

Sindromi come araldi (SCCm)

Dr Paolo Cianconi, medico, specialista in psichiatria

Parole chiave: Sindromi Culturalmente Caratterizzate, postmodernità, sindromi delle migrazioni, varianza sociale, mutazione fenomenologica, teoria sistemica.

Introduzione, la cultura postmoderna

La postmodernità, anche nota come modernità radicale, è una società globalizzata in rapida trasformazione che si stende in un arco temporale che va dagli anni ottanta e che perdurerà presumibilmente fino ad un'altra sessantina di anni da qui¹. Nata dall'intuizione estetica ed architettonica, la società postmoderna ha decostruito, in poco meno di trent'anni, molti dei grandi contenitori e degli insegnamenti moderni che si erano stabilizzati nel fordismo colonialista. Un decennio di fuoco, che andò dal 1968 al 1978, noto per le grandi proteste in seno al benessere, trascinò l'etica della precisione e del ritmo nella post-industrializzazione e nella crisi del meccanismo. Anche se non fu subito evidente, da quel momento in poi la modernità si decostruiva, comparvero le derive e i simulacri²; la realtà cambiava i parametri di sistema. Compilate le trasformazioni politico-economiche degli anni ottanta e novanta, la postmodernità è oggi emersa per ciò che chiaramente è, in ogni aspetto che va dal sociale all'individuale: si tratta di una cultura di transito e trasformazione. Questo corso storico è oggetto di studi³ e di esplorazioni da parte di tutti gli operatori, essendo molti gli esperimenti scientifici e sociali tuttora in corso. Ciò riguarda chiaramente anche gli esperti della salute mentale, accanto a molti fenomenologi, filosofi della scienza e pensatori, essi stanno notando che la mente umana è sottoposta ad una accelerata circolazione di variabili. L'impressione è che in postmodernità aumentino sia le nuove stranezze sia i comportamenti personali a rischio, mentre diminuisce la capacità di contenimento sociale (discrasie); ciò avviene ad un certo ritmo sostenuto, interessando i vari segmenti sociali con profonde trasformazioni. In questo flusso il nostro punto di osservatori è, in un certo qual modo, privilegiato. Siamo, infatti, nelle condizioni di poter discutere il *passaggio degli araldi*.

Le Sindromi Culturalmente Caratterizzate

Si è discusso in ambiente etnopsichiatrico di come tra le Sindromi Culturalmente Caratterizzate⁴ (sindromi etniche) e il concetto di disturbo mentale, per come è inteso nei due principali manuali di riferimento che abbiamo, le differenze siano ben poche. Il DSM IV spinge a fare attenzione a non confondere credenze locali e tradizionali con disturbi mentali, tuttavia le Sindromi Culturalmente Caratterizzate sono, in quanto "aggregati di sintomi", patologia e non fisiologia della cultura; quasi la totalità dei clinici le ritiene tali. Punto⁵.

Cosa sono - Il problema è dover definire qualcosa che, se non è estraneo alla psichiatria, comunque si muove sul confine con altre discipline. Senza le dovute correzioni si rischia di classificare come

¹ Le date sono meno importanti, considerando che il registro temporale è discontinuo e nodale; alcuni autori profetizzano già tutto ciò come era del post-biologico o trans-umanesimo.

² Il sistema degli oggetti J. Boudrillard Bompiani 2009.

³ Addio ai confini del mondo, Paolo Cianconi, FrancoAngeli 2011.

⁴ DSM-IV TR APA 2000 Elsevier Masson.

⁵ Non ci si meraviglia che alcuni autori le ritengano assimilabili a dei Disturbi di Personalità semmai è vero il contrario: sono da considerarsi etnici alcuni nostri Disturbi di Personalità (vedi ad esempio il cluster B). Il DSM IV raccomanda infatti: "Può essere particolarmente difficile l'applicazione dei criteri per i Disturbi di Personalità in modo transculturale per l'ampia variazione culturale del concetto di sé, dello stile di comunicazione e dei meccanismi di relazione" (DSM IV).

patologia o eversività la diversità, come avveniva nella psichiatria comparativista. Le cosiddette Sindromi Culturalmente Caratterizzate non sono invece sempre delle anomalie⁶ e se il DSM IV-TR preventivamente lo ammette, allora il modo di raggrupparle è stato comunque approssimativo. Una Sindrome Culturalmente Caratterizzata è una produzione bio-culturale dell'*etnia*. "*Ethnos*" è inteso, in antropologia, come l'appartenenza geografica (topos), la lingua (logos), le leggi sociali e del sacro (ethos) di un popolo (genos) e della sua stirpe narrata (epos). Ciò taglia di netto la diatriba tra l'effetto patoplastico e quello patogenetico della cultura (dibattito tra ambientale e biologico), questione tutt'altro che risolta e che permea molti degli esperimenti sociali che la nostra specie definirà meglio nei prossimi decenni. La coscienza, l'anima e la psiche, rimangono essenze costituite su base semplessa⁷, inserite in un campo eterogeneo di forze del mutamento.

Staticità - I manuali nel mondo anglosassone ed europeo hanno aggregato i sintomi notati in modo costante, creando le sindromi, le quali è bene ricordare non esistono di per sé e sono delle astrazioni. Tutte le sindromi, per lo più sono state classificate con il sopracitato modello fonetico, cioè secondo parametri quali l'incidenza, la disfunzionalità, le teorie eziologiche disponibili, i rischi e i danni che provocavano nei pazienti. Il dato di fatto che i quadri sindromici sono una classificazione tuttavia permane. Alcuni incasellamenti ed i loro tempi hanno rivelato di non avere solide basi empiriche⁸. Tornando poi alla definizione di *ethnos* vediamo che non si tratta affatto di un paradigma stabile: l'appartenenza geografica di un popolo può cambiare o essere temporanea, la lingua evolve come sappiamo, le leggi sociali e del sacro si modificano secondo la storia e in ultimo la stirpe (biologica) di un popolo subisce inevitabilmente contaminazioni e flusso genico con gli incontri. Riassumendo, né l'*ethnos*, il *produttore* delle sindromi, che dovrebbe garantire "condizioni relativamente stabili" perché una sindrome sia individuabile, né il suo *prodotto*, la cultura⁹ (Sindromi Culturalmente Caratterizzate), da cui la sindrome emerge come parte del tutto, sono elementi statici; paradigma e corollario fluttuano nello spazio e nel tempo.

