

Mente e Cura

ISSN 2611-0245

Rivista annuale fondata da Giuseppe Lago e Giuseppe Tropeano

SOMMARIO:

EDITORIALE/EDITORIAL

G. Tropeano.....5

INTERVISTE/INTERVIEWS

G. Martini.....14

ARTICOLI/ARTICLES

G. Lago: *Dal sospetto al delirio. Saggio sulla Paranoia*.....34

RUBRICHE

CINEMA/MOVIES (a cura di T. Liverani)

IL SOSPETTO.....120

JOKER.....121

L'INFERNO.....123

LIBRI/BOOKS (a cura di B. Foresi)

LA NEUROFILOSOFIA E LA MENTE SANA. IMPARARE DAL CERVELLO

MALATO.....126

PARANOIA. LA FOLLIA CHE FA LA STORIA.....142

LA FUORIUSCITA.....158

CONGRESSI/CONGRES REPORT (a cura di V. Battisti)

XII CONGRESSO DI IMMUNOPATOLOGIA CUTANEA, MILANO, 29-30

NOVEMBRE 2019.....160

RICERCHE/RESEARCH (a cura di A. Morrone)

A. Carleschi, I. D'Angeli, S. Pugliese: *"Pensiero inconscio e pensiero verbale", un'analisi esplorativa integrando sogno e disegno*.....169

P. Soraci, F. Lagattolla, G. Parente, E. Guaitoli, R. Cimaglia, E. Del Fante, C. Puoti: *Analisi esplorativa della cyberchondria severity scale forma breve (css-12) nel contesto italiano*.....186

Mente e Cura

Organo Ufficiale dell'IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Direzione scientifica: Giuseppe Tropeano

Direttore responsabile: Riccardo de Sanctis

Vice-Direttori: Giuseppe Lago, Bernardino Foresi

Responsabile editoriale: Tiziana Liverani

Coordinamento editoriale: Maria Emanuela Bezzi

Comitato di lettura: Fulvia Adriano, Vittoria Barletta, Silvia Battisti, Mariagrazia Capillo, Simona Caporiccio, Claudia Cardarelli, Federica Cosenza, Giuseppe D'Agostino, Francesco Ricci, Chiara Scarpulla, Ambra Zazzera.

Comitato editoriale: Maurizio Andreola, Rita Ballacci, Silvia Battisti, Valentina Battisti, Cristina Bottoni, Riccardo Caporale, Alessia Carleschi, Elvira Chiaia, Gaetano Di Mauro, Stefano Martellotti, Renato Menichincheri, Manuela Monteforte, Alessandro Montenero, Annalucia Morrone, Mauro Pallagrosi, Giuseppe Quintavalle, Paola Quintavalle, Pierluigi Scarciglia, Piero Sistopoli, Marco Sparvoli, Stefano Terenzi.

Comitato scientifico: Vincenzo Aloisantonio, Ugo Amati, Massimo Ammaniti, Mario Amore, Luigi Aversa, Valeria Babini, Goffredo Bartocci, Massimo Biondi, Pietro Bria, Gilberto Corbellini, Tonino Cantelmi, Paolo di Benedetto, Filippo Maria Ferro, Antonella Filastro, Massimo Fioranelli, Luigi Grosso, Aldo Lombardo, Silvia Mazzoni, Anna Oliverio Ferraris, Alberto Oliverio, Tommaso Parisi, Francesco Peverini, Vincenzo Rapisarda, Alessandro Rossi, Romolo Sabatini, Albertina Seta, Fabrizio Starace, Leonardo Tondo, Nicola Zippel.

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

A cura di *Giuseppe Lago*

COMPENDIO DI PSICOTERAPIA

Per una psicoterapia
senza aggettiviPresentazione di *Paolo Migone*

Per saperne di più clicchi qui

Finalmente un testo di psicoterapia senza aggettivi.

