



CONTRIBUTO DAL CONVEGNO

“ALLEANZE TERAPEUTICHE CULTURALI”

LETTURA MAGISTRALE: I DELIRI CULTURALI: QUALI ALLEANZE E PROSPETTIVE CI ASPETTANO?

Goffredo Bartocci¹

ISSN: 2283-8961

Parte I

Mi rendo conto che non è facile prendere la parola dopo la prolusione esposta dal Prof. Giangiacomo Rovera a cui va indirizzata la nostra riconoscenza per la costanza e perizia nel dirigere la rotta della Psichiatria Culturale in Italia. Indubbie congratulazioni al Prof. Giuseppe M. Rovera, alla Dott.ssa Silvana Lerda e ai dirigenti di questa ASL per aver voluto ospitare il meeting della *Sezione di Psichiatria Transculturale* della *Società Italiana di Psichiatria* presieduta dal Dott. Donato Zupin.

Ringrazio i relatori ed il pubblico per essere intervenuti a questo convegno arricchito dalle presentazioni dei colleghi di Trieste che hanno riferito la situazione migratoria in

¹ Psichiatra e Psicoanalista. Transcultural psychiatry section of World Psychiatric Association, Past President. World Association Cultural Psychiatry co- Fondatore and Past President of the WACP. Mail a: goffredo.bartocci5@outlook.it

Italia riportando casi clinici drammaticamente articolati alle difficoltà connesse ai percorsi migratori.

Bene, ho distinto in due parti questa relazione magistrale.

La prima parte riporta i punti essenziali dell'evoluzione storica della Psichiatria *Transculturale* verso la *Psichiatria Culturale*. Nella seconda vengono proposte alcune riflessioni inerenti la necessità di approfondire un tema che a mio avviso sarà uno dei nuclei più specifici del nostro futuro lavoro: *i Deliri Culturali*

I fattori culturali, come vedremo, esercitando una netta influenza nei confronti degli stati di coscienza determinano un condizionamento di quel sottofondo *subconscio* (secondo la definizione scelta da Arthur Schnitzler) attraverso il quale ogni individuo a suo modo esperisce la "realtà". L'esperienza del mondo, cioè, viene convogliata da fattori culturali verso direzioni preordinate sia nelle forme espressive del pensiero cosciente sia nell'automatismo di azioni comportamentali ad esso connesse.

Il tema dei deliri culturali è stato già trattato nei numeri precedenti di questa rivista. In questa relazione ribadisco una caratteristica primaria dei deliri culturali: questi essendo *condivisi* a livello sociale non vengono considerati bizzarri dal paziente e, al tempo stesso, sfuggono all'attenzione critica dello psichiatra, distratto dalle sue stesse convinzioni. La Psichiatria Culturale si pone come la disciplina cui spetta il compito di mettere a fuoco tali "sviste" e al contempo indicare il punto di attrito fra le credenze culturali funzionali al benessere e quelle destinate all'incandescenza.

Volete un esempio di alleanza fra culture diametralmente opposte?

Vi mostro alcune immagini inviatemi da uno dei maggiori esperti della Cultura degli Aborigeni Australiani, il Dott. Mal Kidson che mi ha accompagnato presso le popolazioni Walbiri e Aranda nel Deserto Centrale Australiano. Le tre raffigurazioni qui esposte rappresentano un potente esempio di un poderoso sincretismo fra il Totem

dell'*Otarda Selvatica* e la *Croce della Cristianità*. L'autore si chiama Gill, un Aborigeno Australiano vissuto presso la Missione di *Balgo*. Non ho conosciuto l'autore durante la mia permanenza alla Mission durante la quale ho potuto vedere e intuire il significato del contesto locale che fa da sfondo ad un poderoso sincretismo religioso.





Il Termine ALLEANZA trascritto nelle diapositive è stato inserito da me per collegare il lavoro di Gill con il titolo di questo congresso.

Ritorniamo ora dal Deserto Centrale Australiano all'Italia.

Gli organizzatori del convegno mi hanno chiesto di fornire alcuni cenni sulla storia della Psichiatria Transculturale e della Psichiatria Culturale con particolare riferimento ai contributi italiani alla evoluzione di questa disciplina. Ho accettato questo incarico non tanto per essere in possesso di acumi storicistici quanto per l'esperienza maturata sia nelle ricerche sul campo che negli anni di presidenza di associazioni scientifiche apicali a livello internazionale. Sono stati anni in cui ho potuto palpare con mano quanto si agitava dietro al palcoscenico congressuale ove si rappresentava lo "spirito dei tempi" della psichiatria, ovvero quale ostinata blindatura Western della nosografia e della etiologia biologica era allignata dietro il perbenismo del "politically correct".

La Psichiatria Transculturale (PT) dopo essere stata considerata un vizzo euristico della psichiatria è entrata massicciamente a ispirare i Manuali Diagnostici prodotti dalla APA (Associazione di Psichiatria Americana). Questi sebbene tengono in debito conto il relativismo culturale delle presentazioni sindromiche al tempo stesso scivolano malamente nel non esercitare l'acume transculturalista allorchè questo sia indirizzato a scoprire i fattori culturali disfunzionali nella nostra moderna civiltà.

Ecco allora farsi strada la Psichiatria Culturale (PC) lanciata con forza dall'Italia. Seppure vi è una consanguineità fra le due discipline queste non sono gemelle. La PT come sorella maggiore, ha svolto il compito di **comparare le** sindromi descritte dalla nosografia elaborata in Occidente con quelle presenti in altre popolazioni. Chi ha seguito il decorso della PT ben conosce come le diverse forme espressive delle “anormalità” delle popolazioni “a cultura tradizionale” (oramai pressoché assorbite dalla globalizzazione culturale) siano state ipostatizzate con la famosa etichetta di sindromi *Culture Bound*. Vale a dire: esistono differenze sostanziali ma, si sa, queste dipendono da un esotico contorno più adatto al turista che allo scienziato.

