



CONTRIBUTO AL CONGRESSO PRCP & WACP 2025 “WHERE THE PACIFIC RIM MEETS THE WORLD; THE HOPE TO INTEGRATE CULTURE INTO PSYCHIATRY”

IL RAZZISMO È UN DELIRIO CULTURALE?

Micol Ascoli¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

La definizione stessa del delirio in Psicopatologia implica un approccio culturalista: un delirio è una credenza fissa, rigida, incompatibile con la visione del mondo del gruppo socioculturale di riferimento del paziente. Tuttavia, questa caratteristica essenziale non aiuta il clinico quando si tratti di esprimere un giudizio sulla sanità o la patologia di una credenza verosimilmente delirante di un individuo, che rispecchia i valori e le credenze di una parte significativa della società in cui vive. La nozione di delirio culturale può essere d'aiuto in tali situazioni.

I deliri culturali sono nozioni, credenze o “forme di sapere” (pseudoconoscenze) ampiamente diffuse in un gruppo socioculturale e di conseguenza percepite come realtà “normali”, “vere” e autoevidenti. Così come per i deliri individuali, la loro patologia risiede nella risultante alterata relazione col mondo esterno e interpersonale, e non nel loro contenuto erroneo. I deliri

¹Psichiatra, psicoterapeuta, South London and The Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK, Mail a: micol.ascoli@ufh.com.cn.

culturali sono basati su una visione del mondo condivisa, e come tali non rappresentano credenze private, idiosincratiche, di un individuo visibilmente disfunzionale. In tal senso, i deliri culturali sfidano la nozione classica che una realtà delirante debba necessariamente rinchiudere il soggetto in un mondo privato, la validità del quale egli è il solo a riconoscere. Per tale motivo, i deliri culturali sono incomparabilmente più pericolosi dei deliri individuali.

Il razzismo, che viene solitamente letto in chiave storica, politica e sociologica, è un buon esempio di questo tipo di deliri, e dare al razzismo la cornice teorica di un delirio culturale può essere un approccio utile al riconoscimento della sua natura disfunzionale da un punto di vista psicopatologico.

Questo articolo vuole rappresentare un tentativo di interpretazione del razzismo come delirio culturale. Verrà utilizzato un caso clinico per illustrare le modalità attraverso le quali il razzismo presenta la propria natura delirante nel lavoro psicoterapeutico.

Parole chiave:

Razzismo, delirio, migrazione, deliri culturali

Introduzione

Il termine “delirio” deriva dal Latino “de lira ire”, cioè “uscire dal solco”, “attraversare il confine”. L’etimologia stessa del termine suggerisce un’immagine nella quale in un campo, un aratro traccia un solco nella terra, delimitando uno spazio, ed essere deliranti significa “attraversare il confine”, “andare oltre”, collocarsi al di fuori di quest’area delimitata che rappresenta la realtà condivisa da un gruppo umano. L’etimologia stessa del termine implica una posizione del delirante al di fuori di uno spazio co-abitato, dove le pur diverse visioni della realtà e le credenze di ciascun individuo appartenente a quel determinato gruppo socioculturale possono interagire l’una con l’altra in vari modi (concordare, discordare, scontrarsi, rafforzarsi o completarsi a vicenda). In altre parole, le visioni del mondo all’interno del confine possono relazionarsi tra loro, pur nella loro differenza, perché ciascuno ha la possibilità di porre la propria credenza in una prospettiva relativistica e riconoscerla come propria, mentre il delirante al di fuori del confine del terreno che chiamiamo “realtà” ha perduto tale capacità. Infatti, numerose

osservazioni cliniche confermano che il soggetto delirante non è per nulla disturbato dal fatto che nessuno, all'interno del suo gruppo di riferimento culturale, sociale, familiare o relazionale, condivida la certezza delirante, nè dal contrasto che la nuova realtà delirante presenta aspramente con le convinzioni precedenti. È altrettanto notevole il fenomeno, ben noto a molti psichiatri, per cui in un reparto i pazienti con la stessa tipologia di delirio (ad esempio, deliri religiosi – essere Gesù, o un profeta, o il prescelto da dio) raramente interagiscono tra loro a un livello non superficiale.

