

## Validità e limiti di un approccio psicanalitico in psichiatria transculturale

ANTONINO JARIA, GUIDO BERDINI, DANIELA DE BERARDINIS

*Ospedale S. Maria della Pietà - Roma*

Per chi si occupa di psicoanalisi la psichiatria transculturale è un terreno ricco di suggestioni e risonanze, ma anche di facili analogie e richiami al sapere psicanalitico ed alle proprie esperienze cliniche. Col procedere dell'esperienza ci si rende conto di come molte omologazioni, inizialmente dettate dal « fascino » delle esperienze transculturali, siano semplificazioni che colgono solamente aspetti parziali delle situazioni.

Le analogie esistenti si situano a livelli molto profondi e richiedono quindi analisi approfondite ed accurate. Esse sono cioè sempre da riferire al costrutto di « unità psichica » intorno al quale si interrogano le scienze umane. È questo un concetto difficilmente definibile ed in qualche modo sfuggente in quanto attiene alle strutture primordiali per cui viene spontaneo il richiamo alla dimensione « inconscio ».

In questa sede cercherò di esporre in forma sistematica una serie di riflessioni che scaturiscono dal mio lavoro clinico-terapeutico con pazienti somali e dalla elaborazione del materiale raccolto unitamente con i miei collaboratori. Mi rifarò anche alla vecchia e nuova bibliografia sull'argomento, alle mie convinzioni sulla unitarietà del vivere e del sapere dell'uomo nelle sue varie esplicazioni che comprendono anche il vissuto della malattia e quello dell'« agire terapeutico ». Vorrei iniziare il mio discorso partendo, per così dire, da lontano, esaminando alcune tematiche fondamentali del vivere collettivo ed individuale.

Ogni popolazione ha strutturato, nel corso della sua storia, dei miti e delle leggende di fondazione, attraverso cui viene spiegata l'origine dell'universo, della vita, delle istituzioni e dei rapporti sociali. In un tempo mitico aurorale, esseri divini o sovrumani (essere supremo, primo uomo, antenato mitico, ecc.) hanno organizzato e regolamentato la realtà, categorizzandola sulla base di coppie di significanti opposti (uomo-donna, sacro-profano, endogamico-esogamico, lecito-illecito).

In un recente articolo sulla rivista « Prometeo », Laternari (1979), ha trattato molto bene questi argomenti, sottolineando come ogni mito sulle origini si incentri su di un elemento strutturato soprannaturale che organizza il caos primordiale, costituendo entità differenziate e relazioni tra tali entità come momento riunificatore e riaggregante.

La differenziazione e la separazione, la conseguente composizione dialettica

degli opposti, danno origine a delle reti di significanti in base alle quali la realtà viene codificata e decodificata, gli accadimenti vengono saturati di senso e si trasformano in eventi mentali interrelati o correlati.

L'*ordo rerum* socio-culturale fornisce il quadro generale all'interno del quale si vengono a costituire le categorie del pensiero familiare ed individuale (mai come duplicazione meccanica, ma sempre con un certo gradiente di disomogeneità). Possiamo concettualizzare quest'ordine come momento fondante e costitutivo in contrapposizione ad un disordine « entropico » che minaccia di metterne in crisi la coerenza. La dialettica ordine-disordine viene assorbita all'interno di altre polarità dialettiche: conservazione-cambiamento, cambiamento graduale-cambiamento catastrofico, conservazione-distruzione.

Di conseguenza il disordine può essere immaginato come uno stato primigenio da cui si è usciti, oppure come un pericolo al quale si andrebbe incontro se venisse modificato lo *status quo*. Scrive E. Enriquez « Se l'umanità non hai mai vissuto in uno stato informe, ciò non impedisce che il fantasma del caos primordiale e la paura di un ritorno a tale stato esista davvero e che essa sia all'origine di tutti i tentativi di messa in ordine, di strutturazione, di potere » (1979: 78).

Un'angolazione differente, come riporta Masud Khan, è assunta da Levy-Strauss il quale commentando « Totem e tabù » ha rilevato che: « Il desiderio per la madre e la sorella, l'assassinio del padre ed il pentimento dei figli non trovano senza dubbio alcuna corrispondenza nella storia. Ma forse traducono sotto forma di simbolo un sogno duraturo ed antico insieme. Il prestigio di questo sogno, il suo potere di dare forma, a loro insaputa, ai pensieri degli uomini, provengono precisamente dal fatto che le azioni evocate non sono mai state commesse, perché la civiltà vi si è opposta ovunque è sempre » (Khan 1979: 244-245).

