

Il Bestemmiatore Redento. Una sinergia fra Psicologia Individuale e Psichiatria Culturale

GOFFREDO BARTOCCI

Summary – THE BLASPHEMER REDEEMED. A SYNERGY BETWEEN THE INDIVIDUAL PSYCHOLOGY AND THE CULTURAL PSYCHIATRY. The author provides an overview of the areas of interest, the objectives and methods of treatment that the cultural psychiatry can develop with the individual psychology promoted by Adler. As a moment of reflection a dynamic definition is proposed concerned to: a) a geo-political-social phenomenon as terrorism; b) a case where the role of the social context has played an important influence structuring an abnormal behavior and the subsequent care of a patient. The article concludes with the indication of the points on which the synergy here proposed intervenes.

Keywords: INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, DYNAMIC CULTURAL PSYCHIATRY, TERRORISM, DISSOCIATION

I. Competizione - Cooperazione - Comparazione

Nell'Editoriale di un recente numero della *Rivista di Psicologia Individuale Rovera* [28] segnala i movimenti, integrativi o disintegrativi, di due sottosistemi opposti: Competizione/Cooperazione, cogliendone l'appartenenza a uno stesso sistema dinamico-relazionale-culturale.

Per mettere a fuoco l'embricazione fra competizione/cooperazione con tutto l'ambiente circostante, seguendo anche il metodo comparativo della psichiatria culturale, si riportano due indicazioni di Rovera [28]. **Competizione:** "Qualora le situazioni di competizione vengano percepite come "attrattive", esse possono provocare un rafforzamento della coesione fra i "membri" del gruppo, ma nel contempo aumentano l'aggressività verso i "non membri"; **Cooperazione:** "Le notazioni significative si riferiscono al sentimento sociale, quale precursore per una cooperazione autentica e intenzionale, verso mete reciproche". A questo punto non è difficile prospettare una sinergia tra Psichiatria Culturale Dinamica e Psicologia Individuale Adleriana; sappiamo, infatti, che quest'ultima è "fortemente spostata sul sociale e sull'influenza che il sociale ha sull'individuo e viceversa" [21]. Il passo successivo, atto a comprendere tutto il modello di rete psico-socio-culturale, è riconoscere il ruolo svolto dalla dimen-

sione **culturale** nei confronti del sistema dinamico-relazionale: *“Una serie di studi ha esaminato come i valori culturali della società di appartenenza determinino un atteggiamento complessivo più o meno spostato sul polo della competizione o su quello della cooperazione”* [28].

Come incipit di questo articolo è opportuno distinguere, cosa non facile, tra ciò che attiene alla sfera sociale e alla dimensione culturale in cui siamo immersi. Nell’Introduzione al Manuale di Psichiatria Culturale di W. S. Tseng [33], Bartocci disembrica le due aree in oggetto, sottolineando come metodo epistemologico la prospettiva di considerare i fattori culturali come “sovra organici” rispetto alle loro manifestazioni visibili sul piano sociale. È la cultura, infatti, che regola quelle convenzioni che in seguito diventano comportamento sociale il quale, a sua volta, rinforza o meno i dettami culturali secondo un circolo che può essere sia virtuoso che patogenetico [2]. Recentemente sono state le neuroscienze (paradossalmente più che non le teorie della mente elaborate dalla psichiatria) a rintracciare nella cultura un presupposto fondativo della mente [7, 12, 13]. Viene confermato da scienze “forti” che le prestazioni mentali vanno considerate espressione di processi relazionali altamente condizionati dal movimento di entrambi i motori dinamici del sociale e del culturale [32]. Leccardi [21] inserisce su questo quadro di base un elemento dinamico raramente citato della psichiatria convenzionale: lo stupore che *l’Altro reca con sé*. Qui ci addentriamo nei meandri più intimi della psichiatria culturale: l’Altro come diversità etnica, dove per etnicità si intende con Tseng [33] la diversità di valori, di scelte, di orientamenti, indipendentemente dal colore della pelle e dalla ubicazione geografica. Il tema dello “shock culturale” del terapeuta interculturale, invece che quello della persona emigrata, è un’area di approfondimento comprensiva dell’analisi delle dinamiche transferali e controtransferali che intervengono nell’incontro interculturale [29, 31]. Bartocci espone in chiave narrativa nell’articolo *Animismo e Dreamtime* [3] (invero atipico) le vicende che possono intervenire nel corso di questa tipologia di incontri.

