

ELEMENTI DI PSICOPATOLOGIA DINAMICA

Nicola Lalli

© 2005 su web

Scrivere di psicopatologia è compito arduo e complesso, non solo perché ne esistono modelli diversi e quindi si finirebbe con lo scrivere una sorta di storia della psichiatria, ma soprattutto perché in una visione non riduttiva, la psicopatologia diventa una teoria della clinica.

La psicopatologia dinamica è una disciplina che si occupa non solo di comprendere e spiegare l'evento psicopatologico nella sua formazione e nel suo manifestarsi, ma anche di modificare quella psicopatologia dal momento che è stata evidenziata. Quindi non disciplina asettica, puramente osservativa e descrittiva, ma prassi perché inevitabilmente il cogliere la psicopatologia porta l'osservatore (psichiatra - psicoterapeuta) a modificarla.

C'è quindi una stretta correlazione tra psicopatologia dinamica e clinica: pertanto rimando per una più accurata descrizione dei quadri clinici a: N.Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia* (3a edizione), mentre nel presente capitolo cercherò di delineare i punti fondamentali e irrinunciabili.

A- In primo luogo è fondamentale la problematica inerente l'osservazione e la comprensione del paziente che apre inevitabilmente al problema più generale del processo della conoscenza. Qual è la corrispondenza tra la realtà di ciò che viene osservato e quanto noi percepiamo, come può influire l'osservatore,

per quanto o in quanto partecipe, nella conoscenza dell'altro? E quel che percepiamo dell'altrui realtà, è una nostra costruzione o invece corrisponde ad una realtà oggettiva? La conoscenza dell'altro avviene attraverso gli stessi canali percettivi che ci permettono la conoscenza della realtà materiale, oppure c'è qualcosa in più e di diverso che ci permette di cogliere la realtà umana soprattutto nella sua espressività psicopatologica? (vedi paragrafo 1-4).

B- Necessità di una completa teoria dello sviluppo psicologico per poter comprendere la psicopatologia: il modello complementare propone la dialettica tra pulsioni e aspetti relazionali, quindi pur privilegiando gli aspetti psicologici, prende in considerazione la globalità psicosomatica dell'uomo. (vedi in questa sezione *Il Modello dello Sviluppo Psicologico*).

C- In psicopatologia non esiste una eziopatogenesi lineare, bensì circolare, ovvero sia l'effetto può diventare a sua volta causa. Questo principio, se valido in ogni psicopatologia lo è in particolar modo a proposito della schizofrenia (vedi paragrafo 9).

D- Nell'ambito della psicopatologia dinamica viene eliminata l'ambigua dizione di personalità premorbosa e proposto, come concetto più coerente e pertinente, il concetto di carattere (o personalità) specifico di quel determinato disturbo: come ad esempio il carattere psiconevrotico, depressivo, borderline etc., che indica una situazione già psicopatologica ma relativamente compensata, che può, a fronte di numerose cause psicologiche, ambientali e sociali, scompensarsi e dar luogo a chiare

manifestazioni cliniche. Questo dato presenta una sola eccezione per quanto riguarda la schizofrenia: nel senso che è difficile poter dimostrare un carattere schizofrenico. Comunque non va sottovalutato l'estremo polimorfismo di questa sindrome che probabilmente contiene quadri clinici eziopatogeneticamente diversi.

E- E' ritenuta plausibile un'eventuale concausa biologica soprattutto nella genesi dei disturbi psicotici: come ad esempio nella depressione maggiore o nella schizofrenia. Vedi successivamente paragrafi sulla depressione, mania e schizofrenia.

F- Bisogna sottolineare e quindi dimostrare l'aporia psichiatrica che considera l'acquisito come reversibile, il congenito come reversibile. Noi sappiamo benissimo che situazioni interpersonali avvenute nei primi anni di vita, e quindi acquisite, possono essere causa di gravi psicopatologie ed essere quindi irreversibili senza per questo essere congenite. Questa osservazione è importante soprattutto per la comprensione dell'eziopatogenesi della schizofrenia.

1) Quale psicopatologia?

Se vogliamo definire cosa sia la psicopatologia dinamica, dobbiamo necessariamente differenziarla da metodi di osservazione che sottendono paradigmi teorici diversi.

Metodi e paradigmi derivanti da particolari contesti culturali e scientifici che si sono succeduti nel tempo, ma non in progressione tale da giustificare una esposizione storica. Anzi questa potrebbe risultare falsificante perché indurrebbe surrettiziamente a credere in una evoluzione globale della psichiatria che nei fatti non c'è. Sicuramente la psicopatologia clinica-descrittiva, che si basa sul paradigma scientifico naturalistico, si è sviluppata prima di quella fenomenologica che si basa invece sulla intenzionalità della coscienza. Ma è pur vero che la prima è ritornata in auge negli ultimi decenni e sembra, al momento, essere dominante.

Pertanto più che una descrizione storica preferisco delineare le peculiarità e le differenze dei tre modelli fondamentali della psicopatologia: quello clinico-descrittivo, quello fenomenologico-ermeneutico, quello psicomodinamico.

1.1. Modello clinico - descrittivo.

La psicopatologia clinica-descrittiva sottende un modello naturalistico della malattia, molto simile a quello adottato, con tanto successo, in medicina.

Dato fondamentale è il concetto di sindrome: insieme di sintomi che si presentano “naturalmente e significativamente sul piano statistico” in una determinata sindrome, che si differenzia dalle altre, anche per uno o più sintomi peculiari, definiti “patognomonici”.

Il sintomo è pertanto il *segno* di un qualche disturbo che seppure non chiaramente visibile, è deducibile dalla presenza di questi segni-sintomi.

Si costituiscono così delle “unità naturali” di malattia che presentano un particolare decorso e, quindi, una prognosi specifica.

In questa visione il paziente è considerato alla pari di un oggetto. Il vissuto del paziente ed il senso del sintomo perdono ogni valore, anzi possono essere di intralcio per una conoscenza oggettiva della malattia.

Se un soggetto si frattura un arto (dato oggettivo) e si lamenta (dato soggettivo), per l'ortopedico che deve evidenziare il luogo e la natura del trauma, questo lamento può essere inutile e fastidioso. Per cui se l'ortopedico anestetizza o seda il paziente per eliminare il lamento, compie da una parte una operazione umanitaria, dall'altra facilita il suo compito di osservazione nell'indagine della patologia del paziente.

Situazione ben diversa se invece a lamentarsi è un depresso. In questo caso il lamento, la disperazione costituiscono oltre al sintomo visibile anche il dato soggettivo del paziente che ci permette non solo di comprendere il suo vissuto, ma anche di evidenziarne la natura (è un simulatore, è un depresso, è a rischio di suicidio, è un nevrotico ecc.?) Se in questo caso l'osservatore volesse utilizzare lo stesso metodo dell'ortopedico, cioè esclusivamente quello di osservare, potrebbe, per meglio osservare, sedare il lamento (in questo caso dobbiamo parlare non di ragioni umanitarie o tecniche, ma esclusivamente di un transfert scorretto dell'osservatore), ma in questo caso l'operatore, a giusto titolo, non può definirsi uno psichiatra, ma solamente un *ortofrenico*.

E' evidente che in psicopatologia occorre un metodo di osservazione (e di prassi) che non può essere uguale a quello utilizzato dal medico per le malattie organiche. Proposizione possibile solo se si accetta che la vita psichica presenta modalità espressive e di funzionamento ben diversi da quello del soma.

Se la modalità di osservazione invece rimane esclusivamente rivolta al sintomo inteso come entità oggettiva e separata dal contesto complessivo del paziente, è inevitabile che il modello teorico sottostante dell'osservatore, anche se non sempre esplicitato, è quello di una osservazione naturalistica ed il disturbo psichico viene

inevitabilmente equiparato ad un disturbo somatico. Quanto sia primario il modello teorico e quanto la modalità di osservazione è difficile stabilirlo: comunque è certo che teoria e prassi sono strettamente condizionate.

Griensinger è riconosciuto come lo psichiatra che ha portato alle estreme conseguenze questa equiparazione, affermando che le malattie psichiatriche sono malattie del cervello.

Ma siccome Griensinger è vissuto nell'800, potrebbe sembrare una posizione ormai superata.

Invece rimane ancora attuale: la psichiatria biologica e la farmacopsichiatria, anche se con metodologie più sofisticate, ripropongono la medesima tesi di Griensinger.

Con una differenza. Mentre l'austero psichiatra tedesco era estremamente coerente, gli attuali farmacopsichiatri invece, con disinvoltura ed incuranti di cadere in una evidente contraddizione, parlano poi di soggettività, di vissuto psichico, di significatività del rapporto medico-paziente, di psicoterapia.

Ad un osservatore mediamente attento, non sfugge però che il cipiglio fiero e sicuro che mostrano - quando espongono il loro pensiero corroborato da disegni o diapositive con frecce, numeri, zone cerebrali, a riprova della validità dei loro modelli psicobiologici - si spegne improvvisamente quando parlano di soggettività e psicoterapia per mutarsi in uno sguardo spento, attonito pervaso da un sorriso vagamente manierato. La rapidità del cambiamento è difficilmente spiegabile in termini di variazione di un qualche neuromediatore: molto più logico e comprensibile che sia collegata alla incongruità della proposizione. A dimostrazione che l'incongruità (dato soggettivo e psicologico) non solo è coglibile, ma si manifesta nel somatico a volte anche con un effetto antiestetico.

Quanto ai presupposti teorici che ne sono alla base, questi hanno una lontana ascendenza che nel positivismo trovano il massimo sviluppo. Positivismo che alla fine dell'800 aveva portato all'estremo la postulazione della netta dicotomia tra soggetto e oggetto, tra uomo e natura: proposizione che aveva in Bacone e Galilei gli antesignani. Per conoscere la natura era necessario isolare dal contesto il fenomeno da osservare eliminando qualsiasi interferenza, osservatore compreso. Questo metodo, definito sperimentale ed iniziato da Galilei, fornirà ottimi risultati e sarà vincente rispetto alla fisica aristotelica, che aveva dominato sulla base di un dogmatismo (*Ipse dixit*) che non ammetteva controprove.

Ad esempio, Aristotele sosteneva che la velocità di caduta di un oggetto è direttamente proporzionale al suo peso: questa legge sembrava evidente ed inconfutabile. Infatti se si lasciano cadere da una torre, una piuma ed un sasso, quest'ultimo giunge a terra molto prima della piuma. Galilei ritenne questa "evidenza" falsa e pertanto effettuò un esperimento. Due masse di ferro rispettivamente da 1 e 100 libbre furono fatte cadere dalla torre di Pisa: fu "evidente" che queste giungevano a terra con una differenza infinitesimale di tempo. Se fosse stata vera l'affermazione di Aristotele, la massa da 1 libbra sarebbe dovuta arrivare a terra in un tempo cento volte inferiore a quella di 100 libbre.

L'esperimento quindi forniva la possibilità di superare le apparenze e giungere alle leggi vere della fisica; questa possibilità permetteva all'uomo di trasformare la conoscenza in potenza, ovvero in controllo e sfruttamento della natura.

Questa metodologia comportava però l'eliminazione di due fattori: il tempo e l'osservatore.

Il tempo perché l'esperimento non doveva avere una vettorialità così da poter essere eseguito in qualsiasi momento, e sempre con gli stessi

risultati; una volta iniziata la procedura l'osservatore non doveva più interagire.

E' pur vero che gli astronomi si erano resi conto che nell'osservazione degli astri c'era un fattore personale che poteva, rispetto ad un fenomeno stabile, come il passaggio di una stella, fornire tempi diversi anche se minimi.

Per questo fenomeno fu coniato il termine che verrà ripreso, qualche secolo dopo dalla psicologia, di *equazione personale*: l'osservatore, a causa della propria equazione personale (conseguenza della diversità dei tempi di reazione), forniva risultati leggermente sfalsati. Ma a questo errore si poteva rimediare proprio calcolando le singole equazioni personali: come dire che se l'osservatore non era eliminabile o non era "asettico" rappresentava un elemento di disturbo che andava successivamente corretto.

Questo modello, pur con alcune modifiche, sarà adottato dalla medicina che con l'anatomia patologica e gli esperimenti di laboratorio, riuscirà in breve tempo a costruire un corpo teorico fondamentale per la conoscenza dell'organismo umano: termine che denota tuttora il corpo umano e la cui ascendenza etimologica (*organon* = strumento) la dice lunga sulla concezione del corpo umano.

Ma questo paradigma scientifico se comportava una migliore conoscenza che rendeva possibile la manipolazione della natura (tecnologia), sul piano epistemologico portava sempre più ad approfondire la frattura tra osservatore ed oggetto osservato, quindi tra uomo e mondo.

Questa problematica sarà affrontata e apparentemente risolta da I. Kant che, con la formulazione di categorie a priori della conoscenza se riproponeva di nuovo la centralità dell'uomo nel processo di conoscenza lasciando un residuo - inderivabile ed inconoscibile - che era il *noumeno*.

L'idealismo accentuerà ulteriormente questa posizione della centralità dell'uomo nel processo di conoscenza della realtà. Se Hegel risolverà la realtà materiale in quella dello Spirito, bisogna dire che le affermazioni del grande filosofo in campo prettamente scientifico, erano assolutamente risibili e totalmente false. Da questo momento il distacco fra filosofia e tecnologia diventerà sempre maggiore.

Il problema di una osservazione che fornisse garanzie di veridicità ma che tenesse conto anche dell'osservatore, troverà una soluzione, anche se parziale, con il concetto di *intenzionalità della coscienza*.

1.2 Modello fenomenologico-ermeneutico

Questo termine introdotto in ambito psicologico da Brentano denota la peculiarità dei fenomeni psichici che hanno sempre un loro originario riferimento all'oggetto. Il concetto di intenzionalità sarà ampliato da E. Husserl che lo proporrà come fondamento del rapporto tra soggetto e oggetto della conoscenza. "La caratteristica delle esperienze vissute (Erlebnisse) che può essere indicata addirittura come il tema generale della fenomenologia orientata oggettivamente, è l'intenzionalità. ... L'intenzionalità è ciò che caratterizza la coscienza in senso pregnante e consente di indicare la corrente dell'esperienza vissuta, come corrente di coscienza e come unità di coscienza".

Quindi la coscienza (intesa nel senso complessivo delle capacità psichiche e conoscitive dell'uomo) non è una cosa tra le altre, ma un processo in continua trasformazione, un suo "trascendersi" in altro.

Ritorrerò sulle riflessioni di Husserl perché in gran parte costituiranno la base dell'edificio teorico da cui nascerà la psicopatologia fenomenologica, dopo aver accennato ad un autore che insieme a H.

Bergson, ha contribuito al salto qualitativo riguardante il problema della conoscenza e della realtà dell'uomo.

Mi riferisco al padre dello storicismo G. Dilthey, che ancora prima di Husserl propone due concetti fondamentali. In primo luogo aver considerato l'*Erleben*, inteso come la complessità del vissuto umano, (l'equivalente quindi della coscienza di cui parla la filosofia da Cartesio a Hegel) come fondamento della conoscenza: "... l'*Erleben* è lo spirito umano individuale, la coscienza immediata che appartiene a ogni uomo, l'insieme dei dati vissuti di cui si è immediatamente certi senza bisogno di alcuna ulteriore mediazione. I contenuti, dell'*Erleben* non sono realtà che esistono al di là della coscienza (Cartesio direbbe che sono "essere oggettivo" vol. III p. 2) e quindi l'affermazione della loro esistenza non ha bisogno di alcuna giustificazione" (E. Severino: La Filosofia contemporanea p. 167).

Inoltre G. Dilthey propone una netta differenza tra scienze della natura e scienze dello spirito, con la nota distinzione tra spiegare (*Erklären*) e comprendere (*Verstehen*).

Come vedremo più avanti sarà proprio il concetto di *comprensione* che diventerà la chiave di volta della psicopatologia fenomenologica di K. Jaspers.

"Il campo della psicopatologia si estende pertanto a *tutto lo psichico* che possa essere colto in concetti *di valore immutabile e comunicabili*"

Con questa affermazione, a p. 2 della sua monumentale "Psicopatologia generale", K. Jaspers nel 1913 apre un capitolo nuovo che può considerarsi, soprattutto sul piano metodologico, come punto di riferimento fondamentale per la psicopatologia e per la psichiatria.

L'affermazione, i cui corsivi sono miei, è senz'altro condivisibile e si può considerare come una sorta di proposizione metodologica basilare: tutto lo psichico può essere colto e diventa oggetto di

scienza, nel momento in cui è possibile esprimerlo in concetti che non solo sono immutabili, ma anche comunicabili.

E subito dopo K. Jaspers aggiunge: "... L'oggetto della psicopatologia è l'accadere psichico *reale e cosciente*. Noi vogliamo sapere che cosa provano gli essere umani nelle loro esperienze e come le vivono, vogliamo conoscere le dimensioni della *realtà psichica*. Vogliamo esaminare non solo l'esperienza vissuta (Erleben) dell'uomo, ma anche le condizioni e le cause dalle quali essa dipende, quali relazioni ha ed i modi con cui si manifesta obiettivamente" (Psicopatologia generale pp. 2-3).

K. Jaspers si pone come spartiacque rispetto alla precedente impostazione clinico-nosografica che si fondava su un paradigma naturalistico dell'osservazione.

Non dobbiamo dimenticare che gli sono contemporanei S. Freud, C.G. Jung, E. Bleuler che rappresentano anch'essi un punto di riferimento teorico importante. Eppure l'opera di K. Jaspers aggiunge qualcosa di radicalmente nuovo: una metodologia che vuole essere scientifica. Non bisogna dimenticare che l'autore era medico oltre che filosofo.

"La variazione metodologica (l'Autore si riferisce all'opera di E. Bleuler), pur avendo modificato la direzione della via che parte dal sintomo indicando la possibilità di una comprensione più completa della follia, non ha la capacità strutturale di fornire al pensiero psichiatrico gli strumenti operativi adatti per afferrare più compiutamente il contenuto e la sua dialettica con la forma da un lato e con il significato dall'altro. Lo strumento operativo più idoneo a questo superamento sarà mediato da K. Jaspers nella *fenomenologia*" (A. Gaston, "Genealogia dell'alienazione", p. 64; testo a cui rimando per ulteriori approfondimenti).

Comunque mi sembra opportuno soffermarmi sulla dizione di K. Jaspers che oggetto della psicopatologia è “l’accadere psichico reale e cosciente”.

Il concetto di “reale” pone ovviamente il problema dell’osservatore e dell’osservato. Se riteniamo che l’uomo come essere psichico è un “soggetto”, è ovvio che egli non può essere conosciuto se ridotto ad “oggetto” come vorrebbe la metodologia naturalistica, metodo che è applicabile con successo solo nel mondo delle scienze fisiche.

La conoscenza è un processo intersoggettivo, che non implica però necessariamente un concetto di parità-uguaglianza.

In psicopatologia deve esserci necessariamente un osservatore ed un osservato e per quanto tutto questo debba essere letto alla luce di un processo intersoggettivo, si deve pur sempre *accettare l’esistenza di una diversità e che questa sia evidenziabile.*

Quindi *intersoggettività e differenza* costituiscono la piattaforma di base: comunque si ripropone la domanda. Come possiamo avere la certezza che quell’accadere psichico (oggetto della psicopatologia) rivelato dal paziente o rilevato dall’osservatore, sia un evento *reale*? Anche l’allucinato, il delirante ha la *certezza* dell’esistenza dell’oggetto, delle “voci”, di una persecutorietà permanente, ma noi sappiamo che la loro certezza non corrisponde alla *verità*. Se questa domanda viene spostata sull’osservatore non cambia molto: come è possibile essere *certi* che quanto rileviamo dall’osservato, corrisponde a *verità-realtà*?

Il fenomenologo ci risponderebbe che se si utilizza la categoria del comprendere, il problema non si pone.

“Il comprendere è il procedimento conoscitivo specificamente rivolto a qualsivoglia rappresentazione psichica colta nella sua singolarità e nel suo continuo divenire vitale, e quindi nella sua finalità o intenzionalità” (P.F. Pieri, Dizionario Junghiano, p. 155).

Quindi non ci deve tanto interessare la realtà-verità dell'oggetto, quanto piuttosto la sua finalità: in altri termini anziché chiederci "cosa è e perché si verifica questo fenomeno" dobbiamo chiederci "qual è lo scopo di quel fenomeno".

Ma in questa visione, ampiamente sviluppata da C.G. Jung è evidente lo spostamento epistemologico: da una ricerca causale-genetica ad una finalistica-teleologica.

Ma ritorniamo a Jaspers ed alla psicopatologia: l'autore, come abbiamo visto, limita l'oggetto della psicopatologia all'accadere psichico "*cosciente*".

Possiamo oggi ritenere valida questa affermazione? Assolutamente no. Perché vorrebbe dire cogliere puramente gli aspetti comportamentali e recepire solo una parte della comunicazione del paziente: quella manifesta-cosciente. Infatti tutto ciò che è latente-inconscio non verrebbe rilevato o considerato, con grave amputazione della conoscenza. Ma se i due predicati dell'oggetto della psicopatologia *reale e cosciente* sono messi in crisi è evidente che pur con i notevoli aspetti positivi, l'intera metodologia di Jaspers rischia di cadere in contraddizione e quindi essere poco utilizzabile.

Con questo non si vogliono negare alcuni evidenti meriti del filone fenomenologico ermeneutico che è andato ben oltre la tematica jaspersiana. Se mi sono soffermato su K. Jaspers è perché questo autore ha avuto nel suo complesso una maggiore influenza sulla psichiatria.

Non bisogna dimenticare però che numerosi altri autori hanno, pur usando in modi diversi la fenomenologia husserliana, apportato ulteriori approfondimenti nel campo dell'accadere psichico sia normale che patologico.

Nel "Dizionario di Psicologia" di Galimberti, l'autore segnala giustamente alcune tematiche fondamentali e specifiche delle varie

correnti fenomenologiche: da L. Binswanger a Merleau-Ponty, da Minkowski a molti AA. italiani che hanno dato un notevole contributo come D. Cagnello, E. Borgna, B. Callieri, F. Barison e lo stesso autore del “Compendio di Psicologia” da cui riprendo le seguenti notazioni:

I. La relazione intenzionale individuo-ambiente non nel senso che l'individuo sia un'entità che si relaziona ad un'altra entità che è l'ambiente, ma che il rapporto, *l'essere nel mondo*, è la situazione originaria che si dà all'esperienza fenomenologica.

II. La temporalità, intesa non come passato, presente e futuro, ma come capacità di darsi un passato, un presente, un futuro. Quando si destruttura questa capacità abbiamo i fenomeni patologici della depressione che si raccoglie tutta nel passato, o sulla mania che si esprime in un presente senza passato e senza futuro.

III. Il corpo, inteso non come organismo (Körper) secondo la dizione della scienza medica, ma come corpo vivente (Leib) aperto ad un mondo e intenzionato alle cose.

(Alcuni elementi di questa concettualizzazione, pur in un'ottica diversa sono stati ripresi nei capitoli 8 e 42)

IV. Le cose, sono rilevanti non in quanto fatti, ma in quanto esprimono un *significato*, per cui, anche se il pianto e il riso dal punto di vista neurologico e anatomico impegnano la stessa muscolatura, non hanno comunque lo stesso significato.

V. L'uomo è al mondo con i suoi simili (Mit-dasein) che non esistono semplicemente accanto a lui, ma sono cooriginari alla stessa esperienza che il singolo fa da sé”. (Vedi U. Galimberti pag. 404).

Molte di queste tematiche, anche se non sempre in maniera completa, sono entrate ormai nel lessico della psichiatria, anche se spesso ne

viene misconosciuta l'origine o comunque la teoria dalle quali provengono..

1.3. Modello psicodinamico

La tematica della comprensione ha certamente aperto un mondo nuovo per la ricerca psicopatologica.

La realtà (psichica) per Jaspers consiste sia in quella che si coglie immediatamente (come comprensione genetica) sia in quella a cui si può pervenire attraverso collegamenti oggettivi ... “stabilendo un collegamento oggettivo fra i molteplici fatti, onde dedurre la regolarità in base a esperienze ripetute, noi *spieghiamo* causalmente”. Quindi come è evidente K. Jaspers non rinuncia a spiegare “... non esiste alcun processo reale, sia di natura fisica sia psichica, che non sia accessibile per principio alla spiegazione causale..”.

E' possibile quindi dare una spiegazione, ma su quali basi? Evidentemente la comprensione apre allo psicologico ma fino ad un certo punto, perché qualsiasi fenomeno psicopatologico che non è “*reale e cosciente*”, rischia di diventare *incomprensibile*, e l'incomprensibile rimanda ad un eventuale causa biologica. Come si vede si ri-introduce, surrettiziamente il modello naturalistico.

L'incomprensibile jaspersiano non è legato tanto ad una reale incomprendibilità dello schizofrenico, ma alla metodologia di osservazione. Jaspers ripete lo stesso errore di S. Freud quando questi affermava, aprioristicamente, che lo psicotico non stabilisce un transfert. Fenomeno ampiamente smentito da molti psicoanalisti che lavorando con gli psicotici, constatarono che questi stabiliscono un transfert particolare, che è ben diverso dall'affermare che non stabiliscono alcun transfert. Credo che la proposizione iniziale di Jaspers sulla peculiarità dell'oggetto della psicopatologia sia limitativa al punto che può divenire inservibile. In altri termini,

oggetto di studio della psicopatologia non può essere esclusivamente l'evento psichico "*reale e cosciente*".

Un secondo punto rispetto al quale si deve essere polemicamente è l'atteggiamento apragmatico della psicopatologia fenomenologica.

Una volta presupposta che qualsiasi diversità, è sempre e solo un modo di essere al mondo (verità parziale), si finisce per proporre un'accettazione di una diversità psicopatologica che è astensione da qualsiasi proposizione terapeutica - trasformativa.

Con la comprensione viene esaltato l'aspetto idiografico del paziente, ma non si riesce ad inserire questo aspetto nella cornice nomotetica di una teoria dello sviluppo psichico. Questa non è mancanza, ma rifiuto sistemico di una teoria generale dello sviluppo e della vita psichica e costituisce il terzo fallimento della fenomenologia.

Proprio in opposizione a questi deficit della psicopatologia fenomenologica, il modello dinamico si pone con formulazioni ben diverse.

La psicopatologia dinamica accetta la comprensione, se per comprensione si intende un modello di lettura e di osservazione dei fenomeni psichici che non può essere assolutamente simile a quello di osservazione del modello naturalistico-oggettivante. Abbiamo già visto quali ne sono i limiti: l'abolizione del tempo e l'esclusione dell'osservatore.

Ma il tempo emerge e si costituisce proprio con l'essere vivente in genere con quello umano in particolare. Eliminare il tempo vuol dire eliminare il vivente: quindi si rischia di capire ben poco, dopo una trasformazione di questo genere. E poi l'esclusione dell'osservatore: ma se la prima situazione è improbabile, la seconda è sicuramente impossibile.

Comunque dire comprendere, non vuol dire aver risolto il problema, perché bisogna definire il processo della comprensione. La comprensione si basa sull'empatia, sull'immedesimazione, sulla dinamica introiezione-proiezione?

Per non disperdere il filo del discorso rimando al paragrafo "Psicopatologia e filosofia, il problema della conoscenza".

Ma se diamo momentaneamente per scontato il processo della comprensione, riteniamo che sia necessario fornire anche una *spiegazione* dell'evento psichico. Spiegazione possibile utilizzando una teoria dello sviluppo psichico, la conoscenza del presente e del passato del paziente, ma soprattutto la comprensione relazionale.

E' la modalità della relazione oggettuale del paziente che ci fornisce e ci conferma quanto da noi osservato e quanto riferito dal paziente.

Ma non basta perché oltre al comprendere ed allo spiegare si attiva una terza componente fondamentale: la tendenza a trasformare, a cambiare l'altro di cui abbiamo "percepito" la psicopatologia.

Questa triade costituisce un "campo tensionale", ove l'osservatore non è asettico spettatore, ma attore di una dinamica che lo spinge non solo a comprendere-spiegare, ma anche dopo aver compreso a porsi in una situazione di cambiamento.

Nel "campo tensionale" la presenza di un osservatore-osservato e di un osservato-osservatore, pur nella diversità delle rispettive capacità, innesta un circuito, che non è asettico luogo di comunicazione, verbale o preverbale, con contenuti puramente informativi. La comunicazione è sempre promotiva ed innesca una serie di tensioni (aspettative, paure, desideri) che possono interagire in vario modo: da quelle conflittuali che rendono la situazione più tesa a quelle *collusive* che tendono a smorzarla e farla cadere nella banalità.

Inoltre bisogna tener conto che c'è un campo più ampio, non sempre ben definibile (la struttura istituzionale, il modo dell'invio ecc.) che gioca un ruolo non secondario.

Se questa è la specifica modalità osservativa-operativa di una psicopatologia dinamica, dobbiamo poi tener conto che essa si fonda su una ben precisa teoria dello sviluppo psichico e della natura della psiche.

Per la teoria dello sviluppo psichico rinvio al Capitolo 8; mi soffermerò brevemente invece sul problema della natura della psiche.

Possiamo sinteticamente affermare che fin dall'antichità l'uomo ha oscillato tra due poli: la psiche come il prodotto più evoluto della animalità (quindi con una differenza esclusivamente quantitativa) o come equivalente di *anima* quindi sostanza trascendente, immutabile ed incorruttibile.

Una terza ipotesi, derivazione più evoluta della prima, propone la psiche come diversa da quella degli altri esseri viventi, ma la cui formazione si attiva nel corso dello sviluppo, in un periodo che può oscillare dai 3 ai 6-7 anni.