Verso la flessibilità - Il DSM IV-TR stesso, come l'ICD-10, è sottoposto attualmente a revisione. Tra i punti più importanti, oltre alle novità dell'orizzonte generato ad esempio dalla genetica, delle neuroscienze e delle nuove tecnologie, c'è l'aspetto etno-centrico dei manuali, nati nella cultura bianca; un limite ormai evidente che si tenta di correggere. Molti specialisti si aspettano che la cultura non sia più considerata fonte di errori di classificazione, ma diventi un elemento chiave nella costruzione dei concetti usati nella classificazione¹⁰. Una diagnosi è solo una parte del processo di determinazione di un paziente e comunque gli individui sono attraversati da fattori psicosociali (protettivi e di rischio) per i quali sviluppano strategie secondo le possibilità a loro disposizione, non ultime quelle economiche ed educative. L'alternativa è impraticabile: non considerare che le cose cambiano rischia di condurre alla reificazione delle classificazioni presenti, aumentando i difetti dell'inquadramento. Il *movimento delle sindromi* s'inserisce dunque nella scienza psicologico-psichiatrica, come variabile che disorganizza le nostre certezze e le nostre griglie. Tuttavia noi non dimentichiamo che, in quanto strutturazione di materia ed energia estratta dal caos, esistiamo proprio dove c'è flusso (concetto fisico della vita) e mai ove regna l'equilibrio, il silenzio (concetto di cristallizzazione).

⁶ "Per quanto quadri clinici corrispondenti alle principali categorie DSM-IV possano essere trovati in tutto il mondo, i sintomi, il decorso e le risposte sociali sono molto spesso influenzati dai fattori culturali locali" (DSM IV-TR).

⁷ La semplessità, A. Berthoz, Codice edizioni, 2011, Torino

⁸ Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria, (M. May, World Psychiatry vol 10 June 2011, pag.81 Elsevier Milano 2011.

⁹ Gli antropologi ci insegnano che le *culture cristallizzate* non esistono, che c'è sempre flusso, anche nelle società relativamente isolate o *chiuse* e che quindi un certo tipo di movimento sia sempre presente in un Ethnos. La cultura in realtà tende di per sé a disorganizzare le classificazioni.

¹⁰ A conceptual framework for revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorder, IAGR of ICD 10 Mental and Behavioural disorders, World Psychiatry vol 10 June 2011, pag.88, Elsevier Milano 2011

Dallo studio del movimento: *soggetto che si muove*

Si può parlare di *spostamento* sia quando un punto si muove nello spazio, sia quando è lo sfondo che muta, mentre il riferimento tenta di rimanere stabile. Le riflessioni che seguono partono considerando un esempio importante del primo caso: lo studio dei migranti; nel paragrafo successivo discuteremo, invece, di quando è lo scenario a scorrere mentre il soggetto è in posizione più stabile, ma anche asincrona.

Sindromi ribelli - In quanto popolazioni sottoposte allo spostamento, i migranti sono un esempio, senza interposizione, della crisi umana di fronte alle variabili sociali. Il migrante attraversa infatti più sedi; egli percorre frontiere ed assorbe esperienza dai territori. La sua psiche è costretta ad esporsi, a scegliere ciò che serve e ciò che non serve nell'economia dei ricordi e delle appartenenze. Se l'individuo aveva una modalità per manifestare il disagio, questa potrebbe facilmente conservarsi nei "corpi culturali" spostandosi con la migrazione; se è così queste modalità si presenteranno alle istituzioni sanitarie del luogo ove andrà a risiedere, sottoponendo all'occidente il problema della diagnosi e della terapia dei disturbi venuti da altrove. Quando dagli anni sessanta arrivarono i migranti nordafricani in Europa gli psichiatri francofoni e anglofoni si dovettero render conto che la loro clinica psichiatrica (bianca) faticava ad interpretare, diagnosticare e gestire i disagi psichici di queste prime generazioni d'individui che risalivano la corrente post-coloniale. Ci si aspettò, come corollario di questo ragionamento, che fosse la cultura di appartenenza a conoscere e quindi a saper curare le proprie Sindromi Culturalmente Caratterizzate nei loro migranti. Tuttavia proprio nei migranti si osservò una bassissima risposta positiva anche alle terapie che comunemente in patria sono usate per gestire i loro disagi¹¹. Il paziente raccontava che, benché i sintomi riportati fossero comuni ad altre volte in cui si era sentito male, questa volta il suo guaritore non era riuscito a farlo star meglio; gli stessi guaritori affermavano che la malattia "sembra la stessa, ma in realtà non lo è". Vengono riconosciuti i sintomi, la sindrome ha la stessa manifestazione fenomenologica, ma il male, in qualche modo, è mutato. La Sindrome Culturalmente Caratterizzata ha raggiunto un punto che chiameremo di *cambiamento di fase*. Questo significa che tra il motore che produce il disagio e la sintomatologia (informazione) si è prodotto uno scollamento (scissione), cioè non c'è più nessuna relazione tra le due parti.

Criticità di sistema - Ogni sindrome è in realtà composta di due parti: un contenitore estensibile (i sintomi, l'informazione) e un contenuto (un *core*, un rapporto biologico-ambientale energetico). In una condizione naturale, i sintomi sono espressioni del malfunzionamento del sistema biologico, cognitivo, affettivo e sociale, (il core della sindrome), di una condizione culturale o territoriale. Nel caso dei migranti la sindrome *si riempie* invece di una precarietà nuova specifica, che è assorbita: la dura realtà migratoria, un viaggio a tappe forzate attraverso lo spazio non protetto, con il rischio di decedere o soccombere al caos cui ci si espone. I problemi migratori vanno intesi proprio come varianza socio storica. Se l'individuo è appena arrivato in Occidente, se non conosce la nostra lingua ed ha avuto pochi contatti di scambio culturale e si ammala, è possibile che il disagio si presenti usando una forma fenomenologica classica come nel suo paese natale, composta di tutti i sintomi; tuttavia il motivo dell'ammalarsi è diverso rispetto a quello dei suoi connazionali che sono rimasti in patria perché al suo interno la sindrome è diversa. Questo innesto di varianza si differenzia ulteriormente se l'individuo è da diverso tempo in Italia e magari ha compiuto sfavorevolmente il processo integrativo¹²; allora, se si dovesse ammalare, probabilmente

¹¹ Lavorando con gli stranieri, sovente accadeva che un paziente raccontasse di come il suo disagio tipico fosse stato già inizialmente indirizzato ad un guaritore. Magari ciò accadeva durante un rientro in terra d'origine. I guaritori locali, dal canto loro, in genere dicono che applicano le stesse metodiche a malattie che ben riconoscono nei pazienti della loro etnia che ha migrato, ma la cura non è efficace o non sortisce l'effetto desiderato.