Pensiamo che nel terzo millennio sia venuto il momento di offrire agli addetti ai lavori, ma anche alle persone interessate e impegnate in discipline affini, uno strumento di orientamento generale e di lavoro di base.

Per realizzare questo obiettivo, abbiamo cercato di impostare un *common ground* di nozioni e conoscenze, il più condivisibile da parte dei principali indirizzi della psicoterapia attuale. Ci siamo proposti di presentare una metodologia il più possibile trasversale, senza dimenticare il paradigma di provenienza di molti di noi, cioè la psicoanalisi. L'influenza di cui abbiamo tenuto conto, però, riguarda la stessa influenza che ciascuno psicoterapeuta riceve durante la sua formazione, dal più antico metodo di cura attraverso la relazione. Sullo sfondo del percorso storico della psicoanalisi, abbiamo assimilato tutto il meglio che ci può derivare da altri indirizzi nati dopo di essa.

Questo libro vuole essere un manuale di agile consultazione per lo psicoterapeuta clinico del nostro tempo. Non siamo interessati a occupare lo spazio limitato di un'appartenenza a un paradigma. Siamo altresì impegnati nell'espone le basi metodologiche dell'intervento di psicoterapia, a cominciare da una solida impostazione diagnostica della personalità e da una necessaria verifica dell'*outcome*, ovvero dei risultati di un intervento che vorremmo contribuire a sottrarre all'autoreferenzialità dei metodi carismatici e allo schematismo dei metodi riduzionisti.

Giuseppe Lago, psichiatra, psicoterapeuta, dirige dal 2004 l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) (www.irppiscuolapsicoterapia.it), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR. Nel 2006, ha pubblicato *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo* (Alpes Italia). Nel 2014, ha pubblicato, per Castelvecchi, *L'illusione di Mesmer*. È vicedirettore della rivista dell'IRPPI *Mente e Cura* (www.menteecura.it).

Editoriale/Editorial

“Sospettando ad veritatem pervenit”

Secondo lo psicanalista Junghiano James Hillman: “se si potesse arrivare con certezza alla definizione fondamentale della paranoia, allora saremmo davvero in grado di definire la vera follia e di prestare soccorso alla mente malata”¹. La paranoia, questa patologia che ha affascinato tanti, da Jacques Lacan a Elias Canetti, “spicca come l'unica delle sindromi più gravi che non sia stata ridotta alla fisiologia” ovvero ad una “spiegazione” neurobiologica. In realtà la stessa neuropsicobiologia, anche in anni lontani, non ha mai desistito totalmente dall'ipotizzare coinvolgimenti di aree specifiche del cervello, di neuromediatori chimici come la dopamina, chiamata più volte in causa nella patogenesi della psicosi in generale, dei disturbi deliranti, della paranoia in particolare. Lo stesso de Clérambault - come racconta Leonardo Tondo nel volume *Qualcuno ce l'ha con me. Dal pregiudizio alla paranoia* (Baldini Castoldi 2017) - non escludeva che all'origine degli automatismi mentali e poi dei deliri cronici vi fossero eventi neurologici. Importanza fu data, in seguito, ad eccessive attività dopaminergiche nel sistema limbico.

La Psicoanalisi, da parte sua, ha invece prodotto fecondi, innumerevoli studi sulla paranoia e sulla personalità paranoide. Parlare di personalità paranoide indica quanto il concetto di

¹ Hillman J. *La vana fuga dagli dei*. Adephi, Milano 1991; pag. 16.

paranoia venga usato nel suo spettro di significato più ampio: lo si applica a tratti, stili percettivi e cognitivi, che con vari gradienti di intensità patologica si rintracciano sia in gravi psicosi conclamate, sia in persone dal comportamento “normale” ed innocuo, che mantengono una distanza diffidente, sospettosa, interpretativa (vedi la famosa segretaria “perfetta” di Eugen Bleuler).

