rifacendosi a Devereux (1939) che indicò il disorientamento come la causa prima dell'incremento della schizofrenia in occidente, possiamo affermare che il disorientamento si produce di fronte alla complessità culturale, perché è sempre più difficile orientarsi in una foresta sovrabbondante di simboli. Ai giorni d'oggi appare necessario fornirsi di una struttura mentale in grado di evitare il contatto con la realtà materiale per privilegiare quella simbolica, fittizia. Appare sempre più difficile di trovare una consistenza, una coerenza palpabile tra gruppi di stimoli esterni che siano compatibili con i livelli di realtà proposta dalla natura (o da teorie basate su paradigmi scientifici) e i livelli con cui viene rappresentata una realtà non ordinaria. In altre parole sta diventando necessario ribaltare continuamente i livelli di coscienza per poter agganciarsi ai livelli di non ordinaria realtà ( fantasmatica, miracolistica, taumaturgica, New Age bioenergetica, UFO che abducono persone per inseminarle etc ), quasi che quest'ultima fosse diventata la realtà ordinaria. La mente è costretta ad adoperare un codice binario di relazione che forza il soggetto a variare continuamente l'assetto mentale per rapportarsi ad un esterno ove i simboli sono diventati “realta”. L'uso di questo DOPPIO REGISTRO (Bartocci e Dein, 2005) relazionale è sostenuto, nel caso che preferiate la terminologia della psicoanalisi o quella della psicologia cognitiva, da specifiche dinamiche quali

*Annullamento, negazione* della realtà ordinaria o da meccanismi psichici atavici quali *attaccamento e distacco* come suggerito da Bowlby.

L'uso del doppio registro oltre che da dinamiche specie-specifiche viene sorretto e stimolato da un "gioco" culturale diretto a ridare continuamente le carte dell'orientamento del sé. Seguendo il focus dell'influenza culturale nei confronti dell'orientamento di fronte a fenomeni cultural-specific siamo propensi a riconcettualizzare la nozione convenzionale di dissociazione: Dissociazione non appare solo una dinamica reattiva per evitare di sperimentare un trauma pericoloso per il sé, ma come un meccanismo messo a punto per via culturale che permette alle persone di distanziarsi dal passaggio degli eventi quel tanto da non esserne coinvolti.

Sotto questa angolatura epistemologica il termine dissociazione non viene ad indicare quella reazione inconscia a un evento traumatico che porta ad una condizione di divaricazione della coscienza, ma un'attitudine all'EVITAMENTO sviluppata nel tempo che alla fine permette al soggetto di far passare oltre il proprio filtro biopsicoculturale eventi "sgraditi" per far, invece, condividere solo quei simboli, credenze o comportamenti che sono stati già visti, accettati, tesaurizzati nel proprio memplex (categorie di oggetti culturali) (Dawkins, 2006; Blackmore, 1999). Cosa può accadere se il nostro memplex dimenticasse per sempre la solidarietà, la vicinanza verso colui che ha fallito l'orientamento esistenziale?

### **7) Promuovere la salute mentale in una ottica multiculturale senza restringere l'azione alla sola comparazione dei disturbi mentali.**

La psichiatria come scienza applicata alla clinica ha sempre messo sotto al proprio microscopio soprattutto la salute mentale "negativa", ovvero la psicopatologia evidente, tralasciando la prevenzione e la proposizione di una salute mentale "positiva". In alcuni Paesi, per esempio l'Italia, negli anni '70 si è assistito ad un fertile movimento di de-istituzionalizzazione dei manicomi accompagnato da una grande attenzione alla prevenzione dei disturbi mentali. Mentre alcune volte la psichiatria sociale al fine di destrutturare il peso dello stigma psichiatrico ha preso forme di "antipsichiatria", la psichiatria culturale, pur tenendo presente l'ottica della psichiatria sociale, da questa si è differenziata per aver sempre conservato rigorose radici teoriche atte a formulare diagnosi differenziali dei sintomi psicopatologici. Vogliamo con ciò sottolineare che l'identità storica della Psichiatria Culturale ha permesso di trascrivere all'interno del suo statuto epistemologico sia l'obiettivo di sviluppare linee guida per favorire diagnosi corrette compatibili ai diversi tracciati culturali di ogni singola persona, che promuovere un benessere mentale generico articolato ad una conoscenza dei fenomeni mentali così come vengono influenzati dall'ambiente in cui una persona è nata e vive.