Questa ipotesi viene riproposta da S. Freud che, ritiene che il piccolo "perverso polimorfo" si *civilizza* intorno ai 3 anni con il superamento del complesso edipico e la formazione del Super-Io. Salvo essere sempre a rischio di una regressione psicopatologica, che lo potrebbe riportare ai livelli primitivi.

Una ulteriore ipotesi considera infine la psiche come puro epifenomeno del biologico e quindi priva di una sua autonomia e identità.

Ma esiste anche una ulteriore proposizione. La vita psichica, non solo ha peculiarità qualitative ben precise, ma si forma anche in un momento preciso dello sviluppo di ogni singolo essere umano: alla nascita.

Dopo il lungo periodo di rapporto con il liquido amniotico della fase fetale, il neonato deve rinunciare a questa situazione per affrontarne

una completamente nuova: quella del rapporto con una realtà non umana, ovvero con una realtà materiale.

In questa situazione il neonato fa una fantasia di sparizione, indice dell'emergenza dell'istinto di morte e cerca di recuperare la situazione precedente.

Data l'impossibilità materiale di attuare questa operazione, egli recupera invece sulla base di tracce mnestiche, il ricordo del precedente rapporto libidico che lo porterà successivamente a ricercare nuovamente nel mondo un'altra realtà umana.

La biologia intesa come sviluppo programmato dell'uomo, può considerarsi conclusa con la nascita. Da questo momento l'organismo umano continuerà a svilupparsi e a completarsi; ma tutto ciò che è cambiamento dipenderà dai processi psichici.

Questa impostazione ha notevoli e diverse implicazioni, come vedremo.

2. Psicopatologia e filosofia: il problema della conoscenza

Da millenni l'uomo, da quello della strada all'epistemologo, dal filosofo allo psichiatra, si interroga su due quesiti fondamentali: la natura della "realtà" e la possibilità e le modalità della conoscenza. Problematiche strettamente connesse che hanno portato a diverse formulazioni e a numerosi tentativi di soluzione.

2.1. Il concetto di realtà

Realtà o reale, come indica l'etimologia, si riferisce a qualcosa che ha sicura ed effettiva esistenza. Si riferisce quindi fundamentalmente ad una realtà materiale, visibile, che esiste indipendentemente dalla attività del soggetto. Questa corrente filosofica, definita appunto realismo, ha dominato la filosofia fino a qualche secolo fa, con l'unica eccezione delle correnti basate sullo scetticismo.

In questa visione la realtà può essere conosciuta attraverso i sensi, le percezioni e l'intelletto, che trasformano questa realtà in *idea della realtà*.

Idea, etimologicamente vuol dire "visibile", l'ideazione quindi è l'attività conoscitiva del soggetto nei confronti della realtà oggettiva.

"Per Hegel la filosofia greca è solamente comprensione dell'idea ... La comprensione dell'idea è quel modo di pensare che è consapevole solamente delle cose e dei loro significati (o categorie) ed è dimentico a se stesso: il pensiero vede la realtà, ma non vede questo suo vedere, che tuttavia avvolge e illumina la realtà" (E. Severino, vol. II, p. 10). Ora è vero che la filosofia greca pone una distinzione tra verità come *epistémè* e opinione come *doxa*.

Ma è fondamentale la convinzione che c'è una *identità immediata di verità e certezza*: precisando che la verità appartiene all'esistenza e alla conoscibilità di un mondo esterno, mentre la certezza è una determinazione soggettiva.

"Noi possiamo essere *certi* di cose vere e false: ciò vuol dire che la 'certezza' è uno stato del pensare (cioè della coscienza, della mente), mentre la 'verità' è uno stato delle cose" (E. Severino, *ibidem*, p.13).

Questi concetti, come vedremo, potranno servirci per comprendere meglio alcuni problemi che si pongono alla psicologia e alla psicopatologia. Come è possibile conoscere e quello che conosciamo è reale o no, cioè è vero o invece siamo ingannati da una qualche illusione?

Problemi non di secondaria importanza in psicopatologia: in fondo il delirante è colui che è assolutamente certo di qualcosa che noi sappiamo non essere vero.

Pertanto può essere utile ripercorrere il lungo cammino ed il faticoso travaglio del pensiero umano, circa queste problematiche.

Per un lungo periodo, la filosofia ha assunto un atteggiamento prevalentemente speculativo che cambia intorno alla metà del '500, almeno nell'ambito della nostra cultura occidentale.

Con l'inizio della scienza moderna non si tende più a contemplare, ma a dominare la realtà: per fare questo si dovrà rinunciare a una visione globale del Tutto, per rivolgersi alle singole parti che, una volta isolate dal contesto, possono essere meglio verificate.

Il problema della epistémè, della unità di certezza-verità si sposta dalla comprensione del Tutto alla *verifica* dell'esperimento, che darà frutti innegabili nelle scoperte scientifiche, anche se ad un costo molto elevato.

Mi sembra necessario, a questo punto, riportare le notazioni di un filosofo precedentemente citato.

“Nella *dinamica* moderna – il cui fondatore è Galileo Galilei (1564-1642) – il movimento dei corpi viene considerato separatamente dall'insieme degli eventi che, da vicino o da lontano, lo accompagnano ... e in Galilei questa separazione che isola il fenomeno dal movimento, ha insieme un carattere *conoscitivo* e un carattere *pratico* ... Ma rivolgendosi alla natura così isolata, la scienza moderna opera un *ulteriore isolamento*: prescinde da tutti gli aspetti della natura che differiscono dagli aspetti *quantitativi*, prescinde cioè dalla *qualità*. Ma in questo caso – a partire da Galilei – nega anche l'esistenza di ciò da cui prescinde. Ciò non significa che la scienza moderna sostenga che l'uomo non percepisce colori, suoni, sapori, odori, caldo, freddo e gli aspetti qualitativi della realtà; significa che tali aspetti, per la scienza, dipendono appunto dal nostro modo di percepire la realtà e cioè non esistono nella realtà vera e propria, indipendentemente dal nostro apparato percettivo” (II vol. pp. 22-23).

In questo modo si rischia di cadere in un totale relativismo, pertanto se la conoscenza è conoscenza della quantità, la matematica è lo strumento principe per conoscere la realtà.

Per Galilei “l’universo è scritto in lingua matematica, e i caratteri sono triangoli, cerchi e altre figure geometriche”.

E’ quindi la matematica il metodo necessario per giungere all’epistème, per conoscere la realtà, per giungere a una certezza assoluta.

Verità che viene raggiunta attraverso la *verifica* (che significa appunto fare vero) dell’esperimento. Ma questa verità si basa su una serie di operazioni pratiche realizzate a partire dalla condizione basilare che è l’isolamento del fenomeno che si vuole osservare.

Come ho già evidenziato “questa dissezione della natura” per essere efficace deve eliminare due fattori fondamentali dell’osservazione: il tempo e l’osservatore stesso.

Per un lungo periodo l’eliminazione del fattore tempo e dell’osservatore umano sono la regola: anche se togliere questi due fattori, vuol dire togliere l’umano all’osservazione. E’ evidente che questa impostazione ha una profonda ripercussione non solo sulla visione della natura e le modalità della conoscenza, ma anche sulla concezione stessa del soggetto osservante.

Non è un caso che proprio a partire dalla metà del ‘600 inizia una nuova profonda riflessione sull’uomo e sulla conoscenza.

Cartesio conosciuto esclusivamente come il fondatore della dicotomia mente-corpo, dicotomia che esisteva invece da almeno 2000 anni, è colui che attraverso il dubbio e quindi la possibilità di una affermazione, ripropone il problema della verità come qualcosa che non può essere ridotto alla verifica degli esperimenti.

La *res cogitans* di Cartesio ripropone la possibilità (anche se con la ambiguità coesistente della *res extensa*) di una ricerca della verità.

“La verità si rivolge al tutto, anche nel senso che mette in questione *tutto* e confronta tutto a se stessa e pertanto giudica *tutto*. Anche in Cartesio il dubbio investe il tutto e proprio per questo si imbatte in ciò che è assolutamente indubitabile. E con Cartesio si inizia a ritenere

che il pensiero è l'essenza della realtà: l'idea non è l'*id quod cognoscitur* (ciò che è conosciuto), bensì l'*id quo cognoscitur* (ciò per mezzo della quale – idea – si conosce)” (E. Severino).

Queste proposizioni cartesiane saranno riprese da Spinoza che nella Sostanza cercherà una concordanza immanente tra pensiero e realtà esterna: anche se ambedue i filosofi non potranno rinunciare (e non solo per evitare persecuzioni) all'idea di un Dio.

Forse è solo il G.B. Vico (nella “Scienza nuova”) a proporre in maniera decisamente laica che la mente umana può veramente guardare sé stessa nel prodursi come fatto storico.

Il *verum ipsum factum*, vuol dire che nonostante tutti i limiti, imposti dalla teologia imperante l'uomo fa la storia e questo è il campo di conoscenza che costituisce la nuova *epistémè*.

Successivamente l'empirismo riproporrà con forza il problema della natura dell'intelletto e le possibilità della conoscenza.

G. Locke con il “Saggio sull'intelletto umano”, G. Berkeley con il “Trattato dei principi della conoscenza umana” fino a D. Hume con il “Trattato sulla natura umana”, pur con modalità diverse, ripropongono un tema unico: come superare il dogmatismo teologico e riconoscere che l'uomo è il metro della realtà, pur con limitazioni ed ambiguità.

Kant, nel riconoscimento del debito a Hume e nel proporre la possibilità della conoscenza mediante categorie a priori, apre la strada all'idealismo.

In questi filosofi il problema della natura, della realtà, della conoscenza sono tematiche fondamentali, anche perché vanno di pari passo con il pensiero scientifico che cerca sempre più di dare per scontati o superati questi problemi, nella esclusiva ricerca di ulteriori approfondimenti di quel metodo sperimentale che aveva dato tanti successi nel campo della tecnologia.

Con la nascita della psicologia l'osservazione si sposterà sempre più sulla natura e sulle peculiarità del soggetto.

2.1. Realtà materiale–Realtà umana

Realtà è un termine talmente ampio e semanticamente inflazionato da richiedere qualche precisazione. In senso lato corrisponde a tutto ciò che esiste ed è visibile. In senso più approfondito dobbiamo fare una netta distinzione tra realtà materiale e realtà umana.

La realtà materiale riguarda tutto l'esistente inorganico; la realtà umana riguarda la specificità umana ed è quindi realtà psichica.

Distinzione che non è sovrapponibile, come spesso viene proposto, a quella di mondo interno – mondo esterno.

Infatti mentre il mondo interno corrisponde alla realtà psichica del soggetto, il mondo esterno corrisponde a tutto ciò che è fuori da esso (comprendendo quindi sia la realtà materiale che la realtà psichica).

E' evidente che rimane fondamentale distinguere ciò che appartiene al mondo esterno da quanto appartiene al mondo interno.

Se riteniamo che alla base della dinamica di conoscenza del mondo esterno (quindi riguardante sia la realtà materiale che quella psichica) ci sia esclusivamente il meccanismo della introiezione-proiezione, non come dinamica psicopatologica, ma come normalità, è evidente la difficoltà o l'impossibilità di distinguere tra fantasticherie e realtà.

La non differenza, o l'uguaglianza tra realtà interna ed esterna, ha permesso a S. Freud di conferire una equiparazione tra stimoli interni e stimoli esterni. Gli stimoli interni (come fantasie) hanno la stessa "realtà" di stimoli esterni. "... L'impressione che si riceve è che tali avvenimenti siano sempre richiesti come qualcosa di necessario appartenente a un nucleo essenziale della nevrosi. Se fanno parte della realtà, tanto meglio; se la realtà non li ha forniti, allora vengono elaborati in base ad accenni e completati con la fantasia.

Il risultato è lo stesso, a tutt'oggi non siamo riusciti a dimostrare una diversità di conseguenze a seconda che la parte maggiore di questi avvenimenti infantili spetti alla fantasia oppure alla realtà” (S. Freud, vol. VIII, 1915-17, p. 526)”.

E' un Freud maturo quello che scrive, non quello del 1897, che continua a ritenere che l'importanza di eventi esterni realmente accaduti sia ininfluenza, tanto da aggiungere che se questi eventi non sono forniti dalla realtà, il paziente li elabora sulla base di “accenni”.

Pertanto bisogna distinguere, a proposito di realtà, tra quella materiale e quella psichica, come è necessario distinguere tra mondo interno e mondo esterno. Infatti se la realtà psichica coincide con il mondo interno, non altrettanto può dirsi per il mondo esterno che comprende sia la realtà materiale sia quella psichica, che essendo molto diverse sicuramente coinvolgono due modalità diverse di osservazione e di conoscenza.

Infatti quando il soggetto con la sua realtà psichica si confronta con la realtà esterna materiale, baserà la sua conoscenza su processi logico-deduttivi e su modalità di osservazione che possono essere anche oggettivanti.

Se invece il soggetto, con la sua realtà psichica, si confronta con un'altra realtà psichica esterna, dovrà attuare modalità conoscitive e di rapporto diverse.

In questa ottica, si comprende l'importanza della distinzione tra comprendere e spiegare.

Comprendere l'altro implica infatti necessariamente postulare l'esistenza di una dinamica inconscia alla base della vita psichica, che permetta a seconda della maggiore o minore sanità dell'osservatore e quindi della sua capacità recettiva di comprendere-capire la realtà psichica dell'altro, sia essa normale o patologica.

Nella dinamica di rapporto ovviamente si osservano anche gli aspetti *della realtà materiale dell'altro* come l'espressione mimica, il comportamento, ecc. Queste modalità espressive possono essere evidenziate e spiegate anche con una osservazione di tipo oggettivante, ma ben poco ci dicono circa la realtà psichica profonda di quella persona. Solo se nel rapporto oggettuale riusciamo a comprendere gli affetti, il pensiero, l'intenzionalità dell'altro, possiamo affermare di conoscere la sua realtà psichica. Altrimenti ci fermiamo ad un livello molto superficiale di osservazione, perché utilizziamo quella logica tipica dell'esperimento che in questo caso può tener conto solo degli aspetti parziali e visibili e quindi dirci ben poco sulla realtà psichica dell'uomo.

E di questo possiamo avere una evidente conferma sul piano della psicopatologia.

Se un paziente presenta alterazioni della conoscenza della realtà materiale, spesso queste alterazioni (transitorie o stabili) sono legate ad alterazioni organiche del S.N.C. Come ad esempio la demenza, lo stato confusionale, fino ai disturbi più chiaramente neurologici, come le afasie, le aure epilettiche eccetera.

In questi casi l'alterazione percettiva della realtà materiale è legata a una *alterazione dei meccanismi biologici* della percezione, della coscienza e della memoria.

Quando un paziente in stato di confusione mentale ci riferisce il singolare disturbo di "riconoscimento di sconosciuto o di disconoscimento di conosciuto", questo disturbo avviene perché il paziente ha perduto la capacità di conoscere e discriminare i tratti fisionomici delle persone a lui vicine. Questa situazione apparentemente è simile alla sindrome di Capgras; anche in questo caso il paziente non riconosce i familiari, ma afferma che sono degli

estranei pur avendo medesime sembianze, perché sono delle copie e quindi degli impostori.

In questo caso il disturbo non è dovuto a un deficit o a una alterazione percettiva, ma a un vissuto più profondo di alienazione-estraneità del significato della realtà esterna.

Mentre il confuso non riconosce la fisionomia del familiare che pertanto diventa uno sconosciuto, nel caso del delirio di Capgras l'altro è diventato un *estraneo*.

Il vissuto di estraneità ha una dinamica e una complessità ben diverse dal *non riconoscimento* per deficit percettivo-mnestico.

3. Conoscenza: dalla sensazione alla percezione a...

L'esempio precedente, anche se molto riduttivo, ci impone la necessità di riprendere il discorso sulla conoscenza e sulle diverse possibilità di alterazione della stessa.

In una prima parte mi soffermerò molto sinteticamente sulla conoscenza e sulle singole funzioni che partecipano a questo processo, per evidenziare che una psicopatologia che si limitasse a studiare i disturbi delle singole funzioni, sarebbe riduttiva perché valida solo in casi particolari.

3.1. La sensazione

Caratteristica peculiare della materia vivente è la reattività agli stimoli ambientali, reattività che nel corso dello sviluppo evolutivo si trasforma in sensibilità per la formazione di specifici organi (organi di senso) non solo capaci di raccogliere stimoli minimi, come una molecola o un fotone, ma soprattutto di essere altamente selettivi.

Dagli apparati periferici gli stimoli vengono inviati, attraverso specifiche vie, al S.N.C. che li decodifica.

La maggior parte degli stimoli sono di origine ambientale e vengono raccolti dai cinque sensi di cui sono dotati sia gli animali che gli uomini. Esistono però anche stimoli interni, che provengono dal nostro corpo e che, come il dolore e la cenestesi, sono di fondamentale importanza per la conoscenza e per la costruzione dello schema corporeo e quindi dell'apparato psichico.

Nei primi mesi di vita è possibile che la stimolazione di un organo di senso possa attivare alternativamente o contemporaneamente un altro organo: si tratta di un processo definito *transmodale* che assume particolare importanza nel processo di conoscenza e di costruzione dell'Io.

La sensazione pertanto costituisce il gradino più primitivo e meno selettivo del processo di conoscenza.

Un dato importante è che gli apparati sensoriali sono attivi fin dagli ultimi mesi della vita fetale, anche se presentano una difformità nel processo di maturazione.

L'apparato che si svilupperà più tardivamente e solo alla nascita è quello della vista: ne vedremo successivamente le implicazioni.

3.2. La percezione

Lo stimolo o gli stimoli, dopo essere giunti al S.N.C. in particolari e specifiche aree corticali, vengono decodificati.

Pertanto la percezione è il gradino successivo (anche se molti autori identificano sensazione e percezione) della conoscenza, perché ci permette di essere consapevoli dello stimolo e che questo è dovuto ad un oggetto reale.

Come avvenga il processo di percezione, è uno dei problemi più complessi e non sempre totalmente chiariti.

Valga come esempio il fenomeno della vista. Il processo visivo inizia con l'assorbimento di onde elettromagnetiche da parte delle molecole di rodopsina contenute nei coni e nei bastoncelli della retina.

Successivamente questo evento chimico viene trasformato in impulsi elettrici che tramite il nervo ottico giungono al corpo genicolato e successivamente alla corteccia visiva.

L'area corticale deputata alla visione è molto estesa e presenta una grande capacità analitica; inoltre essa è in relazione con altre aree corticali, in particolar modo quella temporale.

Esistono anche aree estremamente limitate (a pochi neuroni) che sono specializzate e sensibili solo a stimoli altamente specifici: pertanto la visione è possibile solo con una complessa interazione e correlazione tra queste aree.

3.3 La rappresentazione

E' il processo mediante il quale siamo in grado di riprodurre nel nostro mondo interno, un oggetto o una realtà esterna in assenza di stimolazione.

E' una tappa intermedia tra la percezione e quella successiva dell'ideazione.

La rappresentazione è legata strettamente alla capacità di immaginazione dati percettivi e quindi alla memoria.

3.4 Ideazione

L'ideazione consiste nella formazione e nella coordinazione di più idee in costrutti sempre più complessi ed articolati. L'idea indica un contenuto della mente che non solo è in rapporto con uno stimolo

esterno, ma soprattutto deriva da un processo di progressiva astrazione e categorizzazione delle varie esperienze percettive.

Idea viene spesso usata come sinonimo di concetto, anche se quest'ultimo sembra indicare un livello di astrazione maggiore e pertanto posto alla base del processo successivo che è il ragionamento.

3.5. Ragionamento

Procedimento discorsivo che, con regole sintattiche e grammaticali ben precise e sulla base di argomentazioni e per passaggi successivi, arriva a una conclusione.

Rispetto alla genesi della conoscenza ed alla validità del risultato si distinguono due fondamentali modalità.

Il ragionamento *induttivo* che partendo dalla considerazione dei casi specifici e particolari, arriva a conclusioni più ampie e generali.

Il ragionamento *deduttivo* che al contrario, giunge a conclusioni specifiche e particolari partendo da una o più premesse generali che possono essere date o come a-priori o come frutto di altri ragionamenti.

Queste due modalità traggono la loro genesi sempre da osservazioni empiriche o comunque da dati della realtà esterna.

Esiste infine un terzo tipo di ragionamento che può prescindere dai dati sensoriali e percettivi e che procede per ipotesi puramente logico-formali: è il ragionamento tipico della matematica.

3.5 Il pensiero

Rappresenta l'attività più complessa e globale dell'uomo e si identifica con l'integrazione delle funzioni e dei processi mentali per giungere

alla formazione-creazione di un pensiero, con i contenuti più svariati, che può non avere più alcun collegamento diretto con la realtà esperienziale. Il pensiero viene comunicato e quindi reso accessibile attraverso il linguaggio.

Uno dei problemi più complessi e sul quale è aperto tuttora un ampio confronto è il rapporto tra pensiero e linguaggio: quanto siamo debitori, ma forse anche schiavi del linguaggio, o se invece il pensiero potrebbe articolarsi anche al di là del linguaggio.

Questo rapido excursus solo per sottolineare le tappe ed i processi che sono ritenuti implicati nella comprensione e potremmo dire nella conoscenza in generale.

Ovvero come noi conosciamo la realtà, come ce la rappresentiamo e quanto questa rappresentazione influenza a sua volta la conoscenza.

In questi ultimi decenni il problema della conoscenza si è sempre più accentrato, non tanto sul soggetto in generale, ma sugli organi e le funzioni che sono specificamente deputate alla conoscenza. Quindi al S.N.C. e al suo funzionamento: ma quando ci si interroga sul come e perché il S.N.C. riesca a trasformare la realtà esterna in un dato interno, ci troviamo di fronte a un paradosso. Infatti la conoscenza dell'apparato della conoscenza vuol dire utilizzare lo strumento della conoscenza per indagarlo: come se l'occhio pretendesse di vedere se stesso.

Paradosso che può essere superato solo se accettiamo che la mente umana è qualcosa di più della somma delle varie funzioni e delle varie aree associative, senza incorrere però nel dubbio "ossessivo" circa l'esistenza o meno di un mondo esterno e la possibilità di conoscerlo, riaprendo una secolare, quanto inutile polemica.

A. Sokal e J. Bricmont, filosofi analitici, hanno ben sintetizzato l'inutilità di queste posizioni.

“Se qualcuno si accanisse a sostenere che l’unica cosa che esiste nell’universo è la propria mente, o che il mondo esterno esiste, ma è impossibile averne una qualsiasi conoscenza (anche approssimativamente) affidabile, non ci sarebbe alcun modo di convincerlo del contrario. Ma non abbiamo mai incontrato un sofista o uno scettico radicale sincero, e dubitiamo che ne esista uno. Il rifiuto pratico di queste dottrine è obbligatorio, non solo per il fisico, il biologo, ma anche per lo storico, l’idraulico e per ogni essere umano nella sua vita quotidiana.”

H. Maturana e F. Varela, teorici della complessità, continuano: “Ci scontriamo allora con grandi difficoltà e resistenze, perché ci sembra che l’unica alternativa alla visione del funzionamento del sistema nervoso mediante rappresentazioni è quella della negazione della realtà circostante. E’ come camminare sul filo del rasoio. Da una parte c’è una trappola: l’impossibilità di comprendere il fenomeno conoscitivo se si considera un mondo di oggetti che non ci informa perché non c’è un meccanismo che di fatto permetta tale ‘informazione’. Dall’altra parte un’altra trappola: il caos e l’arbitrio dell’assenza dell’oggettività per cui qualunque cosa appare possibile. Dobbiamo quindi imparare a camminare sulla linea mediana, sul filo stesso del rasoio. Da un lato abbiamo infatti la trappola costruita dalla supposizione che il sistema nervoso operi usando rappresentazioni del mondo...

Dall’altro lato abbiamo l’altra trappola, quella della negazione dell’ambiente circostante, della supposizione che il sistema nervoso funzioni completamente nel vuoto, per cui tutto vale e tutto è possibile. E’ l’estremo dell’assoluta solitudine conoscitiva o *solipsismo* (dalla tradizione filosofica classica che afferma che esiste solamente la propria interiorità). Ed è una trappola perché non ci permette di spiegare come possa esistere una adeguatezza o una commensurabilità fra il funzionamento dell’organismo e il suo mondo.

Questi due estremi o queste due trappole sono esistiti fino dai primi tentativi di comprensione del fenomeno della conoscenza, sino alle sue radici più classiche; oggi predomina l'estremo rappresentazionista; in altri tempi ha predominato la visione contraria" (L'albero della conoscenza, p.121).

E J. Mc Dowell aggiunge: "Va superato il Mito del Dato della tradizione empirista senza però rinunciare – come farebbero subito, e ben volentieri, molti filosofi post-moderni – all'attrito dell'esperienza, che ci permette di distinguere le nostre elaborazioni intellettuali dai sogni e dalle fantasie. La nozione di esperienza cerca di evitare gli errori opposti del platonismo (che pone la mente umana *fuori* della natura) e del mero naturalismo, che elimina lo spazio delle ragioni e delle giustificazioni: in realtà l'esperienza, non solo *causa* i nostri pensieri ma li giustifica in un processo in cui mente e mondo interagiscono reciprocamente.

L'esperienza è fin dall'inizio permeata di concetti: ma da ciò non deriva una conseguenza antirealistica. La percezione incontaminata non esiste. Persino quando percepisco passivamente il colore rosso, questa mia percezione è impregnata di concetti. Ma ciò non significa che tale percezione non ci dica come le cose stanno effettivamente, o che il mondo esterno non abbia a che fare con le nostre *ragioni*".

Ma se epistemologi e filosofi sono concordi nel ritenere che noi conosciamo una realtà esterna che esiste di per sé, rimane il problema di capire come funziona il Sistema Nervoso Centrale, perché se è evidente che non potrebbe esistere una attività psichica in assenza di S.N.C. è pur vero che questa attività non si riduce al puro funzionamento dello stesso. Sicuramente l'attività psichica nasce dalla complessa organizzazione ed integrazione delle varie aree cerebrali.

Tutto questo ci porta sempre più a considerare, come già ampiamente affermato nel capitolo 8, che la psiche (che comprende anche le

funzioni mentali) non ha una struttura o un topos ben preciso, ma è uno *stato della mente*.

Questo comporta accettare che i processi psichici sono da ricollegarsi alla cosiddetta ipotesi “emergentista”, secondo la quale i processi complessi sono dovuti a particolari stati di aggregazione e di integrazione della materia vivente: nel caso specifico del S.N.C.

Il filosofo J. Searle dice che *la caratteristica della “liquidità” manca ad ogni singola molecola d’acqua, ma emerge dalla loro aggregazione*.

Quindi inutile continuare a proporre temi riduzionisti, o peggio ancora computazionali: bisogna accettare la complessità di un organo, il S.N.C., che produce una qualità diversa frutto dell’integrazione delle singole parti.

Il fatto che il S.N.C dell’uomo è simile per il 98% a quello di molti primati non ci dice nulla se non si tiene conto dei dati per cui nell’uomo c’è un 30% in più di aree associative.

Ma rimane il problema di inverare quanto riusciamo a comprendere, dopo aver capito come riusciamo a cogliere la realtà del mondo esterno.

Certamente è un problema aperto, anche se non alla possibilità di poter fare qualsiasi affermazione.

A. Sokal e J. Bricmont: “Sono assai frequenti oggi le proposte di ridefinire il concetto di ‘verità’ – tradizionalmente intesa come corrispondenza tra affermazione e realtà – per significare semplicemente l’utilità oppure l’accordo intersoggettivo. Ma queste ridefinizioni radicali non funzionano. Sarebbe certamente utile far credere alle persone che se guidano in stato di ubriachezza andranno all’inferno o moriranno di cancro, ma questo non basta per rendere vere queste affermazioni. In altre epoche la gente concordava nel dire che la Terra fosse piatta, ma sappiamo ora che sbagliavano. Né utilità

né accordo intersoggettivo sono equivalenti a verità. Inoltre queste ridefinizioni non riescono neppure, come vorrebbero, a soppiantare la concezione tradizionale di verità. Dire che qualcosa è utile (per un determinato scopo) è già un'affermazione oggettiva (dev'essere *realmente* utile per uno scopo dichiarato) che si basa implicitamente sulla nozione di verità come corrispondenza. Lo stesso vale per l'accordo intersoggettivo: dire cosa pensano le (altre) persone è un'affermazione oggettiva che descrive una parte del mondo (sociale) 'così com'è'. Se insistiamo tanto sulla distinzione analitica tra essere vero ed essere *considerato* vero, è appunto per condividere che la scienza non sia presa come verità. Ma per mettere in discussione le opinioni prevalenti, è essenziale tenere a mente che anche un largo consenso può indurre in errore: che esistono fatti indipendenti dalle nostre affermazioni, e che è nel confronto con i fatti (nella misura in cui possiamo accertarcene) che queste ultime devono essere valutate.”

4. Conoscenza della realtà. Rapporto con la realtà

Mi sono dilungato sul problema generale della conoscenza; ho cercato di proporre quali sono le modalità del processo di conoscenza; successivamente ho proposto l'importanza di differenziare la realtà materiale dalla realtà psichica.

Credo che a questo punto sia necessario porre una ulteriore distinzione tra due processi, che seppure si integrano, debbono essere separati per una più accurata comprensione delle dinamiche connesse: la conoscenza della realtà, il rapporto con la realtà.

Quando affermiamo che un paziente presenta un alterato rapporto con la realtà, in genere ci riferiamo allo psicotico. Ma la stessa dizione potrebbe essere applicabile ad un paziente con disturbi organici, come uno stato confusionale o una demenza: è evidente però che si tratta di due alterazioni profondamente diverse. Nel primo caso l'alterazione

riguarda il rapporto con la realtà umana, nel secondo caso l'alterazione coinvolge le capacità di conoscenza della realtà materiale e secondariamente di quella umana.