In questa sede tuttavia l’intento è riprendere un altro punto di inciampo della nostra professione, espresso con chiarezza da Gasparini e Gatti [16], che denunciano la tendenza del transculturalista ad osservare/giudicare l’altro, dall’alto di una acquisita propopoea etnocentrica [5, 9]. Verità sacrosanta. Murphy [24] precede la constatazione di Leccardi [21] *“...i racconti, le emozioni dell’altro contaminano i propri e ci si scopre un po’ cambiati dall’incontro con l’altro”*; allorché, con un umorismo per lui inusitato, cita il vezzo del ricercatore transculturale, il quale spesso cova un apriorismo indelebile: l’erba del vicino (in questo caso le credenze e comportamenti di altre culture) è sempre meno verde che non quella dei nostri giardini. Ecco il punto centrale della difficoltà della Psichiatria dominante (ovvero quella Nord Americana) a promuovere una psichiatria culturale e transculturale che non sia classificatoria. Del resto [15], come non essere d’accordo con Leccardi [21] che *“una volta avuto accesso all’alterità si fatica a riconoscere la propria identità?”*.

II. *Il crocevia delle norme ideali*

Mascetti getta un sasso di non poco conto nella stagnante acqua composta dai vari studi sulla influenza patoplastica e/o patogenetica della cultura. Come esimersi dall'identificare l'incompatibilità tra norme culturali e taluni processi di armonizzazione psichica necessari al raggiungimento di un benessere soggettivo e sociale? *“La vita psichica è teleologica, è rivolta cioè verso il futuro e tende verso una meta che non è stabilita una volta per tutte, ma può subire modificazioni nel tempo per diverse ragioni. È a questo punto che Adler utilizza il concetto di “finzione” di Vaihinger. Adler pensa che gli avvenimenti si sviluppino come se fosse imposta all'attività umana una norma ideale, definita da Adler come verità assoluta o logica assoluta della vita sociale, che si identifica con la perfetta conformità alle norme sociali e addirittura alle esigenze cosmiche. Adler definisce come anormalità il grado di devianza soggettiva da questa norma immaginaria”* [23].

Le *norme ideali* sono un'area di studio difficilissima, da far tremare le gambe. Come si vedrà nelle pagine seguenti, si cercherà di indicare alcune premesse sociali e culturali che fanno da sfondo a fenomeni complessi quali il **terrorismo** e l'esempio del **bestemmiatore redento**: un caso clinico non riconducibile alla nomenclatura nosografica psichiatrica.

Nel caso del terrorismo è d'uopo citare l'ammonimento di Mascetti che indica nelle finzioni estreme del sentimento sociale il pericolo uno sviluppo “assai fallace”, ancorché si carichi di messianici e profetici.

Nel caso del bestemmiatore, seppure la corpulenza delle espressioni blasfeme rappresenti anch'essa un codice espressivo fallace e fittizio, in quanto mancante di convinzione e istituzionalizzazione, gli effetti del suo retroterra non influenzano il paziente più di tanto perché sia le premesse che il loro sviluppo abnorme rimangono nella sfera del folklorico. La bestemmia per P. non ha mai avuto il significato di radicale irriverenza o di rancore verso la divinità, ma è stata un'espressione vernacolare, condivisa dal suo gruppo, collocabile a un livello teatrale [20], dove il sociale rappresenta piuttosto una cassa di risonanza delle emozioni, una rete di cooperazione ove si va ad adagiare il processo individuale di recupero dell'orizzonte di salvezza, necessario a contenere l'avvicinarsi della destrutturazione imposta dall'evento traumatico.

III. *Competizione e terrorismo*

Si riporta ora la versione ridotta di una relazione, tenuta da Goffredo Bartocci nel 2002 presso la sala conferenze della sede dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità - Eastern Mediterranean Council*, in occasione della Conferenza Internazionale *Mental Health and Violence* (Salute Mentale e Violenza), dal titolo **Definition of Terrorism Transculturally**. La conferenza fu organizzata congiuntamente con la *World Islamic Association for Mental Health*, la *Palestinian Red Crescent Association* e altre associazioni umanitarie e scientifiche, sotto il patronato del Ministero Egiziano della Sanità.

Secondo una definizione di terrorismo, quella basata sulla etimologia del termine, terrorista è chi, consapevolmente, semina il terrore. L'uso del terrore come arma di prevaricazione, neutralizzazione delle capacità fisiche e psichiche dell'altro o, nel migliore dei casi, di persuasione costrittiva ad abbracciare alcune credenze al posto di altre, non è certo nuovo.

Al riguardo pare importante: a) focalizzare le condizioni culturali che permettono o facilitano atti terroristici; b) monitorare gli effetti di traumi intenzionali, fisici e psichici, negli individui o nelle popolazioni che subiscono tali atti.