Esistono, tuttavia, alcune eccezioni. Il fenomeno della “*folie à deux*”, ad esempio, deporrebbe per la possibilità di una sorta di “contagio” del delirio tra due individui (un “caso primario” in cui il delirio è originariamente insorto, e un “caso secondario” in cui il delirio è comparso successivamente) di solito piuttosto isolati socialmente, in una relazione simbiotica tra loro (di solito coniugi, gemelli, genitori e figli, ecc). In questi casi la convinzione delirante viene condivisa finché i due soggetti restano in contatto, persistendo nel caso primario e scomparendo nel caso secondario dopo la separazione. La possibilità di essere deliranti, ma non soli, quindi, esiste e sfida la nozione classica del delirio come realtà privata.

La psicopatologia non ha stabilito un limite quantitativo nel numero di individui che debbano “attraversare il confine”, al di sotto del quale essi rimangono deliranti e al di sopra del quale invece costituiscano una setta, un nuovo partito politico, una religione, una subcultura o una cultura. Infatti, le religioni e le sette religiose sono un buon esempio di quanto il confine tra questi gruppi sia mal definito: al di sotto di quale numero di credenti, esattamente, dovremmo considerare una credenza religiosa una setta delirante, e al di sopra di quale numero di credenti dovremmo considerarla una religione “normale”, riconosciuta?

Ci sono più di un miliardo e trecento milioni di cattolici nel mondo (compresi ginecologi) che credono fermamente che Maria, madre di Gesù, sia rimasta vergine prima, durante e dopo il parto. Il Peoples Temple, una setta religiosa fondata da Jim Jones, condusse i fedeli a un suicidio-omicidio di massa con 909 vittime in Guyana, il 18 novembre 1978. A quelli che a questo punto mi direbbero che la differenza è ovvia (i ginecologi cattolici restano in grado di assistere le partorienti e far nascere i bambini, mentre il People's Temple è finito in un massacro generale), risponderei che il numero di vittime del Cristianesimo e del Cattolicesimo (considerando le Crociate, la caccia alle

streghe, l’Inquisizione e i roghi degli eretici, le espulsioni e le conversioni forzate, i Pogrom e innumerevoli guerre di religione) è incomparabilmente maggiore di 909. Allora? Che fare?

Deliri culturali

I deliri culturali possono essere definiti come:

- Credenze rigide condivise da un gruppo socioculturale che sono inverificabili e sostenute nonostante la loro scarsa verosimiglianza o il loro totale distacco dalla realtà (Rovera et al, 2020)
- Strutture culturali che portano alla radicalizzazione di forme estreme di dissociazione dalla realtà, e che possono essere seguite da deliri in senso clinico (Bartocci & Zupin, 2016)
- Anomalie di pensiero collettive, che fanno parte integrante di una cultura (Rovera et al., 2020), la cui patologia risiede in un alterato rapporto con il reale.

I deliri culturali hanno una serie di caratteristiche in comune con quelle, descritte dalla psicopatologia classica, dei deliri individuali:

- Sono credenze culturalmente stabilite che influenzano la vita di un gruppo sociale nel rapporto con sé stesso, con altri gruppi socioculturali e con il mondo esterno
- Sono realtà culturalmente specifiche: esse non corrispondono alla realtà percepita da altri gruppi culturali sulla base della loro esperienza del mondo
- Sono credenze rigide e valide che riguardano la realtà della vita di un gruppo
- Sono considerati realtà auto-evidenti dai membri di un gruppo culturale
- Sono sostenute con una certezza che non necessita di alcuna prova
- Rappresentano una “conoscenza”, piuttosto che una “credenza”
- Non vengono posti in una prospettiva relativistica, anche in base al fenomeno della conferma di gruppo

- Determinano la vita di coloro che vi aderiscono, e talvolta anche quella di coloro che non vi aderiscono
- Sono fissi, rigidi, inflessibili e sostenuti con una assoluta certezza
- Sono spesso autoreferenziali: il loro contenuto ha spesso a che fare col gruppo di riferimento (ad esempio, essere sotto l'attacco o la minaccia da parte di vari "poteri", essere superiori ad altri gruppi, ecc)
- Sono refrattari al ragionamento logico o alle prove contrarie
- Non sono basati su alcuna evidenza o logica. Al contrario, spesso delle pseudo-prove vengono utilizzate per confermare, a posteriori, credenze preesistenti.
- Sono solitamente, anche se non necessariamente, impossibili da condividere con altri gruppi culturali

Tuttavia, altre caratteristiche formali differenziano i deliri culturali dai deliri individuali:

- I deliri culturali sono compatibili con le credenze di una maggioranza; pertanto, chi ne è affetto si trova "all'interno del confine"
- C'è un'assenza di sofferenza individuale
- Viene mantenuto un livello di funzionamento adeguato; anzi, chi ne è affetto può avere un considerevole successo (Hitler e il Nazismo ne sono un buon esempio)
- Non sono curabili con gli interventi convenzionali (psicofarmaci, psicoterapia)

I deliri culturali possono avere conseguenze disastrose.