Per esempio per condurre una corretta psicoterapia il terapeuta (e nel migliore dei casi il paziente) dovrebbero avere una idea orientativa su cosa è il benessere

psichico per quel contesto culturale. E' stupefacente, a volte, rendersi conto come la nozione di benessere sia spesso mal definita sia a livello medico che culturale nel suo complesso. Sempre più frequentemente la psichiatria generale si è fatta dogmatica quando ha preso la scorciatoia di dichiarare norma di benessere mentale l'accettazione delle regole culturali prevalenti in quel momento storico. Prince (1970, 1979, 1982) è stato fra i pochi a schierarsi con decisione contro tale criterio di norma citando come esempio estremo la situazione per cui in taluni Paesi Europei la persecuzione degli appartenenti alla religione ebraica fosse del tutto "normale".

A livello di contratto terapeuta-paziente è opportuno spendere del tempo per concordare una specie di consenso informato che funga da base condivisa su cui orientare gli sforzi comuni dell'incontro psicoterapeutico. E' questo un compito troppo grande per essere affidato solo alle diade terapeuta-paziente. La psichiatria culturale può essere di grande aiuto per elaborare nelle grandi linee il fine della psicoterapia sia in una ottica universalistica che locale-relativistica. Per esempio il concetto di Norma psichica ha subito ormai in seguito alla globalizzazione delle culture un ammorbidimento che preferisce usare termini quali: personalità matura soggetta a variazioni culturali. Il concetto di salute mentale positiva è stato affrontato da numerose angolature e definizioni che decostruiscono i criteri della norma ideale, della norma naturale o della alla norma statistica. Rovera (2011) preferisce parlare di un ORIENTAMENTO DI VALORI costruito nel tempo senza incappare nella devozione a categorie preformate. Non vi è dubbio che questa area necessita di approfondimento in futuro.

### **8) Porre la massima attenzione agli aspetti filosofici e religiosi delle concezioni del mondo correlandoli alle forme di terapia da adottare.**

*“ Al momento attuale gli operatori di salute mentale raramente accettano l'importanza dei fattori culturali nella psicoterapia.... Immaginate per esempio una psicoterapia con una donna spagnola che riferisce di aver 'perso l'anima' o donna nativa americana che è stata catturata dalla influenza del suo spirito o una paziente irlandese convinto di aver commesso qualche atto non approvato dalla chiesa cattolica. Ogni contenuto psicologico che ha a che fare con il sovrannaturale o con la religione tende ad essere evitato da ogni terapia moderna....”* Tseng (Tseng e Streltzer, 2005).

La psichiatria transculturale e culturale, al contrario, si sono sempre occupate di questi temi (Favazza, 2012). Quest'ultimo, nel pre-congresso a St Paul Cathedral presieduto da Bartocci ha presentato un lecture dal titolo: E' la tesi che la religione ha sempre un impatto benefico sulla salute mentale completamente vero? La pietra gettata nello stagno ha ricevuto solo interessi momentanei.

Studi in tema di psichiatria culturale e religione sono importantissimi poiché non si può ignorare che le credenze religiose, l'inveramento della fede all'esterno sono attualmente il costituente della vita intima di tutti i giorni di ogni persona, in altri

termini dell'identità di una persona. Questi temi saranno affrontati in una speciale sessione pre-congressuale al IV WCCP in Messico ([www.4wacpcongress.org](http://www.4wacpcongress.org)).

Il tema è più ampio di quanto possa apparire. Nelle popolazioni tecnicizzate dell'occidente oltre alla concezione canonica della divinità (Freeman, 2005) espresse dalle Chiese istituzionali, si va diffondendo una nozione scienziata della spiritualità che spesso appare più confusiva delle prime. Gruppi settari quali scientology o quelli millenaristi o quelli devoti ad una non meglio specificata bioenergia, per non parlare della facilità con cui gruppi sempre più numerosi credono all'intervento di extraterrestri forniti di livelli spirituali più elevati di quelli della terra, stanno infiltrandosi senza verifica nell'immaginario collettivo.

Particolare attenzione va posta nel proporre metodi di studio che siano rispettosi dei sentimenti religiosi senza però perdere la specificità del metodo scientifico. A questo proposito va sottolineata la necessità di mantenere lo "studio psicologico della religione" (James, 1958) senza confonderlo con la "psicologia religiosa", quest'ultima basata sugli stessi codici valoriali espressi dagli articoli di Fede. Al contrario vanno continuati studi precisi sia a livello di neuroscienze (Bartocci 2010, 2011) che quelli di psicologia sperimentali (Kholes 2007, 2011; Giordano, 2008) mirati a approfondire il passaggio fra tecniche di trascendenza "positive" e quelle "negative". Le prime possono avere un risvolto aggregante in quanto uniscono le persone intorno credenze accettabili condivise mentre le seconde portano ad un progressivo distacco dal mondo ed ad una PERDITA DELL'IO.