¹² Condizioni di perturbazione pesano sulle fasi di inserimento e stabilizzazione dell'individuo migrante: stentata conoscenza della lingua Italiana, scarsa comprensione delle nostre consuetudini, isolamento, confronto sbilanciato nei rapporti di potere, difficoltà di salute, affrontare difficoltà inusuali, lo sradicamento, esporsi ad

manifesterà una forma più anomala della sindrome culturale e si vedrà qualche differenza nei sintomi. Pressioni di questo tipo sono in grado di penetrare il guscio sintomatologico della Sindrome Culturalmente Caratterizzata ed operare un processo dinamico nel *core*, con effetto immediato o ritardato sul guscio sintomatologico. In entrambi questi due casi non ci si trova più di fronte alla Sindrome Culturalmente Caratterizzata classica come la osserveremmo in Africa ad esempio, ove è nata, ma si è generata una forma di Sindrome Culturalmente Caratterizzata mutante (SCCm). Per ora accontentiamoci di intuire che, nelle società, più l'ethnos tende a rimanere stabile o a fluire lentamente, più le categorie diagnostiche utilizzate saranno funzionali e renderanno ben conto del disagio; al contrario, se la popolazione si sposta, si introduce varianza e le sindromi iniziano a mutare. Nella psicopatologia associata alle migrazioni è di più comune riscontro trovare queste modifiche (adattamenti), piuttosto che la Sindrome Culturalmente Caratterizzata classica; sono sindromi che assomigliano, ma non sono uguali alle loro matrici.

Le ricadute di questa realtà sono molteplici. Innanzitutto possono venir messi fuori gioco i guaritori ed i dispositivi tradizionali che gestiscono bene la sindrome classica; questo perché, come dicevamo prima, in realtà la sindrome, pur apparendo con sintomi simili, non è di fatto più la stessa. Inoltre il disagio tende ad estendersi perché è mal interpretato con la vecchia classificazione e quindi non è trattato. Solo successivamente, quando i terapeuti avranno imparato a distinguerle, diverranno più evidenti altri sintomi che erano sfumati e in ombra rispetto a quelli classici. Sono questi ultimi destinati a salire di importanza nelle diagnosi e quelli vecchi a perdere il significato centrale. La nuova sindrome verrà allora “nominata” (noogenesi diagnostica) da un terapeuta più intuitivo, e sarà ben trattabile.

Dallo studio del movimento: *scenario che si muove*

A questo punto focalizziamoci sulle società.

Flusso e ricezione – Lo sviluppo delle società nella storia non è omogeneo. Ci sono organizzazioni che si diversificano lentamente e tendono a conservare di più norme e consuetudini rispetto ad altre che sentono la necessità di riformarsi; anche le prime possono comunque andare incontro a nodi di sviluppo veloci ed estremi. La società contadina in Europa, ad esempio, nel suo incontro con la modernità, ha dovuto sostenere tempi di trasformazione rapidi, imposti dalle rivoluzioni che la attraversavano (religiose, industriali, economiche ecc). In casi come questi si creano nuovi modi di pensare, i valori della consuetudine vengono rimessi in circolo ed in discussione di fronte alle nuove variabili che emergono dalle trasformazioni. Nel 1800 gli europei, sottoposti al flusso delle innovazioni borghesi, pensarono che la scienza e la ragione li avrebbero liberati dalle pene del vivere, guidandoli con destrezza verso un mondo equo e consapevole. L'ottocento si riempì di utopie scientifico-positiviste tese alla ricerca del nuovo uomo onnipotente, che durarono circa cinquant'anni ognuna; già all'inizio del '900 di tante teorie erano rimaste solo le macchine¹³ a sostenere l'uomo moderno. La società post-industriale¹⁴ che seguì, non solo non perse la spinta meccanica che le derivava dalla modernità, ma presentò una dinamica ancor più accelerata, grazie ai risultati delle ricerche degli anni del secondo dopoguerra. La postmodernità, che evolve dalla crisi post-industriale, utilizza ulteriormente gli spazi ed i tempi alterati di un sistema ormai misto tra biologia e tecnologie. Le esperienze si susseguono incessanti, tanto che quello che un occidentale medio oggi può vedere, non ha paragone con ciò che hanno visto diverse generazioni di avi. Questo

agenti della precarietà e dell'incertezza, timori, solitudine, malattie e svantaggi, giudizio della cultura dominante, *goal starving stress*, difficoltà integrative generiche.

¹³ L'uomo e la scienza, come diade, non riuscirono a mantenere le promesse di un mondo migliore, in quanto l'uomo era limitato dalle sue passioni ed era corruttibile creando gli errori, il male e la sopraffazione, per il suo egoismo. Le macchine nei primi del '900 apparvero meno fallaci, affidabili e riparabili, tanto da attirare l'uomo in una forma culturale a loro somiglianza (fordismo).