Pertanto possiamo affermare che mentre la conoscenza così come è stata definita si riferisce prevalentemente alla realtà materiale, il rapporto con la realtà umana implica processi diversi e più complessi di conoscenza.

Questo non per proporre una ulteriore inutile dicotomia, ma semplicemente per sottolineare un dato fondamentale.

Mentre la realtà materiale può essere conosciuta attraverso il procedimento del ragionamento, la realtà umana richiede una modalità diversa che si basa sul rapporto che attiva una percezione inconscia, dopo di che è possibile, *ma solo dopo*, attuare anche una conoscenza che può avere i caratteri del processo induttivo e deduttivo.

Quindi la comprensione dell'altro è un fenomeno più complesso di cui bisogna capire quali sono i procedimenti.

Freud e numerosi altri autori sostengono che la comprensione-conoscenza dell'altro avviene attraverso il processo di introiezione-proiezione.

Se così fosse, come facciamo a distinguere un processo "normale" da uno patologico? Se ci limitassimo esclusivamente ad un contenuto macroscopicamente alterato (come nel delirio o la paranoia) è chiaro che sfuggirebbero alla nostra attenzione tutta una serie di "proiezioni normali" (cioè con contenuto plausibile) per cui diventa impossibile poter definire la verità. Non è un caso che quando due persone non sono d'accordo sulla lettura di un loro comportamento possono accusarsi reciprocamente di "aver proiettato sull'altro" un proprio desiderio o fantasticherie, reciproca accusa che potrebbe durare all'infinito.

Ma anche accettando il concetto di proiezione bisognerebbe capire attraverso quali meccanismi avvenga.

Tutti ricordiamo l'assioma freudiano della dinamica del paranoico. La proposizione inaccettabile per un uomo di avere una attrazione omosessuale che si esprimerebbe con la frase "io amo lui" viene rovesciata in quella più accettabile "non lo amo, anzi lo odio" e subito dopo avverrebbe la vera proiezione "non sono io che lo odio è lui che mi odia".

Questa dinamica sembra la trasposizione a livello metapsicologico del noto gioco delle tre carte.

Gli stessi J. Laplanche e J. B. Pontalis sono perplessi non solo circa la genesi, ma anche circa l'uso di questo processo (vedi pp. 430-433), non solo per spiegare fenomeni patologici ma anche per spiegare il normale processo di apprendimento e conoscenza.

Il concetto di proiezione gode comunque di ampio consenso, visto che viene accettato anche dalla psichiatria clinica per spiegare le allucinazioni.

Ma proiettare significa che una persona mette fuori di sé una immagine o un affetto: è possibile che questo avvenga ed in che modo? Attraverso quali canali viene attuata (sensoriali, telepatici o altri)? Non sembra che tutto questo sia stato mai chiarito.

Certamente il termine proiezione è talmente usato ed entrato nell'uso comune, ma soprattutto sembra così utile a spiegare tutto, che non ci si sofferma più a pensare se questo meccanismo esiste e se possa essere utilizzato per la comprensione di dinamiche psicologiche e soprattutto psicopatologiche.

La proposizione di H. Kohut che la comprensione avvenga per "empatia e introspezione" sembra essere molto più accettabile, anche se non sempre molto definibile.

Pertanto dobbiamo esaminare se nell'ambito della "compresione-conoscenza" dell'altro ci siano delle dinamiche più specifiche e forse più complesse dei meccanismi della conoscenza così come descritta.

Ho sottolineato precedentemente che la sensazione e la percezione sono i due processi primari della conoscenza.

Forse può essere utile rivedere se questi processi, nell'ambito della conoscenza interumana, possono presentare peculiarità che li diversificano dalla percezione della realtà materiale.

4.1. Sensazione e percezione nella conoscenza della realtà umana

A me sembra che la teoria della nascita di M. Fagioli, prevalentemente esposta in "Istinto di morte e conoscenza" debba essere ripresa come filo conduttore. Sottolineo che cito questo libro non a caso, perché non a caso il termine "conoscenza", viene posto come tema centrale per l'uomo.

Negli ultimi mesi della fase endouterina, il feto da una parte recepisce numerosi stimoli anche dall'ambiente esterno, perché alcuni apparati sensoriali come l'udito, sono attivi e funzionanti; dall'altra vive una situazione molto singolare che gli permette di realizzare il senso di un rapporto totalmente umano.

"Il bambino nell'utero, attraverso la cute, aveva la capacità di realizzare, *percepando* le qualità dell'oggetto (calma, calore) l'esistenza dell'oggetto In una situazione di cecità fisica il bambino può, dalle qualità dell'oggetto, realizzare una esistenza presenza dell'oggetto stesso. Il bambino percepisce con le sue possibilità che dobbiamo considerare libidiche, le qualità, le caratteristiche dell'oggetto e ne realizza l'esistenza" (pp. 110-111).

Sicuramente c'è una innata disposizione al rapporto fin dalla fase fetale: anche se questo può sembrare poco dimostrabile dal momento che il feto vive l'impossibilità di distinguere un Io da un non Io.

Questa disposizione è su base libidica, ed è la stessa, seppur più complessa che permetterà al neonato, una volta immesso nel mondo della realtà materiale, di cercare un altro rapporto umano.

Comunque da questa situazione endouterina, ove domina la omeostasi e la protezione da stimoli nocicettivi, improvvisamente il feto subisce la prima fondamentale crisi della sua vita: la nascita.

C'è una radicale trasformazione ed in tempi anche molto brevi: non solo vengono attivate funzioni fondamentali, come la respirazione e la circolazione del sangue, ma soprattutto il neonato si trova ad essere bombardato da una quantità enorme, eccessiva di stimoli nuovi e soprattutto non piacevoli.

Inoltre c'è una novità assoluta, che è la luce, dovuta alla attivazione dell'apparato visivo.

Pertanto il neonato si trova improvvisamente ad affrontare una realtà nuova, quella materiale, che è fatta di luce, di freddo, di stimoli tali e diversi da risultare comunque dolorosi.

Non dobbiamo dimenticare che per giungere a questa esperienza egli ha dovuto vivere una esperienza non meno drammatica: l'attraversamento del canale del parto.

Possiamo ipotizzare che il neonato di fronte a questa situazione traumatica, costituita dalla presenza *inevitabile* di una realtà materiale, nuova e aggressiva, cerchi di rifiutarla.

Questo rifiuto si esplicita, secondo M. Fagioli, con una doppia articolazione. Da una parte la tendenza a ritornare allo stadio precedente, dall'altra l'annullamento di quella realtà materiale, strana ed inquietante. Nell'ambito della teoria pulsionale dobbiamo ritenere

che questa dinamica sia possibile per l'emergere di una specifica fantasia, quella di sparizione, espressione dell'istinto di morte: ed è questa fantasia di sparizione che rende possibile la "tendenza" a recuperare lo stato precedente.

Questa proposizione potrebbe sembrare molto "teorica" ed ipotetica: in effetti ci sono delle conferme indirette che provengono dall'osservazione diretta del neonato, nei primi giorni di vita, sia dalla clinica.

Lo studio dei neonati ha dimostrato le sviluppate capacità sensoriali e percettive, ma soprattutto la "tendenza" a cercare o ricercare situazioni piacevoli.

Inoltre, su un piano più ampio, sappiamo benissimo che di fronte a situazioni traumatiche anche l'adulto tende a fare il "morto", che può essere una modalità più evidente sul piano comportamentale della fantasia di sparizione.

Comunque nella tendenza a tornare indietro e nella impossibilità materiale di poterla attuare, forse possiamo evidenziare uno degli aspetti fondamentali del bambino nei confronti della realtà esterna (sia materiale che psichica). Egli nei fatti non può cambiare la realtà esterna e pertanto deve per forza cambiare qualcosa dentro di lui: è l'*adattamento autoplastico*, ben diverso da quello alloplastico dell'adulto che è in grado di cambiare la realtà esterna.

Ed in questa impossibilità materiale a tornare indietro il neonato sulla base di tracce mnestiche che potrebbero essere prevalentemente tattili-cenestesiche, opera un cambiamento fondamentale con la creazione di una immagine che è l'inconscio mare calmo.

Sicuramente in tutta questa dinamica gioca un ruolo fondamentale il sistema visivo che si attiva solo alla nascita. Ma anche alla nascita e per un lungo periodo di tempo le capacità visive del neonato sono molto ridotte.

Questa difficoltà a poter fare immagini con stimoli provenienti dall'esterno, potrebbe facilitare la creazione di una immagine che proviene da precedenti situazioni prevalentemente tattili-cenestesiche.

Se ricordiamo il processo della percezione (o sensazione) transmodale è probabile che le precedenti sensazioni tattili e cenestesiche attivate dal contatto con il liquido amniotico, possono essere alla base di una immagine che appunto non deriva da percezioni esterne.

A questo punto dobbiamo tentare una precisazione sul processo di sensazioni e di percezione.

Se riteniamo che tutto ciò che il feto può avvertire è a livello della sensazione, è solo alla nascita – nella distinzione Io non-Io – che può strutturare la capacità della percezione.

Pertanto possiamo definire la percezione come una capacità diversa e più selettiva perché legata alla possibilità di un rapporto oggettuale con la possibilità di formare anche una immagine.

In questa ottica, come è evidente, sensazione e percezione non possono essere considerate intercambiabili.

Pertanto dobbiamo pensare che dalla nascita in poi si attivi la capacità della percezione che conserva della sensazione la capacità di sentire le qualità fisiche, ma riesce a discriminare meglio perché da quelle fisiche riesce a percepire anche quelle psichiche dell'altro.

Alla nascita il bambino possiede una capacità visiva pari a 1/20, cioè praticamente vede molto confusamente, per raggiungere i 2/10 verso il sesto mese e solo a due anni raggiunge la capacità di 10/10.

Nel rapporto con l'A.S. il neonato dovrà confrontare l'immagine primaria (l'inconscio mare calmo) con vissuti e situazioni varie e diverse: l'oggetto potrà corrispondere (oggetto buono) o potrà non corrispondere (oggetto cattivo) alle aspettative del bambino.

Pertanto egli sarà costretto a *correggere* il suo investimento-vedere, la sua capacità di percepire-estinguere. Perché nel rapporto potrà aumentare il suo benessere o il suo malessere.

Questa *correzione* potrebbe costituire il nucleo iniziale delle capacità successive di poter di fronte ad una percezione, cambiare il proprio giudizio. Si potrebbe considerare questo il nucleo di una capacità successiva molto più complessa che è l'Überstieg?

A questo punto possiamo trarre delle prime conclusioni:

a) La realtà materiale pur avendo una importanza notevole per la sopravvivenza prima e per l'adattamento poi, non ha quella ricchezza e quella complessità che presenta la realtà umana, che costituisce pertanto la fonte primaria per la crescita del bambino.

Ed anche successivamente tutto ciò che riguarderà i vissuti ed il cambiamento avverrà a livello psichico e sulla base dei rapporti interumani.

b) Fin dalla nascita il bambino cercherà non solo un rapporto interumano, ma soprattutto un rapporto soddisfacente e potrà percepire le qualità della realtà psichica degli altri, sulla base di una conferma o disconferma del suo stato primario. Avverrà quindi un cambiamento interno e sarà questo cambiamento a segnalare le qualità del rapporto interumano e quindi le valenze psichiche dell'altro.

c) La percezione, sia della realtà materiale che di quella umana, diventa sempre più distinta: egli sarà non solo in grado di distinguere ma anche di poter operare una inversione qualora i dati della realtà (materiale e/o psichica) disconfermassero la sua precedente percezione.

d) Il bambino affinerà sempre più la percezione della realtà psichica dell'altro, sulla base di quanto l'altro gli provoca: dalle proprie

emozioni ed affetti egli percepisce la realtà emotiva ed affettiva dell'altro.

- e) Pertanto il processo della conoscenza prevede due processi diversi. Mentre la realtà materiale sarà conosciuta a partire dalla percezione fino a giungere al ragionamento, quella psichica avrà un percorso più complesso.

Anche la conoscenza dello psichico inizia con una percezione che è legata in parte ad una realtà visibile come il comportamento, la mimica, il linguaggio ed in parte ad una percezione che ci proviene da quanto noi sentiamo e proviamo di fronte alla realtà psichica dell'altro.

Non è necessario postulare una dinamica di introiezione-proiezione, ma piuttosto una serie di *cambiamenti*.

Mentre per la realtà materiale il processo della conoscenza si attua mediante la registrazione, l'accumulo (la memoria) ed il confronto dei dati, per la realtà psichica entra in gioco invece una dinamica di cambiamento e di elaborazione del cambiamento.

E' ovvio che colui che vuole assumersi il compito (o l'onere) di comprendere lo psichico, deve possedere una sua situazione interna valida e recettiva.

Ma esaminiamo cosa succede concretamente di fronte a un paziente, che può mostrare un comportamento, un linguaggio, una mimica che possono indurci a ritenere che l'altro presenta una patologia schizofrenica.

Fin qui ci siamo soffermati a un livello di osservazione che potremmo definire di tipo clinico, che ci fornisce una conoscenza che è parziale e poco verificabile.

Ma lo schizofrenico ha un suo mondo interno e quindi una dinamica di rapporto molto particolare: dinamica che determina

nell'osservatore una specifica sensazione definita come Proecoxgefühl, che è una *percezione e una reazione* all'incontro con lo schizofrenico.

Pertanto l'osservazione-conoscenza produce dei cambiamenti ed è dall'analisi di questi cambiamenti che lo psichiatra può cominciare a comprendere la realtà psichica dell'altro.

Solo dopo questa comprensione potrà iniziare anche a spiegare ed eventualmente approfondire la struttura psichica dell'altro: potrà usare anche il ragionamento, ma comunque è necessario che questo *avvenga dopo e non prima e non al posto* del processo di comprensione come ho chiarito prima.

- f) La realtà psichica può essere percepita e compresa attraverso i cambiamenti che noi recepiamo: ma credo sia utile definire cosa intendo per cambiamenti.

Cambiamento non vuol dire che l'osservatore debba attivare i propri nuclei schizofrenici per comprendere o immedesimarsi nell'altro. Quando noi percepiamo qualcosa anche della realtà materiale perché questa sia una percezione deve cambiare qualcosa dentro di noi: in questo caso, come abbiamo visto, c'è un cambiamento che riguarda lo stato dell'apparato periferico e del S.N.C.

Quando noi percepiamo *l'essere schizofrenico*, perché sia una percezione deve cambiare nell'incontro qualcosa dentro di noi: ma questo cambiamento riguarda il nostro assetto psichico globale.

Per esplicitare meglio ritorno all'esempio del Praecoxgefühl: questa è una percezione particolare, che un osservatore psichiatrico, attento e con esperienza, avverte. Questa percezione è dovuta alla presenza di una specifica dinamica dello schizofrenico che è tale perché ha eliminato qualsiasi sua situazione di umanità.

E' questa situazione che viene percepita dall'osservatore come "estremità", come "essere fatto fuori" o come impossibilità di rapporto.

Se l'osservatore è capace di essere recettivo, è su questo suo cambiamento che può fondare la sicurezza che la realtà psichica dell'altro è veramente malata.

E a partire da questo *cambiamento* che egli potrà poi costruire la sua ricerca e la terapia intesa come spinta a trasformare questa realtà patologica.

Sono questi i presupposti per una psicopatologia dinamica: cercherò brevemente di descrivere alcuni dei fenomeni più importanti ma soprattutto quelli che sono stati meno sviluppati nel presente Manuale.

A questo punto è necessario sottolineare che il processo della conoscenza è ampiamente condizionato da fattori emotivi ed affettivi. Deliberatamente nella parte precedente ho posto tra parentesi questa connessione allo scopo di rendere meno complesso il problema: successivamente saranno esaminate singolarmente alcune funzioni psichiche nel loro aspetto psicopatologico. Alla fine proporrò, in chiave psicopatologica, alcuni dei principali quadri sindromici della nosografia psichiatrica.

5. Psicopatologia della coscienza

Desidero iniziare con i disturbi della coscienza anche perché ad un lettore disattento, potrebbe sembrare che questa problematica sia stata trattata molto superficialmente, soprattutto se confrontata con i numerosi autori che hanno dedicato capitoli interi ai disturbi della coscienza.

Comunque tali disturbi della coscienza una volta unificati debbono essere successivamente suddivisi almeno in disturbi quantitativi e qualitativi.

I primi attengono ad una patologia della vigilanza e sono prevalentemente di origine organica: pertanto in questo Manuale sono stati descritti al cap. 34 “Reazioni Organiche Acute”.

I secondi che riguardano invece la patologia dell’attenzione selettiva, dei contenuti della coscienza e della memoria, quasi sempre di origine psicologica, sono stati descritti al cap. 27 “Reazioni Psicogene Acute”.

Quindi ho preferito tener conto dell’eziologia e non di vaghe somiglianze del quadro clinico: rimando pertanto ai due rispettivi capitoli per un approfondimento dell’argomento.

In questa sede invece mi soffermerò su di un quadro clinico singolare: lo stato crepuscolare.

5.1. Lo stato crepuscolare

Come la visione ha un campo visivo che può restringersi per cause patologiche, così anche la coscienza ha un *campo di coscienza*. Per campo di coscienza si intende la normale capacità del soggetto di spaziare da un contenuto di coscienza all’altro, con estrema facilità.

Nello stato crepuscolare invece il campo di coscienza si restringe limitandosi ad alcuni contenuti in genere a forte carica emotiva, mentre è evidente lo scotoma su tutta la realtà circostante.

Il paziente esclude il mondo esterno e non risponde ad alcuno stimolo, in uno stato di tipo onirico vive tematiche a forte contenuto emotivo, spesso accompagnate da manifestazioni allucinatorie prevalentemente visive.

La durata dello stato crepuscolare è piuttosto breve; alla fine dell'episodio si evidenzia come dato di estremo interesse un'*amnesia* più o meno completa dell'episodio accaduto.

Le cause possono essere organiche o psichiche.

Sul piano organico la causa più frequente è rappresentata dall'epilessia: lo stato crepuscolare può manifestarsi o come equivalente di una crisi epilettica, soprattutto nell'epilessia temporale, oppure nella fase sub-confusionale che segue la fine di un'attacco di grande male.

Il paziente inebetito, perplesso, disorientato nel tempo e nello spazio presenta una compulsione alla fuga: non è infrequente, che in questo vagabondaggio, possa commettere atti criminosi.

In altri casi invece il paziente rimane *immobile* o in uno stato estatico a causa di allucinazioni visive di tipo mistico (visione della madonna, di angeli ecc.) o in uno stato di grande angoscia se le allucinazioni hanno carattere terrifico (visione di diavoli, di mostri ecc.).

Lo stato crepuscolare epilettico quindi sembra essere in grado di poter esprimere solo le due situazioni estremizzate, del bene e del male e soprattutto non personalizzate.

Ma lo stato crepuscolare può essere anche di origine psichica. Si tratta di caratteri isterici che in seguito ad una grave delusione, presentano un quadro allucinatorio molto particolare: tendono a rivivere allucinatoriamente la presenza di una persona scomparsa o assente, dialogano con questa, mentre non rispondono ad alcuna sollecitazione esterna.

A differenza dell'epilessia ove è evidente una disgregazione del campo di coscienza, nello stato crepuscolare isterico c'è invece una forte *polarizzazione* su di un evento specifico e significativo della vita del paziente, anche se vissuto in modo abnorme.

Un dato di estremo interesse è che alla fine dell'episodio si instaura un'amnesia più o meno completa dell'episodio.

Lo stato crepuscolare, presenta notevoli somiglianze con un particolare stato della coscienza che è lo stato *ipnotico*.

Come nello stato crepuscolare anche nello stato ipnotico il soggetto è fortemente concentrato su sé stesso e sui propri contenuti emotivi oltre che sulla figura dell'ipnotizzatore, scotomizza tutta la realtà circostante ed alla fine dello stato ipnotico presenta *un'amnesia completa*. Amnesia molto singolare perché il soggetto, dopo il risveglio, può mettere in atto dei comandi o dei suggerimenti ricevuti dall'ipnotizzatore durante lo stato di trance, comportamenti di cui il paziente non riesce a comprenderne le motivazioni.

P. Janet che studiò ed adoperò a fini terapeutici l'ipnosi, riteneva che questo fenomeno singolare fosse dovuto ad un restringimento del campo di coscienza dell'ipnotizzato, che si concentrava esclusivamente sulla figura dell'ipnotizzatore tanto da rischiare nel tempo, se l'ipnosi veniva ripetuta in maniera non corretta, uno stato di forte dipendenza. Per ulteriori particolari vedi «P. Janet: "La passione sonnambulica" (a cura di N. Lalli) Liguori Editore 1996».

Ma in cosa consiste l'ipnosi?

5.1.1 L'ipnosi e la trance

Fromm e Nasc la definiscono così: "...uno stato modificato di coscienza caratterizzato da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente, si modifica o si riduce la percezione dell'ambiente esterno e l'interazione con esso".

Per Granone " ...l'ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni *psichiche, somatiche e viscerali* del soggetto stesso, per

mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore ... L'ipnosi è uno modo di essere dell'organismo per l'azione di *determinati stimoli dissociativi* che lo fanno regredire a livelli di comportamenti parafisiologici”.

Vorrei sottolineare tre aspetti qualificanti dell'ipnosi:

- a) E' uno stato psicofisico dovuto ad una particolare modificazione della coscienza.
- b) Questa modificazione è legata ad una dinamica di dissociazione con emergenza di contenuti emotivo-affettivi che possono indurre modificazioni somatiche e viscerali.
- c) Alla fine della fase ipnotica, c'è una amnesia completa, anche se rimane il “ricordo” di eventuali ordini dati nel corso dell'ipnosi.

La maggior parte degli autori ritiene l'ipnosi (sia quella autoindotta che eteroindotta) legata ad una particolare *influenzabilità* dei soggetti in una percentuale che si aggira intorno al 10% della popolazione.

Durante lo stato ipnotico sono presenti modificazioni neurofisiologiche rilevabili all'E.E.G.

Secondo Bliss nell'ipnosi è compromessa la capacità di attenzione che nel normale stato di veglia e di vigilanza può spostarsi da un contenuto all'altro e dall'esterno all'interno e viceversa.

Nell'ipnosi questa capacità viene inibita, con conseguente concentrazione su uno o più vissuti spesso spiacevoli, che al risveglio tendono a dissociarsi dalla coscienza, creando così uno stato di amnesia lacunare.

Questi fenomeni possono essere presenti anche in situazioni diverse dall'ipnosi, ma con gli stessi meccanismi e dare luogo ai cosiddetti Modificati Stati di Coscienza.

5.2 Modificati Stati di Coscienza (M.S.C.)

Si intendono per M.S.C., stati di trance conseguenti alla normale capacità neurofisiologica del S.N.C. di attivare un meccanismo di dissociazione, in particolari situazioni mentali o per effetto di specifiche droghe.

I M.S.C. possono essere autoindotti (autoipnosi) o eteroindotti (ipnosi). L'induzione può essere facilitata dall'uso di particolari droghe o mediante particolari tecniche come ad esempio stimoli acustici ritmici e prolungati (ad es. il tamburo) che producono modificazioni evidenziabili all'E.E.G. (onde teta 4-7 c/s).

Altre cause che possono indurre M.S.C. sono:

- a) l'iperventilazione
- b) l'ipoglicemia
- c) la deprivazione sensoriale o di sonno
- d) l'ipermobilità o l'immobilità protratta
- e) le stimolazioni intense e prolungate.

Spesso soprattutto nelle cerimonie religiose con fini di cura, i vari agenti possono essere utilizzati contemporaneamente.

Lo stato di trance é quindi un fenomeno comune e facilmente inducibile.

Nota giustamente Lapassade che essendo la trance un fenomeno fisiologico e non un mistero, ci si dovrebbe interrogare sul perché essa é stata rimossa piuttosto che continuare a rimuoverla.

I fenomeni prodotti dai M.S.C. sono:

- a) temporanea modificazione dello stato di vigilanza/attenzione;
- b) capacità di attenzione focalizzata o selettiva;
- c) suggestionabilità;
- d) variazioni della sensibilità (anestesia);
- e) amnesia alla fine dell'episodio;
- f) stati illusionali o allucinatori;

g) intensificazione di esperienze emozionali che finiscono con l'assumere significati particolari.

E' interessante notare che il D.S.M. IV ha incluso tra le categorie diagnostiche che necessitano di ulteriori studi il D.D.T. (Disturbo Dissociativo di Trance), disturbo che mostra notevoli somiglianze con il D.P.M. (Disturbo di Personalità Multipla) nel quale l'esperienza soggettiva viene mascherata dall'emergere di una nuova personalità per uno stato alterato di coscienza, di cui il paziente non ha consapevolezza.

Qual é l'eziologia dei M.S.C.?

Sul piano neurofisiologico, nonostante la mole di lavori, non si é giunti ad una conclusione univoca. Secondo Mandell, i M.S.C., pur nella diversità fenomenologica, sono sempre dovuti ad un unico meccanismo di base: azione inibitoria dell'amigdala, disinibizione del lobo temporale e duratura ipersincronia del setto ippocampale.

Sul piano psicodinamico molti AA ritengono il fenomeno dei M.S.C. quale espressione delle capacità fisiologiche della mente di potersi dissociare di fronte ad eventi traumatici. Concetto molto simile a quanto affermato da P. Janet con il concetto di "disaggregazione psichica"; Bliss ritiene lo stato di trance un normale meccanismo adattativo nell'ambito dell'evoluzione umana.

5.3 La Personalità Multipla

Il disturbo denominato Personalità Multipla (P.M.) rappresenta la variante più frequente dei M.S.C. In questi casi il M.S.C. é autoindotto ed il soggetto non é consapevole dell'esistenza di un'altra personalità a causa di una lacuna amnestica.

Il concetto di P.M., molto in voga nella psichiatria di fine '800 tende a scomparire nei primi anni del '900, mentre permane molto forte il

fascino di questa singolare condizione umana nella letteratura e nel cinema e il fascino del doppio.

Ricompare improvvisamente negli U.S.A. intorno al 1970 ed in poco tempo si trasforma in una sorta di epidemia; dagli anni '80 in avanti i casi di P.M. si sono decuplicati finendo con l'assumere un aspetto abbastanza inquietante.

Tra gli anni '70 e gli inizi degli anni '80 vengono riportati nella letteratura psichiatrica diversi casi di P.M.; gli AA sostengono che in questi casi è stata rilevata un'elevata frequenza di abusi sessuali subiti dai pazienti nell'infanzia. Situazione traumatica che viene considerata quale eziologia della P.M.: infatti il bambino a fronte a questa situazione traumatica attiva un meccanismo di dissociazione con conseguente formazione di una seconda personalità. Con gli anni '80 improvvisamente c'è un'epidemia di P.M.: non solo cresce il numero dei casi diagnosticati, ma di pari passo cresce anche il numero delle personalità all'interno della P.M. (da 5 a 10 personalità).

A questo punto si pone il problema di comprendere il motivo di questa escalation e in che modo fattori culturali o sociali possono influire.

Infatti è evidente che o questa sindrome è stata misconosciuta e sottovalutata, nel passato oppure che c'è una tendenza ad utilizzare una categoria diagnostica per fini diversi.

Spanos, in una prospettiva socio-cognitiva, è molto perplesso circa la validità di questa etichetta diagnostica.

Pur riconoscendo che esiste un meccanismo di base difensivo (M.S.C.-dissociazione) ritiene che questo meccanismo può essere sfruttato in maniera determinante, da fattori culturali e sociali.

Egli ritiene che la P.M. possa veicolare il tentativo di risolvere un conflitto, oppure una modalità di agire più o meno consapevolmente una opposizione, o deliberatamente (e saremmo quindi nel caso della simulazione) per difendersi da responsabilità di tipo penale. Di quest'ultima utilizzazione sono riportati casi eclatanti: l'ultimo in

ordine di tempo é quello di un uomo che accusato di aver violentato una donna, si é difeso sostenendo che a violentarla non é stata la sua vera personalità, ma quella alternante. Il giudice ha ritenuto di dover sospendere ogni giudizio, in attesa che gli psichiatri si pronuncino.

Spanos ritiene che spesso questo disturbo viene indotto, più o meno consapevolmente, dagli operatori psichiatrici che con una serie di domande possono fornire al paziente predisposto, gli strumenti per ritenere di essere una personalità multipla.

Perry (1972) ha valutato che il 17% dei terapeuti che trattano la P.M., sono loro stessi pazienti o ex pazienti diagnosticati come P.M. o con disturbi dissociativi. Ma soprattutto Spanos evidenzia che c'è una stretta correlazione tra aumento di diagnosi di P.M. e movimento evangelico cristiano.

" ...La storia di Michelle (dal libro "Michelle ricorda", ove viene raccontata la storia di una donna con disturbi psicologici che aveva subito torture da rituali satanici durante l'infanzia) diviene parte della propaganda utilizzata dal movimento evangelico cristiano che assunse sempre più importanza in molti aspetti della vita sociale e politica americana, durante gli anni '80. Questo movimento rinvigorì la mitologia del satanismo. Come già avvenuto nel XVI e XVII secolo, questa mitologia nuovamente rafforzata sostiene l'esistenza di una cospirazione multinazionale potente, ma segreta, che esegue dei crimini orrendi ... Una parte dei terapeuti che si identificano come cristiani attivi, si sono uniti al movimento D.P.M. negli anni '80 e ben presto racconti come quello di Michelle, cominciano a ripetersi, tra gli altri soggetti affetti da P.M.

Entro la metà degli anni '80, il 25% dei pazienti con P.M. in terapia, aveva riscoperto ricordi di un abuso da rituale satanico, ed entro il 1992 la percentuale di persone che aveva riscoperto tali ricordi era pari a circa l'80%".