Tseng sottolinea che ovunque gli insegnamenti religiosi e le teorie filosofiche si embricano in vari modi con le forme di pensiero tradizionale diventando il nucleo gerarchico di ogni cultura e di ogni sistema di credenze. In alcuni paesi quali quelli musulmani i dettami religiosi orientano il comportamento generico ed anche quello medico. In Italia pur mantenendosi una separazione fra medicina e indicazioni religiose si assiste ad un revival di Taumaturgia (Bartocci, 2008) e gruppi di preghiera. Ricordiamo che queste situazioni furono affrontate sin dal 1989 e 1992 con due congressi internazionali: Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico (1990) e Psicopatologia Cultura e Dimensione del Sacro (1994) i cui atti sono stati pubblicati rispettivamente da Liguori e dalle Edizioni Universitarie Romane.

#### **8 A) Contribuire ad una mediazione interreligiosa, accettando e facilitando lo scambio di relazioni tra persone di differenti credi religiosi.**

E'innegabile che esistono ancora alti livelli di incomprensione, preconcetti e persino ostilità fra persone appartenenti a diversi credi religiosi. Questa turbolenza nei rapporti interreligiosi spesso si sovrappone a pregiudizi riguardanti differenze etniche e razziali determinando un aumento di sentimenti negativi e comportamenti aggressivi tra l'uno e l'altro. Uno dei compiti della psichiatria culturale è proprio quello di occuparsi delle barriere relazionali associate alla cultura al fine di spianare la strada per una reciproca comprensione tra persone di differente estrazione etnica e religiosa. Questo compito potrà sembrare un obiettivo troppo grande per la psichiatria culturale, ma la neutralità della psichiatria culturale può dare grandi

contributi in futuro a questi problemi specialmente in un momento come questo in cui il papato di Francesco I appare determinato a trovare punti di convergenza fra differenti visioni del mondo.

**9) Stringere alleanza con lo status epistemologico della psichiatria sociale per arrivare a una sintesi nello studio dell'intero contesto socio-culturale.**

Sino ad ora la sovrapposizione delle due aree epistemologiche competenti rispettivamente alla psichiatria culturale ed alla psichiatria sociale esplicitata dall'uso del termine riassuntivo *socio-culturale*, ha impedito una distinzione fra le due discipline, esattamente come un tempo la psichiatria non era distinta dalla neurologia. I primi passi della Psichiatria Transculturale come quelli della Psichiatria Sociale, entrambe discipline afferenti alla psichiatria generale, sono stati in passato separati dagli addetti ai lavori. Per esempio il termine etnopsichiatria ha impedito alla psichiatria sociale di affratellarsi alla psichiatria culturale relegando quest'ultima solo allo studio di pazienti di razza diversa da quella bianca. In questo momento storico in cui la psichiatria culturale viene riconosciuta come una disciplina scientifica indipendente e con autonomi obiettivi, aree di azione e metodi epistemologici, è possibile e auspicabile favorire una cooperazione con la psichiatria sociale. Lo scopo della psichiatria sociale è spesso stato simile a quello della psichiatria culturale non solo nella gestione dei manicomi e nell'organizzazione di servizi, ma nello stabilire nessi conoscitivi con le strutture socio-culturali, le politiche della salute, la promozione di interventi culturalmente sensibili. Per approfondire la differenza fra psichiatria sociale e psichiatria culturale prendiamo come esempio la regola di poter avere solo un figlio in Cina. Questa è una regola sociale, basata su dati demografici ed economici, che in Cina non è ancora diventata cultura nel senso che la legge del figlio unico non viene reputato dalla popolazione cinese un tratto distintivo della loro cultura, come, al contrario, potrebbe essere l'uso del chador per le donne nella cultura islamica.

Come da un punto di vista storico la psichiatria sociale ha trovato radici nello studio dei cambiamenti dello stile di vita conseguenti alla industrializzazione e al clima creatosi appena prima e dopo la I guerra mondiale, così la psichiatria culturale indaga i cambiamenti dello stile di vita in un mondo globalizzato da migrazioni e strumenti telematici. Come sottolineato da uno dei pionieri della psichiatria sociale (Leighton, 1957), uno degli scopi condivisi non è solo lo studio degli effetti della situazione sociale nei confronti dei disturbi mentali ma, viceversa, come la società reagisce al variare dei disturbi mentali. E' chiaro che le basi teoriche delle due discipline rappresentano le due facce della stessa medaglia occupandosi dell'impasto socio culturale piuttosto che esclusivamente degli aspetti biologici della psichiatria. La psichiatria culturale mantiene una connotazione che smussa la divaricazione epistemologica fra psichiatria biologica e psichiatria sociale. Non a caso i dipartimenti universitari negli USA che considerano l'influenza della cultura nella plasmazione del cervello fisico hanno preso il nome di Neuroscienze Culturali.