¹⁴ La società post-industriale, Alain Turaine il Mulino 1969

è un esempio di movimento in cui a spostarsi è lo scenario e non l'oggetto di riferimento, che invece è più passivo; la fenomenologia psichica è attraversata da simili accelerazioni. L'emergere di psichismi diversi nella generazione urbana degli anni ottanta e di psichismi ancor più insoliti nei dieci anni successivi, sono altrettante conferme che la nostra mente stia tentando di adattarsi al flusso degli input. Il mutamento, nella sua complessità, sembra tuttavia avere una direzione oltre che una dimensione e noi possiamo coglierle analizzando gli esperimenti tecno-psicosociali in atto. Se poniamo attenzione a dei segnalatori quali l'estetica, certe forme di arte, le feste, la cinematografia, le reti comunicative, noi potremmo intuire indirettamente cosa ci trasporta e dove, benché si tratti di eventi e spinte ancora distanti dalla nostra percezione diretta. Certi strumenti, spesso inconsapevoli e non ancora riflessivi, segnalano come e quanto si stia trasformando il nostro mondo. In psicologia disponiamo di dispositivi che usiamo per iniziare il processo di comprensione ed eventualmente di diagnosi; solitamente, nel ritmo imposto dal lavoro, sia le analisi sia le nostre capacità di indagine psichica sono usate solo per queste rilevazioni estemporanee, necessarie per la clinica e la psicomètria. Circostrivendo noi al di fuori del processo umanista postmoderno e dalle sue derive¹⁵, si smarrisce la possibilità per le scienze psicologico psichiatriche di accedere ad una critica culturale in prospettiva, mentre le nostre discipline, invero, in quanto situate al confine di più aree (sociale, antropologica, medica), potenzialmente verrebbero a contatto con dei segnalatori densi di informazione.

Velocità e psiche - Diversi studiosi di psichiatria e psicologia, si sono resi conto di come le certezze diagnostiche degli anni sessanta e settanta siano da rivedere; tra questi ci sono coloro che hanno studiato i migranti e le loro sindromi¹⁶. E' sempre, dunque, rispetto al movimento, che bisogna analizzare ciò che succede. Il concetto di *Sindrome Culturalmente Caratterizzata mutante* può essere applicato al nostro mondo ed alle sfide che ci attendono nel confronto con le super tecnologie e le nuove popolazioni. Questo "assomigliare" delle sindromi, segnalato dai guaritori tradizionali quando trattavano i migranti del loro paese, è colto oggi anche dagli psichiatri e dagli psicoterapeuti che applicano le tecniche note sui pazienti con presupposte nevrosi o Disturbi di Personalità. Anche questi terapeuti hanno la percezione di confrontarsi con disturbi che ben conoscerebbero, che sono classificati nei loro manuali, ma per i quali le terapie non funzionano più come dieci, venti anni fa. Quindi è ancora la malattia, in questo senso, l'indice del disallineamento tra alcuni costrutti gravanti sullo spazio sociale e la psiche umana che deve gestirli. Gli specialisti che non si chiudono in *scuole-setta* o ideologie, intuiscono giustamente l'empasse e mettono in discussione le categorie che hanno acquisito nella loro formazione medica e psicoterapeutica. Di fronte a certi empasse può aiutarci pensare che questi pazienti connazionali abbiano "contratto" sindromi mutanti, poiché, nel loro modo di presentarsi esse sembrano le stesse dei manuali¹⁷, ma in realtà sono ambigue ed hanno subito delle trasformazioni. L'evidenza è che rifiutano di stabilizzarsi nei setting, di essere ordinate o ridotte¹⁸. Sarebbe facile a questo punto obiettare che i nostri connazionali, soprattutto le nuove generazioni post-moderne, non hanno migrato e non sono quindi associabili alle sindromi dei migranti, ma non è così. Torniamo al concetto di movimento dello scenario: non si migra solo se si sposta il soggetto su un territorio geografico; se è il territorio sociale a scorrere sotto i nostri piedi, come una pedana mobile, la situazione oggettiva è di essere comunque altrove, pur non essendoci mossi geograficamente. Questa è, in effetti, l'essenza del cambiamento post-moderno imposto dal

¹⁵ Non era così già solo venti anni fa, prima dell'era della specializzazione estrema in medicina quando gli esperti avevano più spazio per ragionare sul significato sociale dei fenomeni clinici che osservavano. La perdita della riflessività (circuito di retroazione o *feed-back*) ci relega al ruolo strumenti e allo stesso tempo priva la società in cui viviamo di un efficace sistema di riscontro delle manovre politico-sociali che compie.

¹⁶ Gli psichiatri, gli psicologi e gli antropologi che hanno costruito un sapere sulle culture umane in cambiamento, oggi possono applicarlo al collasso delle forme di modernità, soprattutto nel transito verso la post-modernità. Infatti, sempre di cambiamento si tratta.

¹⁷ Hanno i sintomi necessari e sufficienti per soddisfare la diagnosi.

¹⁸ Solitamente sono "sfuggenti" non si agganciano al processo terapeutico come le altre, hanno meno livello di angoscia, sono relativizzate alla società.

vento globale¹⁹: ci si muove senza spostarsi perché non ce ne è bisogno, da fermi (locale) si è comunque sottoposti a flussi ideativi eterogenei ed esterni (glocal). Ad esempio le cosiddette “magnifiche sei”²⁰ non solo influenzano il nostro pensiero, ma cambiano il paesaggio stesso in cui viviamo ed il suo significato. Recentemente²¹ una accelerazione ha permesso allo scenario di scorrere intorno a noi, cambiando gli oggetti, rivoluzionando le regole che presiedono all’economia dei gruppi (incluse le famiglie), modificando le dinamiche, gli scopi, gli obiettivi e le mappe cognitive delle persone. Ebbene sì, siamo altrove. Abbiamo migrato.

Le sindromi mutanti (araldi)