Tali impulsi rappresentano infatti « l'espressione permanente di un desiderio di disordine, o piuttosto di contrordine » (*ibidem*). I due passaggi citati identificano l'attitudine ambivalente, di paura frammista ad attrazione, da parte della collettività e dei singoli nei confronti di ciò che si contrappone all'ordine costituito.

Alla luce di tali riflessioni dobbiamo considerare le reazioni di fronte al fenomeno della follia (e a fenomeni connessi come la morte, la malattia fisica, la violenza intragruppale). La follia infrange la coerenza dell'universo psicologico e socioculturale, ne mette drammaticamente in rilievo i limiti e la staticità, proponendosi come espressione di una dimensione « aliena » (in senso antropoanalitico).

Nel vissuto della persona malata (che sente il mondo progressivamente perdere di significato), nel vissuto nel suo gruppo familiare e dell'intera collettività, la follia provoca un impatto emotivo profondo ed attiva una serie di angosce catastrofiche. Come afferma Collomb, è necessario riconoscere la follia quale « dimensione antropologica fondamentale » della quale bisogna occuparsi, « pena l'esplosione individuale e sociale » (Collomb 1978: 5).

Nelle culture africane tradizionali (quella somala nella fattispecie) la presa in carico e la gestione del disturbo psichico impegnano l'intera collettività: il gruppo familiare ed il clan si incaricano di scegliere, programmare e seguire tutte le fasi dell'iter diagnostico-terapeutico finalizzato al conseguimento della « guarigione ». Ciò che ritengo importante sottolineare è il tentativo (che trova concordi il gruppo ed il malato), di impedire che la follia perturbi l'*ordo rerum*, facendo sì che essa venga depotenziata, incanalata, assorbita nell'ordine familiare, culturale, cosmologico esistente.

In uno stimolante articolo sull'« Evolution Psychiatrique », Zeldine sottolinea

come la tolleranza verso il malato mentale esista solo quando ci si sente protetti. È possibile dialogare, per così dire, con la follia solamente se un diaframma si è frapposto tra la vita normale ed essa. Perché chi parla di follia, parla di « morte dello spirito », di non umanità, di violenza distruttiva. Parlando della clinica di Fann, Zeldine nota come il terapeuta tradizionale e quello occidentale operino incessantemente « al fine di ridurre assolutamente l'altro che è folle allo statuto rassicurante di malato mentale, o di vittima degli altri, o di posseduto da Dio » (Zeldine 1981: 141). Dal canto suo il paziente, nel corso delle sedute collettive, si trova « à jour le fou à lui-même et aux autres », conformandosi in qualche modo alle aspettative ed ai modelli di « cattiva condotta » del gruppo. Il malato utilizza i codici espressivi che la cultura gli mette a disposizione per esprimere la propria sofferenza ed in questo modo riuscire ad imbrigliare, in comportamenti-sintomi riconoscibili, il caos incoercibile dentro di sé. « È un tentativo — prosegue Zeldine — sia di espellere la follia della malattia mentale reale e dolorosamente vissuta, sia di incorporarla impadronendosi » (1981: 140). Nel corso del processo comunicativo che si instaura nell'ambito della triade paziente-terapista-gruppo, il disagio del malato viene ripreso e reso comprensibile, gli stati interni confusi e disarticolati vengono riconnessi in una struttura globale significativa. Tale struttura d'insieme è il risultato del rapporto dialettico tra i codici terapeuta-rituali della tradizione e la problematica psicopatologica del singolo.

Nel corso degli incontri che ho avuto con i medici tradizionali somali, ho potuto rilevare come il loro modo di condurre i riti terapeutici variasse significativamente da un paziente all'altro e come ci fosse sempre un aggiustamento tra idioma rituale e problematica del singolo. La vicenda esistenziale del paziente viene infatti progressivamente ricomposta e riarticolata e diventa simbolo di una vicenda più generale che concerne il destino del gruppo nel suo rapporto con il mondo naturale e soprannaturale. Tutto questo si realizza attraverso l'evocazione, drammatizzazione, lo scambio di contenuti simbolici a referente multiplo. I contenuti simbolici si declinano infatti secondo piani di realtà differenti senza essere saturati da nessuno di questi: corpo, mente, relazioni familiari e gruppalì, mondo naturale, livelli cosmici e religiosi, confluiscono nei simboli e sono da essi rappresentati. La pluralità di significati dei contenuti simbolici di un rituale può spiegarne la molteplicità di lettura e di effetti terapeutici.