Nel momento in cui parliamo di eventi traumatici, è fondamentale insistere sulla distinzione tra traumi da eventi naturali (terremoti, eruzioni vulcaniche, tempeste) e traumi intenzionali a provenienza umana. Sono questi ultimi che ricadono entro i temi qui trattati. I traumi provenienti da un'intenzionalità lasciano segni più profondi e duraturi di quelli inferti da cause naturali. E poiché una delle risposte psichiche più frequenti al trauma (anche solo psichico) può essere l'attivazione di un meccanismo dissociativo, una definizione, volutamente psicologizzata, del terrorismo si riferisce ad **atti che inducono una dissociazione psichica**. Le varie forme di terrorismo sono sostenute dalle **tecniche** con cui si produce la dissociazione psichica del soggetto vittima di tali atti.

Il *terrorista*, secondo questa analisi, è colui che induce specifici e abnormi stati d'animo allo scopo di averne profitto. Considerando ora l'enorme potere influenzante che viene esercitato dall'uso surrettizio di particolari **simboli** mitico-religiosi accreditati a livello socio-culturale, la forza angosciante prodotta da atti collegati all'uso coerente di simboli carichi di grande effetto suggestivo, assume enormi ripercussioni che non si limitano ad agire solo a livello psichico [1, 2, 4]. Ne sia esempio la Morte Psicogena Acuta negli Aborigeni Australiani per il puntamento dell'osso, il Voodoo haitiano, le scomuniche medievali.

Poiché ogni cultura, per definizione, è costituita da simboli che forniscono un orientamento di valori e norme di comportamento, la domanda da porre obbligatoriamente è: *“Una cultura può essere costellata da specifici fattori che possono spingere verso la produzione di terrorismo?”*. Per rispondere a questa domanda si è chiamati a discernere le *condizioni strutturali* (geopolitiche, economiche) e le *condizioni sovrastrutturali* (clima psicologico indotto da ogni specifica cultura), che, alleandosi nelle più varie connivenze, determinano un prodotto finale definibile come “patologico”. Con ciò non si vuole sovrapporre il metodo di procedere della psichiatria clinica o fenomenologica per scoprire le radici di fenomeni complessi come la violenza dell'uomo sull'uomo e tentare così di procedere ad una “restitutio” alla vita sociale “normale” attraverso esclusivi canali psicologici.

È evidente che il problema di comportamenti abnormi di intere masse di persone non può essere ridotto a una visione psicodinamica scissa dalla rete ambientale in cui detti fenomeni prendono origine. La via più corretta è proprio di fare convergere nel loro operare discipline dell'area psico-socio-antropologica, per trovare i punti dove l'attrito generato dal movimento di *opposte sfere culturali* determina un pericoloso

surriscaldamento.

Pare poco corretto analizzare il fenomeno del *suicide-bombing*, ovvero il martirio-omicidio, volontario o estatico, attualmente particolarmente frequente in soggetti di religione islamica, se non troviamo le radici del martirio anche in altre culture e, nello specifico della nostra estrazione culturale, nella cristianità stessa. In parallelo alle osservazioni apologetiche sui martiri cristiani, a partire dalla Roma post-Cristiana sino al medioevo e alla modernità, si constata la sovrapposizione tra il martirio come difesa della propria fede e l'immagine dell'eroe combattente per la fede. Lo storico dei conflitti religiosi potrà trovare innumerevoli esempi di guerre esasperate dall'uso improprio del fattore religioso [11, 35]. Si badi bene che per fattore religioso non si intende il *fluire del sentimento religioso a fini di devozione personale*, bensì l'uso di *credenze religiose manipolate a fini geopolitici specifici*.

Per quanto riguarda le vicende in cui il fattore religioso ha impresso garanzie legali ad atti di estrema crudeltà, si cita quanto esposto da una rivista storiografica, Medioevo Dossier N. 2 del 2002, in cui al capitolo "*Monaco con licenza di uccidere*", viene condotta un'analisi che risale al XII secolo, allorché venne data la benedizione vaticana a questa nuova figura di legionario religioso. Nel 1119 nasceva a Gerusalemme l'Ordine dei Poveri Cavalieri di Cristo con il compito di difendere i pellegrini e le vie di accesso al Santo Sepolcro. Con il passare del tempo questo Ordine prese un aspetto sempre più militare, sino a che nel 1128 il Concilio di Troyes riconobbe ufficialmente i Templari come primo ordine cavalleresco della Chiesa Romana. Nel 1133 il Papa Innocenzo III emanò la bolla che legittima l'uso del mantello bianco con la croce rossa. La formazione e il riconoscimento dei templari ebbe un promotore e un testimonial d'eccezione, San Bernardo di Chiaravalle, che usò un'arringa *De Laude de novae militiae*, del tutto simile a quelle perorazioni che oggi fanno scandalo quando in occidente si parla di Jihad: "... un nuovo genere di cavalleria è apparso nel mondo ... I cavalieri combattono senza tregua una duplice battaglia sia contro la carne ed il sangue, sia contro gli spiriti maligni del mondo invisibile... è davvero impavido e protetto da ogni lato quel cavaliere che come si riveste il corpo di ferro, così riveste la sua anima con l'armatura della fede. Nessuna meraviglia se, possedendo entrambe le armi, non teme né il demonio né gli uomini. E nemmeno teme la morte egli che desidera morire... Desidera che la sua vita sia dissolta per essere con Cristo". San Bernardo continua la sua arringa con un crescendo che glorifica "*la morte in combattimento che renderà beati tutti quelli che muoiono per il Signore*".