Cibernetica delle sindromi - L’emergere di nuove sindromi è un indice di mutamento del piano sociale; le sindromi, spesso, lo registrano proprio come sono in grado di fare certi tipi di produzione artistica e altre sensibilità sociali. Si tratta di segnalatori dell’entropia penetrata nella società. E’ evidente che troveremo allora delle sindromi specifiche che potranno riflettere le condizioni che la società sta affrontando. Ci saranno sindromi per società minacciate (millenarismi, puritanesimo, sindromi dell’auto soppressione salvifica²², sindromi della paranoia sociale, sindromi della decadenza); sindromi per società che vanno verso il collasso o sono aggredite da calamità naturali o carestie (creazione di nuove divinità, sindromi dell’annichilimento, riti di espiazione, ricerca di sacrifici e capri espiatori, sindromi del “carpe diem”, sindromi carismatiche, suicidio per perdita di onore²³, messianismi); sindromi per le società che sussistono su certi sistemi produttivi e di mantenimento (sindromi connesse ai cicli delle stagioni in agricoltura, sindromi del nomadismo, industrial-disease ecc.), sindromi delle società in espansione (sindromi del super-uomo²⁴, il duello²⁵, produzione di eroi, ideologie di supremazia, sindromi delle utopie); sindromi delle società in dissoluzione (sindromi del declino); sindromi della società del benessere (sindromi del consumo, sindromi della liberalizzazione dei costumi, sindromi dei cambiamenti trans-generazionali e delle rivoluzioni culturali, di costume, politiche e sociali); sindromi di società che si devono spostare (sindromi migratorie o della diaspora); sindromi di società che percepiscono dei cambiamenti nel gruppo (razzismo, neo-fobie, profetismi, esposizione al caos) e via dicendo. Sindromi mutanti emergono in tutti questi momenti in cui qualcosa sta cambiando. Esse sono testimoni che la società sta sviluppando variabili a lungo effetto, nutrendo da lontano cambiamenti, che vanno oltre la percezione cosciente e consapevole dei singoli. In un qualche modo, le sindromi mutanti ci rendono manifesto il futuro; ci vengono incontro portando messaggi da lontano, come se facessimo un calcolo parabolico. Le conseguenze delle scelte sociali che oggi assumiamo, si sono già incarnate nel futuro, nella malattia di questi primi pazienti. In questo senso le sindromi mutanti sono degli *araldi*. Discuteremo ora di come ha luogo il processo di rimaneggiamento e contaminazione che le sindromi subiscono quando incontrano nuovi processi socioeconomici o cambiamenti dei presidi medici. Abbiamo due possibilità: che una sindrome si formi all’improvviso e una “seconda ipotesi” che invece utilizzi il meccanismo più ambiguo della mimesi. In realtà questa suddivisione è un artefatto; una sindrome può utilizzare uno spettro di possibilità che va dall’emersione rapida all’uso di meccanismi mimetici.

¹⁹ Vento globale: struttura comunicativa iper-penetrativa postmoderna che utilizza le nuove tecnologie per diffondere il messaggio su scala globale (vedi Addio ai confini del mondo, Paolo Cianconi 2011)

²⁰ Le magnifiche sei: microelettronica, informatica, telecomunicazioni, nuovi materiali di sintesi, robotica e biotecnologia cui si aggiungono le ultime arrivate: le nanotecnologie.

²¹ Il cambiamento postmoderno sta emergendo intensivamente dopo la caduta dei regimi utopistico-sovietici, con l’instaurarsi del post-capitalismo, ed è più sentito proprio negli ultimi venti anni.

²² Manicheismo, ingresso incontrollato di divinità minori dalle regioni dell’impero, espansione della sindrome del martirio cristiano si infilarono come crepe a Roma in prossimità delle catastrofe (275 d. C.).

²³ Seppuku, Kamikaze, suicidio per onta, suicidi di *mani pulite*.

²⁴ Usato nel colonialismo per giustificare l’occupazione.

²⁵ Basato sul concetto di onore da mantenere pulito (quello ottocentesco, quello del far-west).

Sindromi mutanti a rapido affioramento – Ad un capo di questo spettro dinamico troviamo il fenomeno del “bubble-up”²⁶: cioè la trasformazione dei quadri sindromici può comparire repentinamente con un’organizzazione già pronta e costituita ex-novo. Quando ciò accade, la nuova sindrome penetra veloce come un’entità aliena nella società; il gruppo colpito (ethnos) da questa nuova realtà di malattia, mostra classicamente paura, sorpresa, perplessità, senso di spaesamento, almeno inizialmente. Se una sindrome compare in questo modo, come un simulacro²⁷, solitamente sta a segnalare una rima di frattura improvvisa e drastica nel procedere sociale. Un esempio è il Disturbo Post-Traumatico da Stress, che venne costruito come sindrome dagli statunitensi successivamente all’esperienza della guerra nel Sudest asiatico. In realtà, come ben si intuisce, questa condizione dei veterani non era affatto nuova; il ritorno dalla guerra genera da sempre, a chi vi ha partecipato, disturbi cognitivi ed emotivi derivati dall’esposizione a violenza e distruzione. Tuttavia la particolarità della guerra del Vietnam ne portò in superficie una variante che derivava da un contesto particolare, quello dell’incontro della cultura statunitense in crisi trasformativa e con molte contraddizioni sociali, con l’emergere del postcolonialismo e delle nuove forme di guerra, che oggi ben conosciamo (partigiane, di resistenza come guerriglia, terroristiche). I veterani statunitensi si ammalarono anche di tutto ciò. A questo gruppo di sindromi a rapida emersione appartiene anche la *Sindrome del giustiziere-mutante*, di cui l’ultimo esponente è Anders Behring Breivik, che ha ucciso, in questo modello, una settantina di persone. Questa Sindrome Culturalmente Caratterizzata che interessa la psichiatria forense (e quella sociale naturalmente) ha sottolineato alcune sue caratteristiche interessando dei gruppi specifici con modalità (sintomi, decorso) altrettanto peculiari. Gli artefici di queste manifestazioni aggressive sono adolescenti o giovani adulti²⁸, maschi (per ora), intelligenti, benestanti, con problemi di socializzazione, spesso con alle spalle classiche famiglie post-moderne distaccate e poco affettive. I soggetti si collegano al tema del riscatto del dolore subito, utilizzano internet e libri per costruirsi una “grande storia” personale cui appartenere (supremazia dei bianchi, xenofobia, millenarismi, miti del “fai da te”), si separano dal gruppo che non approvano, si avvicinano a temi violenti, pianificano un “coming out” da mass-murderer per mesi o anni ed infine lo mettono in atto.

