



RELAZIONE AL 4TH WORLD CULTURAL PSYCHIATRY
CONGRESS "GLOBAL CHALLENGES AND CULTURAL PSYCHIATRY"
PUERTO VALLARTA (MEXICO), OCTOBER 29th - NOVEMBER 1st,
2015.

DELIRARE, MA NON DA SOLI: PSICOPATOLOGIA E PROSPETTIVE CULTURALI DELLA FOLLIA A DUE, ISTERIA DI MASSA E DELIRI CULTURALI

Andrea Daverio¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Uno degli effetti più gravi del delirio è l'isolamento dell'individuo dal proprio gruppo di appartenenza. Tuttavia in alcune circostanze il delirio viene condiviso da più persone. Presentiamo una breve panoramica della *folie à deux* (disturbo psicotico condiviso) e della isteria di massa, sottolineando le diverse modalità con cui si possono esprimere a seconda del contesto culturale e dei periodi storici. Se l'isolamento del gruppo gioca un ruolo fondamentale nei disturbi psicotici condivisi, le determinanti culturali dell'isteria di massa non sono del tutto comprese. Nonostante le differenze tra le due condizioni proponiamo una prospettiva in cui il delirio non è confinato all'esperienza di un individuo ma piuttosto può essere condiviso da una comunità con differenti livelli di intensità e complessità. Infine discutiamo la possibilità che la maggior parte degli individui appartenenti alla stessa cultura possano accettare, con modalità deliranti, assunti falsi o non verificabili.

¹ Medico Chirurgo, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

One of the most deleterious consequences of delusion is the isolation of the individual from his context. Nevertheless in some circumstances a community shares delusions. We present a brief overview on folie à deux (shared psychotic disorder) and mass hysteria, highlighting case reports from different historical periods and cultural contexts. Isolation of two or more people plays a key role in the dynamics of folie à deux, while cultural determinants of mass hysteria are still not clearly understood. Despite the differences between these two conditions, we propose a dimensional view in which delusion is not confined to individual subjectivity but can be shared within a community at different degrees of intensity and complexity. Finally, we discuss the possibility that the majority of individuals belonging to a culture can accept, in a delirious way, false assumptions.

L'Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale (IMT) ha tra i suoi principali ambiti di ricerca la complessa relazione tra le credenze culturalmente condivise e la psicopatologia individuale. Questo lavoro è parte di una ricerca più ampia ed è da considerarsi complementare a un altro articolo presente in questo numero della rivista (Zupin, 2016) e prende le mosse da un principio ampiamente discusso da Rovera e Bartocci: gli psichiatri e psicoterapeuti transculturali devono essere in grado di interrogarsi sulla propria cultura (Rovera, 2014) e saper riconoscere che la cultura e le credenze culturalmente condivise oltre che avere un ruolo protettivo e di integrazione possono avere effetti sia patoplastici che patogenetici (Tseng, 2001, 2007) sulla malattia mentale. Una domanda può sintetizzare questa specifica attitudine della psichiatria transculturale: *esistono istanze, esperienze così coinvolgenti che possono essere definite di qualità e intensità delirante, pur essendo condivise da più persone o addirittura da un'intera cultura?* Tale domanda porta con sé un grado di complessità molto elevato e come accennavo all'inizio della mia relazione non pretendiamo di fornire una risposta univoca e universale, ma piuttosto vorremmo abbracciare la complessità del fenomeno, guardandolo da tutte le prospettive possibili e cercando di cogliere al meglio le conseguenze e ricadute teoriche e cliniche di una tale proposta di lavoro.

A ragione il delirio rappresenta uno degli apici di gravità psicopatologica che un individuo può sperimentare: l'incomunicabilità relazionale, l'isolamento sociale, la perdita di quella necessaria flessibilità che permette all'individuo di interfacciarsi con

il mondo che lo circonda e lo rende schiavo del pensiero che egli stesso (spesso in maniera difficilmente ricostruibile a posteriori) ha generato. È quindi per antonomasia il fenomeno psicopatologico che può essere più distruttivo per la salute mentale di un individuo (Cassano, 1994).