Tutto questo potrebbe far gridare allo scandalo, oppure indurre a due riflessioni. Da una parte, che la psichiatria deve occuparsi, e molto serenamente, di questi problemi, dall'altra che lo psichiatra deve essere attento alla possibile manipolazione di situazioni psicopatologiche che per loro natura sono ampiamente manipolabili, come appunto i M.S.C. E' evidente che il meccanismo difensivo M.S.C.-dissociazione é ampiamente diffuso, ma é altrettanto indubbio che c'è un imprinting culturale che può dare un senso diverso all'esperienza, o può veicolare una particolare ideologia.

Attualmente il problema della natura e delle funzioni della coscienza, è tornato di grande attualità, dopo essere stata negletta troppo a lungo per la predominanza assoluta dell'inconscio.

I disturbi della coscienza sono importanti sul piano diagnostico e pertanto è necessario distinguerli dalle altre patologie.

Per esempio, molto spesso, lo *stupor* è compreso tra i disturbi della coscienza: in realtà lo stupor che può essere catatonico o depressivo indica una situazione di completa abolizione della dimensione relazionale e quindi nulla a che fare con i disturbi della coscienza.

Inoltre, sempre a proposito di psicopatologia della coscienza, sembra utile sottolineare un altro concetto che spesso è usato in psicopatologia, ma senza una chiara definizione: lucidità della coscienza.

Con questo termine si indica che non c'è alcuna compromissione dello stato di coscienza e che pertanto gli eventuali disturbi (soprattutto allucinatori) sono dovute ad una patologia più grave e diversa: come ad es. la schizofrenia.

La lucidità della coscienza è uno dei requisiti fondamentali per porre, nei casi dubbi, la diagnosi di schizofrenia che deve essere invece messa in dubbio se si evidenzia uno screezio confusionale.

I disturbi della coscienza ed i fenomeni dissociativi collegati all'ipnosi mi inducono a delineare il controverso problema della dissociazione e

della scissione, dinamiche troppo spesso ritenute intercambiabili e che creano confusione sul piano diagnostico e su quello della comprensione psicodinamica.

6. Dissociazione. Scissione. Frammentazione.

Molto frequentemente nella letteratura psichiatrica i termini dissociazione e scissione sono ritenuti intercambiabili, creando notevole confusione anche e soprattutto dal momento che il concetto di dissociazione è storicamente legato a quello di schizofrenia.

Cercherò di dimostrare, invece, che tali concetti esprimono dinamiche e psicopatologie diverse.

Il termine dissociazione è proposto da W. James che, traducendo in questo modo il termine di P. Janet di *désaggrégation*, ne accetta anche l'ipotesi che questo fenomeno sia la causa di disturbi isterici per una separazione-dissociazione di particolari nuclei ideo-affettivi, in genere di natura traumatica, nel campo di coscienza.

Successivamente E. Bleuer nel 1913 individua nella dissociazione (*spaltung*) la base della schizofrenia: da questo momento inizierà una sovrapposizione terminologica.

Il termine dissociazione verrà tradotto prevalentemente con *splitting* nella lingua anglosassone, con *clivage* in quella francese e con *dissociazione* in italiano; data l'importanza assunta da Bleuer nella definizione-spiegazione della schizofrenia, dissociazione finirà per indicare solamente il fenomeno psicopatologico tipico della schizofrenia.

Nello stesso periodo S. Freud utilizza il termine *scissione*, ma comprendendo il rischio di una confusione terminologica, correttamente userà due diverse dizioni. Con *Bewusstseinspaltung* indicherà la dissociazione della coscienza, fenomeno tipico dell'isteria. Mentre con *Ichspaltung* indicherà un disturbo strutturale

dell'Io, presente nelle psicosi con un meccanismo specifico che è il diniego.

Successivamente questo concetto sarà ripreso dalla scuola inglese (Fairbain, Klein, ecc.) che distinguerà una scissione dell'Io e una scissione dell'oggetto, proponendo che a una scissione interna corrisponde anche e sempre una scissione esterna: l'oggetto buono e l'oggetto cattivo.

Comunque nel tempo la confusione terminologica tenderà ad aumentare: ne è dimostrazione che due A.A, pur molto esperti, come G. Benedetti e M. Peciccia, nell'utilizzare il concetto di dissociazione a proposito della schizofrenia, sono costretti a distinguere la dissociazione isterica dalla dissociazione schizofrenica. E non si comprende perché viene utilizzato lo stesso termine per due patologie molto diverse.

Negli U.S.A. il concetto di dissociazione troverà sempre più credito, ma finirà per essere utilizzato quasi esclusivamente per disturbi prevalentemente di tipo isterico: il libro di Michelson e Ray, *Handbook of dissociation* (1996) ne è una chiara dimostrazione. Si crea così una nuova categoria diagnostica che sono i Disturbi Dissociativi. E' evidente che questi disturbi, per fenomenologia e dinamica, sono dei tipici disturbi isterici. Anche il D.S.M IV si uniformerà su questa posizione, creando una nuova categoria diagnostica: i Disturbi Dissociativi.

La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è "...la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione dell'ambiente" e comprendono:

- Amnesia dissociativa
- Fuga dissociativa
- Disturbo dissociativo dell'identità (equivalente della personalità multipla)

- Disturbo di depersonalizzazione
- Disturbo dissociativo N.A.S.

Pur non essendo d'accordo con questa nosografia, che ancora una volta accomuna disturbi diversi, credo che sia accettabile la definizione di "dissociazione".

Molto più interessante è la dinamica della dissociazione. G. Liotti afferma "la discontinuità della coscienza e della memoria – non causata da lesioni organiche cerebrali, da stati tossici o infettivi, o dall'uso di droghe – costituisce una difesa automatica della mente di fronte ad eventi psicologicamente traumatici... Dobbiamo a Bliss la teoria più articolata e documentata che riconnette la discontinuità della coscienza e della memoria osservata nei Disturbi dissociativi, alla fenomenologia dell'ipnosi. Secondo tale teoria, la dissociazione conseguente ad eventi traumatici è assimilabile ad una sorta di *trance ipnotica spontanea*, automaticamente autoindotta nella vittima del trauma".

Continua l'autore che questo stato di trance è utile per "... ridurre il dolore (essendo associato ad analgesia o ridotta percezione cosciente del dolore) e per recuperare precocemente attraverso l'amnesia degli eventi accaduti durante la trance, *l'integrità del comportamento* qualora riesce a sfuggire il trauma (integrità che sarebbe ridotta, per il perdurare della paura qualora si conservasse viva memoria del pericolo mortale corso)".

Pertanto per dissociazione deve intendersi un fenomeno psicopatologico che presenta caratteristiche e cause tipiche dei fenomeni isterici.

Invece per scissione deve intendersi un processo psicopatologico più grave e permanente perché colpisce la struttura dell'Io che scinde in due parti corrispondenti a due dinamiche affettive e relazionali opposte: un dato importante è che questa scissione è contemporanea ed

il soggetto ne è parzialmente consapevole. La scissione si evidenzia sul piano comportamentale e relazionale con l'ambivalenza.

Anche per la scissione possiamo ritenere che ci sia un'origine traumatica, ma evidentemente deve presentare caratteristiche diverse dalla dissociazione.

Infatti la scissione è dovuta da traumi psichici ripetuti nel tempo per un grave disturbo relazionale dell'A.S. con il bambino. Quest'ultimo per difendersi dall'incomprensibilità dell'A.S., ma soprattutto per mantenere comunque un legame con la figura significativa, deve scindersi, come deve scindere anche l'oggetto.

Una paziente che aveva avuto gravi problemi con la figura materna, da adulta e sulla base di alcune esperienze con il figlio di cinque anni, si ricorda che da bambina era convinta di avere due madri. Questa convinzione le nasceva dalla imprevedibilità e dal sadismo della madre, che le provocava, nell'impossibilità di comprendere il suo stato d'animo, una reazione quasi allucinatoria che la madre avesse due aspetti o addirittura che lei avesse due diverse madri. "A volte quando rientrava a casa, mi sembrava che avesse un viso diverso e a volte che fosse vestita anche in maniera diversa".

E' evidente che la scissione non può ritenersi un normale processo dello sviluppo psichico, ma deve essere considerata una psicopatologia che ove presente dà luogo ai cosiddetti Disturbi di Personalità (vedi Capitolo 22).

Ma se la dissociazione è tipica dell'isteria e la scissione dei Disturbi di Personalità, cosa c'entra la schizofrenia.

Già nel Capitolo 31 ho chiarito che lo stesso Bleuer era convinto che il vero disturbo della schizofrenia fosse da attribuirsi non tanto alla dissociazione (*Spaltung*), ma ad un fenomeno sottostante definito *Zerspaltung* che si può tradurre con *frammentazione*.

Quindi nella schizofrenia, soprattutto nei casi acuti e disorganizzati, si evidenzia una frammentazione del pensiero, epifenomeno della frammentazione dell'apparato psichico.

Ma in numerosi altri casi, sono presenti disturbi singolari e diversi che inducono a una riflessione più approfondita sulla natura, sull'essenza della schizofrenia.

7. La natura della schizofrenia cronica

Uno dei principali dibattiti che ha attraversato la storia della schizofrenia, riguarda il quesito se il disturbo di base debba ascriversi ad un minus, cioè a un difetto, oppure al contrario debba considerarsi la presenza di un plus, di una diversità alienata che ha portato qualche autore a parlare di "creatività dello schizofrenico".

Comunque il dibattito rimane aperto, dimostrando che l'ipotesi difettuale che sembra essere predominante non riesce a spiegare la complessità di questa malattia.

Nel riprendere questo dibattito mi sembra utile concentrare la riflessione su due singolari manifestazioni della schizofrenia: il manierismo e la perdita dell'evidenza naturale. Nel primo caso si tratta di un plus, nel secondo è evidente che ci si riferisce a un minus.

7.1 Il manierismo

Da alcuni decenni il concetto di manierismo è pressoché scomparso dalla clinica della schizofrenia, perché ridotto a banali disturbi motori come le stereotipie, o peggio ancora confuso con i disturbi extra-piramidali dovuti all'uso dei neurolettici; questi ultimi, in effetti, con la creazione di uno stato difettuale di natura iatrogena tendono a coprire eventuali manifestazioni manieristiche.

Già Kahlbaum nel definire il quadro della catatonia aveva notato la presenza di questi gesti goffi affettati, impropri, come una caratteristica frequente.

Anche Kraepelin successivamente Bleuer avevano sottolineato l'importanza dei manierismi.

Per Bleuer il manierismo si mostra in tutta la sua evidenza soprattutto nel linguaggio: lo stile manierato è ricercato, pomposo, ridondante; espongono banalità con espressioni altisonanti e contorte e con un tono "...come se fossero in gioco i più alti interessi dell'umanità".

Comunque, l'autore che più di ogni altro si è soffermato sul manierismo è certamente Biswanger che in "Tre forme di esistenza mancata" considera accanto all'*esaltazione fissata* ed alla *stramberia*, il manierismo come una delle modalità più appariscenti del fallimento esistenziale.

F. Barison ritiene il manierismo non solo presente in tutte le diverse forme di schizofrenia, ma come l'essenza della malattia stessa.

Secondo questo autore le caratteristiche del manierismo sono: la *parassitarietà*, l'*intenzionalità* ed il *finalismo espressivo*, modalità che portano lo schizofrenico a proporsi nella sua alterità.

Anche per M. Fagioli, il manierismo è la manifestazione fondamentale della schizofrenia "...lo schizofrenico non è soltanto un uomo chiuso al mondo, non è soltanto un autista, ma è un autista manierato; esiste un manierismo che è qualcosa di particolare e di unico per lo schizofrenico".

Ma già nel libro "La marionetta e il burattino" nel proporre una diagnostica differenziale con il simplex che rappresenta la forma più povera della schizofrenia, così egli descrive il manierismo. "...La possibilità di rendere inesistenti gli *affetti* nel rapporto interumano fa del burattino ribelle un nulla... Il suo pensiero è la conseguenza e il risultato della scissione del pensiero e di ciò che non è materiale da

ciò che è materiale, il corpo. Conseguenza e risultato dell'operazione della mente che riesce a fare dell'istinto di morte una fantasia, la fantasia di sparizione che rende inesistente sé e gli altri". Ed aggiunge "... E' la recita di un uomo che non vuole andare incontro a delusioni, non vuole diventare castrato, cioè pieno di odio e rabbia in un rapporto sadomasochistico con gli altri. Diventa e preferisce essere manierato, affettato, legnoso. Ha scelto la strada dell'opposizione e del rifiuto portando il suo modo di essere nel rapporto con gli altri ad un modo di essere pantomimico... E rifiuta anche di vivere e rivelare la sua realtà di poppante desideroso di carezze. Da questo rifiuto nasce la persona manierata, affettata, cortese, che tende sempre a tenere lontano l'altro, a distanziarlo fino a paralizzarlo nella più disumana espressione dell'esibizionismo della schizofrenia catatonica" ("La marionetta e il burattino", pp. 98-100).

Queste affermazioni sono state ulteriormente ribadite in un convegno sul "Manierismo schizofrenico".

Da parte mia nel riproporre il caso Hölderlin sostenevo il manierismo come un sintomo certamente importante e di cui si poteva comprendere il significato. Nel 1807, a 37 anni, il poeta vive ormai in preda a una forma di schizofrenia catatonica a Tubinga, presso il falegname Zimmer che lo ospita.

Riporto due brani del mio intervento per chiarire ulteriormente il problema

L'abbigliamento è bizzarro, trasandato, capelli incolti, unghie lunghissime che non vuole assolutamente che gli vengano tagliate e in queste condizioni suona ripetutamente, monotonamente, ossessivamente, sempre gli stessi brani, su di una spinetta. Questo suono ossessivo ed iterativo ed una altrettanta iterativa verbigerazione senza senso e con voce tonante, sono i primi segni della presenza del poeta, per quei tanti visitatori che, da varie parti della Germania, vengono a visitarlo. Alcuni per amore, altri per pietà, altri per semplice curiosità. Il successo di *Iperione*, e

la traduzione delle tragedie di Sofocle hanno reso famoso il poeta. Aperta la porta, lo spettacolo che compare ai visitatori è tra l'inquietante e il patetico fino a scivolare a volte in situazioni al limite del ridicolo, per la bizzarria del comportamento manierato.

A questo punto, molto brevemente, vorrei riportare alcuni brani di persone che hanno visto Hölderlin in queste condizioni. Il primo è un ragazzo appena diciottenne che morirà trentenne a Roma; è un poeta non molto famoso, ma è una persona di grande umanità che praticamente dedica due anni della sua vita a fare compagnia a Hölderlin. Credo che sia la persona che più di ogni altro ci possa dare indicazioni sullo stato mentale di Hölderlin. Cito alcuni passi essenziali del suo diario su Hölderlin.

«Si esita dubbiosi prima di bussare a quella porta, dominati da un interiore inquietudine; infine si bussa e una voce forte e veemente invita ad entrare. Si entra e al centro della stanza appare una magra figura che si inchina profondamente e si produce in complimenti eccessivi, con gesti che sarebbero pieni di grazia se non esprimessero un che di spasmodico. Le poche espressioni di circostanza vengono accolte con le più cortesi riverenze e con discorsi del tutto privi di senso e che sconcertano l'estraneo. L'estraneo si sente apostrofare con "Sua Maestà, Sua Santità, Gentile Signor Padre...".

Le visite inquietano Hölderlin grandemente, le riceve sempre di malavoglia. Una volta ebbi modo di ripetergli, dopo infinite volte, che il suo *Iperione* era stato ristampato e che Uhland e Schwab stavano curando l'edizione delle sue poesie. Come unica risposta Hölderlin si produceva in un profondo inchino, accompagnato da queste parole: "Voi siete molto benevolo signor Von Waiblinger, vi sono molto grato Vostra Santità". E troncava il discorso in questo modo»⁴.

Waiblinger aveva preso una casetta sulle colline della vallata del Neckar:

«Salivamo lassù ed entrando nella stanza, Hölderlin si inchinava ogni volta raccomandandosi in maniera assolutamente pressante alla mia benevolenza e al mio affetto. Si produceva costantemente in vuote frasi di cortesia come se in questo modo volesse tenere a grande distanza gli altri. Se si desidera individuare un senso nel suo comportamento non può essere che questo»⁵.

Questo ragazzo di 19 anni riesce a cogliere acutamente questa peculiare modalità del manierismo: tenere a distanza gli altri, allontanarli, non permettere che possano avvicinarsi troppo. Ma Waiblinger coglie un'altra cosa che a me sembra rilevante, quando afferma:

«A volte Hölderlin si sedeva di fronte alla finestra aperta e magnificava il panorama con parole comprensibili. Notai anche che quando era immerso nella natura, aveva un rapporto sereno con se stesso».

Spesso persone che hanno subito gravi delusioni nei rapporti interpersonali, riescono ad avere come unico referente la natura e nella contemplazione della natura in qualche modo ritrovano un minimo di calma e di tranquillità.

«In un modo o nell'altro, a meno che non si trovasse in uno stato di completa apatia egli era perennemente occupato con se stesso, ma se un visitatore andava a trovarlo, le circostanze più fortuite potevano renderlo chiuso e inaccessibile. Quando è stimolato da ricordi dolorosi, cerca con amarezza di ridurre la sua stanzetta, che per lui è l'intero mondo, a uno spazio ancora più limitato. Come se così si sentisse più sicuro, meno inquieto, e potesse sopportare meglio il dolore. Allora si mette a letto»⁷.

Da questi sintetici elementi è evidente che la psicopatologia di Hölderlin è costituita a parte rari momenti di lucidità, da verbigerazioni, schizofasia, neologismi, manierismo, agitazione psicomotoria e pressoché totale incapacità di ricordare gli avvenimenti del passato e del presente.

Io vorrei soffermarmi brevemente su due aspetti.

Il primo è la perdita totale del Sé; egli rinnega se stesso in una serie di nomi e di comportamenti che non sono maschere, ma semplicemente tentativi di copertura di un mondo interno distrutto e frammentato; la seconda è la totale, o pressoché totale, rottura dei rapporti interumani, che si esprime con il comportamento manierato.

Prima di proseguire credo sia necessario soffermarsi sulla dinamica del manierismo, cioè sulla possibilità di comprenderne il significato.

7.1.1 Il manierismo come sintomo schizofrenico

In verità, a parte l'accurata descrizione di Binswanger, nella letteratura psichiatrica il manierismo è poco considerato o comunque è posto insieme ai tanti sintomi della catatonìa.

Dei vari autori ne citerò solo due: C. G. Jung nel 1907 nell'opera *Psicologia della dementia praecox*¹⁰ propone "l'affettazione" (un insieme di manierismi, leziosità e ricerca di originalità) come una modalità che può essere presente anche nell'isteria, ove è dovuta all'ambizione del soggetto, in genere in classi sociali inferiori, di darsi un'apparenza di superiorità; ma che è presente soprattutto nella *dementia praecox* con due modalità: i neologismi e la scomposizione fonetica di un nome tale da renderlo incomprensibile. Egli definisce queste parole, secondo l'espressione di una paziente, "parole di potenza".

Jung sottolinea che, questo atteggiamento è fondamentalmente volto ad allontanare o comunque rendere impossibile il dialogo con l'altro,

«Invece di rispondere scompongono la domanda ed eventualmente aggiungono associazioni puramente fonetiche, perché non vogliono rispondere alla domanda».

Oltre che da questa dinamica di allontanare l'altro, il manierismo è generato da un qualche complesso e quindi il suo significato è rintracciabile.

Questa spiegazione del manierismo trova un'ulteriore conferma in un autore molto lontano da Jung per formazione culturale: H.S. Sullivan. Nel 1940, nel testo *La moderna concezione della psichiatria*, questi così si esprime.

«Ma ora vorrei parlare dei manierismi dell'ebefrenico. I manierismi, ebefrenici e non, nascono dalla stereotipizzazione di un gesto, o di qualche altra forma di movimento che abbia un significato interpersonale (...). I pazienti ebefrenici hanno spesso un linguaggio molto manierato: sono enfatici e parlano a volte in modo che dà inevitabilmente l'impressione di un profondo disprezzo per l'interlocutore.

Nei reparti dei grandi ospedali psichiatrici si può qualche volta stare a sentire una "conversazione" fra due di questi pazienti disintegrati che stanno insieme perché si considerano reciprocamente inoffensivi. Il colloquio procede con il debito riguardo

per la regola che si deve parlare uno alla volta. Vi possono essere anche intonazioni diverse, come se per esempio ci fossero domande e risposte, oppure come se un'osservazione di uno provocasse la sorpresa dell'altro.

Ma le osservazioni dell'uno hanno soltanto una remotissima relazione, seppure l'hanno, con le osservazioni dell'altro.

Ciascuno dei due parla a se stesso, solo che lo fa come una specie di doppio solitario, giocato secondo le regole del linguaggio convenzionale. Il caso è ben diverso se si intromette qualcuno con il quale il paziente non abbia una lunga abitudine, o peggio che mostri di avere interesse per lui e ascolti quello che dice. I manierismi che durante la "conversazione" erano poco usati, ora sono di scena. Si può anche avere un'esibizione di cattivo umore o di collera, e il paziente può andarsene tutto risentito. Altrimenti scoppierà a ridere in modo "sciocco" di tanto in tanto, scoraggiando l'intruso con l'incoerenza e la futilità dei suoi discorsi. Il riso sciocco, le smorfie insensate e il resto sembrano provocati da qualche pensiero osceno o di disprezzo per l'interlocutore (...) Una delle sue preoccupazioni principali sembra sia quella di conservare lo status quo per quanto forte sia la pressione esercitata dagli altri»¹¹.

Questa lunga citazione di H. S. Sullivan ha il solo fine di sottolineare, come già aveva intuito il giovane Waiblinger, che il comportamento manierato è finalizzato ad evitare, più o meno totalmente, il rapporto con l'altro. Se questa è la motivazione del sintomo, dobbiamo cercare di comprendere il significato di quel particolare comportamento manierato. E per quanto riguarda Hölderlin, credo che possiamo trovare una risposta nella sua biografia e nella storia della sua malattia. Espongo solo a grandi linee avvenimenti, vissuti e comportamenti significativi per la comprensione della genesi della sua psicopatologia.

7.1.2 Manierismo e schizofrenia

Certamente un dato biografico importante è la morte del padre quando egli ha appena due anni, quindi un padre sconosciuto, e successivamente la morte del patrigno, a cui egli si era grandemente affezionato, avvenuta quando egli aveva appena nove anni. In

una lettera giovanile il poeta fa risalire «la invincibile inclinazione alla tristezza» proprio alla morte del patrigno, anche se questo dolore gli resta «chiuso, opaco, incomprensibile».

A questo vissuto di perdita, mai elaborato, J. Laplanche attribuisce la genesi della psicosi del poeta. Ma accanto alla perdita bisogna tener presente che c'è la presenza, al femminile, che sarà per Hölderlin una vera persecuzione. La madre e la nonna che nulla comprendono della natura del giovane, vogliono assolutamente che egli acquisisca uno status borghese, che vuol dire diventare pastore, avere una parrocchia ed infine sposarsi. Tre cose che Hölderlin aborre profondamente perché sono sinonimo di schiavitù e per lui invece essere poeta vuole dire essere totalmente e completamente libero.

In questo conflitto, la madre avrà buon gioco sia per la giovane età (è inviato alla *Stift* di Tubinga appena diciottenne), sia perché, come amministratrice dei beni ereditati dal padre, lesinerà sempre i soldi al figlio, che per essere poeta dovrà esercitare un mestiere appena meno aborrito di quello di pastore: quello di precettore. Per circa dieci anni dovrà passare da una famiglia all'altra, nell'umile veste di precettore.

Afferma giustamente S. Zweig:

«A trent'anni è ancora il povero diavolo che mangia alla mensa altrui, il maestro che fa lezione nel suo consunto abito nero e che dipende ancora dalla borsa della madre»¹².

Sotto il frusto abito del precettore egli nasconde i suoi ideali e le sue ambizioni, ma anche una rabbia sorda, un cupo risentimento sempre ricoperti da un comportamento improntato a una grande "gentilezza". Quella "gentilezza" che aveva profondamente colpito Schiller nel 1793 è in effetti già indizio di una patologia, anche se sufficientemente compensata, caratterizzata da: estrema suscettibilità, difficoltà a rapportarsi con gli altri, angoscia di non riuscire a preservare la propria libertà e la propria identità. La lotta con la madre che egli profondamente odia, ma per la quale ha sempre parole di devozione e di rispetto, è una lotta perduta. Paradigmatica è questa lettera inviata alla madre il 28 novembre 1798, mentre attende a terminare la

tragedia *La morte di Empedocle*:

«(...) il mio ultimo tentativo di acquistare valore coi miei propri mezzi, come voi dite; se esso fallirà, cercherò in tutta tranquillità e modestia di rendermi utile agli uomini nella funzione più semplice che potrò trovare; considererò le aspirazioni della mia giovinezza per quelle che esse sono così frequentemente, una fortuita esuberanza, un mezzo esagerato per evadere dalla sfera che mi assegnano le mie disposizioni naturali e le condizioni in cui sono cresciuto».

È una lettera piena di disperata rassegnazione coperta da rispettoso ossequio; ma sappiamo bene che dietro questo “rispetto” per la madre e questo suo presentarsi “modesto”, ci sono ben altre aspettative. Ma tra l’apparire e l’essere, sarà quest’ultimo a disintegrarsi: è l’inizio di un suicidio psichico, altrettanto tragico, ma forse meno olimpico, di quello che attribuisce ad Empedocle nella tragedia che sta terminando di scrivere. Da questa lettera possiamo intravedere quello che anni dopo diventerà un comportamento chiaramente manierato: apparire ossequioso e modesto. Gli altri, apparentemente, hanno sempre ragione: importante è che siano il più lontano possibile.

Ma la vita di Hölderlin è caratterizzata da un continuo pellegrinaggio, anche dovuto al suo carattere irritabile, sensitivo a volte pienamente ostile. Una sola volta egli credette di trovare un po’ di pace: ma sarà l’ultima disperante delusione.

Nel 1796 Ancora una volta riprende il cammino ed ancora una volta come precettore. Questa volta a Francoforte presso il banchiere Gontard: saranno i due anni più felici della sua vita. Ama, riamato, Susette (la Diotima delle liriche) moglie del banchiere: è un amore platonico, tra due spiriti accomunati da interessi culturali e da una sensibilità che nasce anche dal disprezzo per il mondo borghese in cui vivono. Ma a questa ultima illusione seguirà la più grave delle delusioni: i pettegolezzi dei servitori inducono il banchiere Gontard, a metterlo bruscamente alla porta. È certamente l’umiliazione più grave ed il dolore più insopportabile, soprattutto per la fine del rapporto con Susette che, unico vero rapporto affettivo, aveva restituito al

poeta calma e serenità.

Dal settembre 1798 al giugno 1800 vive a Homburg: in povertà e solitudine. Gli basta poter vedere “da lontano” ogni tanto la sua amata:

Poco ho vissuto. Ma spira fredda
già la mia sera. E cheto, come le ombre,
sono già qui e, senza ormai più canto,
mi dorme in petto il cuor rabbrivito¹⁵.

Poi, privo di soldi e dopo aver cercato altre sistemazioni sempre come precettore, deve tornare dalla madre: ma è una vicinanza terribile e di nuovo dovrà mettersi in cammino.

Nel gennaio 1802 egli giunge a Bordeaux, ancora una volta nel ruolo di precettore. Di questo periodo si conoscono pochi dati. Allorché a giugno ritorna in patria, presenta uno stato di grave agitazione psicomotoria e di confusione: la follia ormai è evidente per tutti.

Anche se in quegli anni egli produce il meglio della sua lirica: comunque egli si trova anche nella più totale solitudine come ben esprime “Ricordo” (1802-1803).

Ma ora quegli uomini
sono salpati per le Indie,
nel promontorio arioso
presso le erte vigne
da cui la Dordogna scende
e insieme alla Garonna sfarzosa
esce fiume ampio come mare.
Il mare dona e toglie il ricordo;
l'amore fissa i suoi occhi fedeli.
Ma il poeta fonda ciò che resta.

In pochi versi è espresso tutto il dramma del poeta: egli è totalmente solo, unica

compagnia la poesia. Non a caso il periodo tra il 1798 e il 1803 è il più fecondo per Hölderlin: *La morte di Empedocle*, i *Poemi*, le traduzioni di Pindaro e di Sofocle. Ma si esprime anche la tendenza nel desiderio di oblio totale, quasi ad un suicidio, come quello di Empedocle. «E per altri quarant'anni sulle torbide acque del tempo galleggia senza coscienza, soltanto il suo cadavere spirituale, quel profilo deformato e spettrale che lui ignaro di se stesso, chiama a volte “il Signor bibliotecario” a volte “Scardanelli”»¹⁷.

Ma ritorniamo al tema del manierismo. Certamente il comportamento di Hölderlin si presenta come manierato: l'estrema ossequiosità, i titoli altisonanti attribuiti agli ospiti, gli inchini ecc., anche se dietro questo si avverte, ed a volte emerge chiaramente, una profonda rabbia. Ed il comportamento manierato è l'espressione di un conflitto profondo ed irrisolto. Egli, persona colta e sensibile, consapevole della sua genialità, è costretto per una intera vita a mendicare ospitalità e cibo pur di conservare la propria autonomia, la propria individualità:

«(...) nel frusto abito del precettore, l'ultimo a tavola è già vicino alla livrea dal servitore, deve imparare il gesto servile dell'uomo oppresso; ombroso, angosciato, tormentato, consapevole della forza del suo spirito, solo per soffrirne impotente, perde presto il passo libero e risonante con cui il suo ritmo procede come sulle nuvole ed anche dentro di lui si spezza l'equilibrio. Hölderlin diventa diffidente e suscettibile, una parola, anche fuggevole poteva difenderlo. Sempre più impara a nascondere la sua faccia interiore di fronte alla brutalità della gente che era costretto a servire»¹⁸.