Questo numero della rivista, che esce in ritardo e privo di alcuni contributi programmati (sulle psicosi paranoiche da cocaina, sugli aspetti criminologici etc.) a causa della pandemia, offre al lettore due ottimi spunti di riflessione e discussione sulla paranoia: la densa intervista rilasciata da Giuseppe Martini, che ringraziamo per la sua disponibilità in tempi non facili, ed il colto articolo di Giuseppe Lago, peraltro ricco di riferimenti letterari (Kleist) e cinematografici (Buñuel).

Ritengo di dover citare il contributo del Dr. Pasquale Parise, che sulla paranoia ha scritto un articolo sul suo sito web intitolato “La Paranoia: riflessioni su una diagnosi dimenticata”. Ne riporto alcuni passi, che ben disegnano l'evoluzione storica del concetto di Paranoia:

“La paranoia si può considerare concettualmente come un tentativo di spostare il fulcro del paradigma psichiatrico di fine ‘800 dalla concezione della malattia mentale (e parliamo naturalmente delle psicosi) come ‘processo’, destinato inesorabilmente alla defettualità del deterioramento cognitivo e comportamentale, a quella della malattia mentale come ‘sviluppo’, quindi (reazione) comprensibile in base alle caratteristiche della personalità dell’individuo”².

Nella sesta edizione del suo *Trattato di psichiatria* (1899) Kraepelin caratterizza la paranoia come un “delirio” che si

² <https://www.pasqualeparise.it/riflessioni-sulla-paranoia-parte/>

accompagna al mantenimento dell'intelligenza e della lucidità del pensiero. Ciò che Kraepelin sottolineava era l'estensione progressiva del delirio secondo uno schema che de Clérambault chiamerà "a reticolo" (en reseau) confondendosi con la biogenetica. Altri avevano sottolineato il ruolo degli stati affettivi nello sviluppo della paranoia: Specht e Tilling la considerarono la terza forma di disturbo affettivo, con la mania e la melanconia.

Contemporaneamente, in Francia, Serieux e Capgras descrivono il "delirio di interpretazione". Per loro i soggetti che ne sono affetti, al di fuori del loro "delirio parziale", mostrano tutta la loro vivacità intellettuale, pronti a discutere e a difendere le loro convinzioni. Se si parla con loro o se si leggono i loro scritti, i loro diari, non si rileva alcuna forma di irrazionalità, ma si constata una maniera di esprimersi molto corretta, ricordi precisi, curiosità viva, intelligenza acuta e penetrante. Sono come dei "ragionatori dalla mente falsa": sistematizzano tutto partendo da un preconetto errato, da una falsa idea fissa che guida inesorabilmente le loro false interpretazioni. Come se "il progetto" del loro pensare non cambiasse assolutamente, ma mutasse in proporzione di "ampiezza ed estensione". Gli interpretatori mantengono la loro costruzione delirante viva nel tempo, e se ben integrati nella vita sociale, appaiono come "normali". "Il paranoico non guarisce, disarmo", scrisse Eugenio Tanzi³.

Questi interpretatori non inventano di sana pianta delle situazioni senza fondamento alcuno, ma, come scrivono sempre Serieux e Capgras, *"uno sguardo, un sorriso, un gesto, le grida*

³ Eugenio Tanzi, uno dei maggiori psichiatri italiani tra fine '800 e inizio '900, autore insieme a Gaetano Riva di un saggio sulla paranoia nel 1884: *La paranoia. Contributo alle teorie delle degenerazioni psichiche* (ripubblicato recentemente in Rivista sperimentale di fienatria. Franco Angeli, Milano 2009; fasc. 3).

e le canzoni dei bambini i chiacchiericci dei passanti, i pezzi di carta trovati sulla strada, una porta aperta o chiusa, basta un niente per fornire un pretesto laddove altri non vedono che delle “coincidenze”: una chiaroveggenza interpretativa attraverso la quale sanno scoprire le verità ed i rapporti segreti delle cose”⁴.