Il brano sottolinea la concezione che il *sacralizzare la fine della propria esistenza* si costituisce come un simbolo culturale potentissimo che esorcizza il percepire l'orrore di porre fine all'esistenza di un altro essere umano [8].

Dunque, è utile considerare l'esacerbazione di taluni fattori religiosi come *concausa* del proliferare di violenze giustificate dalla copertura ideologica del simbolo religioso. Ogni qual volta l'essere umano si pone come responsabile delle sue azioni, diventa difficile arrivare a estremi comportamentali reputati culturalmente leciti.

Proponendo una notazione clinica, nel corso dell'*esperienza psicoterapeutica*, colui che soffre non vuole ascoltare belle parole sulla sofferenza o raffinate ideologie salvifiche; il paziente pretende di avere di fronte un essere umano in carne e ossa, con cui possa interagire qui ed ora nella responsabilità della cura. Nel lavoro difficilissimo di una relazione terapeutica, è fondamentale poter dare a coloro che chiedono aiuto non solo la professionalità del nostro operare, ma anche e soprattutto la presenza come esseri umani impegnati al raggiungimento del benessere nel breve arco di vita concesso dalla natura [29, 31].

Sebbene lo studio dei *nessi fra fattore religioso e salute mentale* [1, 2, 4, 5, 8, 10, 14, 18, 19, 22, 30] rimanga un tema centrale della psichiatria culturale, non è intenzione di quest'articolo fare una rassegna delle numerosissime ricerche che si sono occupate di questa area di ricerca. Tra queste emergono gli studi di Devereux [10], che sottolineava lo spostamento *dereistico* della concezione del mondo, conseguentemente l'uso spropositato di articoli di fede. Nell'approfondire il concetto e la processualità dell'incedere derealizzante, Zupin [36] riporta la precisazione di Henry Ey, che definisce il dereismo come: "...*un pensiero regressivo retto dalle esigenze affettive e dal bisogno di modificare il sistema della realtà, di sottrarsi alle leggi delle categorie logiche dell'intelletto (causalità, identità, contraddizione)... dereistico è un pensiero 'paralogico' nello stesso tempo simbolico e sincretico*".

A questo punto come giudicare i livelli di realismo di una cultura? Come soppesare le credenze sul sovrannaturale, le quali possono "essere più o meno in contrasto con quanto impariamo a conoscere del mondo fisico ed umano che ci circonda?" [36]. Si ricordano a tale proposito i contributi di Prince [25, 26, 27], il quale coniò il termine *Integral beliefs* per definire quelle credenze non dimostrabili e poco realistiche (ma non incoercibili come il delirio), che eppure hanno fondato imponenti movimenti culturali, siano essi politici, filosofici, militari o religiosi, successivamente diventati cultura dominante in molti Paesi

IV. Cooperazione. Il bestemmiatore che si redense

Si riporta qui il *caso clinico* del Sig. P., particolarmente adatto a stimolare una discussione inerente alla titolazione di questo articolo. La risoluzione di questo caso si interseca con la parziale accettazione da parte della sua compagine socio-culturale di un "atteggiamento" di religiosità innestato su una condotta blasfemica oppositiva al sistema valoriale religioso, manifestata in precedenza dallo stesso paziente. Il repentino cambiamento del comportamento religioso del paziente ha determinato una preoccupazione e un ingorgo interpretativo nel suo gruppo sociale, cui è conseguito necessariamente l'invio del Sig. P. al luogo deputato alla risoluzione delle crisi: il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale Generale. Il breve ricovero in SPDC, benché non strettamente necessario, è stato usato come mezzo per accondiscendere alla richiesta del paziente e ridare il "senso" dell'esistenza interrotto un giorno, come vedremo, sotto un albero di ciliegie.

Qualche anno fa si presentò all'Accettazione di una Struttura Sanitaria romana un uomo di 50 anni, accompagnato dalla solerte moglie, preoccupata soprattutto per il notevole disinteresse del marito per tutto quanto lo circondava, cosa che determinava un notevole calo dell'introito economico ricavato dal suo lavoro come contadino.