Ma nel momento in cui cadono tutte le difese, emerge quanto fosse stato umiliante per lui essere ossequioso nei confronti di persone che non stimava affatto. E con il suo comportamento manierato, se da una parte mima una traumatica esperienza, dall'altra esprime anche una ribellione e una vendetta. Questa volta è lui a decidere come ed a chi attribuire i titoli di “Vostra Maestà” “Vostra Eccellenza” ecc., ed è lui a decidere, se i visitatori diventano inopportuni, quando metterli alla porta. Lui che per tutta la vita si era sentito inopportuno, di peso o era stato brutalmente cacciato via.

Il comportamento manierato è quindi una rappresentazione di quel conflitto

fondamentale che aveva finito per distruggere la personalità di Hölderlin. È una recita? Non credo che possa paragonarsi ad una recita, come potrebbe essere quella di un isterico. Hölderlin non c'è più, al suo posto c'è "Scardanelli" o il "Signor bibliotecario". Questa era stata l'ultima carica ricoperta a Homburg, che gli aveva permesso di vivere adeguatamente sul piano materiale, ma che, soprattutto, lo riconosceva indirettamente, se non come poeta, perlomeno come letterato. E qui vive gli ultimi mesi, prima della totale disgregazione, che sono anche quelli che meglio ricorda; perché tutto il resto sembra essersi dissolto completamente. Egli scriverà ancora poesie, che non hanno più forma, ma sono soltanto un suono: solo il ritmo continua a sopravvivere.

E' evidente che la mia lettura del caso Hölderlin è un tentativo di spiegare il manierismo e soprattutto di evidenziare come questo comportamento fosse il risultato di una lunga serie di offese e umiliazioni.

Ma a fronte di questa posizione, M. Fagioli sostiene che è inutile cercare di spiegare, e soprattutto non è la delusione a creare questo particolare modo di essere manierati.

Dice M. Fagioli: "No! Lo schizofrenico non si ammala per delusione; se si ammala per la delusione non è schizofrenico. Lo schizofrenico è tale *per conto suo*. C'è questo assoluto modo di essere di cui è stato detto. Però la tentazione di spiegare le cose è troppo forte; è tanto tanto forte. Certo, è divertentissima la faccenda con l'ossessivo.

L'ossessivo fa i rituali da solo, è verissimo, anzi quando si presenta qualcuno va meglio; mentre lo schizofrenico scatta proprio quando si presenta qualcuno; quando c'è uno stimolo. Però per lui è uno stimolo generico, può essere qualsiasi stimolo, anche se in effetti deve essere uno stimolo umano. Come dire, un segno, un suono, uno stimolo qualsiasi di realtà umana; basta quello per farlo scattare, perché lui dica *io non sono realtà umana...* E proprio il rifiuto dell'identità

umana. E' il '*non ci sono*' portato al livello assoluto, con questo annullamento il rapporto interumano per cui lui recita e ... non è confusione.

Lo schizofrenico non è confuso per niente, è lucidissimo!... Sai benissimo che lo schizofrenico è lucidissimo, il rapporto con la realtà è preciso, non c'è nessun deterioramento. Perché è un modo di essere che annulla la realtà e l'annulla in maniera particolare. Non l'annulla cioè nel senso di non vedere le cose, come nello scotoma per cui non vedi la bottiglia e ce l'hai sotto il naso, cioè questa povera sintomatologia di malattia di noi normali. No, l'annulla in quel modo particolare per cui vede benissimo, sa il significato delle cose in maniera perfetta però, verrebbe da dire, non ha un rapporto affettivo o, più che affettivo, non ha un rapporto libidico con la realtà. Come se gli mancasse questa dimensione di vitalità”.

Ed infine nel sottolineare che il manierismo non è una mancanza (un minus), ma una dinamica pulsionale che lo ha reso non umano e che lo spinge ora ad annullare tutto ciò che può essere “umano”. “... E questo elemento di manierismo, questo elemento di strano rapporto con le cose, con la realtà; ai limiti con se stessi. Perché se sono un uomo posso parlare, posso mandare all'inferno una persona; magari se sono arrabbiato, mi alzo e me ne vado o che so io. Per loro, questo senso comune si perde completamente, per cui non sono più esseri umani. E' il discorso che facevamo prima sul nome: *non sono Hölderlin e non perché non sono Hölderlin, ma perché non sono un essere umano*”.

Da parte mia continuo a ritenere che quando ci troviamo di fronte a un soggetto con manierismo schizofrenico questa è certamente la realtà più profonda. Ed è proprio di fronte a questo “essere” dello schizofrenico che lo psichiatra attento percepisce quella particolare sensazione definita come *Präcozgefühl*.

Ma credo che prima in un'epoca più o meno lontana e forse non sempre coglibile, ci deve essere stata una delusione così disastrosa da rendere

il bambino, l'adolescente e forse anche il giovane non più umano, quindi manierato, ma come estrema ed ultima difesa.

Se l'umano mi ha distrutto, posso solo non essere più umano. Non si può non tener conto che molto spesso lo schizofrenico prima di diventare manierato ha vissuto intensi livelli di angoscia spesso a livelli insopportabili.

Comunque al di là di possibili spiegazioni, è evidente l'importanza di comprendere l'essenza della schizofrenia, che forse può manifestarsi in maniera tanto più chiara, quanto meno è coperta da fenomeni produttivi come il delirio le allucinazioni eccetera.

Forse per questo lo studio della cosiddetta schizofrenia *paucisintomatica* può attrarre l'interesse degli studiosi, per riuscire a comprendere quello che Racamier definisce l'essenza della schizofrenia: "...l'arte di essere non essendo".

Fra questi mi sembra di notevole interesse lo studio di W. Blankenburg che ritiene la perdita dell'evidenza naturale la causa ultima e fondante della schizofrenia. Mi sembra utile riproporre anche se brevemente il pensiero dell'autore che fa una lettura fenomenologica di questo minus della schizofrenia.

7.2. La perdita dell'evidenza naturale

La monografia di W. Blankenburg, pubblicata nel 1979, ci induce ad una ulteriore riflessione sulla natura della schizofrenia, anche per la precisione e la meticolosità, tipicamente teutonica, di un apparato teorico-metodologico, filosofico e psicopatologico che introduce e fa da supporto all'esposizione di un singolo, ma approfondito caso clinico. Caso clinico che viene ricostruito e studiato esclusivamente

sui vissuti narrati dalla paziente e di cui l'autore è attento e fedele cronista.

Il libro, pieno di luci e ombre, è comunque affascinante, come lo sono in genere le descrizioni fenomenologiche, anche se alla fine lasciano adito a perplessità e dubbi.

Per meglio evidenziare tutto questo, ma anche per rispettare l'iter del pensiero di Blankeburg, mi sembra utile sottolineare i quattro punti qualificanti di questo lavoro: la motivazione alla scelta del paziente, il concetto di disturbo fondamentale, il progetto fenomenologico ed infine la storia della paziente, Anna Ran.

L'autore iniziò considerando che in genere, la maggior parte degli autori interessati alla schizofrenia, si sono soffermati agli aspetti più eclatanti, cioè sui sintomi produttivi e sulla produzione delirante particolare. Ma questa scelta potrebbe, aggiunge l'autore, occultare una specificità di questa sindrome che egli individua nella perdita di evidenza naturale: disturbo assimilabile all'autismo povero di Minkowsky, ma per una serie di commistioni tra piano clinico e fenomenologico "... il concetto di autismo è diventato inutilizzabile dal punto di vista scientifico.

La ricerca sulla schizofrenia comporta un paradosso di non facile soluzione "... là dove i sintomi sono caratteristici, essi non sembrano essere originari, ma sembrano essere la conseguenza di un confronto con la malattia; d'altronde là ove essi possono essere considerati come originari, essi si offrono in forma caratteristica." Formulazione che apre ad un problema complesso: cioè se la schizofrenia è da considerarsi una malattia che va a incidere su di una personalità e pertanto i sintomi dovrebbero essere considerati tutti come secondari, o se invece si tratta di uno sviluppo abnorme di una personalità già predisposta.

L'autore, sorvolando su questo problema, rimane convinto che la ricerca sulla schizofrenia debba essere condotta sui casi ove si evidenzia una sintomatologia paucisintomatica.

Scelta accettabile ma che apre a un ulteriore problema: l'esistenza o meno di due diverse forme di schizofrenia.

Comunque è condivisibile che lo studio attento e meticoloso di un singolo caso può fornirci molto più dei numerosi studi statistici che spesso dietro i numeri nascondono il nulla.

Fatta questa prima scelta, l'autore passa a definire un obiettivo centrale: la ricerca del "disturbo fondamentale".

"...I problemi che indirizzano la nostra ricerca sono ben più fondamentali. Ne va della possibilità di mettere in luce quel che negli schizofrenici è *disturbato* alla base del loro essere-uomini. E' in questo senso che parliamo di *disturbo fondamentale*... Bisogna sottolineare che *disturbo fondamentale* non significa nel nostro contesto, alcunché di eziologico. A noi basta mettere in evidenza un momento antropologico-strutturale di base e analizzarlo più da vicino".

"... Un ebefrenico che, in una data situazione adotti un comportamento prevalentemente *laterale* (vorbei) manifesta la sua assenza di familiarità con gli usi del suo mondo-ambiente (Umwelt), senza però esprimere necessariamente diffidenza". Questa frase è paradigmatica. Da una parte denota la sottigliezza semiologica, per cui il comportamento *laterale*, viene letto non come sintomo a sé stante, ma come un modo di esprimere qualcosa di molto più categoriale: l'assenza di familiarità; dall'altra sottolinea che a assenza di familiarità non segue necessariamente una diffidenza che è tipica del mondo paranoideo.

Inoltre l'autore con una ulteriore sottigliezza semeiologica distingue tra l'aver-fiducia-in con l'essere-in-familiarità, alla cui perdita egli attribuisce la modalità esistenziale di fondo della schizofrenia.

Ma come riuscire a comprendere questa essenza? A questo proposito l'autore dice: "... A nostro avviso, la psicopatologia non può fare a meno di questo concetto di comprensione; esso non è superato, ma deve essere precisato in funzione dei limiti che gli competono" (p. 83). E con un ampio riferimento a vari autori, Blankenburg passa ad esporre il terzo punto del suo discorso: il progetto fenomenologico, ovvero la modalità di osservazione-comprensione in fenomenologia. Egli ritiene che lo stesso metodo di Jaspers si limita ad una "psicologia descrittiva" e pertanto si deve percorrere un ulteriore passo, seguendo nei limiti del possibile le indicazioni di Husserl e di Heidegger "... La fenomenologia nel senso di Husserl, non si esaurisce mai in una semplice riproduzione dell'esperienza o del vissuto, ma si dirige sempre al tempo stesso, in maniera consapevolmente metodica, verso il logos di quel che appare come l'in-che (Worinnen) di ogni apparire" (p. 17). Appare chiaro che l'autore indichi una strada ben precisa: da una fenomenologia descrittiva si deve giungere a una fenomenologia eidetica per poter comprendere l'essenza dei fenomeni.

Ma cosa significa esattamente comprendere e soprattutto in che modo si attua un processo di comprensione tale che ci porti a veder-capire la realtà psichica?

"... In considerazione dell'ambiguità del concetto di comprensione è necessario sottolineare che lo scopo dell'esperienza fenomenologica, diversamente da quanto sosteneva Jaspers, non consiste soltanto nella *rappresentazione intuitiva* di quel che accade al malato. Non si tratta di entrare, per così dire, nella pelle del malato per co-provare ciò che il prova. Il grado in cui ciò è possibile dipende da condizioni soggettive che variano da un osservatore all'altro. Il tipo di approccio fenomenologico qui prospettato, cerca invece di cogliere il modo di essere del malato, attraverso le sue autodescrizioni. L'accesso è un accesso duplice: da una parte attraverso l'auto-esplicazione del malato, dall'altro attraverso la comunicazione ermeneutica... Lo scopo è

riuscire a cogliere nel malato la costituzione costantemente riferita al corpo, di sé e del mondo” (pp. 31-32).

Giustamente l'autore rifiuta la comprensione per un processo di immedesimazione; pertanto la comprensione si deve basare sulla rappresentazione intuitiva del terapeuta, sulle auto-esplicazioni del malato e sulla comunicazione ermeneutica.

Credo che a questo punto bisogna soffermarsi a riflettere: da una parte l'autore propone la possibilità di un'intuizione che non sarebbe comunque molto affidabile perché “può variare da un osservatore all'altro” e pertanto la vera conoscenza è affidata alle auto-esplicazioni del malato e alla comunicazione ermeneutica. Per quanto riguarda il primo punto mi sembra di aver sottolineato a sufficienza la limitazione soprattutto del paziente schizofrenico, all'auto-riflessione: e sicuramente l'esperienza dell'alienazione da parte del soggetto non può essere equivalente dell'esperienza che lo psichiatra ha nel confrontarsi con l'alienazione. Deve esistere quindi quella famosa differenza che rende possibile, in una metodica precisa, di poter cogliere la psicopatologia. Rimane quindi fondamentale la capacità dell'osservatore per comprendere-intuire il dato psicopatologico.

Per quanto riguarda la comunicazione ermeneutica, l'autore non ci offre ulteriori lumi, per cui dobbiamo rifarci ad autori come H. G. Gadamer per il quale “... comprendere è *l'originario modo dell'attuarsi dell'esserci*, che è essere nel mondo. Prima di qualunque differenziazione nelle diverse direzioni dell'interesse teorico o pratico, il comprendere il modo di essere dell'esserci in quanto poter-essere e *possibilità*”. In questo modo si attua il cosiddetto *circolo ermeneutico* che propone che oggetto e soggetto sono in una reciproca appartenenza, tanto che il conosciuto è possibile perché è già entro l'orizzonte del conoscente e quindi la conoscenza si co-determina. Ma questo modello non sembra, nello studio-osservazione-comprensione della psicopatologia portarci molto avanti.

Quindi alla fine tutto si riduce alla pura auto-esplicazione della paziente di cui, dicevo prima, l'autore è attento cronista.

Si rimane colpiti per l'accurata descrizione del caso clinico, per la dolorosità anche se rara, e per l'ebefrenicità molto frequente con cui la paziente declina il suo essere "... una che ha perduto l'evidenza naturale" e per cui tutto le sembra estraneo, difficile a volte ostile.

Ma quello che colpisce di più è la fine di questa storia.

"... In coincidenza con il cambiamento del terapeuta, imposta dalle circostanze, e con il crescente convincimento di A. che non si fosse ancora verificata alcuna modificazione fondamentale, le tendenze suicidiarie tornarono palesemente in primo piano. Agli inizi del 1968 A. mise fine ai suoi giorni, in un momento in cui non era sorvegliata e poco prima del previsto inizio di una nuova attività lavorativa (come era accaduto in occasione del suo primo tentativo di suicidio)".

Certo la tendenza suicidiaria può costituire un problema di difficile gestione e quindi nulla può essere addebitato al terapeuta: quello che colpisce, invece, è che l'autore getta lì come per caso e come un fatto banale un evento certamente significativo. La paziente si suicida in occasione di "un cambiamento del terapeuta": ma se l'evento è così banale, perché sottolinearlo, se non è banale perché non prenderlo in considerazione?

Ben ottanta anni prima, Breuer si era dovuto accorgere, a proprie spese, che il cambiamento del terapeuta aveva avuto effetti disastrosi sulla sua paziente, Anna O. (strano destino di un nome!).

Cito questo particolare storico, solo per evidenziare che se non c'è un metodo ben preciso, è difficile forse impossibile distinguere ciò che è banale da ciò che è fondamentale, e non solo dal racconto del paziente, ma anche per il paziente.

Certamente Blankenburg non vuole far passare questo gesto suicidiario, come aveva fatto Binswanger a proposito di Ellen West, per

un “atto di libertà”, ma sicuramente lo propone come l’unica alternativa possibile per la paziente.

Giunti a questo punto ancora una volta ci si ritrova con una strana sensazione: da una parte affascinati per la ricercatezza delle descrizioni psicopatologiche, dall’altra sbalorditi per il nichilismo terapeutico che sembra essere strutturale alla fenomenologia.

Mi sembra necessario tentare di dare una lettura chiarificatrice di queste due singolari discrepanti sensazioni. Per quanto riguarda il fascino, credo che esso risieda nella illusione che la fenomenologia con la metodica della *epoché*, possa fornirci una conoscenza pura, non inquinata da pregiudizi o da scotomi personali; una conoscenza disincantata, preriflessiva, immediata. Una conoscenza dove l’Io empirico del singolo osservatore possa sempre trascendere in un Io trascendentale. Ma è semplicemente un’illusione o forse è più esattamente idealizzazione della conoscenza che presenta ben altri e più complessi problemi.

Per quanto attiene al nichilismo terapeutico non è legato a un particolare autore o a una particolare corrente fenomenologica, ma sembra essere strutturale alla fenomenologia che poi ovviamente non rinuncia ad utilizzare l’arsenale terapeutico. La paziente Anna aveva praticato numerosi cicli di insulino-terapia e di ESK terapia e svariate forme di psicoterapia.

Pertanto è necessario dare una plausibile spiegazione di questo fenomeno, soprattutto dal momento che c’è un ritorno della fenomenologia e numerosi psichiatri si professano seguaci e non cultori delle teorizzazioni fenomenologiche anche quelle più avanzate.

Il nichilismo terapeutico in fenomenologia è un dato strutturale, potrei dire ontico, dal momento che è legato strettamente alla sua origine.

La fenomenologia sul piano filosofico, nasce come reazione a una mentalità scientifica-tecnologica che aveva trovato nel positivismo l’espressione più coerente ed estremizzata.

Da Galilei in poi, con il metodo sperimentale il problema della verità, della ricerca epistemica era andato sempre più scomparendo, sotto la spinta di una ricerca tesa solo alla conoscenza di leggi che fornendo la possibilità di prevedere i fenomeni, aumentava a dismisura il potere di dominio dell'uomo.

A fronte di questa *disumanizzazione*, la fenomenologia si è contrapposta cercando con Husserl in primo luogo di riprendere la strada di una ricerca filosofica.

Così Husserl definisce il principio di tutti i principi: "...nessuna immaginabile teoria può coglierci in errore nel principio di tutti i principi, cioè che ogni visione originalmente offerente è una sorgente legittima di conoscenza, che tutto ciò che si dà originalmente nell'intuizione (per così dire in carne e ossa) è da assumere come esso si dà, ma anche soltanto nei limiti in cui si dà".

In questo processo di intuizione è necessario porre tra parentesi (*epoché*) qualsiasi atteggiamento naturalistico scientifico che non è conoscenza, ma solo pregiudizio.

Infatti la fenomenologia della conoscenza è qualcosa di radicalmente contrapposto alla scienza naturale della conoscenza, ossia alla forma storica assunta dalla psicologia. Nella fenomenologia di Husserl "... noi diventiamo osservatori completamente *disinteressati* del mondo".

Credo che il metodo fenomenologico, utile e necessario, come momento di contrapposizione ad uno scientismo positivista e riduttivo, ha finito per trasformare un probabile strumento conoscitivo in una trappola.

Per ottenere una osservazione, la più pura possibile, la più vicina all'essenza dei fenomeni, ha ritenuto che ogni atteggiamento operativo potesse inquinare la purezza dell'osservazione.

L'assunzione della metodologia fenomenologia in psicopatologia ha inevitabilmente trasferito questo assunto di base anche in psichiatria.

Con tutte le conseguenze che ben conosciamo: l'inesistenza di una patologia, perché la psicopatologia è un modo di essere al mondo e, consequenzialmente, l'assenza metodologica di qualsiasi prassi terapeutica. Sottolineo assenza metodologica perché poi gli stessi fenomenologi sono molto prodighi di qualsiasi forma di terapia, ma solo perché in assenza di un concetto di terapia, una vale l'altra.

In questo modo ovviamente la prassi è scollegata dall'osservazione e per evitare il temuto inquinamento dell'osservazione si cade in una situazione che possiamo definire di scissione tra osservazione e terapia. Ma se parliamo di scissione siamo già nell'ambito di una psicopatologia.

8. Le allucinazioni

Brevemente mi soffermerò su questo disturbo solo per ribadire due concetti basilari, anche se già ampiamente esposti.

Il primo riguarda il problema metodologico: utilità o meno di ritenere un disturbo psicopatologico spiegabile solo con l'alterazione di una singola specifica funzione psichica. Come abbiamo visto a proposito della coscienza, il considerare l'allucinazione come un disturbo della percezione porta a conclusioni errate (vedi nella parte II: allucinazioni).

Il secondo riguarda l'eziologia: la necessità di comprendere che una eziologia psicologica presenta una sintomatologia ben diversa da una eziologia organica. Infatti i disturbi di natura organica comportano o un deficit, più o meno grave, della funzione oppure una alterazione, ma in genere a carattere elementare.

L'allucinazione visiva o uditiva, vissuta come reale, rappresenta una complessità che non può essere paragonabile alla fenomenologia dei disturbi su base organica. Infatti una grave alterazione dei centri

cerebrali deputati alla decodificazione degli stimoli visivi ed uditivi comporta un disturbo ben preciso quali le agnosie e le afasie.

In alcuni casi può essere presente insieme ad una lesione organica anche una componente psicologica: questi casi presentano peculiarità che credo siano ben rappresentati dalla sindrome di C. Bonnet.

8.1 Definizione

Da quando Esquirol (nel 1838) definì le allucinazioni come una percezione senza oggetto, questa definizione è rimasta abbastanza immutata nella trattatistica psichiatrica con l'eccezione di Jaspers che infatti nel 1913 già faceva presente che le allucinazioni sono false percezioni che non rappresentano però una distorsione reale, ma “balzano fuori da loro stesse come qualcosa di completamente nuovo e si verificano insieme alle percezioni reali”.

C. Scharfetter definisce le allucinazioni come “modalità di esperienza vicina alla percezione sensoriale”.

Comunque la maggior parte degli AA definisce le allucinazioni come:

- Esperienze percettive in assenza di uno stimolo esterno.
- Si verificano spontaneamente ed involontariamente e non possono essere controllate (ad eccezione delle allucinazioni visive da allucinogeni ove la chiusura degli occhi può farle diminuire o scomparire).
- Sono vissute come esistenza reale dell'oggetto o di un agente e situate nello spazio esterno.

8.2 Classificazione secondo la sfera sensoriale e l'eziologia

a) Allucinazioni uditive (vedi parte II)

b) Allucinazioni visive. Si presentano o come fenomeni elementari, oppure come scene complesse, figure, forme, statiche o in movimento, spesso colorate.

Le allucinazioni visive sono più facilmente riscontrabili in stati di intossicazione, assunzione di sostanze allucinogene, disturbi neurologici (tumori centrali, epilessia, psico-sindrome organica) ; una delle forme più conosciute è il delirium tremens, stato confusionale-allucinatorio, dovuto ad astinenza alcolica. Compaiono allucinazioni di animali, più o meno piccoli e più o meno terrificanti, scene con immagini molto piccole (allucinazioni lillipuziane).

c) Allucinazioni olfattive e gustative. Molto spesso sono legate e prodromiche di processi espansivi delle aree cerebrali deputate al gusto e all'olfatto, oppure a disturbi epilettici: spesso una allucinazione olfattiva o gustativa può rappresentare l'aura di una crisi temporale. Questi disturbi possono essere presenti in forme psicotiche, anche se piuttosto raramente, come la schizofrenia o la depressione maggiore. Nel primo caso il disturbo è collegato ad un delirio di veneficio, nel secondo caso ad un delirio di morte-putrefazione di cui l'allucinazione è solo una parte. Ma come è evidente in questi casi non si tratta di un disturbo della percezione, ma l'espressione di un disturbo complessivo del pensiero e dell'affettività.

d) Allucinazioni tattili (o aptiche). Il paziente si lamenta di strane e particolari sensazioni cutanee: bruciori intensi, perforazioni, senso di gelo. Anche in questo caso i disturbi sono presenti in psico-sindromi organiche. Una forma particolare, definita delirio dermatozoico e caratterizzata da sensazioni di bruciori, formicolii, punture che il paziente attribuisce a piccoli animali (vermi, scarafaggi, ecc.) è presente in genere in soggetti anziani con processi di atrofia cerebrale.

e) Allucinazioni cenestesiche. Presentano un polimorfismo notevole. A volte sono descritte come sensazione di essere pietrificati, gelati, vuoti, attraversati da raggi: in questi casi si tratta di sindromi schizofreniche ove il sintomo è una parte, spesso significativa, di un delirio di influenzamento. A volte invece il vissuto può essere legato ad una grave sindrome depressiva (Sindrome di Cotard).

Una forma particolare è la dismorfofobia (vedi cap.) che per quanto definita una fobia molto più spesso può essere un vissuto prodromico di una crisi psicotica. Il paziente vive a livello somatico, come cambiamento, distorsione, quello che avviene a livello psichico.

Per quanto riguarda l'eziologia le allucinazioni possono essere presenti:

- a) in situazioni fisiologiche: sono le allucinazioni ipnagogiche (in fase di addormentamento) o ipnopompiche (al risveglio);
- b) in particolari sindromi come la deprivazione sensoriale (vedi cap.);
- c) in situazioni di intossicazione ed in presenza di un quadro confusionale, come nel delirium tremens, ove la ricchezza allucinatoria ha portato a definire questo stato come *allucinosi*.
- d) nelle psico-sindromi organiche.
- e) nella epilessia.
- f) nella schizofrenia.
- g) nella depressione grave.
- h) raramente nella psiconevrosi ossessiva.

Le allucinazioni devono essere distinte dalle pseudoallucinazioni che raggruppano due distinti ordini di fenomeni.

In alcuni casi il vissuto è meno esteso ed è relegato allo spazio interno. Si tratta a volte di voci interne (iperendofasia) tipica della

depressione, a volte invece come eco del pensiero che può preludere ad un fenomeno più grave come il furto del pensiero che è presente in genere nella sindrome schizofrenica.

In altri casi invece si definiscono pseudoallucinazioni disturbi che seppur hanno le stesse caratteristiche delle allucinazioni sono vissute dal paziente con consapevolezza della irrealtà o dalla patologicità del fenomeno.

E' evidente che c'è una differenza notevole dalle allucinazioni che fanno parte integrante del vissuto psicotico del paziente e sono vissute come realtà.

Queste forme di pseudoallucinazioni sono tipiche di disturbi ove c'è una associazione di disturbi organici (sia degli organi periferici che centrali adibiti alle percezioni) sia di un disagio psicologico ma non sono comunque vissuti psicotici, tanto che il paziente spesso è divertito per queste allucinazioni, a differenza dello psicotico che è sempre angosciato dalle allucinazioni.

Esempio classico è la sindrome di C. Bonnet.

8.3 La sindrome di C. Bonnet

La sindrome di C. Bonnet è dovuta da una parte a lesioni, piuttosto gravi della vista (retinopatia) associata a lesioni cerebrali (disturbi circolatori cerebrali, atrofia) unite a fattori di disagio psichico come l'isolamento e la deprivazione sociale.

In questi casi si evidenzia che l'allucinazione è sempre criticata: il paziente è consapevole della estraneità della sua esperienza.

Situazione ben diversa dalle alterazioni percettive che intervengono nel corso della psicosi, ove il disturbo è solo una parte di una

alterazione più globale, che porta il paziente a vivere con certezza quanto crede di vedere o quanto crede di ascoltare, perché l'allucinazione non riguarda la vista o l'udito, ma la struttura psichica nella sua complessità.

La sindrome di C. Bonnet è una singolare allucinazione visiva riscontrata tipicamente in pazienti affetti da gravi forme di patologia visiva che, per il suo caratteristico quadro clinico, si situa al limite fra psichiatria ed oculistica. La sindrome fu descritta per la prima volta alla fine del 700' da Charles Bonnet il quale, dopo averla osservata, ne soffrì egli stesso in tarda età.

I fenomeni che caratterizzano tale sindrome sono il ricorrere di allucinazioni complesse, descritte come assai vivide e realistiche e caratterizzate da una forte policromaticità. I pazienti in genere hanno consapevolezza della natura irrealistica delle visioni e sono quindi consapevoli che quanto vedono di fronte a loro non esiste nella realtà.

I pazienti inoltre riferiscono inoltre che l'insorgenza delle allucinazioni è del tutto slegata da fatti od eventi particolari e che non è assolutamente possibile controllare l'inizio del fenomeno né influenzare in alcun modo il contenuto dell'allucinazione.

Nella maggioranza dei casi le allucinazioni rappresentano figure di grandezza naturale, colorate, solide ed in movimento, compaiono sempre nella stessa area del campo visivo, e presentano una concretezza tale da sembrare in tutto e per tutto oggetti reali, tanto che la comparsa dell'allucinazione comporta uno scotoma su quanto è sullo sfondo.

E' interessante soffermarci sul vissuto esperienziale soggettivo dei pazienti.

La maggior parte di essi riferisce di essere disturbato dalla presenza delle allucinazioni, non tanto per il contenuto, che anzi molto

descrivono di per sé piacevole, quanto piuttosto per l'invasività delle allucinazioni, sulle quali il soggetto non può operare alcun controllo.

Già in precedenza abbiamo evidenziato come un criterio diagnostico differenziale di importanza fondamentale sia costituito dal fatto che il paziente mantiene la consapevolezza che le immagini viste di fronte a sé, sebbene molto vivide ed in tutto e per tutto simili a quelle reali, sono però solamente un fenomeno visivo allucinatorio.

Tale consapevolezza, tuttavia, non esime i pazienti dallo sperimentare sensazioni di grave angoscia, spesso accompagnate dal pensiero opprimente di essere sul punto di impazzire.