La Psichiatria Culturale (PC) oltre a mantenere il metodo comparativo tra le diverse espressioni della follia è incaricata di mettere a fuoco e distinguere l'influenza di specifici tratti culturali disfunzionali rintracciabili entro **singole** culture locali. In modo particolare la PC è stata indirizzata da noi, fondatori della *World Association Cultural Psychiatry*, a verificare quanto accade entro la NOSTRA civiltà. Compito ingrato ma necessario. In breve e in pratica occorre ancora rispondere alla domanda: quali sono i pregi o i limiti della nostra visione culturale del mondo?

In modo particolare è onesto domandarsi perché la nosografia psichiatrica ha schivato le osservazioni, quali quelle di Devereaux, che hanno immesso la schizofrenia entro le sindromi *Culture Bound* dei paesi “Occidentali”. La virgolettatura del termine *Occidente* è necessaria (Vedi: *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*, di S. Huntington) per la peculiarità di questa dizione: mentre la maggior parte delle culture viene caratterizzata con termini specifici: cultura Italiana, Inglese, etc o con l'epiteto religioso quale paesi Buddisti, Cristiani, Islamici, il West è un simbolo della bussola, una direzione di cui non si conosce il limite. Spesso il West viene caratterizzato con alcune sue funzioni: tecnologia, uso corretto di cluster economici, sistemi legali di contenzione, in poche parole quanto è un prodotto secondario della civiltà dei Lumi. Quando mi trovo in imbarazzo, come ora, nel definire quali elementi valoriali competono al West cerco di cavarmela con il metodo apofatico: gli Aborigeni con cui sono entrato in contatto nel Deserto Centrale Australiano NON spartiscono con noi il senso della proprietà del territorio, non contemplavano il suicidio, non

concepiscono la dipendenza da Enti Intenzionali Onnipotenti. Chi vuole intendere, intenda.

Al fine di datare la nascita della PT come disciplina universitaria occorre risalire agli anni immediatamente seguenti le fasi finali della seconda guerra mondiale. La PT, infatti, nasce parallelamente al successo avuto dalla scuola **Personalità e Cultura**, capitanata da Margaret Mead. Questa fu sovvenzionata da istituzioni militari USA al fine di avere un orientamento per mediare la situazione relazionale post-bellica. Come reagiranno i Giapponesi dopo la resa? Qual è il modo di pensare della Russia? Il vizzo della psicologia di eleggersi a consigliere strategico di varie istituzioni, ahimè, non è diminuito nel tempo.

Per quanto riguarda l'evoluzione della PT in Italia, questa si è sviluppata per volere di pochi "puristi". Fu il Prof. GG Rovera a fondare la prima Società di PT, intorno agli anni '70 caratterizzata dall'intento di aggiornare la didattica universitaria con lo studio della influenza della cultura sulla mente. Intento disatteso nonostante che in altri paesi Europei siano fiorite numerose cattedre universitarie su questo tema. Fa testo la storia dell'*Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale*, fondato nel 1989 grazie alla lungimiranza del Prof. GG Rovera, affiancato da L. Frighi, N. Lalli, A. Armando, D. Lazzari e dal sottoscritto chiamato all'insegnamento a contratto retribuito presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Medica della Università di Torino. Grazie ad un coordinamento con l'approccio dinamico del Prof. GG Rovera ci siamo differenziati dal filone della PT a matrice Nord Americana, pervasa da cognitivismo e da una subalterna riverenza verso la impostazione Freudiana, la quale etichettando la cultura come una **sublimazione** di istinti primordiali in pratica negava la complessità dei fattori che strutturano le diverse forme culturali.

A questo punto è doveroso sottolineare l'importanza dei contributi provenienti dalle radici antropologiche italiane, rese ineguagliabili dalla presenza in Italia dei Profs. Ernesto De Martino e Vittorio Lanternari, i quali impostarono gran parte del nostro modo di esercitare la PT dando senso alle credenze inerenti il mondo magico. Fu l'antropologia a gettare le basi per costruire una specificità epistemologica italiana utilissima per condurre innovative ricerche non solo sulla **varietà delle esperienze religiose**, come sottolineata nel libro di William James: *The Variety of Religious*

Experience, ma accettando più di una forma di supernaturalismo come un'area fenomenologica degna di rispetto.

Anche il termine *Deliri Culturali* fu usato per la prima volta da alcuni Antropologi in Nord America e approfondito dalla magistrale impostazione demartiniana espressa in: *Il Mondo Magico, Furore Simbolo e Valore* e in *Le Apocalissi Culturali*. La collocazione del mondo magico entro un supernaturalismo "alto" si oppose con forza al criterio valutativo sospinto da gran parte degli intellettuali umanisti che consideravano (e considerano) **le credenze magiche come un pensiero arcaico appartenente a popolazioni non incivilite in quanto non hanno raggiunto le concezioni spirituali conquistate dal pensiero monoteista.**

Si preferisce ancora accostare il termine delirio culturale ad abnormi fenomeni di massa **presenti** in altre etnie salvaguardando la nostra perché questa, ove sottoposta a stringente indagine, mostrerebbe le sue profonde crepe dissociative.

Una volta tanto fu la pubblicazione di due libricoli da parte di due case farmaceutiche a diffondere in Italia l'esistenza della psichiatria transculturale e qualche dubbio sulla nostra etnocentrica prosopopea. Nella prima di dette pubblicazioni (offerta gratuitamente ai medici!) intitolata *Transcultural Psychiatry* (un testo apparso nel 1965, a cura della CIBA che probabilmente voleva espandere il mercato farmacologico in Paesi ove si manteneva il sistema terapeutico tradizionale) venivano sottolineate le differenze tra le sindromi cliniche acute **pseudo-psicotiche** presentate da popolazioni a cultura tradizionale, caratterizzate da una rapida *restitutio ad integrum* rispetto la preponderanza di sindromi psicotiche **croniche** evidenziabili nelle popolazioni ad alto sviluppo industriale e tecnologico. Vedremo in dettaglio la forbice clinica fra quanto ho preferito chiamare Reazioni Psicogene Acute e le sindromi psicotiche dell'Occidente.