Ogni partecipante può « captare » (a diversi livelli di coscienza) un determinato aspetto del rituale ed accoglierlo dentro di sé. Un culto di possessione, come quello del *Minghis*, a cui ho potuto assistere varie volte in Somalia può allo stesso tempo: avere un valore psicoterapico per il paziente, cementare l'unione tra i membri della sua famiglia, rafforzare lo status sociale dei partecipanti alla sessione (per la maggior parte donne), confermare i buoni rapporti con il mondo degli spiriti Jinni.

In questa prospettiva di plurivocità dei simboli, diventa più comprensibile il tema dell'adattamento « ad personam » dei rituali terapeutici. La funzione psicoterapeutica che essi svolgono può essere definita riportando un passaggio di S. Resnik sulla terapia analitica degli stati autistici: « la funzione terapeutica in psicoanalisi si collegherebbe alla possibilità di restituire alla tragedia la sua scena, un suo spazio, una « skéné » dove tra soggetto autista e soggetto psicoanalista si apre uno spazio in cui il linguaggio interiore disarticolato (...) avrà modo di essere rappresentato. Ma per questo occorre che il linguaggio interno dell'analista

si risvegli sintonicamente e si confronti interiormente con la propria tragedia » (1984: 12).

La scena del rituale terapeutico permette quindi il dispiegarsi del dramma esistenziale del paziente, fino allora inespresso e dei corrispettivi drammi di tutti i partecipanti. È una situazione quasi di « festa », dove le regole della vita quotidiana sono sospese e si rende fruibile una dimensione più piena del vivere. In una condizione protetta, salvaguardata dalle regole minuziosamente codificate del quadro, della cornice terapeutico-rituale, si rende di conseguenza possibile il dialogo con la parte di follia che ogni uomo si porta dentro. Il disordine viene a contatto con l'*ordo rerum*, in maniera filtrata, mediata, si inserisce in esso arricchendolo e vivificandolo con la propria carica trasformatrice. Dobbiamo adesso fare una pausa di riflessione. Quanto ho appena detto si può applicare ugualmente bene ad una terapia tradizionale africana o ad una psicoterapia analitica occidentale.

Il problema centrale concerne la costruzione di una cornice spazio-temporale nella quale il disturbo psichico si possa palesare in una situazione protetta, trovando una opportunità di pensabilità e di espressione. Se ci poniamo in una prospettiva psicoterapeutica tutto questo risulta ben chiaro, indipendentemente dal termine (quadro, cornice, setting, contenitore etc.) che decidiamo di utilizzare.

Ogni processo terapeutico ha luogo all'interno di un quadro spazio-temporale reale e metaforico, all'interno del quale vengono depositate le parti simbiotiche, confusive, « psicotiche » dei partecipanti. È stato bene indicato dalla letteratura analitica come il quadro svolga una funzione di « holding », costituendosi come parte del Non-Io che consente all'Io di esistere e di poter sperimentare stati di transitoria dissociazione.

Come ha osservato Nathan nel suo intervento al congresso sulla riabilitazione psichiatrica la nozione di quadro è comparabile a quella di « schermo del sogno » introdotta da Lewin, ed, aggiungerei, al concetto di « skéné » di cui parla Resnik. Un aspetto importante del quale ha ben trattato Nathan concerne il problema dei referenti teorici che sottendono il quadro di una psicoanalisi rispetto a quelli di un rituale terapeutico africano. Nathan scrive che l'inconscio è sempre « dentro »: « ... dentro i neuroni, dentro la testa, dentro il sesso, dentro il corpo, dentro la storia familiare o qualsiasi altra cosa » (1985 b: 51). L'origine del disturbo psichico del malato africano rimanda sempre, viceversa, ad un « fuori » da cui proviene la negatività che colpisce il malato. Sempre riguardo a quest'ordine di problemi, Masud Khan ha distinto un quadro « sociale » nel quale si collocano le terapie africane ed un quadro « terapeutico » inventato da Freud ed alquanto distinto dal sociale. Questa strutturazione su doppio versante, dentro-fuori, privato-sociale, costituisce un preciso limite per ogni intervento psicoterapico che uno psichiatra voglia compiere in un contesto africano.

In questa sede non vorrei comunque addentrarmi troppo in una analisi critica di tali problemi, vorrei piuttosto impegnarmi in una riflessione su alcuni concetti basilari della psicoanalisi che possono rivelarsi molto utili per quanto riguarda una definizione delle possibilità di intervento psicoterapeutico nel campo della psichiatria transculturale.

Nella parte finale di questo mio intervento cercherò di fare alcune riflessioni sulla teoria psicoanalitica in modo da estrapolare quegli elementi che possono essere utilizzati in psichiatria transculturale.