## **10) Indirizzare l'attività della PC per facilitare i notevoli cambiamenti socio-culturali in atto in quasi tutto il mondo.**

Tutte le società nel mondo stanno affrontando rapidi e significativi cambiamenti. La possibilità di comunicare con mezzi telematici, la facilità nei viaggi, la rapidità con cui si scambiano per via tecnologica le immagini delle rappresentazioni delle rispettive popolazioni si sovrappone agli effetti pragmatici dei movimenti migratori di massa. Sotto questo punto di vista anche la definizione di gruppi minoritari non dipende solo dal numero di cittadini di quella etnia (in alcune regioni degli USA i gruppi minoritari sono quelli di razza bianca), ma anche dalla capacità di gruppi di persone ad affacciarsi e rendersi visibili sullo scenario mondiale magari utilizzando il WEB, diventando "maggioritari" come forza di influenzamento culturale su scala mondiale. Per quanto riguarda lo studio dei disturbi psichiatrici accade che questi tendano ad essere ingigantiti ed ipostatizzati dalle politiche mediche, poco accorte allo studio di quella area epistemologica dedicata a quella che abbiamo chiamato la salute mentale "positiva", un'area che rimane estranea alle ricerche finanziate da talune Università e dalla gran parte delle Case Farmaceutiche. Promuovere la salute mentale senza ricorrere a slogan biomedici o alla devozione ad articoli di fede religiosa, rimane un difficile problema da risolvere.

## **11) Prevenire e smussare i conflitti inter-etnici, inter-razziali, inter-culturali ed inter-professioni di fede in rapido aumento a livello mondiale come causa di terrorismo, genocidi, guerre.**

Il Dirty War Index è uno strumento messo a punto per identificare percentuali di atti proibiti inflitti alla popolazione durante una guerra (morti dei civili, stragi di bambini, torture, stupri etc) (Hicks, 2012). Sebbene questi aspetti orribili siano stati presenti nelle precedenti guerre si è scoperto che ciò accade con notevole intensità anche nel cosiddetto mondo civile attuale. Molti possono essere i fattori che stanno dietro queste aggressioni ingiustificate: fattori economici, geopolitici ma spesso sono collegati anche a differenze culturali quali percezione del ruolo della donna, negazione dei diritti dell'infanzia o al permanere di preconcetti razziali o religiosi. Gli psichiatri culturali si sono occupati di analizzare e cercare di rendere inattivi quei fattori che possono esacerbare i concomitanti dei conflitti bellici. E' importante sottolineare che la Psichiatria Culturale non si occupa solo di smussare le tensioni fra aree di chiara competenza culturale, quali matrimoni misti, acculturazione di immigranti, pianificazione di scolarità, etc ma, ancora una volta sottolineiamo la necessità di utilizzare l'esperienza degli "scholars culturali" per analizzare i problemi collegati a pregiudizi e stigma (Edgar, 2008).

Certamente tali problematiche non possono essere risolte da clinici ma, come dicevamo, una sinergia fra discipline sociali e culturali può facilitare un processo di studi condotti a livello internazionale che smussi tali asperità. Questo può essere considerato come il compito più delicato della Psichiatria Culturale proprio perché

questa disciplina potrebbe assumersi il compito di osservare le diverse forme prese dai riduzionismi delle credenze culturali che incanalano in istituzioni integraliste autoreferenziali il diritto di gestire tutti gli aspetti delle concezioni del mondo.

L' area di studi chiamata da Kohls (2007) "il lato oscuro della religione" sta meritando in questi ultimi tempi un notevole interesse da parte non solo di approcci antropologici e psicologici ma è afferita necessariamente entro il campo di azione di numerose Fondazioni e Agenzie internazionali impegnate a mantenere saldi i confini della religione impedendo che questa venga utilizzata come "arma culturale" contro la sicurezza delle nazioni (Huntington, 1996). Come M. Al-Rasheed & M. Shterin (2013) sottolineano è importante che le discipline psichiatriche diano significato ai percorsi psichici per cui un numero sempre più consistente di persone usi registri e articoli di fede contro una pacifica globalizzazione delle culture, e ciò perché non si giunga a: " la religione è diventata una sorgente di violenza sia da sola che in combinazione con altri fattori economici, ideologici, politici ed etnici".