- *Primo ricovero.* Poiché già precedentemente il paziente aveva manifestato un'inibizione psicomotoria simile a quella attuale, risolta grazie a un ricovero in clinica convenzionata e alla somministrazione di antidepressivi, entrambi desideravano prevenire il ripetersi di tale spiacevole condizione morbosa. E quale migliore decisione se non portare il marito direttamente a un Ospedale situato nel centro storico di Roma, dove certamente avrebbe trovato gli specialisti migliori? Né il Paziente, né la moglie sembravano rendersi conto di venire a collocarsi in quella specie di girone infernale rappresentato dai reparti per acuzie psichiatrica! Di fatto il sig. P., un contadino calabro emigrato a Roma da ragazzo, nonostante cercasse di apparire cortese e collaborativo, al tempo stesso mostrava un abbassamento del tono dell'umore e un atteggiamento distaccato, apatico, mutacico. Lamentava incapacità a svolgere qualsivoglia attività lavorativa, chiedendo insistentemente di essere ricoverato prima che qualche cosa di brutto potesse accadergli.

- *Secondo ricovero.* Fu disposto il ricovero non tanto per una diagnosi precisa, quanto perché era impossibile non accettare le ferme aspettative della coppia. Una volta entrato in reparto, si creò lo spazio per un colloquio approfondito. *Riferì che il suo stato attuale era già insorto in seguito a un episodio occorsogli ben 3 anni addietro*, dopo che assistette alla caduta della moglie da un albero con conseguenti fratture multiple. Raccontava il fatto senza enfasi, quasi con distacco, quasi volesse spostare l'attenzione dell'interlocutore sui sintomi attuali e non sul pregresso episodio depressivo. Ad un certo punto trasse da una tasca una copia della cartella clinica del suo *ricovero antecedente*. Incredibilmente la cartella clinica era dattiloscritta, ovvero leggibile, e inoltre non vi erano dubbi che era stata redatta da un raffinato fenomenologo. Era successo che, mentre la moglie raccoglieva ciliege dall'alto dell'albero antistante il campicello che circondava la loro modesta abitazione situata nella periferia romana, era caduta rovinosamente in terra procurandosi numerose fratture ad entrambi gli arti inferiori. Pochi giorni dopo l'incidente, mentre la moglie era ricoverata in Ospedale, oramai fuori pericolo, il paziente manifestò, come segnalato in cartella e confermato da lui stesso, dalla moglie e dai figli, tutti particolarmente accoglienti nei confronti del paziente, un pressante *richiamo verso Dio e la Chiesa*. Il Sig. P. si recò dapprima dal prete della parrocchia, chiedendo di benedire più volte la sua abitazione, poi iniziò a frequentare insistentemente la Chiesa locale dove sostava per ore intere. Successivamente si adoperò affannosamente per convincere i suoi conoscenti a recarsi in Chiesa con lui, usando tematiche di prossima rovina del mondo. Ben presto i suoi amici rifiutarono tali pressanti insistenze allontanandosi da lui. Pregava continuamente, isolandosi in casa dove aveva allestito spazi sacri con immagini e santini illuminati notte e giorno dalla tremula luce di candele votive. Tutto ciò in completo contrasto

con la sua precedente attitudine di inveterato bestemmiatore. I familiari, tutti credenti, pur rendendosi conto degli eccessi mistici del congiunto, lo lasciarono fare in quanto questi motivava il suo comportamento collegandolo alla grazia ricevuta dal cielo per aver salvato la moglie. Poiché con il passare del tempo questo comportamento non accennava a diminuire, anzi nel frattempo aveva perso anche il lavoro come bracciante, i familiari decisero di consultare uno specialista che preferì inviare in Clinica Specialistica il paziente. Una volta ricoverato fu seguito da un collega ben più succinto del precedente nello scrivere la cartella clinica. Da questa si raccoglievano infatti poche indicazioni, se non che durante il ricovero il paziente si mostrava preoccupato soprattutto della sua inabilità lavorativa e del senso di vuoto che lo possedeva, indugiando a ripetere continuamente queste tematiche, sino a che la somministrazione di triciclici produsse effetti positivi e fu dimesso.