È indubbio che la tecnica psicoanalitica non è commensurabile, nel senso letterale del termine, con le varie terapie africane, ma forse è possibile riflettere su

alcuni fondamenti basilari della « situazione analitica »: il paziente, l'analista, il loro rapporto (Khan 1979).

Il paziente è una persona sconosciuta di fronte alla quale lo psicoanalista scopre ed inventa un « modo per vedere » e comprendere l'altra persona, il paziente appunto. Nel momento in cui uno psicoanalista inizia un trattamento si impegna ad accogliere il paziente ed accompagnarlo nel corso del suo cammino. Il paziente, d'altra parte, spera di riuscire a trovare nell'analista una persona che lo ascolti, lo comprenda e allevii la sua sofferenza.

Il nucleo centrale del lavoro analitico è rappresentato dalla coppia analista-paziente e dalla relazione che si instaura tra i due. Tale relazione ha delle peculiari prerogative che la rendono diversa da qualsiasi altro tipo di rapporto. Winnicott e Bion hanno dato contributi rilevanti per una psicoanalisi basata sulla ricerca e sulla scoperta della relazione con l'altro. A Winnicott dobbiamo i concetti di « holding » di « preoccupazione materna primaria », di « madre sufficientemente buona », a Bion il concetto di « rêverie ». In questa ottica l'analista farebbe con il paziente quello che la madre fa con il bambino. Ciò comporta per l'analista la capacità di imparare dal paziente come la madre impara dal bambino. Se l'analista assume questo atteggiamento si lascia trovare dal paziente e si lascia penetrare dal messaggio che da lui proviene.

Il dialogo analitico sembra assumere un andamento a spirale: si inizia con una comunicazione, segue un intervento e poi una nuova comunicazione. In questa atmosfera si crea uno spazio in cui il paziente e l'analista possono scambiare vissuti, emozioni, contenuti e significati.

L'analista attraverso il suo assetto interno ricerca l'inconsueto e l'inquietante piuttosto che il conosciuto ed il familiare, il suo intervento è basato sull'empatia e sul coinvolgimento personale; per il paziente egli è un compagno di strada insieme al quale condividere un tratto della propria esistenza, un compagno con profonde capacità di contenimento e di pensiero. Freud diceva che è importante essere capaci di prestare attenzione al paziente, di osservare, ascoltare ed udire quello che avviene fino a quando non emerge un significato. Bion ha scritto: « L'analista deve essere in grado di tollerare l'ignoranza, la propria ignoranza, e il fatto di trovarsi davanti ad un mistero, ad una mezza verità » (1976: 82).

Abbiamo a questo punto sufficienti elementi per discutere circa l'incontro dello psichiatra con il paziente africano.

Nella letteratura vi è un acceso dibattito sulla possibilità di omologare o meno le nostre tecniche psicoterapeutiche a quelle dei guaritori africani. In un intervento al « Workshop di psicoterapia transculturale » (Roma, giugno 1985, II Clinica psichiatrica), ho presentato una casistica clinica raccolta in Somalia ed ho fatto riferimento alle modalità di intervento psicoterapeutico da me utilizzate, notando come esse richiamassero alla memoria alcune tecniche terapeutiche occidentali.

Vorrei ulteriormente approfondire la tematica dell'atteggiamento di base da me proposto, sul quale credo si possa sviluppare qualsiasi tipo di tecnica se utilizzata in maniera congruente all'atteggiamento stesso.

Possiamo richiamare la nota distinzione di Fornari tra il modello di cura « fallico » (nel quale la malattia è considerata un'alterazione, un elemento estraneo da combattere) ed il modello di cura « onfalico » (« aver cura di » nel senso letterale di « aver pena, sollecitudine, simpatia »).

Una differenza sostanziale che mi sembra di riscontrare nella situazione terapeutica in occidente rispetto al contesto africano è che in quest'ultima i confini

della dimensione non nota sembrano dilatarsi ed includere l'intero universo del paziente, individuale e culturale.

In un articolo del 1919 (« Il perturbante »), Freud esprimeva alcune riflessioni sul concetto di « perturbante »: « la parola tedesca *unheimlich* (perturbante) è evidentemente l'antitesi di *heimlich* (confortevole, tranquillo, da *heim* - casa), *heimisch* (patrio, nativo), e quindi familiare, abituale, ed è ovvio dedurne che se qualcosa suscita spavento è proprio perché non è noto e familiare » (1977, 82).