I deliri culturali esistono in varie forme e magnitudini nella cultura occidentale: teorie della cospirazione e complottismi vari (gli uccelli non sono reali; la Terra è piatta; l'Australia non esiste; le scie chimiche; l'interazione tra i vaccini e il 5G; i virus non esistono; la pandemia del Covid non c'è mai stata; le spedizioni lunari sono un falso) e piccole sette religiose o new age (alimentazione pranica, ecc.) ne rappresentano fenomeni limitati. I deliri culturali esistono anche come fenomeni a larga scala, come nel caso del razzismo.

Il razzismo come delirio culturale

Il razzismo dell'Occidente, consistente nella nozione fondamentale della superiorità della "razza bianca" e della cultura occidentale su tutte le altre, è stato alla base di questa cultura negli ultimi trecento anni e continua ad esistere, nonostante notevoli cambiamenti culturali (modernizzazione, globalizzazione, progresso scientifico e tecnologico) e numerosi sforzi legislativi per eradicarlo, causando disuguaglianze intollerabili in diverse società "moderne" e multiculturali.

Il razzismo condivide varie caratteristiche dei deliri culturali: è una credenza rigida, un'anomalia del pensiero non aderente alla realtà che incoraggia fenomeni di radicalizzazione e porta ad atti discriminatori o violenti; la pseudo-nozione della superiorità della "razza bianca" nella mente del razzista non corrisponde alla realtà che altri gruppi socioculturali possono dedurre dalla loro esperienza del mondo (con la notevole eccezione del razzismo internalizzato che potremmo paragonare al meccanismo della "folie à deux"). Il razzismo è refrattario alle argomentazioni logiche o alle evidenze scientifiche del contrario; è una nozione auto-evidente, egosintonica, che riguarda la superiorità della propria "razza" sulle altre. Il razzismo ha storicamente cercato e trovato una pseudoconferma, nella forma di teorie pseudo-scientifiche (come la craniometria e la fisiognomica) ritenute in grado di confermarne la veridicità, ma in realtà formalizzate per lo più tra la fine del 1800 e l'inizio del 1900, quando l'idea della propria superiorità era già ampiamente stabilita nella cultura europea. Infine, non c'è bisogno di aggiungere molto sulla pericolosità del razzismo, in base alle conseguenze catastrofiche che ha avuto nella storia del mondo (colonialismo, tratta degli schiavi, l'Olocausto e innumerevoli altri genocidi su base razziale, per citarne solo alcune) e che continua ad avere nel mondo moderno e nelle società multiculturali.

Esperienze cliniche di migrazione e deliri culturali

Cosa succede ai deliri culturali, come il razzismo, quando il soggetto che ne è affetto lascia il proprio gruppo di origine, ad esempio attraverso il processo migratorio, e si ritrova ad essere il depositario di una nozione fissa, rigida e non aderente alla realtà, che tutt'a un tratto non è più largamente condivisa nel paese ospite? Si instaura una forma di sofferenza soggettiva? Il funzionamento generale del soggetto ne risente? Lo stress da acculturazione è basato unicamente su differenze culturali ovvie, o anche sullo scontro tra i deliri culturali di due società diverse? I deliri culturali diventano "trattabili"

tramite l'acculturazione? Possiamo definire l'acculturazione come un processo attraverso il quale il soggetto si distanzia dai propri deliri culturali? Essi restano altrettanto pericolosi, quando il gruppo che li sostiene è minoritario?