Da citare inoltre un altro libricolo apparso nel 1974 a cura della *Sandoz Pharmaceuticals*, la quale pubblicò nella serie *Career Directions* una sagace inchiesta dedicata alle possibilità di carriera di chi intraprendeva il cammino come psichiatra transculturale (Vedi: vol IV, N. 2). Con rara eleganza invece di propagandare direttamente gli psicofarmaci la Sandoz raccoglie tre articoli di tre illustri pionieri i quali attiravano l'attenzione del lettore grazie all'acume con cui descrivevano il carattere e la

personalità richieste per lavorare in questo ambito psichiatrico. Mi riferisco alle riflessioni di: Dr. E.D. Wittkower: *Training Aspects and Prospects*; Dr. H. B. M.Murphy: *Lines of Personal Development*; Dr. Raymond Prince: *A Personal View*.

Wittkower, nonostante venga descritto come “burbero” da chi lo conobbe personalmente, mostrò un notevole umorismo nel classificare la personalità dello psichiatra interessato alla cultura:

- 1) Lo “scienziato” che gradisce andare in altri Paesi. Questa tipologia si interessa più a collezionare dati che a osservare le emozioni delle persone sotto esame.
- 2) Il giovane “avventuroso” desideroso solo di dare un’occhiata a quanto di non ordinario promette la Psichiatria Transculturale, ma non intende intraprendere questa carriera.
- 3) L’“assetato di potere” il quale è alla ricerca di importanti ruoli offerti dai paesi in via di sviluppo. In fondo è attratto dall’essere il solo specializzato in psichiatria in quel paese ad occuparsi della salute mentale di milioni di persone.
- 4) Il “buonista” il quale prima o poi si renderà conto che il suo zelo missionario può portare più danni che benefici alla popolazione.

Murphy, a sua volta, è categorico: “La psichiatria transculturale al giorno d’oggi non è ancora una carriera quanto, piuttosto, una dichiarazione di interessi..... Chi deciderà di dedicarsi a questo ambito lavorativo sappia che è più facile procurarsi il burro per il pane seguendo prospettive più convenzionali.”

Prince si spinge oltre queste considerazioni e continua l’impostazione precedente affermando: “Nel momento in cui uno psichiatra si discosta dalla protezione offerta da canali ortodossi per fare carriera, sappia che disturberà le convenzioni sociali e si si troverà come una foglia al vento.... voglio dire che si troverà in conflitto con molte tradizioni e particolarmente con le tradizioni religiose: ciò può essere stimolante ma al contempo si troverà in terreni densi di pericoli.”

Tutti questi autori concordano:

A) sulla definizione di cultura: è una sorta di carta copiativa per indirizzare gli individui di ciascuna società verso modelli di comportamento, modi di pensare e di provare

legittime emozioni. Tutto ciò si trasmette nella stessa maniera da una generazione all'altra.

B) Transcultural Psychiatry. Come dice il termine latino “trans” questa disciplina osserva trasversalmente i vari aspetti culturali delle popolazioni sottoposte ad esame. Va da sé che l'occhio osservante è tarato sui nostri valori.

C) Cultural Psychiatry: È lo studio degli effetti della cultura sulla distribuzione e terapia dei disturbi mentali all'interno di una specifica unità culturale.

Concordo pienamente a quanto sopra esposto e proseguiamo la carrellata.

Con il Dott. Zupin ho parzialmente presieduto alla pubblicazione di un libricolo pubblicato dalle Edizioni Harmattan *Italia* titolato a sorpresa dai curatori: *Deliri Culturali*. Tutto sommato il mio obiettivo era proprio quello di far entrare questo termine nella mente degli addetti ai lavori. Con tutto il rispetto per i colleghi con cui ho piacevolmente lavorato per la pubblicazione del volume in questione, mi sembra che sia stato solo il nostro capitolo finale del libro a esporre la silente marcia di abnormi forme di pensiero e comportamento mostrate da individui o gruppi di individui appartenenti alla nostra civiltà.

Volendo condensare in una battuta un pensiero molto esteso in Occidente potremmo citare un convincimento quale: “Tutto **quello che vedo è mio**” che va ben oltre all'ironia poiché tale formula ha permesso di prendere possesso di continenti e popolazioni aborigene. Al precedente aforisma seguono altri del tipo: “grazie alla tecnologia abbiamo costruito sonde spaziali, dunque la nostra cultura è la meglio di tutte.” Etc etc.

Ogni esempio purtroppo è limitativo e comporta una facile opposizione critica, superabile nel momento in cui ci disponiamo a utilizzare l'ampiezza del termine “delirio” per connotare alcune concezioni dominanti che potrebbero essere definite come: “Delirio **senza** Delirio” per il fatto di essere del tutto compatibili con le norme sociali del paese in cui si sono attestate.

Il termine delirio infatti condanna chi non segue le norme del paese in cui è nato. Il delirio in Latino, come sapete, indica andare oltre il *solco* della norma; per cui è implicito

che espressioni “fuori dalla norma” trovano nella psichiatria una base teorica per essere tacciate di pericolosità sociale.

Ecco dunque che il compito di valutare la portata della libertà di pensiero ed espressione si scontra con i poteri legali. È interessante inoltrarsi nel ginepraio delle “innocue convinzioni” identificabili per esempio nelle sette religiose, nei gruppi che affermano la piattezza della terra o l’abduzione di donne da parte degli UFO al fine procreativo o a quelli, meno noti, che dopo aver propagandato la presenza di streghe volanti ora fanno diagnosi di “disastro di atterraggio” a danno di anziane homeless trovate nei parchi pubblici.