Non si può dire che sia una sindrome così rara; già dopo poche settimane dall’episodio in Norvegia, un altro ragazzo, il 17enne Jared Cano, a Tampa negli Stati Uniti, avrebbe voluto duplicare il massacro di Columbine nella sua ex scuola superiore «Freedom High School». Esempi sono noti negli Stati Uniti, in Germania, Finlandia. Queste cosiddette “*schegge impazzite*”²⁹ sono altrettanti indici (altre sintesi) di cambiamenti in corso che riflettono le scelte (o le piste) che la società post-moderna sta compiendo. I film già da tempo ci segnalano il tema degli adolescenti che si fanno giustizia da sé, combattendo con armi magiche, i membri delle loro famiglie (trasformati per la cinematografia in orchi, mostri, streghe, comunque nemici con super poteri) per vendicarsi delle passate esperienze dolorose inflitte loro dai familiari³⁰. Solitamente i film riportano che anche il sistema, il paese, le amministrazioni e la giustizia non sono stati in grado di aiutarli, forse li hanno istituzionalizzati e quindi i soggetti decidono di legarsi ad un gruppo dei pari e farsi giustizieri. Il tema ricorrente è “hai le armi che ti servono, ora agisci, tu puoi farlo”. Ciò che vediamo oggi in forma di esempi estremi di psicologia gruppale narcisistico-schizoide connessa alla globalizzazione e all’isolamento glocal è una visione del popolo di adolescenti del futuro disconnesso dai nuclei familiari? Certo negli anni 2000 appare più chiaro a tutti cosa siano gli psichismi generati nel

²⁶ Bubble-up: letteralmente “la bolla che sale”, modo di emergere dei fenomeni tipico della cultura magmatica postmoderna.

²⁷ Come il monolite nel film *2001 Odissea nello spazio* di S. Kubrik 1968.

²⁸ Di *cultura bianca anglosassone*, sottolineiamo l’aspetto culturale perché un soggetto era uno statunitense cinese.

²⁹ Schegge impazzite: permeabilità del filtro sociale alle discrasie del singolo (vedi *Addio ai confini del mondo*, Paolo Cianconi, FrancoAngeli 2011).

³⁰ Film sulla crisi dell’adolescente in forma mitico, magico, eroico stile gen. otaku: *Hanna* (2011), diretto da Joe Wright; *Sucker Punch* (2011) – Diretto da Zack Snyder.

mercato dei prodotti, delle immagini; individui aggregati dalle crisi costanti e alle paure in post-modernità³¹. In realtà la *sindrome del giustiziere-mutante* assomiglia a strutture già presenti nella nostra cultura, ma anche lontano da noi. Ad esempio ha delle affinità con l'amok³² malese o con l'hikikomori giapponese³³ ed impianti simili. Il percorso di queste sindromi si presenta simile: almeno formalmente c'è un insulto acuto (bullismo) o cronicizzato (familiare) accusato dal soggetto, cui segue una fase di ritiro con ruminazione (il tempo è molto variabile) ed infine si arriva all'esplosione con l'evento scenico che rivela alla società la presenza di un vendicatore, cresciuto in seno ai consimili e pronto, con i suoi atti violenti, a pareggiare il conto, anche sacrificandosi (facendosi uccidere o arrestare). Caratteristico è anche che si lanci un messaggio prima di colpire, che si uccida scegliendo genericamente luoghi dove c'è molta gente. E' caratteristico del "giustiziere" (e non dell'amok) il lasciare una teoria o un necrologio; da questo punto di vista, per il soggetto l'omicidio plurimo è collegato ad una strategia farneticante (antisociale) di comunicazione esplosiva del suo messaggio di disagio apocalittico³⁴.

Sindromi mutanti mimetiche – al capo opposto della dinamica troviamo le sindromi che possono disporsi alla mimesi. Per mimesi si intende che non si formano come fenomeno improvviso, compatto e costituito ex novo, ma preferiscono manifestarsi utilizzando dispositivi delle sindromi già presenti e note in quella data cultura, per cui non sarà facile, inizialmente, accorgersi della nuova situazione. Seguendo quanto intuito dai guaritori tradizionali, che discutevano dei disagi mutati nei loro connazionali migranti, suggeriamo che la trasformazione delle sindromi non avvenga sempre esternamente, ma che invece le sindromi mutino, compromettendosi inizialmente dall'interno. Nel caso che la varianza culturale possa esser assorbita, essa penetrerà in una sindrome già presente nella società. In questo caso, esortata dall'aver incamerato varianza, questa inizia a "muoversi". Il male è mutato, non dalla superficie, cioè dal quadro sintomatologico che appare lo stesso, ma ha iniziato a modificarsi dal suo nucleo interno, dal "core" della sindrome. Quel qualcosa che è mutato è all'interno e per un po' continuerà a manifestare i sintomi noti. Uno dei primi segnali della presenza di sindromi mutanti è che i quadri divengono resistenti alle pratiche terapeutiche che prima le riducevano. A questo punto inizia il dialogo tra questa nuova entità ed i presidi terapeutici.

Rapporto con la variabile della cura - Le sindromi cambiano anche per il rapporto con la controparte contenitiva, con cui esiste una comunicazione continua: la medicina. Se la terapia subisce una modificazione drastica, la sindrome stessa ne è coinvolta nel cambiamento. Le cure sono anch'esse sottoposte al flusso degli eventi: se le tecniche di cura migliorano, notoriamente il dialogo male-cura ne è influenzato; ciò avviene anche se qualcosa colpisce le istituzioni terapeutiche, i medici o le tecniche applicate (carestia, perdita di una risorsa, involuzione culturale, morte dei guaritori). La cultura della medicina contribuisce a plasmare e smussare le forme disfunzionali della sindromi negli anni; è lo stesso rapporto malattia/cura e medico/paziente a farlo. Stesso dicasi nel confronto tra sistemi terapeutici competitori su un territorio: la sovrapposizione che ha migliorato in alcuni casi interi sistemi di cure, in altri ha invece destabilizzato e portato fenomeni non desiderati³⁵. Su queste basi, le sindromi autoctone possono mutare.

³¹ Paure in post-modernità: Addio ai confini del mondo, Paolo Cianconi, FrancoAngeli 2011.

³² Amok, corsa degli amok, delirio omicida amok: trattasi di un episodio dissociativo, limitato nel tempo ma coordinato, tipico delle zone del sud-est asiatico (Malesia, Giava), caratterizzato da comportamento violento, lesivo di tipo esplosivo (improvviso). La Sindrome Culturalmente Caratterizzata venne notata dagli olandesi durante la colonizzazione; era usata dai nativi anche come attacco omicida suicida contro i colonizzatori.