L'invasività del fenomeno allucinatorio si accompagna così a una sensazione di fragilità e di timore per il proprio equilibrio psicologico, che esita, nella grande maggioranza dei casi, in una richiesta di trattamento terapeutico finalizzato a far cessare le allucinazioni.

Un altro dei fattori significativi emersi in alcuni studi condotti sulla sindrome di Charles Bonnet è quello dell'"isolamento sociale" (Holroyd S., Rabins P.V., Finkelstein D., Lavrisha M., 1994).

In molti pazienti osservati si è evidenziato uno stato di solitudine e di isolamento sociale, che concorre ad una condizione complessiva di "deprivazione sensoriale", ritenuta importante nella genesi della sindrome.

Ma oltre alla presenza di una grave patologia oculare che comporta una perdita marcata dell'acuità visiva, gli stessi AA, hanno evidenziato che nei soggetti selezionati era possibile riscontrare un basso punteggio al test cognitivo "Telephone Interview for Cognitive Status".

Pertanto gli AA ritengono che molto spesso siano presenti gravi lesioni diffuse di tipo corticale e giungono così ad un modello patogenetico di tipo "multifattoriale".

Comunque la presenza di una grave patologia visiva è il fattore sempre presente e pertanto il decremento dell'acuità visiva è il fattore determinante.

9. Il vissuto corporeo: dalla percezione all'immagine

N. LALLI © 1997 © 2005 su web

I concetti di percezione corporea e di immagine corporea comportano numerosi quesiti che riguardano non solo *come ed in che modo noi percepiamo il nostro corpo, ma anche come ed in che modo gli altri ci percepiscono e quindi quale e quanta importanza abbiano, in questa costruzione, i fattori psicologici e sociali*: si pone pertanto complessivamente il problema del vissuto corporeo.

Per esprimere questa complessità vorrei riportare alcuni passi significativi di filosofi e psicologi che si sono occupati di questo problema.

James sostiene: «ogniqualevolta due persone si incontrano ci sono in realtà sei persone presenti. Per ogni uomo ce n'è uno per come egli stesso si crede, uno per come lo vede l'altro ed uno infine per come egli è realmente» (James W., 1890).

Merleau-Ponty afferma: «Il corpo è l'unico mezzo che io ho per andare al cuore delle cose» (Merleau-Ponty M., 1970).

Schopenhauer ne "Il mondo come volontà e rappresentazione" così si esprime: «Se gli uomini fossero teste d'angelo alate senza corpo, la filosofia non disporrebbe del punto di appoggio che le permette di oltrepassare il mondo empirico, non potrebbe lacerare il velo di Maya» (Schopenhauer A., 1819).

E Nietzsche infine in "Così parlò Zarathustra" afferma: «Dietro i tuoi pensieri e sentimenti, fratello, sta un possente sovrano, un saggio ignoto che si chiama Sé. Abita nel tuo corpo, è il tuo corpo. Ai dispregiatori del corpo voglio dire una parola. Essi non devono, secondo me, imparare o insegnare ricominciando daccapo, bensì

devono dire addio al proprio corpo, e così ammutolire» (Nietzsche F., 1883-1885).

Questi brevi accenni evidenziano chiaramente come dietro il problema dello corpo si nasconda un tema centrale dell'uomo. Il corpo come *ambiguità dell'essere e dell'avere, ma anche come possibilità di conoscere, di agire, il corpo come incontro con l'altro, il corpo come sessualità che implica l'acquisizione di una specifica identità, ma anche come ingombro, come malato, come intralcio nel rapporto con gli altri.*

E' opportuno offrire soltanto qualche riflessione su tre punti fondamentali:

A) Un *aspetto teorico*: come e perché nasce il concetto di schema corporeo e come e perché esso si modifica nel tempo.

B) Un'*esatta definizione di questo concetto*: non a caso ho parlato indifferentemente di schema e di immagine, ma come vedremo bisognerà introdurre anche un concetto nuovo e diverso che è la *percezione corporea*.

C) Infine proporrò un *modello interpretativo* che si fonda sulla differenza fondamentale tra immagine corporea e percezione corporea, intese come entità diverse per genesi e funzione.

Il concetto di schema corporeo nasce all'interno della neurologia, per spiegare alcuni disturbi singolari e di difficile comprensione, almeno per la neurologia associazionistica e localizzatrice dell'800.

Alla fine dell'ottocento alcuni autori propongono che a partire dalle varie sensazioni cenestesiche, o di altro genere si costituisce lo schema unitario del nostro corpo: schema che può essere alterato in particolari condizioni patologiche come l'arto fantasma, la somatoagnosia, eccetera. Questo vissuto del proprio corpo riceverà nomi diversi, a secondo delle diverse concezioni che, ripeto, rimangono fondamentalmente neurologiche. Pick lo chiamerà

autotopognosia; Head modello o schema posturale; Von Bogaert immagine di Sé; Lhermitte immagine corporea, fino alla fortunata formulazione di Schilder di schema corporeo.

Il riferimento alla neurologia è importante per due motivi:

1) da una parte è interessante sottolineare il tentativo dei neurologi di individuare quale delle sensazioni tattile, visiva, o cenestesica sia maggiormente implicata nella costruzione di questa gestalt;

2) dall'altra che i tentativi di spiegare queste patologie sono tutti falliti, dando ragione a Charcot, che da tempo sosteneva che un disturbo come la somatoagnosia non era spiegabile solo in termini di lesioni cerebrali, ma che rimandava a problematiche di natura psicologica.

Sul primo punto dirò molto brevemente che si consolidarono due schieramenti: uno che sottolineava l'importanza delle sensazioni cenestesiche e propriocettive, l'altro invece l'importanza delle funzioni visive. Nel primo caso si arriva alla formulazione più riduttiva di schema corporeo, nel secondo a quella più complessa di *immagine corporea*.

«In psicologia» afferma Lhermitte «per immagini si intende la riviviscenza di una percezione, di un ricordo. Ora ciò che si intende per immagine corporea, appare chiaramente come percezione, vale a dire una immagine attuale legata alle varie afferenze sensoriali cioè una immagine-ricordo (*imagesouvenir*), in altri termini. E' ciò che si intende per immagine corporea comprende ad un tempo una *percezione* ed una *rappresentazione*» (Lhermitte M. J., 1942).

Questa immagine inoltre non è data una volta per tutte, ma si costruisce nel tempo. Dato fondamentale è però che questa immagine si struttura e si mantiene sotto il primato della *vista*: tutte le altre sensibilità sono sintetizzate e gerarchizzate dalla vista. Purtroppo nonostante l'interessante intuizione del neurologo francese, cioè che la

vista ha una funzione privilegiata, ci si avvide che questa concettualizzazione non riusciva poi a spiegare due patologie che in qualche modo avevano stimolato l'elaborazione di tale concetto: l'arto fantasma e la somatoagnosia.

Infatti per quanto attiene all'arto fantasma è vero che il concetto di immagine corporea ha portato al superamento della concezione meccanicistica e banale che il fenomeno fosse dovuto a stimolazioni partenti dal moncone periferico, dall'altra però non ha risolto il problema: come si evidenzia dal fatto che il *controllo della vista* riduce questo fenomeno. Quindi sembra improponibile una spiegazione in termini di *ricordo-visione* dell'arto perduto.

Ma la situazione è ancora più evidente se consideriamo la somatoagnosia, ove il dato veramente importante non è il misconoscimento dell'emicorpo paralizzato, ma la nosoagnosia, cioè il disconoscimento della malattia. Quindi più che di una alterazione dell'immagine corporea ci troviamo di fronte ad un meccanismo difensivo di negazione della malattia.

Nei confronti quindi di queste due patologie, una teoria anche avanzata, come quella di *immagine corporea*, non riesce a fornire una spiegazione soddisfacente.

Ed è proprio il fallimento della spiegazione di fenomeni patologici così singolari, a rendere necessaria una ulteriore elaborazione del concetto di schema corporeo, che avviene intorno al 1924 con la teorizzazione di P. Schilder. Elaborazione che godrà di un successo enorme perché propone una visione più globale ed interdisciplinare, che cerca di superare la scissione soma-psiche.

Schilder ritiene che lo schema corporeo si costituisce infatti non solo sulla base delle sensazioni (cenestesiche, tattili, ecc.), ma soprattutto mediante l'integrazione di queste sensazioni con i vissuti esistenziali ed emotivi del singolo soggetto.

Ma l'elaborazione di Schilder nonostante il successo di cui godrà

a lungo, non riesce a chiarire un problema centrale e fondamentale: come avviene il passaggio « ... dalla nozione neurologica di schema corporeo, alla nozione psicologica di immagine del corpo in cui entra in gioco tutta l'esistenza del soggetto» (Martinelli R., 1974).

Gli studi psicoanalitici tradizionali non sembrano portarci molto lontano. Da una parte la concezione del corpo come primo oggetto narcisistico propone una visione monadica e senza alcun riferimento diacronico. Dall'altra la teorizzazione delle zone erogene non sembra poter spiegare la complessità dell'organizzazione del vissuto corporeo. Non si capisce infatti - come contesterà giustamente Nacht - in che modo l'immagine del corpo possa costituirsi come unità e presa di coscienza, partendo da una naturale ed iniziale frammentazione della stessa.

L'unico dato positivo rimane la spiegazione dell'arto fantasma in termini di *meccanismo difensivo*: la persistenza allucinatoria dell'arto mancante è un meccanismo difensivo di negazione, per salvaguardare, l'identità del soggetto.

Rispetto alla posizione psicoanalitica, quella fenomenologica di Merleau-Ponty sembra, per molti aspetti, più ricca ed avvincente. Merleau-Ponty proponendo la fondamentale ambiguità del corpo, oscillante tra l'essere e l'avere, apre uno squarcio che supera sia la visione strettamente neurologica che quella psicologica astratta. Merleau-Ponty cerca infatti una articolazione - nella dimensione fenomenologica - tra il biologico e lo psichico.

La struttura dell'essere al mondo è la *temporalità*: ed è per una dimensione temporale che i processi fisiologici e psichici si articolano e si legano.

Ed è in questa ottica che Merleau-Ponty propone la spiegazione dell'arto fantasma: « ... il braccio fantasma è un vecchio presente che non si decide a diventare passato». Ma se questa proposizione è certamente interessante, meno condivisibile è la proposizione di

Merleau-Ponty circa lo schema corporeo. «Lo schema corporeo anziché essere il residuo della cenestesia, ne diviene la legge di costituzione ... l'unità senso motoria del corpo è per così dire di diritto, essa non si limita ai contenuti effettivamente e casualmente associati nel corso della nostra esperienza, ma in un *certo modo li precede e rende appunto possibile la loro associazione*». Questa concezione sembra richiamare strutture categoriali di tipo kantiano e rinnegando la storicità dell'individuo ovverosia dell'importanza *non tanto delle strutture, quanto piuttosto dei rapporti interpersonali ai fini dello sviluppo*, sembra riproporre un modello di tipo biologico.

Più interessanti sono i contributi delle varie scuole che sottolineano invece l'importanza delle relazioni oggettuali nella formazione del Sé e quindi anche nella formazione dell'immagine corporea.

Fisher e Cleveland sviluppano una teoria relativa all'immagine corporea che sposta il problema *dall'immagine* alla modalità con la quale *l'individuo percepisce i propri confini corporei*. Tramite tests proiettivi (Rorschach - Inkblot test) gli Autori definiscono due modalità, espresse mediante un punteggio: il punteggio di *barriera* (indice dei confini corporei stabiliti) e il punteggio di *penetrazione* (indice dei confini corporei fragili).

Questa visione che dà fondamentale importanza alle prime pratiche di socializzazione del bambino, pur nella schematicità, ha una sua importanza. Infatti questa concezione permette agli autori di passare dal concetto di *immagine corporea* al concetto di *confini corporei*.

«Porre l'accento sui confini corporei significa valorizzare la rappresentazione simbolica di un limite che ha funzione di - immagine stabilizzatrice - di "envelope" proiettivo per la persona ... L'immagine di un limite ha funzione capitale nella economia e nella organizzazione psichica. Essa non è dunque una funzione mentale (come lo schema

corporeo dei neurologi), ma ha una funzione psicologica di stabilizzazione sia nel rapporto dell'individuo a se stesso, sia nel rapporto dell'individuo con l'altro (ricordiamo che il problema della funzione dei confini corporei è legato a quello della differenziazione soggetto-oggetto, attraverso i primi contatti corporei con la madre, e che sono i soggetti schizofrenici quelli in cui si è riscontrata una maggiore disintegrazione dei confini corporei stessi)» (Martinelli R., 1975).

Questa teorizzazione mi sembra interessante perché pur partendo da una metodologia diversa, è molto simile a quanto affermato nel mio lavoro precedente "Per un modello teorico-clinico dello sviluppo psichico":

«Alla nascita l'Io è prevalentemente somatico, ovverosia trae la sua forza prevalentemente a livello tattile e cenestesico, come avveniva anche nella precedente situazione endouterina, ma con una differenza fondamentale. La cesura dalla nascita, imponendo la rottura dell'omeostasi e quindi l'inevitabile "vissuto" del non essere più in simbiosi, fa del neonato una entità separata e divisa, che deve lottare per mantenere questa nuova situazione. Nuova situazione che ha alcuni aspetti in comune con quella precedente: la culla e le braccia dell'A.S., segnalano queste diversità, ma anche questa continuità, nel cambiamento. La fantasia di sparizione contro la nuova realtà: la luce, ed il recupero del ricordo della precedente esperienza endouterina, fanno sì che si costituisca la "sensazione" di un contenitore.

Questo contenitore rappresenta l'abbozzo dell'apparato psichico, ovverosia dell'apparato che contiene i nuovi vissuti.

Ma questa sensazione interna di contenitore è estremamente fragile; pronta a lacerarsi, come spesso si infiamma la pelle di un bambino.

Perciò questa immagine-sensazione interna, deve trovare supporto e fortificarsi sulla base delle successive esperienze tattili; la pelle che

già nel liquido amniotico ha rappresentato il principale mezzo di comunicazione e di osmosi, anche dopo la nascita continua ad essere luogo privilegiato che focalizza le attenzioni e le cure degli adulti nei confronti del bambino. In questo modo, il fragile Io si consolida, sempre che ci sia una dinamica oggettuale valida, che deve passare attraverso le comunicazioni, le emozioni e gli affetti che la pelle raccoglie e trasmette al bambino. Così l'Io primario somatico, tende a strutturarsi come Io-pelle. Ovverosia una struttura che è sempre più psichica, ma che ha ancora nel somatico la sua base. Se le modalità di rapporto interpersonale sono valide, lo scambio continuo, osmotico tra l'Io e l'esterno rendono sempre più questo Io-pelle, un Io libidico, ovverosia un Io capace di investimento sessuale ed ove la "pelle" si è trasformata in una duplice qualità psichica: la ricettività e la resistenza» (Lalli N., 1991).

Schonfeld però finisce per dare troppa importanza al contesto sociale e pertanto il concetto di schema corporeo *perde così ogni connotazione di struttura neurologica integrativa di dati sensoriali*.

A parte questo dato, a me sembrano rilevanti due osservazioni dell'autore circa l'importanza dei fattori sociali nella costruzione dell'immagine corporea dell'adolescente: «Come i genitori reagiscono ai mutamenti a livello corporeo e come il ragazzo interpreta queste reazioni. Fin dall'infanzia la madre comunica al bambino le sue attitudini nei confronti del corpo di lui attraverso il modo di stringerlo, di nutrirlo, di toccarlo; più tardi la sua approvazione o disapprovazione può essere espressa verbalmente. Il bambino costruisce, dunque, fin dai primi mesi di vita, l'immagine del proprio corpo facendo rientrare in essa la valutazione di quelli che si prendono cura di lui».

Un secondo aspetto è che l'adolescente costruisce una *immagine ideale* « ... osservando il proprio corpo con quello dei pari, identificandosi con persone che egli fisicamente ammira, recuperando

le indicazioni che il suo ambiente culturale dà sulla bellezza e la prestantza fisica» (Martinelli R., 1975).

Da questi accenni molto sintetici, risulta chiaramente come il concetto di schema o immagine corporea si sia progressivamente evoluto attraverso una concettualizzazione che ha integrato fattori biologici, psichici e sociali. Bisogna quindi tener conto di tutta una ulteriore complessa serie di parametri per cercare di delineare questo concetto in maniera più completa.

9.1 La percezione corporea: un concetto nuovo

Ritengo che motivo di confusione sia l'equiparazione tra immagine e percezione corporea che corrispondono a geni e dinamiche molto diverse. Bisogna definire quindi il concetto di percezione corporea. E per questo bisogna partire da una ipotesi di fondo. Nell'uomo esistono due fondamentali e distinti vissuti relativi al corpo: la percezione corporea e l'immagine corporea. Vissuti che debbono essere distinti sia per la diversa genesi, sia per il significato e la diversa importanza in ordine alla psicopatologia. E' ovvio che i due vissuti variamente si integrano fra di loro: e per questo vengono confusi o considerati come analoghi.

La percezione corporea è la percezione del nostro corpo vivente e finito (cioè con dei confini ben definiti) vissuto come integro e vitale.

Quindi la percezione emerge come dato biologico ed è equivalente alla vitalità che fa percepire al bambino la sua presenza e i suoi bisogni. Successivamente tende a costruirsi una struttura più stabile che è l'Io, la cui costruzione è legata alla possibilità di validi rapporti interpersonali che possano soddisfare il desiderio del bambino. La patologia della percezione corporea si determina quando c'è una distorta situazione relazionale che costringe il bambino ad operare un continuo meccanismo di scissione, il che comporta inevitabilmente una diminuzione o una perdita della *vitalità*, e quindi l'incapacità di

mantenere la propria integrità.

9.2 L'immagine corporea

La percezione corporea è quindi un vissuto che ha una genesi precoce e ben precisa, a differenza dell'*immagine corporea* che si forma invece più tardivamente (nei primi anni di vita) e che si costruisce sulla base delle esperienze *percettive* dei corpi altrui vissuti dal soggetto nei diversi rapporti oggettuali. Se le immagini sono la rappresentazione mentale di percezioni, non è concepibile che possano essere le sensazioni interne a formare l'immagine corporea.

Le percezioni interne non costituiscono immagine, bensì sono le percezioni esterne che danno luogo alle immagini e *queste si basano prevalentemente sulla vista e sull'udito*. Ma perché questo accada sono necessari diversi passaggi ed apprendimenti da parte del bambino. Infatti dapprima il bambino deve cominciare a riconoscere l'unità delle persone che gli sono vicine, pur nei loro cambiamenti.

Poi il bambino deve imparare a riconoscere le correlazioni tra immagini esterne ed espressioni mimiche dell'altro; ovverosia percepire l'intenzione dell'altro oltre la facciata. E deve collegare questa percezione con le proprie sensazioni interne affettive.

E' da questa associazione-fusione che si crea l'immagine corporea, che chiaramente è strettamente correlata con lo sviluppo psichico complessivo del soggetto.

Evidente che in questa ottica è importante non solo come il bambino si sente e si vede, ma anche e soprattutto che gli altri lo vedono, lo apprezzano e lo giudicano.

In altri termini l'immagine corporea è il frutto di un riflesso di Sé attraverso gli altri: in genere è nell'età pre-adolescenziale che questa immagine tende a stabilizzarsi.

E' evidente che un precoce disturbo della percezione corporea inevitabilmente finisce anche per influenzare negativamente

l'immagine del corpo: ma il fatto che i due vissuti siano interattivi non deve farli confondere.

Ed è soprattutto in quella fase che giustamente viene definita di seconda nascita - ovverosia la adolescenza - che queste problematiche possono riaffiorare e prendere diverse strade. Sicuramente possiamo affermare che una distorta percezione corporea o della propria immagine corporea si manifesta sempre con un disagio psichico più o meno grave, più o meno evidente. E' quasi la regola che negli adolescenti, quando l'immagine corporea tende a definirsi, il disagio psichico è molto spesso collegato al proprio corpo vissuto come non adeguato, ingombrante, pieno di difetti, comunque non corrispondente a ciò che si vorrebbe. Questo vissuto non costituisce necessariamente una patologia, ma può rappresentare solo una crisi momentanea. E per comprendere questa crisi adolescenziale dobbiamo inserire un terzo elemento che è *l'immagine corporea idealizzata*. Ovverosia oltre la percezione corporea che è collegata alla vitalità e l'immagine corporea che è collegata alla integrazione delle relazioni oggettuali (rispecchiamento empatico), esiste anche una immagine corporea interna che potremmo definire ideale o idealizzata e che è legata fondamentalmente a valori sociali e culturali: struttura questa più labile e meno importante delle prime due (vedi sul Sito in “Area di Consultazione”, la voce Adolescenza).

Come ben sappiamo la crisi adolescenziale fisiologica spesso è incentrata su di un vissuto negativo ed insoddisfacente della propria immagine corporea che ci fa comprendere che la conflittualità avviene tra l'immagine corporea, retaggio diacronico delle relazioni oggettuali e quella ideale che viene acquisita tramite il gruppo di appartenenza. Nella maggior parte dei casi questa conflittualità si estingue per la fusione delle immagini quando l'adolescente, attraverso un cammino più o meno lungo, finisce con l'accettare una nuova specifica identità che è quella sessuale che segna il superamento dell'identificazione ed

il passaggio ad una ulteriore fase evolutiva.

Questa dinamica ci permette di cogliere due aspetti fondamentali della correlazione tra percezione corporea, immagine corporea e immagine idealizzata, e proporre una ipotesi di fondo. Intanto possiamo affermare che l'immagine corporea idealizzata è quella meno importante e significativa proprio perché più tardiva e più legata a stereotipi sociali e culturali. Tanto che nella crisi fisiologica puberale, l'eventuale conflittualità con l'immagine corporea precedente viene rapidamente superata.

Ma questo avviene se esiste una solida, anche se non ancora ben definita, immagine corporea ed una sana percezione corporea. Se invece una delle due, o peggio ancora ambedue, sono deboli o mal adattate il conflitto non solo è più complesso, ma può non risolversi affatto.

Sono i casi dove l'immagine idealizzata tende a prevalere o sostituire quella di base (perché debole o deficitaria) e ci troviamo di fronte alla patologia conclamata dell'adolescente che deve disperatamente identificarsi, *per imitazione*, con modelli più o meno falsi, imitandone spesso gli aspetti più negativi.

Questa constatazione ci porta a proporre due ipotesi basilari. Da una parte può esserci una alterazione della percezione corporea o dell'immagine corporea o di ambedue. Dall'altra questa alterazione può essere più o meno grave: ovverosia effetto di un conflitto o di una difettualità di base. Molto sinteticamente possiamo ipotizzare tre livelli di patologia.

Se consideriamo due livelli, nella costituzione dello schema corporeo, quello della percezione e quello dell'immagine, possiamo tentare di capire qual'è la loro diversa compromissione a livello clinico. Sicuramente il vissuto corporeo è ampiamente compromesso nella ipocondria, tanto che H. Ey afferma: « *Il complesso ipocondriaco*

è universale, sempre presente e doloroso per l'umanità intera...complesso corporale che pesa sulla vita psichica attirandola senza tregua verso l'angoscia dell'esistenza incarnata continuamente minacciata dalla malattia e dalla morte».

Nell'ipocondriaco il corpo vissuto come non integro o danneggiato è al centro dell'attenzione del paziente e ne costituisce potremmo dire il cerchio o piuttosto la prigione entro il quale egli si muove.

Il corpo e soprattutto la parte interna, è un mistero che attanaglia l'ipocondriaco: mistero che sembra rischiarato solo dalla sicurezza della malattia e della morte. Il corpo diventa qualcosa di oscuro e pesante che il paziente è costretto a trascinarsi dietro e di cui non può liberarsi. Il corpo, quella sua parte materiale che gli permette di muoversi, vedere, rapportarsi con gli altri, diventa, invece, un ostacolo che gli impedisce tutto se non quel parziale rapporto con gli altri reso possibile solo dalle sue lamentele.

Sicuramente nell'ipocondriaco dobbiamo pensare che ci sia una compromissione della percezione corporea come avviene anche nella depressione, sia in quella distimica sia nella depressione maggiore ove la compromissione del corpo si manifesta con sintomi evidenti come l'insonnia, l'anoressia etc.. molto probabilmente anche nell'eccitamento maniaco c'è un'alterazione della percezione corporea seppure in maniera polarizzata sul versante positivo.

Molto più probabile che invece nell'isteria sia compromessa l'immagine corporea, come pure in alcune forme connesse come quelle fobiche (dismorfofobia).

La depersonalizzazione, soprattutto per la rapidità del quadro clinico ci fa pensare invece ad una compromissione momentanea della percezione corporea.

Sicuramente anche nell'anoressia è compromessa l'immagine corporea che può raggiungere livelli di deformazione tali da

qualificarsi come “vissuto corporeo delirante”.

Nella schizofrenia probabilmente sono compromesse ambedue le strutture: la percezione corporea è pressoché inesistente, mentre alcune componenti dell'immagine mentale possono assurgere a immagini deliranti.

10. Il delirio: classificazione e psicodinamica

La voce delirio nel significato di errare – uscire dal solco (de-lira) - è il termine psichiatrico per antonomasia, quindi usato per connotare disturbi molto diversi tra di loro, sia per eziopatogenesi che per clinica e decorso. Il termine delirio è presente inoltre quaranta* denominazioni psichiatriche: necessaria quindi una catalogazione razionale per delineare e definirne il significato.

La seguente classificazione basata su dati clinici, eziopatogenetici e prognostici, permette da una parte una corretta definizione, dall'altra di evitare confusioni terminologiche, dal momento che spesso la stessa denominazione è utilizzata per quadri clinici diversi.

1. *Delirium* o delirio confuso o stato confusionale o amenza.

-
- Vedi: L.H.Hinsie , R.J.Campbell, “*Dizionario di Psichiatria*”, Astrolabio, Roma 1979
 - Questa cifra può sembrare eccessiva, comunque se consultiamo gli indici analitici dei più importanti manuali di psichiatria, troviamo cifre molto simili. Nel testo di W.Mayer-Gross , E.Slater, M.Roth, “*Psichiatria Clinica*”, Sansoni Ed.1960, ne risultano trentasei. Nel testo di H.Ey, P.Bernard, Ch.Brisset, “*Manuale di Psichiatria*”, Masson 1990, ne risultano trentaquattro. Nel testo di H.L.Kaplan, B.J.Sadock, “*Manuale di Psichiatria*”, Edi Sess 1993, ne risultano trenta. Nel testo di S.Arieti (a cura di) “*Manuale di Psichiatria*”, in tre volumi, Boringhieri 1970, ne troviamo ben cinquantasei. A dimostrazione della notevole complessità del tema e delle numerose sindromi correlate al delirio. Invece nel testo di G.O.Gabbard, “*Psichiatria Psicodinamica*”, Cortina Ed. 1993, risulta citato una sola volta e soprattutto con la generica dizione di “Deliri”. Non a caso ho sempre ritenuto questo testo come uno dei più superficiali e confusivi, nonostante il titolo pomposo. Continua a meravigliarmi che nonostante tutto sia un testo ampiamente consigliato ed adottato: è forse un segno della superficialità e confusione che regna nel campo dell'insegnamento della psichiatria.

2. Delirio allucinatorio acuto o bouffées deliranti o psicosi deliranti acute o delirio oniroide.
3. Reazioni psicogene acute o delirio onirico.
4. Delirio propriamente detto, definito anche primario, tipico delle varie forme psicotiche.
5. Struttura del delirio
6. Contenuti del delirio
7. Delirio e credenza.

10.1 *Delirium*, delirio confuso, stato confusionale o amenza

Si tratta di un “disturbo mentale organico in genere transitorio, a esordio acuto e caratterizzato da una globale alterazione delle funzioni cognitive, da un ridotto livello di coscienza, da aumentata o diminuita attività psicomotoria e da disturbi del ciclo sonno-veglia” (Z. J. Lipowsky, 1990).

Sono presenti, con notevole frequenza, fenomeni allucinatori che a volte possono essere abbastanza specifici.

Il quadro clinico si manifesta a volte con esordio brusco. A volte è preceduto da una fase prodromica, prevalentemente notturna che può durare da poche ore ad alcune settimane, caratterizzata da irritabilità, ansia, disorientamento temporo-spaziale, deficit dell’attenzione. Successivamente, in fase conclamata, l’alterazione delle funzioni psichiche tende ad essere sempre più evidente: compaiono gravi disturbi dell’attenzione e della memoria, soprattutto di quella a breve termine, disorientamento temporo-spaziale con possibilità di falsi riconoscimenti, alterazione del pensiero che risulta frammentato e disorganizzato e presenza di allucinazioni prevalentemente di tipo visivo.

I quadri, pur variabili e diversi tra di loro, possono essere raggruppati in due forme principali: una *iperattiva* che si manifesta con agitazione

psicomotoria, insonnia, irritabilità fino a comportamenti francamente aggressivi, una *ipoattiva* caratterizzata da rallentamento psicomotorio, torpore, sonnolenza con scambio giorno-notte (ritmo nictemerale).

Le cause più frequenti sono: intossicazioni, disturbi metabolici (diabete, uremia, ecc.), stati infettivi, traumi cranici, disturbi circolatori cerebrali. Una causa importante, spesso misconosciuta, è l'insorgenza della sintomatologia per una improvvisa astinenza da farmaci sedativi o da alcool (vedi *delirium tremens*).

Dal punto di vista patogenetico si tratta di un disturbo chiaramente organico come è evidenziato dal rallentamento del ritmo di fondo dell'EEG che fa ritenere che l'alterazione possa essere localizzata a livello del sistema di attivazione della sostanza reticolare, responsabile dello stato di coscienza e di vigilanza. Il rallentamento globale dell'EEG fa ritenere che ci sia anche una compromissione di entrambi i sistemi neurotrasmettitoriali, sia acetilcolinergici che noradrenergici.