Questi esempi esortano a ritornare al punto che ci riguarda.....ma la psicologia medica vuole VERAMENTE scoprire la qualità dei nostri percorsi culturali?

Attualmente non viene reputato corretto intraprendere discorsi sulla caratteristica del West di poter accedere a interventi di cambiamento di sesso resi percorribili dalle tecniche chirurgiche o sulla questione attualissima se sia meglio fare sesso con raffinati robot che con persone in carne ed ossa. Lascio questi temi nella penombra per fare spazio ad una domanda frequentemente posta dagli studenti: ma..... **quale è il prevalente luogo di attrito tra differenti motori culturali?**

Un luogo dove storicamente è reperibile un attrito che può portare all’incandescenza gli umori trasferali è quello dove si scontra il movimento delle opposte sfere del magico e del sacro: lì possiamo trovare il mago, il diavolo, il divino, la santità, sottolineava l’amico Prof. Andrea Giardina (In: Soprannaturale e Potere. Nel mondo antico e nelle società tradizionali. A cura di F. Fales e C. Grottanelli. Ed. Franco Angeli).

Per poter seguire in dettaglio la storia della magia e del suo opposto: la razionalità, possiamo far affidamento a numerosi testi, tra cui propongo il libro di Ellemberger (che non a caso prima di dedicarsi alla storia critica della psichiatria fu un transculturalista) *La scoperta dell’inconscio* ove scopriamo l’importanza di riabilitare l’operare terapeutico dei Medicine Men tribali, dello sciamano, di coloro i quali si oppongono con efficacia al *male universale* che De Martino chiamò: la perdita della presenza al mondo.

Oggi possiamo affermare che questi atavici operatori del benessere psichico avevano successo perché la sintomatologia dei loro pazienti non si era incancrenita come le forme di **dissociazione** cronica presentata attualmente dai nostri pazienti.

A questo punto, poiché, come spesso accade nel corso dei miei interventi, mi rendo conto di aver imboccato un dedalo di strade trovo opportuno infrangere le regole di una corretta esposizione proponendo sin d'ora le conclusioni di un percorso a mio avviso imprescindibile: LE SINDROMI DISSOCIATIVE CRONICHE SONO AGGANCIATE IN PARTICOLAR MODO AI DETTAMI CULTURALI PROPOSTI DALLE SOCIETÀ GUIDATE DALLA SFERA “ECONOMICS”.

Per immergersi nei dettagli di questa affermazione occorre condurre un'analisi differenziale fra Psichiatria Sociale e Psichiatria Culturale. Sciogliere la sovrapposizione dei due termini ha spesso determinato tensioni fra gli addetti ai lavori e se ne viene fuori con difficoltà: è come dover rispondere alla domanda se viene prima l'uovo o la gallina. Per non offendere le leggi dell'economia da cui in fondo dipendiamo cito R. Littlewood che se la cava all'inglese: oltre a proposizioni “complotte” occorre prendere in considerazione gli avvenimenti “casuali” resi possibili sul piano sociale a determinare fatti che poi si radicano come cultura: nel momento in cui questi fatti vengono accettati da un notevole numero di persone tramite il consenso popolare e la pressione mediatica ecco che entrano a far parte di quelle credenze culturali che poi formeranno le premesse per attuare diversi ambiti di azione. Il Littlewood per esempio sfoggia il suo humor connotando la nascita di un moderno Messia con poche parole: se un uomo si mette una tunica bianca e si mette a percorrere una qualunque strada cittadina dichiarando di essere il Messia accadrà che se dopo due incroci un discreto numero di persone lo seguirà questi verrà eletto a Messia. Al contrario se nessuno lo segue al terzo incrocio la polizia lo internerà in qualche manicomio.

Per sciogliere i molti nodi conseguenti percorsi culturali diversificati possono essere approntati metodi di ricerca condotti con genuina semplicità. Prendiamo ad esempio la storia del Prof. Wittkower. Che fece Wittkower? Spedì una lettera a una ventina di medici interessati alla psichiatria sparsi per il mondo, chiedendo: “ma i pazienti che vedete nelle diverse parti del mondo dove operate, presentano gli stessi sintomi descritti

nei nostri testi di psichiatria o no?” Tutti dissero di No. Impossibile non accettare la relatività culturale delle sindromi psicopatologiche.

Oggi saremmo avvantaggiati dall’uso appropriato di mezzi telematici di comunicazione i quali forniscono efficaci accessi al panorama degli studi recenti ed anche a pubblicazioni apparse prima dell’appiattimento dei contenuti per l’obbligo di esibire un linguaggio caratterizzato da una processione di numeri necessari ad alzare il punteggio di crediti. Mi sono stupito della potenza dei motori di ricerca bibliografica nel costatare che ben due colleghi d’oltralpe hanno reperito in www.academia.edu la mia tesi di specializzazione in psichiatria titolata: *Psichiatria Transculturale: indagine sulla sintomatologia acuta presentata da due gruppi razziali*, Un reperto archeologico pubblicato nel lontano 1975, nella rivista *Il Lavoro Neuropsichiatrico*. Nella tesi interpretavo la notevole differenza di sintomatologie fra due gruppi di pazienti, 33 appartenenti alla razza (allora questo era il termine in uso) Bantu e 30 pazienti classificati Coloured. Questi furono ripetutamente intervistati nel corso di nove mesi di permanenza nell’anno 1972 presso la corsia Non-White del Valkenberg Mental Hospital affiliato al Groote Schuur Hospital di Città del Capo (Sud Africa). Rapportai la più alta incidenza di diagnosi di schizofrenia presso il gruppo Coloured al fatto che il gruppo Bantu, ancorato a solidi tradizioni possedeva una identità culturale che faceva da diga alla disgregazione dell’Io e pertanto in questi ultimi non si determinava una cronicità dei sintomi pseudo-psicotici. Il gruppo Coloured, invece, trovandosi a cavaliere tra i Bantu e i White (vi prego di considerare che per legge e in seguito ad attenti esami dei caratteri somatici il meticcio Coloured poteva trasmigrare verso l’uno o l’altro gruppo etnico) fluttuavano in un territorio senza limiti o definizioni in grado di offrire un ancoraggio identitario cosa che favoriva una grave disorganizzazione del pensiero.