Ora, al colloquio, sembrò opportuno seguire il *profilo anamnastico* tracciato dalla cartella clinica precedente e con decisione venne ripreso il discorso *sul giorno fatidico della conversione*. Il Sig. P. tentò di evitare i ricordi, ma la fiducia verso il medico dell'Ospedale al centro di Roma lo spinse a rispondere. Cambiò espressione, il sudore imperlava la sua fronte, guardava fisso il medico quasi ad ammonire di essere rassicurato sulla strada da seguire. Poi sbottò, accompagnando le parole con un'evidente emotività: *“Pensi, dottò, mi sono visto mia moglie lì in terra, le gambe tutte storte, malamente intrecciate, erano. E poi, era insaccata in terra, sì insaccata”* e gli saliva l'angoscia: *“Che potevo fare, niente. Lei lì, un sacco, ed io, anch'io, lì, disperato”*. Lo sguardo gli ricadde in terra. *“Che potevo fare? Lì da solo, mia moglie in terra, nessuno intorno a me a cui chiedere aiuto. Sì, chiesi aiuto a Dio! Dio, fammi la grazia ed io, bestemmiatore, ti onorerò per sempre”*.

Con queste parole aveva definitivamente chiuso lo sprazzo comunicativo ed era tornato il paziente depresso che chiedeva i giusti farmaci. Venne rassicurato. Aveva mostrato il nucleo che aveva prodotto il cambiamento vitale del suo comportamento, dando una consistente traccia interpretativa. Il passaggio dall'“ostilità verso gli dei” ad un “comportamento religioso bizzarro”, tanto più strambo perché scoordinato da una fede esplicita, evidentemente si era trasformato in un gorgo esistenziale inconciliabile [1, 2, 3, 4, 14]. Con la sua comunicazione, la storia del Sig. P. aveva perso i caratteri di incomprensibilità e dunque di problematicità nella scelta della cura: si era arreso alla “crisi di presenza”, scatenatasi alla vista della moglie diventata improvvisamente informe fagotto. Quali strumenti di riscatto aveva il nostro illetterato muratore, lontano da centri abitati e dal soccorso di un medico? Lui, abituato a vivere ai margini della società del benessere e della tecnica, emigrato e dunque lontano dal supporto di parenti e per di più bestemmiatore? Cosa poteva offrire all'unica fonte di appoggio a disposizione in quel momento di tragedia, cosa poteva offrire alla bontà salvifica di Dio, se non se stesso? Si offrì con tale determinazione che, probabilmente, non avrebbe accettato un'eventuale interpretazione dinamica in tal senso, del resto linguisticamente lontana dalla sua personalità. I giochi erano ormai fatti: la moglie si era salvata e la sua guarigione imponeva il suo pagamento.

La valutazione diagnostica psichiatrica aveva confermato anche durante il secondo ricovero un *disturbo biologico disgiunto dai fatti*. Pochi giorni dopo fu dimesso con la stessa diagnosi scritta nella precedente cartella: *depressione*. Al più, si sarebbe potuta completare la configurazione diagnostica quale: *depressione in pregressa conversione religiosa*. Ma una diagnosi così culturalmente elaborata non è ancora inscritta nella nosografia occidentale!

- Il caso è stato riportato poiché esplicativo di un momento privo di *competizione* fra psichiatria e religiosità. Il livello di *cooperazione* fra paziente e terapeuta, mediante l'utilizzo di una strategia terapeutica basata sull'*essere al mondo*, non fu solo quello del coinvolgimento empatico, ma in modo specifico, si realizzò nel rispetto del terapeuta per la sua "*conversione*". Solo attraverso questa via il paziente, circa il cambiamento del suo Orientamento di Valori, accettò la "restituzione psicoterapeutica" del suo attuale Stile di Vita.

V. Comparazione

Nonostante la marcata differenza dei *due esempi*, il *martirio/omicidio* e il *bestemmiatore redento*, scelti per delineare l'ambito degli interventi della **psichiatria culturale dinamica**, pare lecito accostarli e compararli. In entrambi i casi lo sfondo culturale e le regole sociali svolgono un ruolo determinante nella conformazione delle abnormità comportamentali. La risoluzione del terrorismo è ancora di là da venire; nel microcosmo del caso clinico, invece, la terapia sta nel cogliere i nessi fra premesse vissute, situazioni cliniche attuali e strategie terapeutiche affrontate. Il punto di *repere* per la cura si concentra nella flessibilità sociale [29, 31, 32] in cui il Sig. P. è vissuto ed ha operato. Al contrario nel caso del terrorismo è la crudezza del contesto culturale a far germinare l'operare abnorme. Nel caso del bestemmiatore "redento", possiamo aggiungere come concause patogenetiche, nella formazione del suo *Stile di Vita*, le condizioni di lontananza dai luoghi di riferimento e di sicurezza, equiparabili a quelle cui soggiacciono gli emigrati o tutte quelle persone che patiscono le mutazioni socio-economico-culturali, dovute alla massificazione ed alla globalizzazione, come fattori che tendono a svuotare l'identità degli individui [18, 19, 22, 35].