Se una persona delira è facile immaginare l'impatto sulla sua salute mentale, ma il discorso diviene più complicato se più persone delirano: dove sarebbe in questo caso il confine tra credenza condivisa e delirio? Dove si posizionerebbe la linea che separa salute e malattia mentale? Il dibattito internazionale in merito è lontano dall'essere risolto (Summerfield, 2008). È interessante come in un lavoro firmato da Sartorius, in passato presidente della World Health Organization, si arrivi a citare all'interno di una proposta di ri-definizione di salute mentale la necessità di una "*Harmony with universal values of Society*"². Sembra questo un cambio di direzione, come se il relativismo culturale invocato nella definizione di delirio (e di quasi tutte le categorie diagnostiche del DSM) sia messo su una scala gerarchica inferiore rispetto a un criterio di universalità: in altre parole, da una parte si afferma che il delirio è tale nel momento in cui si allontana dalle credenze di una cultura o sottocultura di un individuo, e quando non riguarda articoli di fede; ma dall'altra parte si vorrebbe affermare che in realtà la salute dell'uomo può essere definita *a priori* rispetto alla cultura di appartenenza.

Sorgono quindi due domande: *È possibile quindi delirare insieme e non da soli? E conseguentemente, chi delira insieme ad altri va considerato psicotico?* La risposta alla prima domanda, anche guardando le attuali categorie diagnostiche sembra quanto mai agevole: sì, è possibile delirare insieme; due o più individui possono condividere idee deliranti attraverso "vie di contagio" che hanno basi non solo neurobiologiche ma che sono rese possibili anche da dinamiche relazionali e di contesto (Shimizu, 2007).

È questo il caso dei deliri condivisi, le *folies à deux*: il termine è stato introdotto da Lasegue e Falret (1877) che hanno ipotizzato per primi la possibilità che un disturbo

² Questa è la definizione completa: "Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills, ability to recognize, express and modulate one's own emotions, as well as empathize with others, flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium" (Galderisi, 2015)

psichiatrico possa essere trasmesso da una persona all'altra nel momento in cui determinate condizioni vengono soddisfatte, ovvero quando:

- 1) Una persona con un livello di intelligenza più alto rispetto all'*individuo ricevente* ha un delirio, allora l'individuo con minor risorse è nella condizione di assimilare tali idee e poco alla volta strutturarle con una intensità delirante equiparabile all'individuo che per primo ha prodotto tali idee (caso indice);
- 2) Tra persone che vivono nello stesso ambiente, condividono emozioni interessi e opinioni e sperimentano un certo grado di isolamento sociale;
- 3) Le idee deliranti hanno un qualche aggancio con la realtà e in qualche modo fanno riferimento a esperienze, speranze o ansie condivise.

Dewhurst e Todd (1954) sono tornati su questo concetto e hanno proposto tre criteri che ben si integrano con la prima proposta di Lasague:

- 1) Le persone coinvolte sono molto vicine e intrattengono rapporti molto stretti;
- 2) Il contenuto dei deliri è molto simile o identico;
- 3) Le persone coinvolte in questa ideazione delirante condividono accettano e si supportano a vicenda nel mantenere questo delirio.

In realtà può succedere che persone non psicotiche esprimano tematiche deliranti alla stessa maniera del caso indice; prova né è il fatto che togliendo da un determinato ambiente le persone "contagiate" queste vanno incontro ad una remissione del delirio (Shimizu, 2007). È interessante notare come la condivisione dei sintomi psichiatrici non riguardi solamente i deliri, ma possono riguardare anche sintomi fisici, alterazioni dello stato di coscienza, allucinazioni. La condivisione di tali sintomi in più persone o in intere comunità ha suscitato l'interesse degli psichiatri fino a un decennio fa (gran parte dei lavori e delle riflessioni è stata fatta a partire dagli anni quaranta fino alla fine degli anni novanta). Ed è questo il caso della *Mass Psychogenic Illness* anche nota come *Mass Hysteria*. Il termine si riferisce in generale all'occorrenza simultanea e collettiva di sintomi fisici, psichici o credenze per le quali non sia possibile trovare una spiegazione patogenica chiara. Questi sintomi di massa tipicamente vengono ritenuti di origine psicosomatica e si strutturano come comportamenti (non