Nel corso del tempo ho potuto confermare queste prime osservazioni approfondendo la letteratura e dedicandomi alla pratica clinica nella ASL RMA con i primi soggetti emigrati a Roma da paesi africani. Nel Manuale di Psichiatria di Nicola Lalli il mio capitolo titolato *Le Reazioni Psicogene Acute* tratta l’importanza del retroterra culturale nella conformazione, durata e risoluzione delle sindromi presentate da etnie diverse.

Nei numeri precedenti di questa rivista a partire dal resoconto del Congresso della World Association Cultural Psychiatry tenuto alla Columbia University 2018 (pubblicato qui

nel 2020, vol. VIII, N1) in poi ho già passando in rassegna le fondamentali pubblicazioni dei primi transculturalisti che si domandavano se la schizofrenia fosse una sindrome più diffusa in Occidente rispetto ai Paesi ancora non soggetti a profonda colonizzazione culturale. Compendio il succo di queste pubblicazioni che trovano un notevole accordo fra la maggioranza dei ricercatori: Wittkower definisce un sintomo primario delle popolazioni africane con il termine “frenzied anxiety” (ansietà agitata) sempre accompagnata da sintomi floridi **ma di breve durata**. Collomb e gli autori francesi sottolineano una sintomatologia caratterizzata da onirismo terrificante, stati crepuscolari, depersonalizzazione atipica, falsificazione retrospettiva, confusione agitata. Lambo (poi diventato presidente della World Health Organization) definisce la sintomatologia più comune in Nigeria come: stati confusionali pseudo-psicotici.

I giganti della PT offrono interessanti spiegazioni sulla forbice sindromica: H. Murphy è preciso: “sembra che le psicosi acute brevi furono più frequenti anche in Europa all’inizio degli anni ’90 piuttosto che alla fine di questi anni....è con l’industrializzazione che la schizofrenia ha rimpiazzato le psicosi brevi”. In tempi più recenti A. Kleinman lancia un allarme: “il decorso della schizofrenia si spegne più facilmente nelle popolazioni meno sviluppate tecnologicamente, mentre il decorso è peggiore in quelle ove la tecnologia è imperante.”

L’affermazione più decisa che spinge a considerare l’importanza clinica delle pseudo-psicosi- acute di breve durata proviene da Wen Shing Tseng, il quale nel suo *Handbook of Cultural Psychiatry*, (tradotto da noi in Italiano per le CIC edizioni, Roma) al Capitolo 28: *Classification of Disorders; acute transient psychogenic psychosis*, è estremamente chiaro: “Una categoria diagnostica non presente nel sistema di classificazione americano, ma riconosciuta dai sistemi nosografici di altri paesi(Cina, Francia, Paesi Scandinavi e Africa) è quella delle psicosi acute reattive. Questo termine indica una condizione clinica che ha caratteristiche psicotiche, tende a presentarsi come reazione a uno stress esterno, ha un decorso breve e transitorio e una prognosi relativamente benigna. Il quadro descritto si osserva chiaramente in molti paesi in via di sviluppo. Non è ben chiaro fino a che punto possa essere attribuito a fattori culturali, comunque sia, la domanda da porsi è: **perchè gli psichiatri americani ignorano il disturbo e di oppongono all’inclusione di questa categoria nel loro sistema nosografico?** “Il

grassetto è mio per evidenziare la critica diretta al nucleo portante della attuale conformazione della nosografia psichiatrica. Conoscendo a fondo Tseng il quale era sempre attento a non sorpassare i limiti di una educazione atavica, ho potuto percepire uno sdegno inusitato.

Passiamo ora a investigare sulla

ABILITÀ NEL DISSOCIARSI

La carrellata precedente sulla cronicizzazione di sindromi pseudo psicotiche ci permette di aprire un altro capitolo in cui riporto le riflessioni di esimi colleghi.

Littlewood parla di **FLIP SIDE** of consciousness per connotare una modalità “contenuta” di dissociazione. Un termine chiaro e indicativo per designare l’atto di rivoltare l’altra faccia di un disco di vinile; si troverà una canzone del tutto differente dalla prima, ma indissolubile in quanto è incisa nello stesso vinile. “Molte persone - continua Littlewood- “ hanno l’abilità di dissociare i loro processi mentali e lo fanno frequentemente attraverso un cambio dell’umore, attenzione selettiva o mettendo aree fastidiose fuori dalla mentetale abilità a dissociarsi può essere considerata una dinamica adattativa quando necessitiamo divergere l’attenzione o evitare dolori fisici o

eventi orribili....la dissociazione si articola al bisogno di riabilitare lo stato di coscienza così da permettere un sistema di rappresentazione del mondo del tutto privato e controllato da se stessi....”

Il termine dissociazione non indica più uno stato di coscienza messo in azione inconsciamente come reazione difensiva di fronte a un evento traumatico o percepito come tale. Possiamo usare il termine dissociazione per connotare una attitudine culturale atta a distaccare (*detachment*) un individuo da ogni emozione, pensiero, tendenze comportamentali sgradite o esperite come tale.

LE CREDENZE SUL SOVRANNATURALE: QUALI RAGIONEVOLI PROSPETTIVE OFFRE LA PSICHIATRIA CULTURALE?