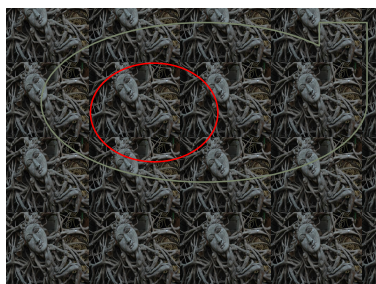
³³ Hikikomori: SCC dell'età scolare notatasi in Giappone inizialmente, caratterizzata da ritiro sociale in casa dopo un insulto subito, limitati contatti con il web. Qui il paziente sacrifica tutto il mondo isolandosi.

³⁴ E ancora, diversamente dall'amok la *Sindrome del giustiziere-mutante* ha una costruzione teorica autoreferenziale mentre nell'amok si gioca nell'ambito del sacro. Inoltre il g.m. non ha l'esplosività incontrollata dell'amok, che faceva assomigliare questa S.C.C. al Disturbo Esplosivo Intermittente (DSM IV 312.34); il soggetto vendicatore infatti pianifica solitamente coscientemente il suo coming-out. C'è ancora molto da studiare in questi fenomeni.

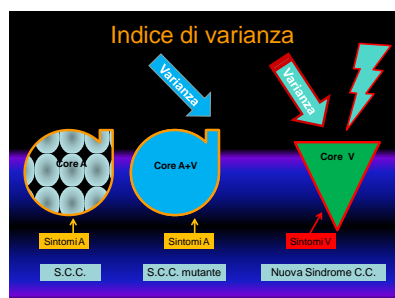
³⁵ E' stato il caso dell'ingresso della psichiatria e della psicologia nelle zone rurali, con la modernizzazione. Il pensiero medico-scientifico con l'igiene continuano a generare eterogeneità nelle intimità culturali, sostituendo la tradizione locale; questo è stato in gran parte un evento migliorativo per le popolazioni, ma in alcuni casi l'economia

Araldi - Quando la società affronta dei cambiamenti, la struttura bio-psico-sociale della nostra mente e quella simile della cultura dei sapiens potrebbero percepirlo generando una *zona reattiva flessibile* che in qualche modo reagisce, cioè si “mette in comunicazione” con la varianza e la assorbe. A questo punto si produce un *araldo*: una nuova forma (fenomenologica) estemporanea. Quale strada sarà scelta dall’araldo per manifestarsi dipende da che tipo di varianza deve “incarnarsi”. Se essa è irruenta e violenta produrrà d’impeto un *core originale* che si ricopre con aggregazioni di sintomi (guscio sintomatologico) mai osservate prima. Se la varianza è ambigua o ha più tempo per esser digerita, essa potrebbe penetrare in un guscio di sintomi già pronto (sempre che sia disponibile un’altra sindrome a poterla accogliere). Infatti, nel caso di una mimesi, la varianza accumulata al loro interno non basta a rompere gli argini della sintomatologia disponibile, che riesce ancora a discuterne i caratteri del disagio.

Vita della Sindrome - Alcune neo-sindromi permangono, per un po’ di tempo, in forma di eventi rari; esse sono distruttive, di forte impatto simbolico per i soggetti che per primi le sperimentano. In seguito si osserva che esse divengono più comuni recando meno disfunzionalità ai pazienti. Le sindromi hanno capacità di mutare, aumentando di frequenza mentre contemporaneamente si depotenziano; la gravità tende cioè a scemare con il tempo (la società le assimila e ci si contamina)³⁶. In questo loro alleggerimento esse subiscono un comportamento analogo alla modalità in cui un organismo biologico si difende da un agente patogeno. Allora si può dire che il cesellamento temporale e sociale, tra discrasia e cura ha generato la Sindrome Culturalmente Caratterizzata stabilizzata che accompagnerà quella società come un ospite culturale, nel tempo.



Schema 1. Una sindrome è in realtà fatta di due parti: un contenitore estensibile i sintomi (in giallo) e un contenuto, o *core*, (in rosso) in stretto rapporto un rapporto bio-psico-socio –ambientale (Spazio/tempo).



Schema 2. Lo schema mostra a) Una Sindrome Culturalmente Caratterizzata stabilizzata: in arancione il guscio dei sintomi, in grigio il core (contenuto culturale). b) la stessa sindrome mutante ove il guscio sintomatologico è rimasto pressoché uguale ma il core culturale ha assorbito varianza ed è cambiato. c) Una neo sindrome in cui la varianza è troppo eversiva in quantità o qualità, e non è contenibile nel guscio dei sintomi già presenti nelle Sindromi Culturalmente Caratterizzate presenti sul territorio e quindi genere un quadro ex-novo totale.

povera dei villaggi non si poteva permettere la medicina scientifica. Questo processo ha spesso screditato tradizioni locali che andavano comunque tutelate essendo le uniche presenze terapeutiche disponibili. Numerosi studi indiani, cinesi ed africani segnalano come l’occidentalizzazione delle società porti a sostituire le malattie etniche con quadri schizofrenici (terra d’origine con competizione culturale del sistema malattia-cura).

³⁶ Un’alternativa è anche, partendo da una struttura sindromica nota, diventare proprio altro (viraggio).