necessariamente di pertinenza psichiatrica, si pensi ad esempio alle forme di ballo rituale) o credenze anomale, che possono o meno aderire su un substrato di disturbo mentale preesistente (Balaratnasingam, 2006).

Non c'è una singola chiave di lettura della MPI, ma le varie teorie proposte non vanno considerate come mutualmente esclusive. Una proposta è che la MPI sia una *reazione allo stress, culture-bound, in cui sono distinte due varianti, una "ansiosa" e una "motoria"*. In entrambe le varianti le reazioni sono costituite da comportamenti e credenze, che fin tanto che la crisi è presente assumono i connotati di idee deliranti, ovvero di idee false, non modificabili e sostenute con convinzione.

Gli episodi di MPI riguardano culture, gruppi etnici e religiosi di tutto il mondo. Nella maggior parte dei casi è presente un trigger, che funge da *catalizzatore di una risposta di emergenza* a un determinato evento in genere minaccioso (Pastel, 2001). Questo evento trigger può essere rappresentato a seconda della cultura di appartenenza, come frutto dell'opera di spiriti maligni o del demonio stesso, piuttosto che dall'intervento di antenati o di guaritori rituali. Nella cultura occidentale i *triggers* hanno una diversa natura (come ad esempio il timore dell'azione tossica di agenti chimici o di inquinanti ambientali), ma ugualmente possono portare a reazioni e comportamenti di massa che configurano una MPI (Balaratnasingam, 2006).

Le credenze culturalmente condivise forniscono un terreno fertile per l'insorgenza di MPI (come ad esempio la convinzione che sia effettivamente possibile la possessione demoniaca piuttosto che il credere nella parapsicologia). In alcune circostanze questi fenomeni si configurano non tanto come una reazione a un pericolo imminente, ma come una forma di protesta culturalmente e socialmente possibile in un determinato contesto: *l'unico modo per poter recuperare un equilibrio perso, in talune circostanze può essere quella del sintomo psichiatrico*. Vale la pena in questo senso mostrare il parallelismo tra il delirare individuale come unico modo di risolvere un conflitto interiore, con il delirare collettivo come unico modo per risolvere un conflitto socio-culturale.

In transcultura ci si è già occupati di credenze collettive non plausibili, o addirittura bizzarre, che in qualche modo vengono sostenute all'interno di una cultura o sottocultura. Raymond Prince (1969), già citato da Zupin nel numero di questa rivista,

ha introdotto il concetto di “*integrational beliefs*”, intese come credenze che in alcune circostanze possono fornire “*un orizzonte metastorico di salvezza*” ovvero promettono soluzioni, fanno intravedere un possibile sbocco alle angosce (sia materiali che psicologiche) di un gruppo di persone. Secondo Prince, gli *integrational beliefs* hanno un certo grado di incongruenza con la realtà, nel senso che possono essere:

- 1) altamente improbabili (i Culti del Cargo);
- 2) palesemente falsi (Prince fornisce l'esempio della nascita di Gesù da una vergine);
- 3) per definizione inverificabili ("Se mi comporto bene, avrò nella prossima vita un corpo migliore").

Queste credenze sono sostenute convintamente e sembrano impermeabili a argomenti razionali.

Determinati assunti sarebbero quindi così fondamentali che in qualche modo *non devono* passare il vaglio della ragione *perché servono* a prescindere dalla loro veridicità.

Più recentemente Bentall ha proposto il termine “*master attributional system*” per sottolineare questo concetto (Bentall, 2015): le persone mantengono e condividono convinzioni indipendentemente della loro accuratezza e veridicità.