VI. Alcuni obiettivi per il futuro

I punti da sviluppare nei prossimi anni, a livello di una Psichiatria e Psicoterapia Culturale, possono essere i seguenti [16, 29, 30, 31, 34]:

- 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 anche nei corsi di laurea in medicina.

- 3) Sviluppare le applicazioni cliniche della Psichiatria Culturale attraverso forme di Psicoterapia consapevoli dell'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 generali (etici) che legati ad una specifica cultura (emici).
- 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 [17, 25, 36].
- 6) Sviluppare l'uso di varie prassi epistemologiche per verificare i metodi 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 valoriali, religiosi e alle concezioni del mondo correlandoli alle strategie di terapie da adottare [29, 31, 32].
- 9) Utilizzare le strategie della psichiatria e psicoterapia culturale per una sintesi dell'intero contesto bio-psico-socio-culturale.
- 10) Indirizzare la Psichiatria e la Psicoterapia Dinamica Culturale per mediare e appianare i notevoli cambiamenti ambientali in atto.
- 11) Prevenire e smussare i conflitti inter-etnici, inter-razziali, inter-culturali e inter-religiosi in rapido aumento a livello mondiale come fattori concausali di terrorismo, genocidi, guerre.
- 12) Agire per sviluppare la funzione di organizzazioni scientifiche internazionali (quali ad esempio la WACP) per costruire una solida agenda in tema di salute mentale e influenza culturale.

VII. Conclusioni

Seguendo la proposizione di spianare la strada alla Psichiatria e Psicoterapia Dinamica Culturale [29, 30, 31, 32], è opportuno avvicinarsi a concludere con alcune riflessioni, sottolineando quanto spesso i tentativi di sviluppare un'interazione fra varie discipline (come la P.I.C. o la P.D.C.) abbiano mostrato un itinerario a tappe dove l'auspicata flessibilità della psichiatria e della psicoterapia lascia il passo a impostazioni monotematiche. Il problema di osservare, separare e poi amalgamare le varie teorie sull'etiopatogenesi delle sindromi psicopatologiche e i metodi di cura non è certo nuovo. Prima ancora che la Psichiatria Culturale si affacciasse per esercitare una valenza critica sulle tradizionali psichiatrie dal punto di vista del rispetto delle diversità, intrinseca ad ogni popolazione, ci fu un momento in cui si tentò di appianare i contrasti fra le varie "psichiatrie" occidentali.

Questo momento si ritrova nel Primo Congresso Mondiale di Psichiatria (che dette luogo alla fondazione della **World Psychiatric Association**), tenutosi a Parigi nel 1950 sotto la presidenza di Henry 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 il modello di organodinamismo di 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 disciplina 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”* [17]. 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 accadrà di ascoltare l'annuncio della *morte della psicoanalisi freudiana* come metodo di studio e di cura valido a livello interculturale (e possiamo essere d'accordo), e al tempo stesso l'annuncio dell'*agonia della psicopatologia generale e della fenomenologia* (e qui non siamo d'accordo) [6].

Attualmente ci troviamo in analoghe condizioni del primo Congresso Mondiale di Psichiatria, tenutosi a Parigi del 1950. Stavolta il dibattito non è più fra psicogenesi e biogenesi, ma quello di riuscire a monitorare quanto e come la psicogenesi sociale e culturale dei disturbi mentali si articola e “possa piegare” quelle che precedentemente venivano prese come dinamiche “in vitro” e cioè indipendenti dall'influenza esercitata dalla cultura su ogni aspetto esperienziale.

A questo fine è auspicabile che i colleghi più giovani sappiano fare un buon uso della **WACP** e della **SIPI** per sviluppare gli obiettivi cui le nostre Associazioni Scientifiche cooperano oramai da più di due decenni.