Conclusioni

Abbiamo discusso in poche pagine un argomento della complessità tipica dei sistemi. Le Sindromi Culturalmente Caratterizzate mutanti (SCCM) sono funzioni dinamiche che scienza psichiatrica e psicologica, nella loro giovane storia, hanno incontrato continuamente. Il tempo dell'ottocento scorreva più lentamente e accumulava meno alterità, quindi ci sembrava tutto più solido e più statico; vigevano ancora le ramificazioni delle leggi newtoniane e darwiniste quando affrontammo la realtà probabilistica (possibilità di interconnessioni infinite). Le teorie sistemiche hanno rivelato come il tutto influenza le parti e non solo viceversa; i sistemi non sono gli stessi a diversi livelli³⁷, e i cambiamenti più complessi si sviluppano come proprietà acquisite dal sistema nel suo viaggio mentre aggrega variabili. Così sono le società e anche le strutture in esse immerse; le sindromi psicologico psichiatriche non fanno eccezione, in quanto, quando un sistema sociale (la globalizzazione, la post-modernità) si è istituito, esso inizia a vivere come un organismo nuovo, comandando alle parti come raggiungere un equilibrio dinamico per sopravvivere. Un esempio del genere sta alla base della nascita stessa della psicologia: il caso dell'isteria nell'800 è infatti paradigmatico di una struttura mutante. L'isteria comparve nell'800 all'interno di un sistema medico anatomopatologico che intendeva il male come sito nell'organo. L'isteria era quindi un male imbarazzante per diverse ragioni, ma soprattutto per due questioni venne ricordata: innanzitutto non si concedeva all'analisi frenologica, cioè non si ritrovavano lesioni psicopatologiche nelle isteriche né spostamenti dell'utero, né veleni che scorrevano nel sangue che potessero giustificare le follie settarie delle pazienti; in secondo essa luogo riportava in campo medico scientifico quei sintomi "selvaggio/superstiziosi" che la borghesia positivista europea era sicura di aver epurato e relegato temporalmente al passato pre-scientifico. Eppure l'isteria insistette sulla cultura bianca per cento anni almeno, disorganizzando e incuriosendo diverse generazioni di medici e pensatori; era la variabile insistente che faceva fallire la teoria. Il passato non si poteva spianare di fronte alla razionalità; il corpo rifiutava le tesi positiviste. Delle sindromi da possessione tipiche del tardo '600, di cui era la diretta derivazione, l'isteria conservava la sua coreuticità, la corporeità, ma laicizzandosi aveva perso la tendenza al contagio (epidemie di possessione dei conventi e dei paesi erano note fin dentro l'ottocento) e le imprecazioni al diavolo, mentre dalla borghesia centroeuropea aveva assunto alcuni fattori nuovi: la penetrazione nella società urbana (dalle campagne) attraverso il suo residuo nucleo irrazionale (la donna), la sua manifestazione medica di follia (mimava la demenza precoce). Insomma un bel problema. Perché si potesse domare questa sindrome mutante la cura dovette venire comunque a patti con il *demone laico* dell'isteria (mutazione del diavolo) che pervadeva i corpi delle laico-ossesse. Tutto il paradigma mitologico della cura ha dovuto essere rifondato; questo si ottenne con varie tappe suddividendo l'isteria in piccola isteria, grande isteria, isteria intermittente; sorti migranti ebbero anche le terapie iniziando dalle manovre di compressione e frizione sul corpo, passando per il mesmerismo e l'ipnosi fino alla leggera trance psicoanalitica. Nel frattempo l'isteria diveniva nota, si propagava e si alleggeriva assumendo caratteristiche di mimesi sfuggente, tanto da essere definita la "grande imitatrice". Le isteriche passarono da essere delle agitate aggressive, simil-epiletiche a delle somato-dissociate, le loro personalità si sdoppiavano, il cogito si disperdeva in fasi che impegnarono il dr Charcot e i suoi colleghi, tutto si inquinava di saltuari deliri delle pazienti e spesso dei medici, ma finalmente vennero accettate. Più tardi si colse che l'isteria è una *sindrome a "due"* cui la presenza di un medico sollecitatore è altrettanto importante di quella della paziente. Ci vollero comunque cento anni³⁸ per adattare l'isteria alla nuova modernità borghese, la società (il sistema) che dagli utopici lumi conduceva all'era delle macchine. Negli anni cinquanta³⁹, con ingredienti diversi ma modalità simili, dal pulviscolo degli eterogenei stimoli sociali, si andavano aggregando i sintomi di una ulteriore struttura psicopatologica: l'organizzazione borderline. Anche questa sindrome, fino ad

³⁷ La rete della vita, F. Capra, 1996.; Ed BUR 2008, pag. 41,42.

³⁸ Il percorso nel tempo della sindrome definita nell'800 come isteria è in realtà molto più lungo; accompagna l'uomo da più di duemila anni, esula dalla trattazione di questo lavoro.

³⁹ Durante l'epidemia di eroina, dopo la protesta anti fordista degli anni 68-70.

oggi, ha subito cambiamenti tipici, aumentando la sua incidenza e contemporaneamente depotenziandosi⁴⁰. I terapeuti in post-modernità sono tenuti a controllare l'evolversi del nostro mondo ed a cercare di studiare le mutazioni della comunicazione, oltre che la fisica della "massa" neuro-genetica. Le sindromi che sono "per strada" in strutturazione e che incontreremo, saranno dense di sintomi strani; così noi, *gli agenti del presente*, percepiremo gli araldi che ci vengono incontro dalla nebbia sociale del nostro futuro anteriore. Ogni nuovo aggregato va studiato al di là dei sintomi che presenta, poiché i pazienti li esibiscono confusamente e inconsapevolmente. E' compito delle strutture sul confine, quali quello che noi realmente siamo, partecipare al processo di plasmazione⁴¹ di questa eterogeneità navigante in senso inverso al tempo. Scartando la realtà nota, proprio come si farebbe con una caramella, all'interno dell'involucro potrebbe non esserci "la stessa caramella".

Bibliografia

Il sistema degli oggetti, J. Boudrillard; Bompiani 2009

Addio ai confini del mondo, Paolo Cianconi; Franco Angeli, 2011

APA DSM IV-TR Washington: APA, 2000

WHO. The ICD 10 classificazione dei disturbi mentali e comportamentali: descrizione clinica e linee guida per la diagnosi. Geneva: WHO, 1992

La cultura che si ammala, R. Menarini, G. Neroni Mercati, pag. 45, Borla 2010, Roma

La semplicità, A. Berthoz; Codice edizioni, 2011, Torino

Psychiatric diagnosis: pros e cons of prototypes vs. operational criteria, (M. May, World Psychiatry vol 10 June 2011, pag.81 Elsevier Milano 2011

A conceptual framework for revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorder, IAGR of ICD 10 Mental and Behavioural disorders, World Psychiatry vol 10 June 2011, pag.88, Elsevier Milano 2011

Overdose cognitiva; G. Da Empoli, Marsilio Venezia 2002

La rete della vita, F. Capra, 1996,; Ed BUR 2008,

Figure dell'Isteria, F. M. Ferro, G. Riefolo, Métis Ed. Chieti 1996

⁴⁰ Tanto che oggi, a quarant'anni di distanza dalla comparsa, i sintomi della sindrome sono rintracciabili nei giovani, nella relativa norma condivisa.

⁴¹ Lavoro dell'esperto: costruzione di senso psicopatologico e produzione di una critica sociale.