Ma questo non è sufficiente per definire le credenze condivise come qualcosa di psicopatologicamente rilevante. Ed è questa linea di pensiero che Prince porta avanti nel suo lavoro “Fede, Dogma e Salute Mentale”: *gli integrational beliefs fanno parte dell'uomo e possono fare parte della sua vita di relazione e contribuire alla sua capacità di intervenire nel mondo* (Prince, 1969).

Gli sforzi del nostro gruppo di lavoro sono volti quindi a delineare le differenze e il confine tra credenza condivisa e delirio “culturalmente condiviso”. In tale contesto è opportuno citare la definizione di Prince di salute mentale: “*l'individuo sano mentalmente è quello capace di lavorare con piacere, divertirsi con leggerezza e amare con lealtà, e le cui integrational beliefs permettono una realizzazione personale piena e un raggiungimento di una giustizia sociale non solo per il proprio gruppo di appartenenza ma anche per gli altri gruppi*” (Prince, 1969). Quindi l'*integrational belief*

si articola come una dimensione non solo cognitiva ma anche esperienziale che, partendo da una credenza più o meno inverosimile diventa perno attraverso il quale l'uomo soddisfa il suo desiderio di appartenenza e trova rifugio dalle angosce collettive.

Quella degli *integrational beliefs* può essere dunque inteso come una "dimensione", che si dispiega lungo un continuum in cui da una parte può svolgere una funzione integrativa, ma all'altro estremo può divenire delirio culturale, fino ad arrivare a sostenere e generare agiti criminosamente rilevanti (la fobia del multiculturalismo e la necessità di preservare la nostra cultura è convinzione di molti ed è stata sostenuta da Brevik, autore degli attacchi in Norvegia nel 2011). Così l'antisemitismo tedesco è derivato non solo dalla follia di un uomo, ma è stato sostenuto da una convinzione delirante condivisa (Falk, 2008). Si potrebbero fare ancora molti esempi, ma in questo lavoro preliminare vanno sottolineati due aspetti fondamentali:

- 1) Esistono dinamiche culturali, anche nella propria cultura di appartenenza, che possono essere patologiche e possono generare malattia mentale;
- 2) Nel delirio culturale non va valutato esclusivamente il contenuto ma anche l'effetto, la conseguenza. Gli psichiatri e terapeuti *culturali* dovrebbero interrogarsi su quale sia l'effetto del delirio culturale sul singolo individuo; quanto il delirio culturale permetta la libera espressione dell'individuo o quanto lo vincoli su un binario che per quanto impercettibilmente deraglia rispetto alla possibilità di una salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

Bentall, R. (2015). *“Delusions and other irrational beliefs”*, International Pathways of Psychiatry (XVIII ED): Psychotherapy, Psychopharmacotherapy, Integrated Treatments, Rome, November 19-21, 2015, Key-note Lecture.

Cassano, GB et al (1994). Trattato italiano di psichiatria, Masson.

Dewhurst, K., Todd, J. (1956). The psychosis of a association; folie á deux. *Journal of Nervous and Mental Diseases*,124:451–9.

Falk, A. (2008). *Anti-Semitism: A History and Psychoanalysis of Contemporary Hatred*. Greenwood Press.

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*,14 (2):231-233. doi:10.1002/wps.20231.

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

Lasegue, C., Falret, J. (1887). La folie a deux. *Annals of Medical Psychology*.18:32.

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

Prince, R. (1969). *Delusions, Dogma and Mental Health*. Paper presented at the Seventh Biennial Conference of the Caribbean Mental Health Association, St. Augustine, Trinidad. Mimeograph. 9 pp.

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

Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, 336(7651):992-994.

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

Tseng, W.-S. (2007). Culture and psychopathology: General overview. In D. Bhugra and K. Bhui (eds.). *Textbook of cultural psychiatry* (pp. 95–112). Cambridge: Cambridge University Press.

Zupin D. (2016). Devereux e l'attitudine dereistica dell'Occidente. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*. Vol IV (1).