“Come accade per molti assunti teorici delle ideologie dominanti anche la schizofrenia è destinata a rimanere tal quale almeno fino a quando i progressi della conoscenza le facciano perdere una sua misteriosità tanto più impercorribile quanto più interessi di parte coartano la possibilità concreta di poterla destituire. Ciò contrasta con l’evidenza delle metamorfosi delle malattie psichiatriche che sono tutte “mortalì” nel senso che la loro vita, così come viene catalogata nei trattati psichiatrici, raramente oltrepassa un secolo anche se sintomi consanguinei rinascono nei secoli successivi sotto un’altra forma o con un’altra denominazione.” (J. Garrabè. Storia della Schizofrenia. Ed. Magi)

Prendo a prestito le parole di Garrabè per adattare alle metamorfosi della dimensione del sovrannaturale a cui gli esseri umani accedono con frequenza rispettando un atavico criterio di subalterna discendenza consanguinea dalle radici religiose dominanti.

Dalla divinazione oracolare, l’estasi mantica della Sibilla ai prodigi delle statue lacrimevoli della Madonna e alle operazioni di bassa demonologia o alta miracolistica, il nucleo duro della cosmogonia *ex nihilo* rimane inalterato nelle religioni monoteiste. Si potrebbe arrischiare e dire che sia il sociale che il culturale coltivino con cura la qualità dello stato di coscienza che ha spinto alla costruzione della categoria del divino. Quando il mistero si unisce alla folklorica credulità si genera un pensiero forte come una falange oplitica che nasconde il problema delle origini della materia e con essa della sostanza pensante. Per poter eseguire un *disincanto* dal sommario di accezioni del sovra-natura basterebbe accettare, cosa non difficile, che queste attitudini altri non sono che una

ramificazione necessaria di funzioni psicobiologiche della mente. In altri termini il sovranaturale è il risultato dell'*ethos del trascendimento* obiettivato da De Martino come funzione mentale che distingue l'homo sapiens da altre specie viventi.

A tali radici psicobiologiche si aggiungono due cariatidi culturali: il terrore della anomia ove manchi il riferimento a Dio e la coltivazione della follia come un prodotto inestirpabile della mente.

Caro Garrabè, ne parlammo quando ti incontrai a Quito in Perù. La tua onestà impediva di intristirsi a fronte le tue stesse affermazioni e preferimmo salutarci consapevoli di non poter risolvere il mistero delle origini della schizofrenia ma almeno speranzosi di poter intravedere i motivi del mantenimento di segreti risolvibili. Quanto dicevi si sta rilevando esatto: quella che era la schizofrenia può mostrarsi nei nostri giorni nella forma di sindromi "lucide" presentate con frequenza a casa nostra.

Attualmente occorre mettere a fuoco le caratteristiche di un diffuso clima psicologico in grado di "autorizzare" una costruzione identitaria che fa da trampolino alle stragi portate a termine in supermercati, scuole o per la pubblica strada. Le spiegazioni che chiamano in causa il fanatismo religioso non sono più sufficienti a dare senso a questo tipo di comportamenti. Che ci vuoi fare? Una nube grigia polifattoriale si sta espandendo sino a soffocare prospettive o speranze di poter vivere in una condizione degna di assicurare non solo la salute mentale ma anche la sopravvivenza fisica quando si va al bar!

Ci vorrà tempo per dichiarare apertamente l'esistenza di una surrettizia immobilità nell'intervenire nei confronti dello *status quo* di un clima psicologico standardizzato sul faceto di bassa lega che ricorda in forme diametralmente opposte le medievali tipologie inquisitorie. Eppure, la psichiatria come scienza obiettivante ben conosce la gravità dell'attuale massiccia diffusione delle sindromi a doppia o plurima diagnosi. Non è così difficile ipotizzare che siamo di fronte a una frammentazione del pensiero e del comportamento a carattere epidemico. Abbiamo cercato di attirare l'attenzione su questa area di studio con sporadici interventi; *Tecniche di Trascendenza, Deliri Culturali Deterioramento dell'Io*. Bartocci & Zupin nel libro *Deliri Culturali*. Eds. M. L. Maniscalco Pellizzari. Harmattan Italia, 2016, ed anche degli stessi autori: *Dal*

Dreamtime al razzismo istituzionale. Uno studio di psichiatria dinamica culturale su migrazioni, cultura, discriminazioni e salute mentale. Zupin D. & Bartocci. G. In: *Pensieri Migranti. Tra fraternità e ostilità.* Longato F. Cislaghi A. (Eds). ETS Edizioni. Pisa. 2021.

Proveremo ad avere il permesso di pubblicare un articolo del già citato Littlewood il quale nel capitolo titolato “*L’errore*” di Seligman (in *Spirit & Mind: mental health at the intersection of religion & psychiatry.* Eds. H. Basu, R. Littlewood, A. Steinforth. LIT. Berlin, 2017) ha affermato di ritenere valido quanto pubblicato nel 1929 dal Dr. Seligman il quale ebbe il coraggio di pubblicare di NON aver trovato in Papua Nuova Guinea una sindrome paragonabile alla schizofrenia. Poverino, quante legnate gli hanno dato. Provate a citare il “Dott. Seligman” a colleghi transculturalisti i quali conoscono quanto affermato dal Dr. Seligman..... subito si esprimeranno con una precisazione: “ah, l’**errore** di Seligman!”