L'intuizione degli autori Francesi è quella di riferire una continuità tra il delirare e le caratteristiche di personalità già esistenti nella storia della vita del paziente. Si rileva infatti uno sviluppo ipertrofico di certe tendenze già esistenti: l'egocentrismo, l'ipertrofia dell'io (l'estremo grado della grandiosità narcisistica, scriverà tanti anni dopo H. Kohut), la diffidenza, la tendenza alla gelosia, l'altissima opinione di se stessi.

Legata in qualche modo al problema delle personalità paranoiche, è la nostra diretta esperienza clinica di questi ultimi anni: è significativo che sempre più pazienti arrivano al nostro studio dopo relazioni devastanti con partner narcisisti e paranoici da cui cercano di liberarsi. Sono quasi sempre di sesso maschile questi “fidanzati” la cui organizzazione di personalità è improntata alla “diffidenza”, al “sospetto”, all'aggressività spesso non solo verbale, con diagnosi che vanno dalla “Sindrome di Mairêt” (con idee prevalenti di gelosia) a forme più gravi come la “Sindrome di Otello”. Questi “padroni”, che difficilmente si prestano ad un percorso di terapia (lo fanno quando urtano con procedure di rilevanza penale) si trasformano di sovente in “detective a tempo pieno”. Quello che lascia interdetti (ma non troppo) è come “l'altro” accetti, anche a lungo, tutto questo facendo sì che non ha senso parlare di una persona “malata”, ma di una coppia gravemente disturbata. Sono spesso soggetti con biografie colme di turbolenze affettive, di vissuti di frustrazione, che cercano di

⁴ <https://www.pasqualeparise.it/riflessioni-sulla-paranoia-parte/>

sanare con atteggiamenti di ipervalutazione di sé, con manie di grandezza, generosità spropositate verso la persona (pletora di mazzi di rose, vacanze cool, per riconquistare e farsi perdonare dai martiri che infliggono ...)

Bernardino Foresi ha recensito un libro di Georg Northoff, filosofo kantiano (almeno inizialmente psichiatra ed ottimo clinico, neuroscienziato polimorfo e complesso). Northoff persegue un approccio “neurofilosofico” non riduzionista che permette di integrare il “concetto con il fatto” (Northoff, 2011). Nei suoi scritti si è espresso, tra l'altro, sul modo in cui il cervello costruisce fenomeni soggettivi come il sé, la coscienza, le emozioni, i disordini dell'esperienza del tempo. Northoff si inserisce a pieno merito in quella corrente che, a partire da Kandel, promuove un incontro virtuoso tra neuroscienze, filosofia e psicoanalisi, testimoniato dal fatto che Chair dell'IPA research commit è stato nominato Mark Solms. Ricordo che Northoff nel 2018 è stato ospite della SPI (sotto la presidenza di Anna Nicolò) per un seminario dal titolo “La nascita di sé: processi neurobiologici e sviluppo psichico del sé”. Al di là dell'interesse e degli stimoli dettati dalle ricerche e degli scritti di Northoff, per i quali riamando alla recensione di Foresi e ai libri del neurofilosofo, voglio segnalare, a proposito delle tecniche di *imaging* elettivamente usate da Northoff, il richiamo di Weinberger (“R. Scan: Why we should care!” Weinberger et al. 2016) su di una lettura posteriormente “superficiale” degli studi con RMN. In ogni modo, Northoff indica la necessità di un “first person neuroscience” che preserva gli elementi di soggettività, qualunque sia il setting nel quale si agisca (stanza di ricerca di *neuroimaging* e stanza di terapia con i complessi e molteplici livelli di comunicazione).