Il DSM-IV, come dato epidemiologico, riporta la presenza di *delirium* in circa il 10-15 % di pazienti con oltre 65 anni, ricoverati per condizioni mediche generali. Tale percentuale sale a oltre il 30% in ricoverati in Unità di Terapia Intensiva, cardiocirurgia e nei reparti ortopedici soprattutto dopo interventi di protesi d'anca. Questi quadri, se non sono eclatanti, spesso non sono evidenziati, anche perché facilmente spiegati come peggioramenti di aspetti caratteriali del soggetto. La sottovalutazione di questi quadri clinici o la facile spiegazione in termini di peggioramenti caratteriali, con la non attuazione di una terapia adeguata, comporta non solo un prolungamento, ma anche un peggioramento del quadro clinico. Un breve esempio clinico. Una donna di 70 anni viene ricoverata per un intervento di protesi d'anca: dopo due giorni la paziente comincia a presentare un modesto disorientamento temporo-spaziale, una maggiore irritabilità che si rivela sia con i parenti che con il personale

infermieristico, a volte brevi fenomeni di tipo oniroide consistenti in creazioni fantastiche su base probabilmente allucinatoria. Nonostante questi dati, la paziente viene dimessa senza alcuna terapia adeguata. Nel ritorno a casa, mentre questi disturbi tendono a persistere e a volte ad aumentare, si instaura rapidamente una dinamica familiare circolare di forte insofferenza nei confronti della paziente che tende a reagire con un comportamento a volte aggressivo a volte incongruo. Dieci giorni dopo la paziente di notte, prende le chiavi della macchina e cerca di raggiungere il garage perché vuole fare un giro in macchina: viene trovata al mattino ferita e in stato subconfusionale. A questo punto, dopo una visita specialistica, lo psichiatra propone un breve ricovero in clinica (anche per eliminare il feedback negativo instauratosi con i familiari) e sottopone la paziente ad una cura psicofarmacologia (bassi dosaggi di promazina). Dopo circa dieci giorni la paziente è notevolmente migliorata soprattutto sul piano comportamentale. Dopo circa quindici giorni la paziente è completamente cambiata, semplicemente perché guarita da uno stato subclinico di *delirium* che non era stato precedentemente diagnosticato.

Uno dei quadri più tipici è il *delirium tremens*: si tratta di una sindrome acuta che si instaura dopo astinenza da alcool ed è caratterizzata da delirio confuso, tremore, soprattutto alle dita ed al viso e presenza di fenomeni allucinatori.

La sindrome si manifesta con febbre, cefalea, polso rapido e abbondante sudorazione che rappresenta uno dei rischi maggiori perché può comportare una rapida disidratazione del paziente: possono comparire convulsioni di tipo epilettico. Lo stato confusionale diventa sempre più evidente, mentre compare il dato più caratteristico, costituito dalle allucinazioni visive, prevalentemente zooptiche. In questa allucinazioni i pazienti possono vedere animali come serpenti o

ratti, ma più facilmente si tratta di piccoli insetti che il paziente vede strisciare sulla propria pelle.

Sono presenti anche allucinazioni uditive in genere a carattere denigratorio: è presente una forte incontinenza emotiva con gravi fenomeni di angoscia. Questa sintomatologia, se ben curata, tende ad estinguersi nell'arco di una-due settimane e può residuare un'amnesia completa di tale episodio. A volte, soprattutto se gli attacchi di *delirium tremens* sono ripetuti, si può costituire la sindrome di Korsakoff (gravi disturbi amnesici con confabulazioni più o meno organizzate).

Anche nelle forme di *delirium*, che sono di natura prettamente organica, possono essere presenti motivazioni scatenanti di tipo psicologico; inoltre è interessante che spesso le allucinazioni possono avere a che fare con la storia del paziente. L'esempio più eclatante è il cosiddetto "delirio confuso professionale", caratterizzato dal fatto che il paziente, su base allucinatoria, presenta atteggiamenti, gesti o espressioni che riguardano la sua attività lavorativa.

Comunque va rilevato un dato essenziale: quanto più è compromessa la sfera biologica, come nel caso del *delirium*, tanto più i sintomi deliranti o allucinatori, diventano meno personalizzati o comunque più difficilmente riferibili alla storia del paziente. Oppure potremmo dire, in maniera inversa, che i dati personali e idiografici del paziente tendono a diventare sempre più disorganizzati e quindi meno riconducibili alla storia ed alla vita del paziente, quanto più il disturbo è di origine organica.

10.2 Delirio allucinatorio acuto, o bouffées deliranti o psicosi deliranti acute o delirio oniroide

Secondo H. Ey le psicosi deliranti acute sono caratterizzate dal manifestarsi improvviso di un delirio transitorio, generalmente polimorfo nei suoi temi e nelle sue espressioni. Esse costituiscono vere

esperienze deliranti nel senso che “...il delirio è vissuto come un dato immediato della coscienza modificata, come un’esperienza che s’impone al soggetto”.

Questi disturbi si manifestano a volte senza causa apparente: il delirio esplode con sorprendente subitaneità. Scrive Magnan: “Il delirio, fin dal suo apparire, è pienamente costituito, elaborato in ogni sua parte come un tutto, avviluppato fin sul nascere nel suo corteo di disturbi sensoriali; è un *delirio improvviso*”.

Il delirio è polimorfo: tematiche di persecuzione, di grandezza, di trasformazione corporea, di possessione, di avvelenamento, di influenzamento, ecc. I malati si sentono stregati, spiati, avvelenati, spesso in comunicazione con forze soprannaturali, oppure guidati per mezzo di fluidi o di onde magnetiche.

Il carattere polimorfo di questo delirio, soprattutto nella fase iniziale, mostra convinzioni ed intuizioni deliranti che irrompono nella mente del paziente (Wahneinfall degli autori tedeschi). Anche le allucinazioni sono numerose e vivaci, spesso uditive, come l’eco del pensiero o l’imposizione di atti o comportamenti, a volte incongrui o a volte lesivi, imposti da “voci”(si tratta di allucinazioni uditive), provenienti spesso dai luoghi più diversi. I fenomeni allucinatori spesso sono vissuti in un clima fortemente angosciante, non raramente come sensazione di fine del mondo.

I deliri stravaganti ed assurdi sono spesso sconnessi e privi di ogni sistematizzazione. L’umore è costantemente alterato e sono presenti stati affettivi violenti. A volte il soggetto è espansivo ed esaltato come un maniaco, a volte è preda di una forte angoscia, di tipo depressivo, che lo porta a mutismo, rifiuto del cibo, idee di suicidio. In linea di massima queste due condizioni possono alternarsi rapidamente tanto che questa mescolanza di eccitamento e di inibizione è talmente frequente che ha fatto sì che molti autori le classificassero come sottoforme degli stati maniaco-depressivi. Notevoli e frequenti sono i

disturbi del sonno che spesso possono portare ad un aggravamento della sintomatologia.

Per quanto riguarda l'eziopatogenesi dobbiamo dire che lo stato di coscienza è sicuramente alterato, ma a differenza del delirio confuso, in questi casi l'alterazione di coscienza è di tipo qualitativo e non quantitativo. Come si può vedere dal fatto che non raramente il paziente è abbastanza orientato nel tempo e nello spazio, e resta in comunicazione con gli altri. Quello che si nota è invece l'aria assente, il distacco e soprattutto la netta sensazione che il paziente è tutto preso dal proprio stato psicopatologico. Su un piano psicodinamico possiamo ritenere che si tratti di uno scotoma sulla realtà a causa di un ipertrofico vissuto delirante, che diventa "la realtà" del paziente.

Non è infrequente che un disturbo di questo genere possa essere collegabile ad eventi traumatici psichici: eventi che in maniera più o meno distorta possiamo ritrovare nei deliri e nelle allucinazioni dei pazienti stessi.

Sul piano eziologico le cause sono dovute a fattori tossinfettivi, a intossicazioni da sostanze come l'oppio, l'hashish e la cocaina, ma anche a fattori psicogeni scatenati da eventi biologici come il puerperio e la menopausa o a forti shock emotivi.

Sul piano nosografico, la collocazione di questa sindrome è piuttosto complessa: alcuni autori ne negano completamente l'esistenza considerandola come una sottoforma della schizofrenia o della psicosi maniaco-depressiva. Invece riteniamo, in questo d'accordo con gli autori della scuola francese, che si tratta di un quadro autonomo caratterizzato fondamentalmente dalla presenza di uno stato oniroide che è uno stato di coscienza a metà strada tra lo stato confusionale (più grave) e lo stato onirico.

Sul piano diagnostico i dati più salienti sono i seguenti: inizio subitaneo, allucinazioni, deliri polimorfi intensamente vissuti, con un

fondo timico di esaltazione o di angoscia in uno stato oniroide di coscienza.

10.3 Reazioni psicogene acute o delirio onirico

Può essere opinabile considerare questa particolare sindrome, come entità autonoma, sia perché presenta alcuni caratteri in comune con la precedente, sia perché non riconosciuta da numerosi autori. Comunque personalmente ritengo razionale e corretto descrivere questo quadro clinico, per motivi di ordine clinico e psicodinamico.

In primo luogo si tratta di quadri deliranti-allucinatori quasi sempre legati ad un evento traumatico; in secondo luogo le tematiche espresse nei deliri e nelle allucinazioni hanno riferimenti, se si è in grado di saperli cogliere, con l'evento scatenante; in terzo luogo il disturbo di coscienza è meno compromesso rispetto al quadro precedente: non a caso vengono definiti deliri onirici.

Per maggiori approfondimenti rimando al lavoro di G. Bartocci "Le Reazioni Psicogene Acute" (RPA) presente nel "Manuale di Psichiatria e Psicoterapia": in questa sede mi limiterò a sottolineare gli elementi fondamentali.

Come accennavo prima uno dei punti fondamentali è che si tratta di eventi reattivi. Ma cosa significa reazione? La nozione di reazione rimanda inevitabilmente al concetto di soglia: ovvero alla solidità o meno della struttura psichica dovuta alla storia e alla cultura del paziente. Nella reazione, quando la soglia individuale viene superata dall'evento traumatico, si rende impossibile il normale adattamento ad eventi esterni e si genera quindi una serie di sintomi.

Questi casi a differenza delle sindromi precedenti "...che sono testimonianza di una tendenza *univoca* di risposta mentale a qualsivoglia forma di noxa patogena esterna" (G. Bartocci pag. 499), testimoniano l'importanza della struttura psichica del soggetto che subisce l'evento traumatico. A livello psichico l'evento pericoloso non

è solo quello che minaccia la vita o l'identità, che a livello inconscio corrisponde ad un vissuto di morte, ma anche eventi suscitati da una situazione nuova vissuta come troppo stimolante (Sindrome di Stendhal).

Ma in linea di massima l'evento traumatico in genere comporta "l'assenza o la sparizione di una persona significativa". Le situazioni di perdita connesse alla morte della persona cara e le dinamiche di lutto ad essa inerenti sono a questo proposito paradigmatiche. L'elemento dinamico patologico nelle reazioni alla scomparsa è evidentemente l'interruzione del legame in quanto non esiste minaccia specifica di morte per il soggetto, se non quella – come già ampiamente sottolineato da E. De Martino – di morire con colui che muore, di essere trascinati nel nulla che ormai possiede il morente.

Si può ritenere che, tramite la psicosi allucinatoria, il paziente cerchi di restaurare fantasticamente "la perdita" dell'oggetto d'amore perduto.

In genere le manifestazioni consistono in illusioni, allucinazioni, restringimento del campo di coscienza. I disturbi del pensiero sono caratterizzati più che da una distorsione della realtà, da uno scotoma della realtà con la tendenza a sovrapporre un mondo fittizio al mondo reale. L'affettività è coerentemente orientata ed in linea con la tematica delirante. La durata si aggira da qualche giorno a qualche settimana e la sintomatologia può recedere completamente. Questa sintomatologia è frequente anche nelle cosiddette *psicosi isteriche*: termine ormai caduto in disuso, ma che invece bisognerebbe riconsiderare soprattutto per comprendere le relazioni tra struttura di personalità e rotture psicotiche deliranti-allucinatorie di breve durata, ad evoluzione benigna.

10.4 Delirio propriamente detto o primario

Forse mai come in questo caso l'uso del termine delirio, fa emergere la diversità semantica del termine nelle varie lingue e nelle varie epoche, dimostrando come l'utilizzo di certi termini è a volte metaforico, a volte invece esprime il tentativo di una possibile spiegazione. Delirio vuol dire letteralmente uscire dal solco (de-lira) e sottolinea l'allontanarsi – estraniarsi dalla norma e dal senso comune. Paranoia, termine già usato dai greci come Platone o Eschilo, designa una modalità di pensiero che è collaterale e comunque sempre fuori dal senso comune. *Wahn* e *Wahnsinn* nella lingua tedesca indicano il vuoto: e quindi richiamano il termine italiano di follia che significa pallone vuoto e quindi metaforicamente testa vuota. Comunque rispetto al termine tedesco *Wahn* bisogna tener conto che esso è molto simile e forse ha una comune radice con *Wen* che indica aspirazione-desiderio, mentre l'inglese *delusion* indica una situazione di delusione-inganno. Questi termini sembrano in qualche modo adombrare l'oscillazione, nella genesi del delirio, tra una distorsione del pensiero e del giudizio e una delusione del desiderio e delle aspettative.

Data la complessità del tema e soprattutto le notevoli divergenze esistenti circa la genesi e le manifestazioni deliranti nelle psicosi, anche per evitare una lunga lista delle varie posizioni, proporrò una visione che ovviamente è in linea non solo con l'impostazione psicodinamica, ma che riflette anche mie personali posizioni, come si evidenzia da queste due seguenti affermazioni.

In primo luogo ritengo che ogni delirio che insorga nel corso della schizofrenia, della depressione maggiore, della mania e della paranoia (ovvero delle principali forme di psicosi) è da ritenersi primario. In questo modo si elimina l'anomalia che domina ormai da quasi cento anni di considerare il solo delirio schizofrenico come primario, nel senso di inderivabile, mentre tutti gli altri sarebbero secondari allo stato timico del paziente: il che renderebbe il delirio schizofrenico totalmente diverso dagli altri, ma soprattutto totalmente alieno ed

incomprensibile. Ora se un delirio di influenzamento o di furto del pensiero può essere difficile da comprendere, non da meno lo è il delirio di negazione, o delirio di Cotard, presente nella depressione maggiore, ove il paziente è convinto che per la gravità dei suoi peccati egli non morirà mai, ma vivrà in eterno per espiare le proprie colpe.

In secondo luogo ritengo che si possa affermare che il delirio è un sintomo che serve al paziente per dare un senso di continuità al proprio vissuto ed alla propria storia che sono stati interrotti dalla crisi psicotica acuta: e questo vale sia per la schizofrenia che per la depressione maggiore e per la mania, forse in maniera meno visibile nella paranoia e nella parafrenia ove il momento di “rottura” può passare inosservato. Quindi il delirio è un complesso meccanismo difensivo che può trovare una chiave di lettura alla luce della vita e della storia del paziente.

Ma cosa è un delirio “primario”? In primo luogo debbo sottolineare che la differenza fondamentale rispetto ai quadri precedenti è che il delirio primario insorge sempre in uno stato di coscienza totalmente lucido.

Gli AA classici (da Kraepelin a Bumke) considerano il delirio come un “errore morboso di giudizio che non si lascia rettificare dall’esperienza e dalla critica” definendolo quindi fundamentalmente come un disturbo del pensiero e del giudizio.

K. Jaspers sottolinea ulteriormente questi aspetti proponendo tre criteri basilari: la straordinaria convinzione soggettiva, l’impossibilità di essere influenzato (e quindi modificato) dalla esperienza o da confutazioni per quanto razionali e stringenti ed infine l’impossibilità-assurdità del contenuto.

Questa posizione di Jaspers ha portato la maggior parte degli psichiatri a considerare il delirio come fenomeno incomprensibile, inderivabile e quindi primario nel senso di unicità di una esperienza totalmente aliena all’uomo normale.

K. Schneider, che ha invece maggiormente insistito su alcuni fenomeni come la percezione delirante, ritiene anche lui condivisibile il fatto di definire il delirio come un sistema di idee caratterizzato da modalità genetiche e formali del pensiero assolutamente peculiari ed estranee, nelle premesse e nelle conclusioni, al mondo comune e sostenute da una certezza acritica.

Negli ultimi tempi si tende sempre più a sfumare questa “incomprensibilità-inderivabilità” e pertanto possiamo trovarci di fronte a definizioni meno assertive come la seguente: “un delirio è una idea falsa, non criticabile, o una convinzione che non è riferibile al retroterra educativo, culturale o sociale del paziente; essa viene sostenuta con straordinaria convinzione e certezza soggettiva” (A. Sims).

“Una convinzione falsa, incorreggibile che nasce all’interno del processo morboso. Essa è facilmente riconoscibile in quanto non è derivabile dal retroterra culturale o educativo della persona” (M. Hamilton).

Come si vede l’inderivabilità, in queste definizioni, non viene attribuita ad un probabile processo “primario”, indice dell’alienazione totale del delirante, quanto piuttosto è relativa a fattori culturali o educativi.

Ma come origina il delirio? Sono d’accordo con Hamilton quando afferma che “...nasce all’interno del processo morboso”, anzi aggiungerei per maggiore chiarezza “processo morboso specifico”.

Comincerò col descrivere la genesi del delirio nella schizofrenia dal momento che rappresenta certamente uno dei fenomeni psicopatologici più significativi, ma forse anche più inquietanti per l’osservatore.

Quando il paziente schizofrenico ci espone il suo mondo delirante, molto spesso siamo già di fronte ad una costruzione che può avere avuto inizio molto tempo prima, ma che spesso è passata inosservata.

A meno che non si tratti di una forma di schizofrenia acuta nella quale possiamo osservare invece le varie tappe della genesi del delirio.

Il primo fenomeno è spesso uno stato di smarrimento che viene definito “atmosfera delirante” o “umore delirante” (Wanstimung). In questa fase osserviamo la perdita dei nessi significativi, ovverosia la perdita di quella capacità che ci permette non solo di dare un significato alle cose ed alle persone, ma anche di sentirle come familiari e conosciute. Per un paziente che esperisce questo vissuto estremamente angoscioso, il mondo sta cambiando: egli avverte ogni cosa intorno a sé come sconosciuta, indefinibile, in genere minacciosa e sa che questo cambiamento lo riguarda personalmente, anche se non ne conosce il motivo. Per l’individuo normale, in tutti gli eventi che accadono, quello che conta è il significato che egli attribuisce all’evento, il che non deriva dalle percezioni, ma è dovuto ad un processo più complesso del pensiero che ci permette di inserire l’evento, anche se non conosciuto, nella continuità della nostra storia. Per lo schizofrenico invece la perdita dei nessi significativi lo induce a cercare una risposta, una spiegazione. E’ più facile tollerare la certezza di un vissuto anche se persecutorio, piuttosto che la incertezza sinistra di un’atmosfera di incomprendibilità.

E spesso all’interno di questa atmosfera delirante, a volte quasi fosse un vissuto liberatorio, possono comparire due fenomeni ritenuti fondamentali nella genesi del delirio primario: l’intuizione delirante e la percezione delirante.

Nella intuizione delirante (Wahneinfall) si verifica come una sorta di “illuminazione” che fornisce al paziente una prima, illusoria, chiave di lettura del proprio malessere. E’ proprio su questa prima chiave di lettura che spesso il paziente costruisce il proprio edificio delirante.

A volte invece si ha la percezione delirante (Wahnwahrnehmungen). Per Schneider l’essenza della percezione delirante consiste nell’attribuzione di un significato abnorme ad una normale percezione,

senza alcuna causa comprensibile in termini razionali ed emotivi. La percezione è autoriferita, di estremo significato per il paziente ed ovviamente acriticamente accettata.

La percezione delirante è dunque una percezione con un significato anormale, anche se la percezione è formalmente corretta. Un fatto fondamentale è l'autoreferenzialità assoluta: ovvero quell'evento è diretto al paziente ed è il segno che qualcosa, in genere di negativo, gli sta accadendo. Conrad parla giustamente di rivoluzione tolemaica nel delirio schizofrenico: ovvero il soggetto si pone al centro del mondo per cui non solo non riesce più ad interagire con il mondo stesso, ma si sente esposto allo sguardo ed all'invasione da parte della realtà. Questa dinamica che viene considerata da molti Autori come segno specifico e patognomonico della schizofrenia, può essere comprensibile se teniamo presente che un dato strutturale allo schizofrenico è la labilità dei confini dell'Io che in certi momenti può diventare totale e causare il crollo psicotico (vedi la voce "Psicodinamica della schizofrenia" nel capitolo seguente "Dalla psicopatologia alla clinica").

Tatossian, in una ottica di fenomenologia eidetica, ritiene che l'intenzionalità della coscienza delirante riveli i seguenti caratteri eidetici (ovvero essenziali): *infallibilità, irrealtà, universalità*.

L'infallibilità intesa come impossibilità di sbagliare (o di essere in errore) è incorreggibile strutturalmente, dal momento che il delirante propone un proprio vissuto personale e privato come evento pubblico, perché, secondo lui, conoscibile e conosciuto dagli interlocutori. In altri termini il paziente non ritiene il delirio come un vissuto personale – perché in questo caso ci sarebbe coscienza di malattia – bensì un fatto universale ed accessibile a tutti. Ovviamente, aggiungerei che questa accessibilità è la diretta conseguenza di quella dilatazione e labilità dei confini dell'Io che comporta non solo che lo schizofrenico si senta esposto nella sua dimensione interiore allo sguardo degli altri,

ma questa esposizione rende gli eventi interni, cioè i vissuti soggettivi e personali, eventi esterni e quindi pubblici.

L'irrealtà è legata alla incapacità da parte del delirante di agire e accettare che l'evidenza (per lui) dei suoi vissuti non equivale ad una realtà oggettiva, dal momento che la realtà oggettiva è tale non solo perché condivisa anche dagli altri, ma è anche una situazione che cambia nel tempo, a differenza della staticità del delirio.

L'universalità è legata al fatto che il delirante vive i propri significanti, liberi da ogni legame biunivoco con i significati. Il lavoro del delirante consiste nell'organizzare i significanti tra di loro come può fare il filosofo o il poeta che però è sempre consapevole di questa operazione, mentre il delirante opera in maniera "universale" perché non ha più alcun rapporto con la realtà.

Questa descrizione di Tatossian (di cui consiglio vivamente la lettura) apre sicuramente una nuova e più complessa visione sull'aspetto strutturale del delirio.

Senza nulla togliere alla validità di questi discorsi fenomenologici, comunque è utile sottolineare che dal punto di vista psicodinamico, il delirio costituisce una grave alterazione della conoscenza e del giudizio, ma soprattutto è una alterazione del rapporto con la realtà ed è diretto sempre (anche quando i contenuti possono riguardare realtà materiali) contro la realtà umana.

Anzi possiamo affermare che i deliri della macchina influenzante, di veneficio o di persecuzione attraverso strani macchinari, mostrano l'estrema disumanizzazione che opera il delirante (lo schizofrenico in maniera più accentuata) nei confronti di persone significative della propria vita che sono state trasformati in oggetti.

Allora se non ci accontentiamo solo delle descrizioni fenomenologiche, per quanto possano arricchire la comprensione del delirio, ma desideriamo anche spiegarlo, vediamo qual è la spiegazione psicodinamica del delirio.

Intanto cominceremo con l'affermare che a monte dell'evidenziarsi della crisi psicotica e del delirio, c'è sempre una struttura di personalità che presenta alcune caratteristiche psicopatologiche, per quanto queste possano essere ben compensate.

E come clinici sappiamo che questa compensazione si mantiene fino al momento in cui il soggetto è costretto a confrontarsi con situazioni che siano al di sopra delle sue capacità: come la sessualità, lo svincolo familiare, la socializzazione o altri passaggi evolutivi che richiedono una competenza, oltre che una capacità di adattamento che lo schizofrenico non possiede.

Gli schizofrenici¹ possono mantenere i propri conflitti (o le proprie insufficienze) in uno stato latente attraverso meccanismi di difesa che in genere sono di natura molto primitiva (diniego, identificazione proiettiva, annullamento, fusione simbiotica). Ma quando emerge una situazione nuova e non prevista, lo schizofrenico entra in uno stato di angoscia che non è affatto assimilabile all'angoscia dello psiconevrotico.

Si tratta di una angoscia violenta che disorganizza l'apparato psichico e che da alcuni AA viene definito "panico organismico".

Il termine panico organismico deriva dall'uso proposto dalla Mahler che utilizzava il termine di angoscia organismica per connotare lo stato di elevata tensione che un infante sperimenta nelle primissime fasi della sua vita, quando egli non può attenuare la propria tensione da solo, ma dipende completamente dalla comprensione e dalla cura empatica dell'A.S.

Quindi i motivi che possono generare la tendenza ad una angoscia "organistica" eccessiva e cronica, si generano nella primissima fase di vita del bambino. Sicuramente ci sono fattori legati ad una incapacità da parte dell'A.S. a comprendere i segnali di richiesta d'aiuto da parte del bambino, dovuta ad una mancanza di empatia da parte dell'A.S.,

oppure a particolari condizioni psicologiche della madre: non è infrequente una depressione più o meno larvata, legata al parto, a volte invece la si tratta di eventi luttuosi, come la morte di un genitore, in concomitanza con la nascita del bambino. Ma non è da escludere che possano concorrere anche situazioni strutturali del bambino stesso che possano esprimersi o con una diminuita capacità ad inviare segnali di aiuto, o anche dovuti ad una abnorme richiesta di aiuto che può non essere soddisfatta dall'A.S.

A causa di questa situazione iniziale il futuro schizofrenico tenderà a cristallizzare alcune modalità difensive (che nel futuro diventeranno disadattive), per l'incapacità di neutralizzare le pulsioni aggressive, l'impossibilità di internalizzare la capacità materna di controllare l'angoscia, l'incapacità di mantenere un solido senso di "costanza della realtà" (Frosh) e di integrare funzionamenti cognitivi e affettivi arcaici con stadi più maturi.

In questo modo il futuro paziente presenta una difficoltà a stabilire validi rapporti interpersonali, perché tende ad utilizzare due meccanismi di base: la simbiosi o l'annullamento. E questo comporterà un aumento della valenze aggressive: valenza aggressive che accompagnate dal senso di incapacità a controllarle, gli fanno considerare qualunque rapporto, più o meno intimo, come potenziale fonte di pericolo.

Egli è esposto continuamente a sperimentare una situazione di estrema angoscia per il timore di una perdita delle rappresentazioni oggettuali e quindi in ultima analisi per una perdita del Sé, che lo fa rimanere in uno stato continuo di allarme che si evidenzia o con l'evitamento delle relazioni o con la stereotipia dei comportamenti relazionali.

In questo modo le sue capacità libidiche sono molto limitate come le gratificazioni necessarie per il mantenimento della omeostasi psichica, a meno che egli non cominci a trovare un compenso nelle

¹ Se mi riferisco in particolare alla schizofrenia è perché in questa sindrome alcuni passaggi verso il

fantasticherie che denotano però il distacco sempre maggiore dalla realtà.

Egli inoltre non considera le persone come se fossero individui differenziati e distinti, ma come oggetti del Sé, onnipotenti ed idealizzati, da cui spera di ottenere un'alleanza simbiotica.

A questo punto il divario tra età evolutiva ed età cronologica diventa sempre più evidente.

Queste sintetiche considerazioni ci permettono di comprendere meglio la genesi del delirio dal punto di vista psicodinamico. Numerosi autori come Frosh, Searles, Ping-NiePao concordano su quanto detto precedentemente.

Secondo Frosh: "...il delirio si riferisce al falso concetto mentale, diventato dominante e non condiviso da altri della sua cultura e del suo tempo. Il paziente manifesta una convinzione assoluta nel suo pensiero delirante che non può essere minimamente influenzato dalla logica o dalla ragione. Finché possiede la capacità di un parziale esame della realtà, il paziente tende a tenere nascosti i suoi deliri. Solo quando la funzione di rapporto con la realtà è profondamente alterato, egli comincia a rivelarli".

Secondo Ping-NiePao si possono individuare alcuni stadi caratteristici. Un evento significativo può creare nel paziente il vissuto di incapacità-impossibilità ad affrontarlo: l'impossibilità viene vissuta come incomprendibilità e questo scatena "il panico organismico". Questo panico organismico causa una paralisi delle funzioni integrative dell'Io ed una perdita del senso di continuità del Sé: tale situazione è uguale a quella che viene chiamata nella psicopatologia classica, come stato d'animo delirante o come stato della perdita dei nessi significativi. Ma più o meno in tempi rapidi, data l'insostenibilità di questo vissuto, l'Io cerca una spiegazione, necessaria per fornire un senso di continuità del Sé. I deliri che spesso

delirio sono più complessi, ma a volte anche più evidenti.

sono manifestazioni ed ipertrofie di precedenti fantasticherie, contribuiscono in maniera determinante a questa funzione di continuità.

Quindi nell'ottica del delirio come "migliore soluzione possibile" per dare un senso e permettere una continuità del Sé –interrotta dalla crisi psicotica- possiamo ritenere il delirio come un sintomo che racchiude, pur nelle distorsioni un "nocciolo storico" che riguarda eventi significativi vissuti dal paziente nella prima infanzia. Questo schema, pur nella sua essenzialità, mostra la possibilità di poter fornire una "spiegazione" del delirio, nel senso di descrivere la genesi e le modalità di svolgimento, che è diverso dal concetto di "comprensibilità".