A volte ho l’impressione che gli atteggiamenti visionari e le pseudo- allucinazioni dichiarate dai nostri pazienti siano un dettaglio clinico di minore importanza rispetto a quanto accade intorno a noi. Non oso citare l’efferatezza delle guerre in corso di cui si occupano esperti ben più preparati di me. Ma perché non provare a riflettere a proposito degli interventi medico-chirurgici forniti da centri appositi nei confronti della cosiddetta *Disforia di Genere*? Ahimè, faccio un’accusa proprio alla PT e PC perché tali “terapie” vengono sospinte da premesse culturali che autorizzano interventi giustificati dalla una matrice che esalta il *Politically Correct*. Come non prendere atto che “l’industria della trasformazione del corpo” sta percorrendo il binario dell’onnipotenza del farmaco? Che fare a proposito di realtà virtuale, Avatar, i *gate* verso altre dimensioni, i robot” sessuati” prossimi a non essere più distinguibili dagli umani? Spero di trovare giovani colleghi che si occupino di questi temi la cui gioventù non si presti alla accusa di essere imbibiti di senili abitudini a fatiscanti tradizioni.

Per non rimanere in mezzo al guado ritengo invece possibile soffermarsi su quanto affermato da W.S. Tseng a proposito della biologizzazione di convenzioni apparentemente innocue. Testualmente: “In seguito alla consuetudine di pensare in una specifica lingua o accettare le indicazioni di particolari religioni, accade che questi modi

di strutturare il pensiero assumono una realtà **fisica** nella organizzazione delle reti neurali del cervello.”

Spero che la *Speculative Neurology* presentata da Edelman e Tononi possa procedere come un nuovo approccio mirato allo scopo di connettere i risultati ottenuti dalle neuroscienze con i dati della psichiatria. La loro conclusione, per ora, non è confortevole:” Sfortunatamente non abbiamo dati precisi sulle basi neurologiche dei disordini psichici di tipo dissociativo”.

Credo sia utile approfondire le dinamiche di Attachment/Detachment(secondo la terminologia di J. Bowlby) per monitorare l’influenza della cultura nella costruzione di un apparato mentale sempre più complesso e organizzato per confrontarsi con un mondo esterno simbolico e non più ”naturale” Secondo Devereaux che ha indicato il **disorientamento** come la causa principale per l’aumento della schizofrenia nella civiltà occidentale, questo accade in seguito ad una complessità culturale del mondo attuale in cui l’orientamento nel nostro ambiente culturale è di gran lunga più difficile dell’orientamento nell’ambiente fisico.

Il punto centrale di questo approccio dinamico-culturale mirato a scoprire la nascita delle radici e la diffusione della dissociazione consiste nel proceder all’obiettivazione del permanere di un *inherited cultural conglomerate* che spinge anche il modesto apprendista in cerca di una “intima spiritualità”, a trovarsi coinvolto da una cultura incapace di districarsi e liberarsi dai solitari gorghi di un progetto trascendentale individuale o di più larga scala.

Per non concludere questa relazione con toni tristemente predicatori, mi sembra che Ray Prince nella sua presentazione: *Must the spiritual self always involve the supernatural? The Confucian example* presentata nel magnifico Congresso WACP, Pechino. 2006. offra una saggia visione sulla differenza fra la concezione filosofica di Confucio sulla spiritualità e la concezione teologica della spiritualità nell’Occidente. Come esempio di una centralità a partenza umana Prince riporta questo Confucius Analects.: “*Nella pratica dell’arciere troviamo una somiglianza con il principio morale della vita degli uomini. Quando l’arciere fallisce di prendere il centro del bersaglio si guarda intorno ma trova la causa del suo sbaglio dentro sé stesso*”.

La realizzazione della propria responsabilità nell'agire nel mondo disattiva proprio quella delocalizzazione del *locus of control* che sospinge una visione paranoide dei fatti che, nel tentativo di offrire un orientamento, instaura piuttosto un personalissimo razionalismo compensativo che porterà alla diagnosi di sindrome delirante e, nella società western, questa persona sarà, come dichiara Castillo, “ *trattata per avere un disturbo biogenetico, una malattia cerebrale incurabile, piuttosto che una malattia curabile dello spirito.*”

REFERENCES

La bibliografia delle numerose pubblicazioni di Bartocci G. e Rovera GG. sulle tematiche espresse in questa relazione è reperibile nella successione degli articoli pubblicati nei numeri precedenti di questa rivista.

Per il lettore che voglia ulteriori riferimenti dottrinali sul rapporto fra supernaturalismo e clinica psichiatrica riporto qui di seguito la bibliografia che ha accompagnato il mio Capitolo: *Reflexions sur Spiritualité, Religion et Psychiatrie*, pubblicato nella *Encyclopedie Medico-Chirurgicale Fracaise* (2013)

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.

Bartocci G, Dein S. Detachment: Gateway to the World of Spirituality. *Transcultural Psychiatry*. ;2005 .42 (4): 545-569.

Bartocci G, Eligi A. The antinomy between religious thaumaturgy and medical therapies: The case of Catholicism and Psychiatry in Italy. *L'Evolution Psychiatrique*. 2008, 73: 53-67.

Bartocci G, Prince R. Pioneers in Transcultural Psychiatry: Ernesto De Martino (1908-1965). *Transcultural Psychiatry*. 35 (1): 111-123.

Bartocci G. The cultural construction of the western conception of the realm of the sacred. *Anthropology & Medicine*. 2000; 7(3):373-388.

Bartocci G. Editorial. *Transcultural Psychiatry*. 2005; 42(4): 523-525.

Bartocci G, Frighi L, Rovera GG, Lalli N, Di Fonzo T. Cohabiting with Magic and Religion in Italy. In Okpaku S. editor. *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. Washington DC; *American Psychiatric Press*; 1998. p. 321-335

Bartocci G. *Il Mondo delle intenzioni ed il mondo degli oggetti: potere magia e sacro in antropologia e psicoanalisi*. In Bartocci G. Editor. *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli: Liguori; 1990, p.299-320.

Bartocci G. In *World Cultural Psychiatry Research Review (WCPRR)*

Bartocci G. *Le Reazioni Psicogene Acute*. in Lalli N, Ed. *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Napoli: Liguori; 2004, p. 497-508.