Sono un'Italiana che ha vissuto ventidue anni nel Regno Unito, e che recentemente ha trascorso quattro anni in Cina, a Pechino, lavorando come psichiatra e psicoterapeuta in un ospedale internazionale. Ho lavorato prevalentemente con pazienti cinesi e con un gruppo di immigrati da vari paesi europei e occidentali (Regno Unito, Italia, Francia, Irlanda, Spagna, Olanda, Danimarca, Germania, Stati Uniti, Canada, Australia, ecc.) con varie problematiche di salute mentale preesistenti o di recente insorgenza, e con disturbi dell'adattamento di varia natura (stress acculturativo, problematiche familiari e di lavoro, ecc.). In alcuni casi, deliri culturali di matrice razzista, che si manifestano come apparenti disturbi dell'adattamento, costituiscono il problema che conduce alla richiesta di cura.

In questi pazienti, la richiesta specifica di avere un terapeuta occidentale può rappresentare una necessità culturale genuina in un soggetto che si ritrova, forse per la prima volta nella sua vita, ad essere una minoranza etnica. In alcuni casi, tuttavia, la domanda esplicita di un "terapeuta occidentale" è un fenomeno di copertura: il paziente vuole un terapeuta "bianco" e la preoccupazione apparente relativa alla "competenza culturale" del terapeuta nasconde un atteggiamento profondamente razzista verso la maggioranza della popolazione del paese ospitante.

Il caso clinico: un primo colloquio disastroso

M è una donna di 43 anni di origine europea, che ha passato la maggior parte della sua vita in Australia, e che si è trasferita a Pechino un anno prima della nostra consultazione per raggiungere il suo compagno (già mio paziente) e per lavorare come insegnante in una scuola internazionale. Al momento di prendere appuntamento con me, le viene spiegato che non mi sarà possibile prenderla in carico, perché il suo compagno è un mio paziente e perché lascerò Pechino a breve. Nonostante ciò, M insiste, e io accetto di vederla. M presenta sintomi depressivi. Viene da una cittadina australiana sulla costa, trova la vita a Pechino molto difficile e mi dice "come sa, non c'è niente di interessante da fare qui". M sostiene che nulla l'ha preparata alla realtà della vita quotidiana a Pechino. È abituata ad andare in spiaggia nella pausa pranzo, ma a Pechino non c'è il

mare. M afferma di essere scioccata dalla maleducazione e dall'inciviltà dei Cinesi che "sputano, ruttano, scorreggiano, urlano e ti toccano senza il tuo permesso". Le chiedo perché ha insistito a volermi incontrare, dato che non potrò essere la sua terapeuta per ragioni che le sono già state spiegate. M risponde che non ha alcuna fiducia nel training che i miei colleghi cinesi nel mio Dipartimento hanno avuto. Le rispondo che i miei colleghi hanno tutti studiato all'estero (Stati Uniti, Inghilterra, Australia, Brasile). M cita allora la possibilità di "frintendimenti culturali". Le rispondo che i miei colleghi hanno una vasta esperienza con pazienti internazionali, data la posizione del nostro ospedale. M allora esprime delle preoccupazioni sulla privacy, e insiste: "sono tutte spie del governo, come lei ben sa", "Il governo può avere accesso alle cartelle cliniche" e "le stanze di terapia sono dotate di dispositivi di registrazione". Decido di confrontare queste idee: chiunque potrebbe essere una spia o un agente segreto doppiogiochista, compresa me. Io scrivo le cartelle cliniche utilizzando lo stesso sistema elettronico dei miei colleghi. La logica del suo ragionamento, inoltre, vorrebbe che il mio ufficio sarebbe stato il primo ad essere spiato. A questo punto, M si infuria, si alza e se ne va sbattendo la porta, dichiarando che non pagherà per la consultazione.

Discussione

Il caso clinico illustra vari aspetti del funzionamento del razzismo come delirio culturale. Potremmo descrivere il disturbo di M in vari modi (episodio depressivo, stress da acculturazione, disturbo dell'adattamento, forse reazione paranoide o disturbo di personalità paranoide). Comunque lo si voglia etichettare, il problema di M è che una serie di deliri culturali razzisti, come credenze rigide, fisse, impermeabili alla critica, diffuse a tutto il suo mondo esterno, stanno causando la sua attuale sofferenza. Tali credenze stanno determinando la sua vita e creano una relazione alterata con la realtà nella quale ora vive. M abita in territorio nemico, circondata da inciviltà, ostilità e costante pericolo di invasione. Trovo difficile limitare questo fenomeno a un semplice pregiudizio. Anziché sentirsi rassicurata dalle mie argomentazioni, che potrebbero aprirle varie possibilità di aiuto, M reagisce con rabbia. Non accetta di essere contraddetta. M non vuole essere rassicurata e aiutata, vuole trovare in me una conferma di ciò che già pensa, perché le sue convinzioni razziste riguardano la sua stessa identità. M stabilisce una reazione transferale immediata, basata sull'assunto che io condivido i suoi sentimenti verso il popolo cinese, come testimonia il frequente uso di espressioni