### **11 A) Lo spiritualismo istituzionale come paradigma di disuguaglianza.**

Il termine "Spiritualismo istituzionale" è stato preso a prestito dal termine "Razzismo istituzionale" ( Bhui e al., 2012) è concepito come un paradigma utile per delineare un problema relazionale embricato alla influenza culturale. Il termine razzismo istituzionale connota il fatto che le istituzioni possano, attraverso processi strutturali, portare ad azioni discriminatorie anche quando le persone non intendano farlo. Ipotizziamo che uno stesso processo strutturale possa accadere non solo nel caso di differenze razziali ma anche quando ad uno dei partners del rapporto venga attribuito una concezione della spiritualità (una concezione non del tutto sovrapponibile con le specifiche credenze di una fede religiosa) così differente rispetto alla propria da pregiudicare un sano sviluppo della relazione.

A differenza dello scontro fra diverse concezioni religiose ove i motivi del contendere sono palesi e dettagliabili, nel caso del faccia a faccia interculturale entro il setting psicoterapico può accadere che lo spiritualismo istituzionale può portare ad una serie di turbolenze relazionali ancora più sottilmente invasive rispetto a quelle del razzismo istituzionale. Bhui e al. sollevano la possibilità che nel razzismo istituzionale intervenga "il rischio di sovrapporre teorie concernenti la psicosi a chi non soffre di psicosi". Con il termine spiritualismo istituzionale intendiamo mettere a fuoco un'altra possibilità: quella di etichettare le ramificazioni più intime dei tratti di personalità usando impropriamente il termine spiritualità.

Appare inquietante a questo proposito la proposta del libro bianco su : Religious and Spiritual Considerations in Psychiatric Diagnosis: consideration for the DSM V, perché vi si ritrova il tentativo di inserire nel DSM V una nuova quanto impenetrabile procedura per orientarsi nella diagnosi dei disturbi di personalità. Gli psichiatri sono invitati a formulare una diagnosi di disturbo della personalità quando: " la prospettiva esistenziale di una persona non integra situazioni sessuali,

materiali, emotive e intellettive entro una coerente cornice spirituale..”(Verhagen, 2010).

Ma chi dirà al paziente (o allo psicoterapeuta) quale sia la spiritualità normativa?

Quali sono gli atteggiamenti spirituali, le credenze, gli Orientamenti che possono essere accettati tali e quali senza incorrere a quella attenta disamina di Prince a proposito di quelle credenze accettate a livello sociale e culturale, che pure ad un minimo di analisi critica appaiono poco possibili ed altamente improbabili? I colleghi del gruppo sopra citato, di cui non è da mettere in dubbio il tentativo di portare finalmente alla ribalta il problema psicospirituale, sembrano però incrementare il rischio di institutional spiritualism portando una nozione ancora fortemente teologica dentro alla diagnosi dei contenuti psichici pazienti.

## **12) Agire nello sviluppare la funzione di organizzazioni scientifiche internazionali (quali la WACP) per sviluppare una agenda in tema di salute mentale e influenza culturale.**

Nell'ambito accademico in cui si muove la psichiatria culturale è consuetudine che le ricerche siano promosse da un approccio di psicologia comparativa o epidemiologico-clinico. Questo accade per semplificare la ricerca, per evitare progetti troppo dispendiosi o per evitare problematiche non strettamente cliniche. Tutti questi aspetti tendono a limitare lo scopo finale della ricerca stessa. Al contrario al fine di ottenere una migliore comprensione dei fenomeni umani non si può fare a meno di una elaborazione che tenga conto della molteplicità dei fattori politici, economici, culturali che spingono a conservare lo status quo piuttosto che tentare innovamenti nella comprensione del disturbo mentale.

Un tentativo di notevole risonanza scientifica che, successivamente non venne adeguatamente sviluppato, fu quello promosso dalla OMS che nel lanciò un Pilot Study sulla depressione e sulla schizofrenia svolto su scala mondiale. Questo modello di intervento su scala mondiale può essere utilizzato per indagini che non siano necessariamente rivolte a monitorare l'epidemiologia dei disturbi mentali ma dirette a capire quanto è universale e quanto è culture-specific nella costruzione e presentazione di disturbi psichiatrici (Stompe, 2007).

Nel passato i diversi gruppi etnici erano separati, non solo metaforicamente da oceani e da invalicabili catene montagnose che impedivano di entrare in contatto con Concezioni del mondo e intessere relazioni con popolazioni eppure vicine. Ai tempi d'oggi non esistono più questi rigorosi confini geografici poiché la tecnologia permette incontri fra popolazioni diverse in modi impensabili sino a pochi anni fa. Questo processo di fusione culturale ha preso il nome di globalizzazione. Noi riteniamo che una psichiatria culturale flessibile e rispettosa delle differenze culturali degli altri possa facilitare enormemente l'accettazione di potenziali differenze ed un fattivo incontro interumano.