Bartocci G. Littlewood R. Modern Techniques of the Supernatural: A Syncretism Between Miraculous Healing and the Mass Media. *Social Theory and Health*. 2004; 2, 18-28.

Bartocci G. Transcendence techniques and psychobiological mechanisms underlying religious experience. *Mental Health religion and Culture*. 2004 7(2):171-181.

Bartocci G. *WPA FORUM*: Culture Spirituality and Psychiatry. Current Opinion in Psychiatry. 2000;13:525-543.

Blackmore S. The Meme Machine. *Oxford University Press*; 1999.

Castillo R. Trance Functional Psychosis and Culture. *Psychiatry*. 2003; 66(1); 9-21.

Chiao R. in *WCPRR*

Crick F, Koch C. A Framework for Consciousness. *Nature Neuroscience*. 2003; 6(2):119-126.

Crick F. The Astonishing Hypothesis: the scientific search for the soul. New York: *Touchstone*; 1995.

Csordas T. Modalities of Transnational Transcendence. In Csordas T. Ed. Transnational Transcendence. Berkeley: *University of California Press*; 2009, p.1-29

Csordas T. *The Sacred Self*. Berkeley; *University of California Press*; 1994.

Dawkins R. *The God Delusion*. Boston: Houghton Mifflin; 2006.

De Martino E. *Furore Simbolo Valore*. Milano: Feltrinelli; 1980.

De Martino E. *Il Mondo Magico* Torino: Boringhieri; 1978.

Dein S. Spirituality Psychiatry and Participation: A Cultural analysis. *Transcultural Psychiatry*. 2005; 42(4): 526-544.

Devereux G. A Sociological Theory of Schizophrenia. *Psychoanalytic Review*. 1939; 26: 315-343.

Dodds E. *Pagani e Cristiani in un'epoca di angoscia*. Firenze: Nuova Italia; 1993.

Edelman G, Tononi G. *A Universe of Consciousness*. New York NY: Basic books; 2000.

Edelman G. *Sulla Materia della Mente*. Milano: Adelphi; 1993.

Edgar I. Overture of Paradise: Night dreams and Islamic Jihadist Militancy. *Curare*. 2008; 31 (1): 87-97.

Eisenstadt S. The axial age: the emergence of transcendental visions and the rise of clerics. *Archives Europeennes de Sociologie*. 1982; 23 (2).294-314.

Eliade M. *Occultismo Stregoneria e Mode Culturali*. Firenze: Sansoni; 1982.

Ellemburger H. *La Scoperta dell'Inconscio*. Torino: Boringhieri; 1972.

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, P 2633-2949.

Freeman C. The closing of the western mind: the rise of faith and the fall of reason. New York: *Vintage books*; 2005.

Garrabè J. *Storia della Schizofrenia*. Roma: Edizioni Magi; 2001.

Geertz C. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books; 1975.

Hawking S, Mlodinow L..*The Grand Design: New answers to the ultimate questions of life*. London: Bantam Press; 2010.

James W. The varieties of religious experience. New York NY: *Simon & Schuster*; 1958.

Jenkins I. *Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding fundamental Human Processes*. in Jenkins I. and Barret R. (Eds) *Schizophrenia Culture and Subjectivity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004, p. 29-61.

Kidson M. *The Culture of Australian Desert Aborigines*. In: Bartocci G. Editor. *Psicopatologia Cultura e Pensiero Magico*. Napoli: Liguori; 1990, p. 269-285.

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

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

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

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

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

Littlewood R. Does Christianity Cause Schizophrenia? Presented at *II World Congress Cultural Psychiatry*, Norcia (Italy) 2009).

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

Murphy H, B.M. *Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Springer-Verlag. Berlin, New York. 1982.

P. Verhagen &al. *Religion and Psychiatry*. World Psychiatric Association. Wiley-Blackwell. 2009

Prince R. Shamans and Endorphins. *Ethos*. 1982 .10; 299-423.

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

Prince R. *Religiose Erfahrung und der Wissenschaftler*. in H.P. Duerr Ed. *Der Wissenschaftler und das Irrationale*. Frankfurt am Main: Syndikat; Vol.2: 1981, p. 557-580.

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

Proceedings of the second *WACP Congress*: Cultural Brain and Living Societies. Norcia. (Italy) 2009 .

Ratzinger J. Marcello Pera. *Without Roots – The West, Relativism, Christianity, Islam*. New York: Basic Books; 2006.

Richerson P, Boyd R. *Non di Soli Geni*. Torino: Codice Edizioni; 2006.

Robbins J. Is the Trans-in Transnational the Trans-in Transcendent? In Jenkins I. and Barret R. (Eds). *Schizophrenia Culture and Subjectivity*. Cambridge. *Cambridge University Press* 2004, p 55-71

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 GG. In *WCPRR*

Sass L. “Negative Symptoms”, Commonsense, and Cultural Disembedding in the Modern Age. In Jenkins I, Barret R. (Eds). *Schizophrenia Culture and Subjectivity*. Cambridge: *Cambridge University Press*; 2004, p. 303-328.

Scharfetter C. *Psicopatologia Generale*. Milano: Feltrinelli; 1992.

Schiffer D. *Io sono la mia memoria*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2008.

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

Spencer B, Gillen F. *The Northern Tribes of Central Australia*. London; Macmillan; 1904.

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

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

Vernant J.P. *Religione greca, religioni antiche. Lezione inaugurale della cattedra di studi comparati delle religioni al college de France*. Venerdì 5 dicembre 1975. in: *Nascita di Immagini*. Il saggiatore, Milano 1982;

Vernant JP. *Nascita di Immagini*. Milano: Il Saggiatore; 1982.

Wulff D. *Psychology of Religion*. New York: John Wiley & Sons; 1991.