Dopo aver esaminato alcune situazioni nelle quali il non familiare si trasforma in perturbante (ad esempio: la morte, i cadaveri, gli spiriti, la follia, il mal caduco), Freud rileva come esse rimandino ad aspetti oscuri ed ignoti della personalità che si riattivano producendo dei derivati che emergono alla coscienza. In questa prospettiva possiamo dire che la dimensione ignota che il paziente africano porta con se esercita un grande fascino ed una grande attrazione per lo psicoterapeuta. Come ho avuto occasione di scrivere in un precedente lavoro, questo « fascino » può divenire un elemento di confusione, di fraintendimento e di disturbo per lo psicoterapeuta precludendogli una corretta percezione del paziente.

Numerosi autori (Devereux e Nathan tra gli altri) hanno messo in guardia contro il rischio di sintonizzarsi in modo unilaterale sui materiali culturali più appariscenti che il paziente porta, giungendo a considerarlo quasi esclusivamente un informatore e tralasciando gli elementi psicologici e psicopatologici che egli comunica. Bisogna aggiungere, ad ogni buon conto, che questa distinzione tra dati psicologici e dati culturali è alquanto artificiale e non trova riscontro nella realtà clinica. Al di là del « perturbante » e del « fascino » (da utilizzare quest'ultimo come base emotivo-affettiva di conoscenza da raggiungere e mantenere), è necessario predisporre a trovare un atteggiamento di accettazione; nel senso di sviluppare una disponibilità a farsi « penetrare » da questo mondo e dargli uno spazio conveniente dentro di sé. Questi elementi portati dal paziente e conservati più a lungo possibile senza manipolazioni ed inquinamenti, potranno entrare in gioco in un secondo momento per cercare una composizione ed un assetto; si potrà così ottenere una condizione che costituisca la base imprescindibile per un intervento proficuo.

Ora possiamo dire, concludendo, che i passaggi delineati rimandano, con le relative validità e limiti, a quei punti di riferimento e di analogia precedentemente indicati. Naturalmente « il riferimento e l'analogia » evidenti nell'intervento terapeutico transculturale, si inseriscono nel rapporto globale dei due mondi culturali del paziente e del terapeuta.

A questo riguardo sembra molto pertinente l'osservazione di D. Fischer: « la psicanalisi restituisce all'uomo moderno la comprensione soggettiva che egli scopriva una volta nelle credenze religiose, le superstizioni, i riti » (1981: 393).

## References

- Bion, W.R. 1976, *Lecture brasiliane*, Firenze, Guarnaldi.  
Cargnello, D. 1976, *Alterità ed alienità*, Milano, Feltrinelli.  
Collomb, H. 1978, « I modelli della psichiatria africana », *Psicoterapia e scienze umane*, 2: 1-7.  
Devereux, G. 1978, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando.  
Enriquez, E. 1979, « Les institutions: amour et contrainte, consensus et violence », *Connexions*, 30.  
Fischer, D. 1981, « Psychanalyse, psychiatrie et acculturation », *Psychopathologie africaine*, XVII, 1-3: 387-393.

## *Medicine and Traditional Medicine*

- Fornari, F. 1976, *Simbolo e codice*, Milano, Feltrinelli.
- Freud, S. 1977, « Il perturbante », *Freud Opere 1917-1923*, Torino, Boringhieri.
- Iaria A., G. Berdini, M. Cimmino, D. De Bernardinis 1985, Relazione tenuta al I Workshop di Psicoterapia Transculturale, Istituto di Psichiatria, Università di Roma, in corso di pubblicazione su *Psichiatria e Psicoterapia analitica*.
- Khan, M.M.R. 1979, *Lo spazio privato del sé*, Torino, Boringhieri.
- Lanternari, V. 1979, « Identità e differenza », *Prometeo*, 3, 9.
- Levy-Strauss, C. 1966, *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore.
- Nathan, T. 1985a, « Trance e terapia », fascicolo di Psichiatria transculturale in *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, IV, 1.
- Nathan, T. 1985b, Relazione presentata al Regional Symposium della W.P.A., Roma, Università Urbaniana. Pubblicata nel fascicolo di Psichiatria Transculturale di *Psichiatria e Psicoterapia Analitica* IV, 2.
- Resnik, S. 1984, « Diagnosi psicoanalitica dell'autismo », *Quaderni di psicodiagnostica*, III, 1: 5-13.
- Thomas, L.V. 1976, *Antropologia della morte*, Milano, Garzanti.
- Zeldine, G. 1981, « Un témoignage sur Fann », *Evolution Psychiatrique*, 46, 1: 133-153.