## CONCLUSIONI

E' stato necessario un lungo lasso di tempo ed un percorso tortuoso per permettere alla psichiatria culturale di affermarsi come una importante sezione disciplinare della psichiatria. E' proprio questo il momento di riflettere e discutere insieme quali saranno le direzioni per rendere efficaci le applicazioni future della psichiatria culturale.

E' ovvio che la psichiatria culturale ha le sue radici nella psichiatria clinica e dobbiamo sempre fare riferimento a ciò che vediamo nel rapporto clinico con i pazienti per utilizzare questo rapporto ed espandere la nostra conoscenza del ruolo svolto dalla cultura nei confronti di tutti i fenomeni umani. Non dobbiamo temere di rivolgere il nostro sguardo il più lontano possibile, anche verso temi religiosi o filosofici che hanno un grande impatto nella vita degli esseri umani. Non dobbiamo temere di ingaggiarci con temi concernenti l'intera società, oltre il lavoro clinico, e occuparci della salute mentale nel suo complesso tenendo presente la nostra esperienza nelle relazioni inter-etniche, inter-religiose, inter-razziali per cercare sempre di favorire una comprensione reciproca ed una pacifica coesistenza nel mondo contemporaneo.

A questo fine speriamo che i colleghi più giovani sappiano fare un buon uso della WACP e sviluppare gli obiettivi per cui la nostra associazione è stata fondata.

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Rasheed M. and Shterin M. *Dying for Faith*. New York: I.B. Tauris & Co, 2009
- Arieti S. *Creativity. The Magic Synthesis*. New York, Basic Books, 1976
- Augias C. Vannini M. *Inchiesta su Maria*. Milano, Rizzoli, 2013
- Bartocci G. (Ed.) *Psicopatologia cultura e pensiero magico*. Napoli, Liguori, 1990
- Bartocci G. (Ed.) *Psicopatologia cultura e dimensione del sacro*. Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1994, Voll. 1 e 2
- Bartocci G., Frighi L., Rovera GG., Lalli N., Di Fonzo T. Cohabiting with Magic and Religion in Italy. In Okpaku S. (Ed.) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998
- Bartocci G., Prince R. Pioneers in Transcultural Psychiatry: Ernesto De Martino (1908-1965). *Transcultural Psychiatry*, 35 (1): 111-123, 1998
- Bartocci G. The cultural construction of the Western conception of the realm of the sacred: Co-existence, clash and interbreeding of magic and sacred thinking in fifth- and sixth-century Umbria. *Anthropology & Medicine*, 7(3), 373-388, 2000.
- Bartocci G. Le Reazioni Psicogene Acute. in Lalli N. (Ed.) *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli, Liguori, 2004
- Bartocci G., Littlewood R. Modern Techniques of the Supernatural: A Syncretism Between Miraculous Healing and the Mass Media. *Social Theory and Health*, 2: 18-28, 2004
- Bartocci G, Eligi A. The antinomy between religious thaumaturgy and medical therapies: The case of Catholicism and Psychiatry in Italy. *L'Evolution Psychiatrique*, 73: 53-67, 2008
- Bartocci G, Dein S. Detachment: Gateway to the World of Spirituality. *Transcultural Psychiatry*, 42(4): 545-569, 2005
- Bartocci G. Psychotherapy, culture and the supernatural. *World Cultural Psychiatric Research Review*, Vol. 7, Supplemental issue 1: 1-149, 2012  
<http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>
- Bartocci G. Neuroscience & cultural psychiatry – Part I: A biopsychocultural framework for spirituality. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 5(1): 23-31, 2010
- Bartocci G. Neuroscience and cultural psychiatry - Part II: From the intuition of duality to the religious double register. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 6(1):10-20, 2011