Bibliografia

1. BARTOCCI, G. (2000), 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.
2. BARTOCCI, G. (2013), Reflection sur Spiritualité, Religion et Psychiatrie. *Encyclopedie Medico-Surgical*, 10(1): 1-9.
3. BARTOCCI, G. (2014), Animismo, dreamtime e spiritualità – parte II: Poi venne la divine school, *Rivista italiana di psichiatria e psicoterapia culturale*, in press. www.psiculturale.it
4. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DI FONZO, T. (1998), Cohabiting with Magic and Religion in Italy, in OKPAKU, S. (Ed.), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.
5. BARTOCCI, G., PRINCE, R. (1998), Pioneers in Transcultural Psychiatry: Ernesto De Martino (1908-1965), *Transcult. Psychiatry*, 35(1): 111-123.
6. BISWANGER, L. (1947), *Ausgewälte Vorträge und Aufsätze*, tr. it. *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1970.
7. CRICK, F. (1995), *The Astonishing Hypothesis: the Scientific Search for the Soul*, Touchstone, New York.
8. CSORDAS, T. (1994), *The Sacred Self*, University of California Press, Berkeley.
9. DE MARTINO, E. (1978), *Il Mondo Magico*, Boringhieri, Torino.
10. DEVEREUX, G. (1939), A Sociological Theory of Schizophrenia, *Psychoanal. Rev.*, 26: 315-343.
11. DODDS, E. (1965), *Pagan and Christian in an Age of Anxiety, a study of religious life in the period between Marcus Aurelius and Constantine I*, tr. it. *Pagani e cristiani in un'epoca di angoscia. Aspetti dell'esperienza religiosa da Marco Aurelio a Costantino*, La Nuova Italia, Firenze 1993.
12. EDELMAN, G. (1992), *On the Matter of the Mind*, tr. it. *Sulla Materia della Mente*, Adelphi, Milano 1993.
13. EDELMAN, G., TONONI, G. (2000), *Un universo di coscienza. Come la materia diventa immaginazione*, Einaudi, Torino.
14. FAVAZZA, A. (2009), Psychiatry and Spirituality, in SADOCK, B., SADOCK, V., RUIZ, P. (Eds), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkens, Baltimore 2009: 2633-2949.
15. FERRIGNO, G. (2009), «E non credere ciecamente a nessuna “autorità”, neppure a me», *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 3-5.
16. GASPARINI, C., GATTI, A. (2012), La lingua dell'Altro: aspetti di Psicodinamica Culturale Adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 41-93.
17. GARRABÈ, J. (1992), tr. it. *Storia della Schizofrenia*, Edizioni Magi, Roma 2001.
18. JAMES, W. (1958), *The varieties of religious experience*, Simon & Schuster, New York.
19. JENKINS, I., BARRET, R. (2004), *Schizophrenia, culture and subjectivity*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 303-328.
20. LANTERNARI, V. (1990), Verità e finzione, solennità e gioco nei rituali di pos-

sessione, in BARTOCCI, G. (Ed.), *Psicopatologia, Cultura e Pensiero Magico*, Liguori, Napoli, pp. 117-142.

21. LECCARDI, G. (2009), Lo specchio di Adler: la fine del Narcisismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 17-53.

22. LITTLEWOOD, R. (2002), *Pathologies of the West*, Continuum Press/Cornell University Press, London.

23. MASCETTI, A. (2014), L'amore per il proprio destino come culmine e risoluzione dell'esperienza e del processo analitici e psicoterapeutici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 41-51.

24. MURPHY, H. B. M. (1982), *Comparative Psychiatry*, Springer-Verlag, Berlin.

25. PRINCE, R. (1979), Religious Experience and Psychosis. *J. Alter. St. Conscious.*, 5: 167-181.

26. PRINCE, R. (1979), Delusion, dogma and mental health, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 7: 58-62.

27. PRINCE, R. (2000), Grieving for a lost eternity, in FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di), *La Qualità della Vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. 455-480.

28. ROVERA, G. G. (2014), Competizione/Cooperazione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 3-5.

29. ROVERA G. G., GATTI, A., INFANTE, V. (2012), The network model in cultural dynamic psychotherapy - Anthropological bases for a culturally appropriate psychological treatment, 3° World Congress of Cultural Psychiatry, ACTA, Londra, 9-11 Marzo.

30. ROVERA, G. G. (1994), L'approccio transculturale e infraculturale per lo studio della dimensione del sacro, in BARTOCCI, G. (Ed.), *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*, Edizione Universitarie Romane, Roma pp. 3-17.

31. ROVERA, G. G. (2013), Per una psicoterapia appropriata, *Riv. Psicol. Indiv.*, 73: 5-13.

32. ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Spunti per una psicoterapia dinamica culturale, *Rivista italiana di psichiatria e psicoterapia culturale*, in press. www.psiculturale.it

33. TSENG, W. S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, Academic Press, London.

34. TSENG, W. S., BARTOCCI, G., ROVERA, G. G., DE LUCA, V., INFANTE, V. (2013), Riflessioni sul futuro della psichiatria culturale, *Rivista italiana di psichiatria e psicoterapia culturale*, 1(1): 40-70. www.psiculturale.it

35. VERNANT, J. P. (1979), *Religions, histoires, raisons*, tr. it. *Nascita di Immagini e altri scritti su religione, storia, ragione*, Il Saggiatore, Milano 1982.

36. ZUPIN, D. (2014), Un approccio culturale-fenomenologico-dinamico al problema dei core disorders della schizofrenia. www.culturalpsi.org

Goffredo Bartocci
Piazza Massaua 9
I-00162 Roma
E-mail: goffredo.bartocci@waculturalpsy.org