quali “come ben sa”, “Noi... loro...”. M dà per scontato che io sia d’accordo e che io abbia affrontato le stesse difficoltà di adattamento in Cina; quindi, si aspetta una mia accettazione incondizionata delle sue istanze, a garanzia della mia “competenza culturale”. Ho osservato questo fenomeno varie volte e ho scelto di chiamarlo “il transfer del viso bianco”. M dà per scontata l’identità di opinioni, valori, visioni del mondo, biografie personali, ecc, in base all’identità razziale e (in senso lato) culturale. In tale contesto, M esplicita una sorprendente serie di affermazioni apertamente razziste, che solo raramente ho visto in un paese occidentale, dove la legislazione e il clima culturale rendono questo fenomeno estremamente raro. Tuttavia, il mio ufficio diventa per lei un’“isola bianca” nel Mare Cinese dove ogni predicato è concesso in base all’identità dei soggetti. M, che al di là del mio Paese di origine non conosce la mia biografia personale, non è in grado di contemplare alcuna alternativa alla nostra totale identità: ad esempio, io potrei aver vissuto in Cina per diversi anni, conoscere bene il Cinese, avere tanti amici cinesi, amare profondamente la cultura del paese, avere un marito cinese o un figlio cinese. Il delirio culturale di M inchioda la sua esistenza in un mondo semi-paranoico: la sua esperienza di migrante si riduce all’essere circondata da un’orda barbarica di spie e nemici. Per M, il mio viso bianco garantisce che io non sia una di loro, che il mio ufficio non contenga cimici, e che la mia condizione esistenziale nel Paese ospite sia identica alla sua. Il mio rifiuto della logica delirante causa una rabbia intensa e una immediata svalutazione: se io non sono una di “noi”, allora chi sono?

Avrei potuto accettare temporaneamente questa reazione transferale e non confrontare le idee razziste di M, allo scopo di stabilire una relazione terapeutica che avrebbe forse potuto consentirci di lavorare sui deliri culturali, a rischio però di una collusione antiterapeutica con la causa fondamentale della sofferenza di M, che l’avrebbe potuta seppellire ancora più profondamente e più a lungo nello stato di infelicità in cui già si trova. Purtroppo, neanche la soluzione alternativa, cioè il confronto aperto, ha avuto molto successo.

Conclusioni

I deliri culturali sono credenze patologiche, con caratteristiche formali in comune con i deliri individuali, condivise da ampi gruppi di persone ed estremamente pericolosi per la loro compatibilità con livelli di funzionamento sociale adeguati, il loro potenziale di diffusione tramite selezione positiva e la loro capacità di motivare all’azione. La

concettualizzazione dei deliri culturali e l'intervento che necessitano si collocano all'intersezione tra psicopatologia, sociologia e politica. Inquadrare il razzismo nell'ambito dei deliri culturali può essere un paradigma concettuale utile per descriverne e comprenderne la natura francamente patologica. La suscettibilità dei deliri culturali agli interventi terapeutici tradizionali appare piuttosto improbabile; tuttavia, la stanza dello psicoterapeuta è un luogo privilegiato in cui le conseguenze sfavorevoli dei deliri culturali sulla vita degli individui, soprattutto in circostanze quali la migrazione, possono essere rivelate.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, American Psychiatric Association.

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

Bartocci, G., & Zupin, D. (2016). Il regno del sovrannaturale: Fantasia o deliri culturali? *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 1(1), 1–9.

Jaspers, K. (1968). *General psychopathology*. Chicago, The University of Chicago Press. (Original work published 1913).

Rovera, G.G., Ascoli, M., Rovera, G.M. & Bartocci, G. (2020). Delusions and cultures: psychopathological and clinical notes on cultural delusions. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 15(1-2), 35–46.

Scharfetter, C. (2018). *Psicopatologia generale*. Bologna. Giovanni Fiorini Editore

Zupin, D., Celoria, A., & Rapisarda, E. (2020). Couldn't delusion be a cultural phenomenon? A critical history of a DSM-5 criterion. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 15(1-2), 47–53.