- Bartocci G. Il Setting nelle psicoterapie transculturali. Relazione al XXIV Congresso Nazionale SIPI: I Setting in Psicologia Individuale, Torino, 19-20 Aprile, 2013a
- Bartocci G. Reflection sur Spiritualité, Religion et Psychiatrie. *Enciclopedia Medico-Surgical*, Vol.10(1): 1-9, 2013b
- Bhui K., Ascoli M., Nuamh O. The place of race and racism in cultural competence: what can we learn from the English experience about narratives of evidence and argument? *Transcultural Psychiatry*, Vol.49, N.2, 2012, pag. 185-205
- Bhugra, D. & Bhui, K. (Eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007
- Blackmore S. *The Meme Machine*. Oxford University Press, 1999
- Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998
- Crick F., Koch C.A. Framework for Consciousness. *Nature Neuroscience*, 6(2):119-126, 2003
- Csordas T. *Transnational Transcendence*. Berkeley, University of California Press, p.1-29, 2009
- Csordas T. *The Sacred Self*. Berkeley, University of California Press, 1994
- Crick F. *The Astonishing Hypothesis: the scientific search for the soul*. New York, Touchstone, 1995
- Dawkins R. *The God Delusion*. Boston, Houghton Mifflin, 2006
- De Luca V. Neuroscience and culture. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Supplement S1: 114, 2009. <http://www.wcpr.org/index-a.htm>
- De Martino E. *Il Mondo Magico*. Torino, Boringhieri, 1978
- De Martino E. *Furore Simbolo Valore*. Milano, Feltrinelli, 1980
- Devereux G. A Sociological Theory of Schizophrenia. *Psychoanalytic Review*, 26: 315-343, 1939
- Dodds E. *Pagani e Cristiani in un'epoca di angoscia*. Firenze, Nuova Italia, 1993
- Doi T. Amae: A key concept for understanding Japanese personality structure. In R. J. Smith & R. K. Beardsley (Eds.), *Japanese culture: Its development and characteristics*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1962. [Reprinted in Lebra T.S. & Lebra W.P. (Ed.) *Japanese Culture and Behavior: Selected readings*. Honolulu: University Press of Hawaii, pp. 145- 154, 1974]
- Edelman G. *Sulla Materia della Mente*. Milano, Adelphi, 1993

- Edelman G., Tononi G. *Un universo di coscienza. Come la materia diventa immaginazione*. Torino, Einaudi, 2000
- Edgar I. Overture of Paradise: Night dreams and Islamic Jihadist Militancy. *Curare*, 31 (1): 87-97, 2008
- Favazza A., Psychiatry and Spirituality. In: Sadock B., Sadock V., Ruiz (Ed.) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkens, 2009, pagg 2633-2949
- Freeman C. *The closing of the western mind: the rise of faith and the fall of reason*. New York, Vintage books, 2005
- Foulks E., Westermeyer J., Ta K. Developing curricula for transcultural mental health for trainees and trainers. In S. O. Okpaku (Ed), *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998
- Garrabè J. *Storia della Schizofrenia*. Roma, Edizioni Magi, 2001
- Giordano J., Kohls N. Spirituality Suffering and the Self. *Mind and Matter*, 6(2); 179-191, 2008
- Hicks, M. H-R. Promoting civilian protection: Engaging casualty data with culture, emotion, and intellect. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Vol. 7, Supplemental issue 1:2, 2012 <http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>
- Hsu, F. L.K. *Psychosocial homeostasis (PSH): A sociocentric model of man*. Presented as William P. Menninger Memorial Lecture at the annual meeting of American Psychiatric Association, Honolulu, HI, May 7, 1973
- Huntington S.P. *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York, Simon & Schuster, 1996
- James W. *The varieties of religious experience*. New York NY, Simon & Schuster, 1958
- Jenkins I., Barret R. (Eds). *Schizophrenia Culture and Subjectivity. The very edge of experience*. Cambridge, Cambridge Univ Press, 2004, p. 303-328
- Jilek W.J. La storia passata della psichiatria cultural. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, in corso di stampa, vol. 1(1), 2013
- Kohls N., Walach. H. Psychological distress, experiences of Ego loss and spirituality: exploring the effects of Spiritual Practice. *Social Behavior and Personality*, 35(10): 1301-1316, 2007
- Khols N., Sauer S. Offenbacher M. and Giordano J. Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects. *Phil. Trans. R. Soc. B.*, 366: 1838-1848, 2011
- Kidson M. The Culture of Australian Desert Aborigines. In: Bartocci G. (Ed). *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli, Liguori, 1990, p. 269-285

Kirmayer, R. Future of cultural psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience and global mental health. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Vol. 7, Supplemental issue 1: 5, 2012

<http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>

Kleinman A. *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. Toronto, The Free Press Collier Macmillan, 1988

Kymlicka W. Prefazione a : *Multiculturalismo e Democrazia*. A cura di: Maffettone S e al., Roma, Ed. Apes, 2011

Lalli N. *Dal mal di vivere alla depressione*. Roma, Magi, 2008

Lalli N. L'incontro con il nuovo: angoscia conoscenza resistenza. In Bartocci G. (Ed.) *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli, Liguori, 229-268, 1999