Comunque rimangono aperti due problemi che debbono essere affrontati anche per evidenziare la diversità dell'approccio psicodinamico rispetto a quello psicoanalitico, anche se parzialmente modificato. Infatti per quanto attiene alle cause prime, ovvero alla natura del conflitto che ad un certo punto riemergerebbe e creerebbe la rottura psicotica, la visione di Ping-NiePao è molto simile a quella classica perché attiene esclusivamente alla gestione delle pulsioni.

Secondo l'Autore il soggetto – futuro schizofrenico – presenta una defusione e una non integrazione degli istinti, con una netta prevalenza di quelli aggressivi-distruttivi rispetto a quelli libidici: questo sarebbe il *primum movens* della psicopatologia, visione che a me sembra abbastanza riduttiva.

Ritengo invece che proprio a proposito di una possibile spiegazione del delirio è necessario integrare vari studi provenienti da altri punti di vista, utili per fornirci un più ampio quadro di riferimento. Certamente quello che colpisce nel delirio, a parte l'assurdità dei contenuti, è la modalità del pensiero che sembra seguire una sua "logica" completamente diversa da quella normale. Questo ha reso il delirio

oggetto di studio non solo da parte degli psichiatri, ma anche dei logici, dei filosofi della scienza, degli epistemologi.

Se ci riferiamo alla particolare “logica”, questa sembra in parte spiegabile secondo la teoria del “doppio legame” elaborata da Bateson e dalla scuola di Palo Alto. Secondo questi Autori nella famiglia che può dar luogo ad un soggetto schizofrenico, una delle modalità di comunicazione più frequente e più patogena è il tipo di comunicazione che apparentemente potremmo definire ambigua, ma che in realtà è qualcosa di più e di diverso.

Al bambino, fin dai primi anni, vengono inviati messaggi, spesso attraverso il canale non verbale, contraddittori che pongono il bambino nella situazione di non capire, quindi di non poter esprimere un giudizio di verità o di falsità circa numerosi eventi. Due le principali modalità comunicative patologiche.

La prima passa attraverso la negazione dei bisogni del bambino che vengono sostituiti da quelli dell’adulto. La madre che dice al bambino: “Vai a dormire perché hai sonno” semplicemente perché essa ha bisogno di riposo o di stare da sola, ovviamente provoca una confusione nel bambino che ha difficoltà di comprendere se sia vero quello che lui sente (ovvero che non ha alcun bisogno di dormire) o se è vero invece quello che la madre gli propone essere la verità circa il suo stato interno. Ovviamente se questa modalità di comunicazione si protrae nel tempo e si estende ad una serie di situazioni simili, il risultato sarà che il bambino avrà difficoltà a discernere tra quella che è la sua verità, che gli deriva dalle percezioni dei suoi stati interni o dai suoi bisogni e quanto gli viene proposto dalla madre come verità, che diventa, in tal modo, non confutabile.

La seconda è sicuramente più complessa, ma anche più patogena.

Se l’A.S. si rivolge al bambino in termini positivi, apparentemente riconoscendogli alcune istanze fondamentali, come quella di crescere, essere libero, sicuro ed amato, ma che in effetti corrispondono ai

bisogni della madre, il risultato può essere facilmente prevedibile. La madre, nei fatti e nelle parole, lascia passare il messaggio che il bambino è amato in funzione di una propria dimensione depressiva-narcisistica. Come se la madre dicesse “Io ti amo e ti proteggo, purché tu rimanga sempre piccolo e bisognoso di protezione”: in questo modo al bambino vengono inviati messaggi contraddittori che si possono riassumere nel comando “Sii chi non sei!” (M. Selvini Palazzoli), che è l’esatto opposto di quanto formulato da Nietzsche con il famoso aforisma “Diventa quel che sei”, molto più incisivo del conosciuto motto socratico “Conosci te stesso”, che rappresentano, anche se a livelli diversi, una possibilità di un sano e normale sviluppo.

In questo modo la madre trasmette segnali ambigui di connivenza e di conflitto: promette al bambino amore e libertà ma impone al bambino di rimanere nella passività e nella dipendenza. Scattano vere e proprie “trappole relazionali”, si giocano motivazioni inesprese che finiscono per chiudere ambedue in una gabbia senza uscita.

E’ in atto un gioco di potere in cui chi si sottomette è come se asserisse “Io divento come tu vuoi a patto tu ti prenda sempre cura di me”. In questo modo oltre che creare una simbiosi inscindibile, il soggetto (cioè il bambino) con l’acceptare il mondo voluto dagli altri, **rinnega** se stesso e in fondo si suicida (è il famoso “suicidio dell’anima” di cui parla Schreber riferendosi a se stesso e alla sua malattia).

All’interno di una tale modalità di rapporto, al bambino viene proposta una doppia verità, di cui egli non è consapevole: infatti nel caso avesse consapevolezza di questa ambiguità non si troverebbe in una situazione patologica. Questa doppia verità, che si tramuta in una incertezza progressiva ed ingravescente può portarlo all’incapacità di discernere il vero dal falso sulla base del corretto esame della realtà sia interna che esterna, dal momento che una voce interiorizzata (che nella fase

conclamata di malattia si trasformeranno nelle allucinazioni uditive) gli impone il contrario di quanto egli sente.

Si deve tener presente che il vero o il falso non riguardano tanto la realtà materiale (per maggiori approfondimenti consulta in questo sito “Rapporto e conoscenza”) bensì quella interumana: ma non saper distinguere cosa è vero e cosa è falso vuol dire non sapere come muoversi, cosa fare, cosa scegliere.

E non è un caso, come sottolineavo nella prima parte di questo lavoro, che proprio di fronte ad eventi nuovi, quando il paziente deve gestire una nuova situazione ed in maniera autonoma che può esserci il crollo psicotico. Il paziente vive un senso di impossibilità-impotenza assoluta che genera il panico organismico e produce la sensazione di perplessità per la rottura dei nessi significativi, dal momento che i nessi abituali, fino ad allora utilizzati ma radicalmente viziati e patologici, non riescono a far fronte alla nuova realtà. Ed è quello che l’osservatore evidenzia come stato di smarrimento o stato d’animo delirante.

Ovviamente se tutta questa dinamica relazionale, di cui ho parlato prima, si svolge nel corso di anni inevitabilmente determina una struttura psichica che è già di per sé patologica e che si manifesta oltre che con un danno emotivo-affettivo ed una difficoltà di rapporto con la realtà, anche con una “logica” diversa da quella normale.

Quali sono le caratteristiche di questa logica? Numerose sono le ipotesi, comunque dopo una prima accettazione della tesi di Goldstein che il pensiero schizofrenico fosse fondamentalmente “concreto e non in grado di generalizzare”, da tempo prevale la tesi opposta, che sembra più plausibile. Secondo questa visione, proposta da Cameron con il concetto di “overinclusion” (vedi dopo), attualmente si tende a pensare che il pensiero dello schizofrenico abbia una spiccata tendenza alla generalizzazione perché tende a trasformare oggetti concreti ed individuali in classi.

Secondo Bateson questi soggetti non seguono lo schema dei tipi logici descritto da Russel, che rappresentano il modello normale di regionamento. Il filosofo afferma infatti che: "...esiste una discontinuità tra una classe e i suoi elementi. La classe non può essere elemento di se stessa, poiché usato per la classe è di *un livello di astrazione diverso* (ovvero di un diverso tipo logico), rispetto ai termini usati per gli elementi". Lo schizofrenico non è in grado di utilizzare questa distinzione, quindi in situazioni nuove che impongono una scelta, il soggetto non è in grado di scegliere gli elementi pertinenti di un concetto, eliminando quelli poco o per nulla correlati ad esso.

Pertanto, mentre i significati ridondanti o comunque non significativi vengono eliminati dal soggetto normale, vengono invece inclusi nel pensiero del delirante. Questo eccesso, questa inflazione di elementi nel pensiero, costituiscono il cosiddetto fenomeno dell'overinclusion.

E' evidente che l'overinclusion è possibile solo in uno stato di coscienza perfettamente lucido. E' quanto abbiamo visto essere stato rilevato empiricamente dai clinici: il concetto di overinclusion ce ne chiarisce forse il perché. L'estrema lucidità di coscienza se da una parte permette di cogliere, fin nei minimi particolari l'enorme flusso di informazione che giunge al soggetto sia dal mondo interno che esterno, non gli permette di filtrare tale flusso. L'incapacità di filtrare il flusso di dati può spiegare il fenomeno descritto da von Domarus. Il principio di von Domarus asserisce che il pensiero schizofrenico è costituito dalla presenza di una logica che nel formulare proposizioni, si fonda sull'identità dei predicati e non dei soggetti. In altri termini un significato universale (predicato) viene attribuito a due o più soggetti distinti e non appartenenti alla stessa classe logica. Facciamo un esempio di sillogismo patologico: "Tutti gli indiani sono veloci. Tutti i cervi sono veloci. Tutti gli indiani sono cervi." La stessa classe "essere veloci" attribuita a due entità distinte "indiani" e "cervi", fa sì

che si arrivi alla falsa conclusione dell' identità di due soggetti che nulla hanno a che fare tra di loro.

Un ulteriore esempio di sillogismo patologico: "Tutti i tavoli hanno quattro gambe. Tutti i cani hanno quattro gambe. Tutti i tavoli sono cani."

Un altro dato che va sottolineato nella "logica" del delirante è che egli ragiona sempre in termini di "universali" e non di singole entità (vedi prima il concetto di universalità a proposito del delirio).

Sicuramente questo modello di logica patologica è facilmente evidenziabile nei deliri primari, ma non rappresenta necessariamente, come riteneva von Domarus, il residuo di un pensiero primitivo, bensì è una diversa logica (alcuni la definiscono *logica simmetrica*) che deriva da una specifica dinamica relazionale, che comporta la strutturazione di un Io labile, con confini indefiniti, che rende difficile il controllo degli aspetti pulsionali. In questa prospettiva quindi lo scarso controllo delle pulsioni non è una causa primaria, contrariamente a quanto affermato da Ping NiePao, bensì è dovuta alla caduta delle difese e dei sempre più labili confini dell' Io.

In questa prospettiva sembra possibile spiegare il delirio, possibilità che nasce dalla integrazione di osservazioni multiple e diverse: ovviamente bisogna tener conto della specificità dei diversi punti di osservazione che vanno appunto **integrati** e non semplicemente sovrapposti alla rinfusa. Questa integrazione è stata appunto utilizzata nella costruzione, da me proposta, del "modello complementare dello sviluppo psichico" che integra gli aspetti interni-pulsionali con le relazioni interumane e quindi con la storia dell'individuo.

Quanto detto in precedenza va letto ed utilizzato all'interno di un contesto ben preciso che io definisco "il primato della clinica" ovvero la contestualizzazione delle dinamiche precedentemente descritte, all'interno di una storia ben precisa e documentata dell'individuo. Anche perché deve essere chiaro che, affinché queste dinamiche

possano generare patologie, debbono essere presenti perlomeno tre fattori concomitanti.

Un primo fattore è che queste dinamiche debbono essere intense, ripetitive ed ubiquitarie.

Un secondo fattore è l'assenza di altre persone significative, che avendo modalità relazionali diverse, possono fornire al bambino una possibilità di scelta e quindi di resilienza.

Un terzo fattore è la possibilità o meno di collusione da parte del bambino. Anche se può sembrare eccessivo il bambino possiede abbastanza precocemente una sua capacità di autonomia-libertà che può barattare con una scelta di sicurezza-protezione. Ad esempio nel caso descritto precedentemente del bambino a cui “viene imposto di andare a letto perché ha sonno”, si presentano due possibilità. Una collusiva che coincide con l'accettazione totale di quanto la madre dice, rinnegando ovviamente quanto egli sente. Una di opposizione perché il bambino può anche accettare l'imposizione della madre, ma la riconosce come tale e non come sua scelta spontanea.

10.5 Struttura del delirio

Una prima distinzione può essere posta tra delirio polimorfo e delirio sistematizzato: nel primo caso abbiamo una struttura mutevole e variabile, in genere sostenuta da fenomeni allucinatori, nel secondo caso invece abbiamo una struttura di delirio organizzata intorno ad un tema centrale che spesso rimane immutabile nel tempo. Si tratta ovviamente di concetti puramente descrittivi.

Una seconda possibilità di distinzione, più utile perché si riferisce ad un concetto eziologico, è quella di delirio lucido e delirio confuso. Il primo è caratteristico della paranoia e dei deliri paranoidei, il secondo invece è caratteristico degli stati alterati di coscienza.

Comunque dato fondamentale è che il delirio lucido è tipico dei deliri “primari” i quali poi possono essere sistematizzati o polimorfi.

Ma accanto a questa distinzione, utile soprattutto nelle prime fasi diagnostiche, è più valido sottolineare tre diverse strutture del delirio: il delirio paranoideo, il delirio paranoicale, il delirio parafrenico. Successivamente parlerò anche del cosiddetto deliroide (detto anche impropriamente delirio secondario) per mostrare alcune affinità e alcune differenze.

La sindrome paranoidea, tipica della schizofrenia, è caratterizzata da deliri di vario contenuto, poco sistematizzati, lucidi, variabili nel tempo, con un contenuto spesso assurdo o poco verosimile: possiamo quindi affermare che quando parliamo di delirio paranoideo ci riferiamo fondamentalmente alla schizofrenia paranoidea, quindi ad uno stato delirante-allucinatorio bizzarro, ed il cui contenuto può influenzare parzialmente il comportamento del paziente.

Nonostante il non accordo tra i vari Autori, possiamo definire invece la paranoia come una psicosi, caratterizzata da un delirio cronico, lucido, sistematizzato, senza fenomeni allucinatori, che spesso viene ritenuto essere uno sviluppo abnorme in una personalità predisposta. Un dato fondamentale è che non sono presenti i fenomeni dissociativi tipici della schizofrenia. Ma il dato più interessante e patognomonico è che il contenuto del delirio influenza, in maniera più o meno evidente il comportamento del paziente. O in altri termini possiamo dire che il comportamento del paziente si adegua perfettamente al contenuto del delirio. La paranoia in genere si esprime con un delirio querulomane o persecutorio, mistico, di gelosia o erotomane. Non infrequente è la cosiddetta paranoia riformatrice: questi pazienti sono convinti di aver compiuto qualche scoperta fondamentale nel campo scientifico o più spesso si sentono portatori di valori eccezionali in grado di indurre riforme sociali o religiose.

Infine la parafrenia: che si presenta in individui di oltre quarant'anni di età è caratterizzata da deliri cronici, assurdi, fantastici che non comportano una destrutturazione della personalità. Il dato patognomonico della parafrenia è il cosiddetto “doppio binario”: ovvero il soggetto, pur certo delle sue idee deliranti, raramente tende ad esternarle, ma soprattutto il comportamento, per quanto ridotto come capacità e motivazioni, può mantenersi complessivamente congruo ed adeguato. Il delirio può avere contenuti di tipo mistico, erotomane, di invenzione, a volte persecutorio. E' come se ci fosse un doppio livello: quello delirante spesso bizzarro e quello di un comportamento abbastanza adeguato alla norma.

Il deliroide sicuramente si distingue dai precedenti non solo perché si sviluppa lentamente, in assenza di allucinazioni o fenomeni psicopatologici gravi, ma anche perché somiglia piuttosto ad un peggioramento progressivo di alcuni tratti caratteriali del soggetto. Il deliroide più conosciuto è il delirio di “rapporto in sensitivo” di Kretschmer che ha descritto numerosi casi dividendoli in espansivi-querulomani ed astienici-depressivi: ambedue sembrano trarre una comprensibile origine da eventi esistenziali del paziente. Il delirio di “rapporto in sensitivo” è da tener presente per due motivi. Da una parte perché viene ritenuto come il delirio secondario per eccellenza e quindi è servito impropriamente a mantenere in piedi la formulazione di deliro primario, dall'altra perché in questo delirio il contenuto è più chiaramente derivabile e comprensibile e quindi ha rappresentato per alcuni autori la possibilità di poter proporre la comprensibilità del delirio e quindi anche la possibilità di una spiegazione di questo fenomeno psicopatologico.

10.6 Il contenuto del delirio

I contenuti dei deliri sono diversi: può essere utile descriverne alcuni solo per evidenziare che mentre alcune tematiche sono specifiche di

una determinata sindrome, altre invece possono essere presenti in varie sindromi.

- Delirio di negazione o di Cotard. Si manifesta con depressione ansiosa grave e soprattutto con la certezza di non possedere più alcune parti del corpo, diverso quindi dal delirio dismorfofobico. La caratteristica più saliente è il delirio di immortalità, la certezza di non poter mai morire: l'eternità è il prezzo più alto che il paziente deve pagare per l'espiazione delle sue colpe. Non è un delirio molto frequente e soprattutto è probabile che ci sia una concomitante sindrome organica. E' caratteristico della depressione maggiore o psicotica.
- Delirio di colpa. Il paziente si sente responsabile di aver commesso gravi crimini: come per esempio aver scatenato un conflitto mondiale. Sul piano psicodinamico è riferibile invece a reali "assenze" o comportamenti di annullamento nei confronti di persone significative. Questi eventi rimossi vengono sostituiti da deliri che pur nella loro negatività, sono in fondo megalomaniaci. E' tipico della depressione maggiore.
- Delirio di gelosia. Il paziente è convinto del tradimento del partner e trae questa certezza da indizi o prove, totalmente assurde, ben diverse da quelle che possono indurre una persona normale ad avere un legittimo dubbio. Un fazzoletto macchiato, una persiana socchiusa, una frase banale, possono costituire prove irrefutabili del tradimento. Il delirante di gelosia impronta tutto il suo comportamento al delirio e pertanto non solo può essere pericoloso, ma soprattutto tende a sottomettere il partner ad interrogatori così lunghi ed estenuanti che sembra quasi che l'ammissione di una colpa possa avere un valore liberatorio. E non è raro che la vittima assuma questa posizione. Ma è solo un'illusione, perché da un'estorta confessione, il delirio diventa sempre più pressante. Il delirio di gelosia è presente nella

paranoia, nell'alcolismo, a volte transitoriamente può comparire negli stati depressivi (per la spiegazione di questa particolare dinamica vedi il capitolo "La depressione maggiore" in "Manuale di Psichiatria e Psicoterapia").

- Deliro di grandezza o megalomania. Esistono due forme distinte. In una il soggetto sulla base di una forte euforia e di un tono timico esaltato si ritiene possessore di capacità eccezionali, oppure si ritiene possessore di grandissime ricchezze, a volte può costruire un delirio genealogico (delirio di Mignon). E' tipico della mania. Nell'altra invece il tema è manifestamente assurdo: il personaggio crede di essere la reincarnazione di personaggi storici famosi, di aver ricevuto compiti fondamentali, ecc. E' tipico della schizofrenia paranoide.
- Delirio erotomane. Il soggetto ritiene di essere oggetto di un amore, anche se non espresso, da parte di personaggi importanti. Sulla base di questa convinzione spesso il delirante tende a perseguitare il personaggio da cui è certo di essere amato. Nulla riesce a convincerlo del contrario, anzi le eventuali manifestazioni di rifiuto vengono interpretate come difficoltà da parte dell'oggetto perseguitato, di poter esprimere i propri sentimenti a causa di opposizioni sociali o familiari.
- Delirio di rovina e ipocondriaco. Il paziente è convinto di essere in una totale rovina economica o di avere una grave malattia. Ambedue sono caratteristici della depressione maggiore.
- Deliro di trasformazione corporea. Il soggetto avverte che il proprio corpo o parti del corpo di stanno modificando, in genere con aspetti mostruosi o sgradevoli. E' tipico del delirio schizofrenico.
- Delirio di influenzamento. Il soggetto è assolutamente convinto che personaggi sconosciuti utilizzando apparecchiature strane e complesse lo spiano e lo controllano. Spesso questo delirio si

unisce a quello della diffusione del pensiero: ovvero la convinzione assoluta che tutto quello che egli pensa è a conoscenza del mondo intero. Spesso questo delirio di influenzamento è talmente disturbante da indurre il paziente a “comportamenti difensivi”, ovvero a comportamenti aggressivi verso i supposti persecutori.

10.7 Delirio e credenza

Lo studio del delirio apre necessariamente al problema filosofico ed epistemologico della differenza tra verità, certezza e credenza (a questo proposito consulta il lavoro “Rapporto e conoscenza” in questo sito).

Eliminato il concetto di verità, come conoscenza di una realtà assoluta ed immutabile che corrispondeva all’ideale galileiano del conoscere la natura attraverso la matematica, attualmente il concetto di verità è legato fondamentalmente alla ricerca che mediante ipotesi e attraverso esperimenti può portare ad una verifica sperimentale. Quando diciamo che una ipotesi ha bisogno, per trasformarsi in certezza, di un esperimento di verifica, diciamo etimologicamente un dato molto significativo: cioè che noi costruiamo la verità attraverso la verifica (che deriva da *verum facio*) dell’esperimento. Quando parliamo di verità ci riferiamo ad una realtà oggettiva che dev’essere conosciuta; quando parliamo di certezza, ci riferiamo ovviamente ad un dato totalmente soggettivo. Normalmente noi usiamo questi due termini come fossero intercambiabili e non lo sono. Pertanto dobbiamo chiarire questi due termini – certezza e verità – soprattutto quando abbiamo a che fare con la realtà interiore dell’individuo che ovviamente è soggettiva e non può essere oggettivata, se non al prezzo di snaturarla. Ora dobbiamo tener presente che il delirio presenta questa strana anomalia: il delirante è certo, anzi certissimo, di qualcosa che tutti ritengono non essere vera.

Quando il delirante afferma di essere assolutamente certo che degli individui con strani macchinari lo stanno influenzando, egli sta parlando a due livelli che appartengono rispettivamente alla verità e alla certezza. La certezza riguarda la sua convinzione, la verità riguarda l'esistenza o meno di questi apparecchi. Nel secondo caso, il dato di realtà oggettiva, potrebbe essere facilmente confutato: ma la dimostrazione della non-verità non intacca assolutamente la certezza del delirante.

Ma quando noi affermiamo che quello che il delirante vive con assoluta certezza non corrisponde alla verità, chi è il garante di tale verità? Potremmo dire il senso comune o ancora meglio lo stato delle conoscenze empiriche e scientifiche attuali o in termini generici tutto quanto viene accettato e riconosciuto come vero dalla cultura cui il paziente appartiene.

Ma temo che questa soluzione sia parziale e fuorviante. E' parziale perché sappiamo benissimo che numerose conoscenze sono cambiate nel tempo e quindi rischiamo di collegare il delirio ad un criterio che potrebbe comportare un relativismo culturale troppo accentuato.

Fino al '700 era culturalmente accettata l'esistenza delle streghe: quindi la presenza delle streghe era una verità e se qualcuno pensava di aver ricevuto una fattura da una strega, o una donna veniva riconosciuta come strega, potremmo affermare che c'era concordanza tra certezza e verità, che corrispondeva ad una "verità", che per quanto discutibile, era accettata dalla maggior parte della popolazione. Infatti oggi quegli stessi fenomeni verrebbero considerati come assolutamente falsi: quindi in presenza di una assoluta credenza nelle streghe si deve pensare alla possibilità di un delirio.

Ma evidentemente se ci rivolgiamo ad argomenti meno evidenti e più sfumati, potremmo accorgerci che ben presto si delinea una linea d'ombra oltre la quale è difficile stabilire cosa sia vero o cosa sia falso. Quindi mi sembra molto più logico pensare che la diagnosi di

delirio debba essere posta su dati più oggettivi come quelli esposti in precedenza: la struttura psicopatologica, la particolare modalità dell'esperienza vissuta, la particolare modalità della logica del delirante, ecc. Infatti la soluzione di far coincidere il vero o il falso, con quanto viene culturalmente accettato, può essere fuorviante e sicuramente lo è stato finora.

Se non si tratta più di una sola persona (il delirante), ma di un gruppo più o meno ampio di persone, che credono ed hanno la certezza assoluta di un qualcosa di cui tutti gli altri ritengono non vera, possiamo ancora utilizzare il concetto di delirio? O in altri termini, dal momento che è un gruppo di persone ad esprimere un non verità questa dev'essere sempre accettabile o ritenuta semplicemente una credenza, quindi non un delirio?

Di esempi ne è piena la cronaca: se esaminiamo le numerosi sette esistenti, ma soprattutto alcune di quelle che hanno commesso, su di una base sicuramente delirante, comportamenti altamente lesivi e folli, dobbiamo pensare che il delirio, come modo errato di ragionare e di rapporto con la realtà, può essere tale anche se riguarda gruppi più o meno consistenti.

Tutti ricordano l'esempio di Jim Jones predicatore seguito, temuto e riconosciuto anche dalle establishment politico degli USA, che nel 1978 induceva ad un suicidio di massa oltre mille persone.

Ma altri casi meno eclatanti sono ancora più frequenti. Il fatto che la psicopatologia e la clinica si siano sempre interessati a singoli individui, ha portato a considerare il delirio come un'alterazione del giudizio e del rapporto con la realtà, limitata ad una singola persona; al massimo si è parlato di un delirio a due o a tre, ammettendo che un delirante possa indurre, persone a lui vicine a condividere le sue certezze deliranti.

E' invece necessario cominciare ad elaborare una psicopatologia che sia in grado di evidenziare fenomeni deliranti in gruppi più o meno estesi e riconosciuti spesso come normali.

Molte sette potrebbero costituire un polo di attrazione per numerose persone a rischio di psicopatologia: l' accettazione, totale, acritica e spesso senza ritorno, di quell' ideologia possa rappresentare una sorta di ultima spiaggia rispetto al rischio di una perdita di identità e quindi di una possibile emergenza psicopatologica. Ci troviamo di fronte ad un fenomeno molto simile a quello osservato in clinica da Ping NiePao, per cui il delirio rappresenta, per il paziente, "la migliore soluzione possibile" per dare un senso di continuità e quindi evitare una completa disintegrazione psichica. Anche se la strutturazione delirante, che nei primi tempi può essere anche una difesa, ben presto diviene una gabbia da cui il delirante non può più uscire.

In questo senso l'ideologia della setta può essere considerata simile all'esperienza del delirante, come "la miglior soluzione possibile" per evitare l'aggravarsi di una psicopatologia.

Comunque la complessità del tema mi costringe a rinviare questo discorso per una più approfondita elaborazione.

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV.: Ancora la psicopatologia? (n. 3); Conoscenza e delirio (n. 5), ATQUE, Materiali tra filosofia e psicoterapia; Rivista semestrale, Firenze, 1991 - 1996.
2. AA.VV.: Causalità e azione nella spiegazione psicologica; Discipline filosofiche, VIII, 2, 1998; Quodlibet, Milano, 1999.

3. ARMANDO L.A.: *Percezione delirante idea della cura unit  dell'esperienza*; Nuove Edizioni Romane, 1999.
4. BLANKENBURG W. (1971): *La perdita dell'evidenza*; R. Cortina, Milano, 1998.
5. BLEULER E. (1911): *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*; La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
6. BLISS E.L.: *Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis*; Oxford University Press, Oxford, 1986.
7. BODEI R. *Le logiche del delirio. Ragione, affetti, follia*. Laterza Editori, 2000, Bari.
8. FAGIOLI M.: *Istinto di morte e conoscenza*; Nuove Edizioni Romane (I edizione 1972 - VII Edizione 1991), Roma.
9. FROMM E., NASH M.R.: *Psychoanalysis and Hypnosis*; International Universities Press Inc. Ardison, 1997.
10. GALIMBERTI U.: *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1994.
11. GASTON A.: *Genealogia dell'alienazione*, Feltrinelli, Milano, 1987.
12. GRANONE F.: *Trattato di Ipnosi*, UTET, Torino, 1989.
13. JASPERS K.: (1^ Edizione 1913, VII^ Edizione 1959) *Psicopatologia generale*; Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1965.
14. LALLI N., PANIERI R.: La sindrome di Charles Bonnet, *Ottica Fisiopatologia*, anno I, n. 3, novembre 1996.
15. LALLI N.: *L'Isola dei Feaci. Percorsi psicoanalitici nella storia della psichiatria, nella clinica, nell'arte*; Nuove Edizioni Romane, Roma, 1998.
16. LANTERI LAURA G.: *Les hallucinations*; Masson, Paris, 1984.

- 17.LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (19867): *Enciclopedia della psicoanalisi*; Laterza, Bari, 1968.
18. LIOTTI G.: Il concetto di dissociazione nel DSM III e l'etiopatogenesi dei disturbi dissociativi; *Rivista di Psichiatria*, vol. 28, n. 3, giugno 1993.
- 19.MATURANA H., VARELA F. (1984): *L'albero della conoscenza*; Garzanti, Milano, 1992.
- 20.MC DOWELL J.: *Mente e Mondo*, Einaudi, Torino, 1999.
- 21.MINKOUSKI E. (1968): *Filosofia semantica Psicopatologia*; V. Mursia, Milano, 1969.
- 22.PIERI P.T.: *Dizionario junghiano*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- 23.RAMPELLI M.: Psicoterapie analitiche e comune *trance* quotidiana. Relazione Congresso "The New Hypnosis", Venezia, 1998.
- 24.ROSSI MONTI M., STANGHELLINI G. (a cura di) *Psicopatologia della schizofrenia*; R. Cortina, Milano, 1998.
- 25.SCHARFETTER C. (1976): *Psicopatologia Generale: un'introduzione*; Feltrinelli, Milano, 1992.
- 26.SCHNEIDER K. (I[^] Edizione 1950, VII[^] Edizione 1965): *Psicopatologia clinica*; E.C. Sansoni, Firenze, 1954.
- 27.SEVERINO E. *La filosofia antica, La filosofia moderna, La filosofia contemporanea*, Rizzoli, Milano, 1984.
- 28.SIMS A. (1988): *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*; R. Cortina, Milano, 1992.
- 29.SOKAL A., BRICMONT J. (1997): *Imposture intellettuali*, Garzanti, Milano, 1999.