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

Lanternari V. Verità e finzione, solennità e gioco nei rituali di possessione. In Bartocci G. (Ed.) *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli, Liguori, 1990, pagg.117-142

Leighton, A. H., Clausen, J. A., Wilson, R. N. (Eds) *Exploration in social psychiatry*. New York, Basic Books, 1957

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>

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

Littlewood R., Bartocci G. Religious Stigmata, Magnetic Fluid and Conversion Hysteria: One Survival of "Vital Force" Theories in Scientific Medicine ? *Transcultural Psychiatry*, 42(4): 596-609, 2005

Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry*, February; 9(1): 1-2, 2010

Mezzich J., Caracci G., Fabrega Jr. H., Kirmayer L. Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 9(3):383-405, 2009

Murphy H. *Comparative Psychiatry, The International and intercultural distribution of mental health*. Berlin, Springer-verlag, 1982

Pfohl E. Introduzione a: *Multiculturalismo e Democrazia*. A cura di Maffettone S e al. Roma, Ed. Apes, 2011

Prince R. Shamans and Endorphins. *Ethos*, 10(4): 299-423, 1982

Prince R. Religious Experience and Psychosis. *Journal of Altered States of Consciousness*, 5:167-181, 1979

Prince R. Delusion Dogma and Mental Health. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 7: 58-62, 1970

Rovera G.G. The network model in cultural dynamic psychotherapy. Anthropological bases for a culturally appropriate psychological treatment. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Vol. 7, Supplemental issue 1: 57, 2012  
<http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>

Rovera GG. L'approccio transculturale e infraculturale per lo studio della dimensione del sacro. In Bartocci G. (Ed.) *Psicopatologia Cultura e Dimensione del Sacro*. Roma, Edizione Universitarie Romane, 1994, p. 3-17

Rovera G.G. Culture and religion in the crisis of post modernity. *World Cultural Psychiatry Research and Review*, 6(1): 31-34, 2011

Schiffer D. *Io sono la mia memoria*. Torino, Centro Scientifico Editore, 2008, pag.15

Scharfetter C. *Psicopatologia Generale*. Milano, Feltrinelli, 1992

Sass L. "Negative Symptoms", Commonsense, and Cultural Disembedding in the Modern Age. In Jenkins I, Barret R. (Eds). *Schizophrenia Culture and Subjectivity*. Cambridge, Cambridge Univ Press, 2004, pagg. 303-328

Solms M., Turnbull O. *Il Cervello ed il Mondo Interno*. Milano, Raffaello Cortina Ed., 2004

Stompe T., Bauer S., Karakula H., Rudaleviciene P., Okribelashvili N., Chaudry T. Idemudia E., Gschaidler S. Paranoid-hallucinatory Syndromes in Schizophrenia: Results of the International Study on Psychotic Symptomos. *World Cultural Psychiatry Research and Review*, 2(2/3): 63-68, 2007

Tatossian A. *La Fenomenologia delle Psicosi*. Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2003

Tseng W.S. *Handbook of Cultural Psychiatry*. London, Academic Press, 2001

Tseng W.S. Matthews D. Elwyn T. *Cultural Competence in Forensic Mental Health*. New York, Brunner-Routledge, 2004

Tseng W.S., Streltzer J. *Culture and Psychotherapy: A Guide to Clinical Practice*. Washington D.C., American Psychiatric Press, 2005

Tseng W. S. Cultural psychiatry beyond issues of minorities and immigrants *World Congress of Cultural Psychiatry*, Pechino, China (23-26 September 2006). In corso

di stampa in *Tseng's Collection of Work*. Beijing, Beijing University Medicine Publisher, 2014.

Tseng W. S. Cultural psychiatry: Scientific explorations, formal establishment, practical application to theoretical formation. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Vol. 7 Supplemental issue 1: 8-9, 2012 <http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>.

Tseng W.S., Jilek W.G., Bartocci G., Bhui K. La storia recente della psichiatria culturale. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, in corso di stampa, vol. 1(1), 2013

Verhagen P. e al. *Religion and Psychiatry*. New York, Wiley-Blackwell, 2010

Vernant J.P. *Nascita di Immagini*. Milano, Il Saggiatore 1982

WACP The second world congress of cultural psychiatry. Cultural brain and living societies. *World Cultural Psychiatry Research Review*, September, Supplement S1: 17-190, 2009 <http://www.wcpr.org/index-a.htm>

Wintrob R. Future of cultural psychiatry: Dimensions and perspective. *World Cultural Psychiatry Research Review*, Vol. 7, Supplemental issue 1: 6, 2012 <http://www.wcpr.org/pdf/07-s1/2012.S1.1-149.pdf>.