Alessia Carleschi e collaboratori presentano un interessante scritto su qualcosa che troppo spesso non viene suggerito ai pazienti nel momento in cui “donano” un sogno al terapeuta: il disegno di ciò che si è sognato. Viene citato giustamente Federico Fellini: il suo “libro dei sogni” dopo varie vicende (custodito inizialmente da Giulietta Masina nella casa di Via Margutta) fu finalmente pubblicato da Rizzoli. Fu a mio parere, testimonianza importante dell'autoanalisi che Fellini portò avanti per anni. Che ruolo ebbe allora la sua frequentazione con Ernest Bernhard allievo di Jung, nello studio di Via Gregoriana? Ce lo spiega Paolo Aite, quando rievoca il rapporto tra Fellini e l'eccentrico Ernest Bernhard, ebreo non praticante trasferitosi in Italia per sfuggire alle persecuzioni naziste. Il loro rapporto, dice Aite, fu una “autenticità” che albergava in entrambi. Bernhard non fu lo psicoanalista di F. Fellini ma molto di più: si incontravano quando il regista era turbato da momenti di incertezza. Le parole di addio di Fellini in morte di Bernhard furono toccanti; quindi possiamo dire essersi trattato di un processo terapeutico, condotto in prima persona da Fellini in colorati disegni dei sogni, con l'appoggio però di una figura paterna.

Un gruppo composto di allievi IRPPI e altri ricercatori ha affrontato un tema definito dal neologismo “Cybercondria”, che già nel 1997 Brian Fallon, Md. Professore di Psichiatria alla Columbia University NY, aveva segnalato in *Phantom illness recognizing, understanding and overcoming Hypochondria* (Houghton Mifflin, Boston 1997). Scriveva Fallon: “per gli ipocondriaci internet cambia assolutamente le cose in peggio”.

Importante la collaborazione instaurata da IRPPI con l'IDI, con la sostanziosa partecipazione al convegno di immunodermatologia di Milano.

Non posso omettere, in questo editoriale, le nuove condizioni del nostro lavoro di psicoterapeutici e le difficoltà a fronteggiare noi con i nostri pazienti *stressors* così inattesi, drammatici e riguardanti tutti, agenti indipendentemente da differenze sociali, culturali e politiche (Biondi 2020). Il neologismo coniato dall'OMS "infodemia" indica bene l'eccesso di informazione dei media, un contagio di notizie a contenuto soprattutto angosciante, terrorizzante e quasi sempre contraddittorio. Intervenire sulla "confusione" nei nostri pazienti è stato un cimento primario, che ha tolto tempo al discorso "strettamente" psicoterapeutico. Lo testimonia anche la lettera di Nancy McWilliams, psicoanalista nota di New York, la quale ammette di essere stata costretta a costruirsi una discreta cultura virologica dinnanzi alle pressanti domande degli analizzandi. Rimando, per questo, all'articolo di Massimo Biondi e Angela Iannitelli *CoViD-19 and stress in the pandemic: "Sanity is not statistical"* sulla Rivista di Psichiatria (2020; 55 (3)131 – 136) che analizza bene le fasi di risposta allo stress e discute la "plasticità adattiva" come grande risorsa umana.

Voglio menzionare l'esemplare azione medica e di sostegno psicologico messa in atto dal Dr. Maurizio Andreola, nostro storico docente e medico di famiglia: ha inviato giornalmente report chiari e documentati ai suoi pazienti; giusto che sia comparso in RAI dove, purtroppo non solo sulle reti nazionali, c'è stato un tripudio di narcisismi e di risentimenti professionali.

Sul tema della paranoia, che è il tema centrale di questo numero doppio, Bernardino Foresi ha anche prodotto una recensione del libro dello psicoanalista junghiano Luigi Zoja:

Paranoia. La follia che fa la storia. Rimandando alla lettura del ricco contributo di Foresi, voglio però riprendere la definizione di “Paranoia Collettiva” che nasce e si rafforza all'interno di dinamiche sociali. Daniel Freeman professore di psichiatria al King's College di Londra ed in Oxford University, si pone la domanda: “Is paranoia increasing?” Nel libro *Paranoia, the 21st Century Fear* (Oxford University Press, 2008) Freeman alimenta come definizione operativa della “Paranoia Collettiva” una paura infondata che gli altri, o eventi particolari, ci danneggino e ci mettano in pericolo; cita la vicenda del naufragio del “SEA EMPRESS” (1996), quando gli assillanti e catastrofici messaggi dei media causarono, anche in zone certamente immuni della diffusione di sostanze tossiche, i sintomi descritti da giornali e TV: nausea, cefalee, ansia, etc. E' una formula, afferma Freeman, ineludibile, come nel caso della psicosi da antrace nel post “Torri Gemelle”. “Prendi una catastrofe, aggiungi una estesa copertura mediatica, e vedrai l'ansia collettiva crescere...”. Questo perché il nostro modo di ragionare (*The way we reason*) si lascia guidare più dall'apparenza delle cose che dalla loro realtà. Parte del problema è racchiuso nel detto, ben noto a chi si occupa di comunicazione mediatica: “*if it bleeds, it leads*” (se c'è sangue, fa notizia).

Discutendo sulla natura della nostra “sopravvalutazione” paranoica dei rischi, Freeman chiama in causa gli studi del premio Nobel, psicologo cognitivo, Daniel Kahneman. In molti studi Kahneman ed il suo *team* hanno mostrato come l'essere umano raramente usi la logica nel suo pensiero bensì ragionamenti “facili”, meno “faticosi”, che non danno una visione obiettiva degli eventi. “*We use all kinds of shortcuts, hunches, and rough-and-ready rules of thumb to make sense of the world* (utilizziamo tutti i tipi di scorciatoie, intuizioni e regole pratiche

approssimative per dare un senso al mondo) (D. Kahneman, 1982).

Altre interessanti considerazioni sono fatte da Freeman sulle possibili relazioni tra “tendenza alla differenza, al pensiero persecutorio” ed inurbamento della popolazione. Rimando anche al *Camberwell Walk Stol* (Ellet et al. 2008 su *Schizophrenia Research* 22, 77 – 84) e allo stesso Kahneman: *Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge University, 1982. Il Dott. Daniel Freeman in un'intervista del 3 Agosto 2016 al “The Guardian” cita il filosofo rinascimentale Francis Bacon: “*Suspitions amongst thoughts are like bats amongst birds*” (Il sospetto che si insinua tra i pensieri è come un pipistrello tra gli uccelli). Bacon coglie il pericolo di scompaginare la nostra visione della realtà. Così continua: “*Certainly they, were guarded. For They cloud the mind, they lose friends and they check with business, where by business cannot go on currently and costantly. They dispose kings to tyranny, husbands to jealousy, wise ma to irresolution and melancholy*”. (Certamente questi pensieri devono essere repressi o perlomeno tenuti d'occhio. Dato che oscurano la mente cosicché le persone perdono gli amici e i loro affari non possono andare avanti in modo liscio e costante. Questi pensieri dispongono i re alla tirannia, i mariti alla gelosia, gli uomini saggi all'irrisoluzione ed alla malinconia).

Non posso chiudere questo editoriale senza ricordare l'amico professore Luigi de Marchi, docente in IRPPI di cui ricorre quest'anno il decennale della morte: in questo convulso periodo mancano molto le sue parole coraggiose ed incuranti del *mainstream* mediatico.

Giuseppe Tropeano

Interviste/Interviews

Giuseppe Martini, psichiatra, *Primario del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale S. Spirito di Roma (ASL RM1), Psicoterapeuta e Psicoanalista membro della Società italiana di Psicoanalisi e della International Psychoanalytical Association, già docente presso le Scuole di specializzazione in psichiatria di diverse Università italiane (Ancona, Chieti, Bologna, Università Cattolica di Roma) e presso alcune scuole di specializzazione in psicoterapia a Roma e Napoli; ha pubblicato oltre 150 lavori in libri e riviste scientifiche italiane e straniere.*

Tropeano: Pensi sia ancora utile in psichiatria una diagnosi di paranoia disgiunta da schizofrenia e disturbo bipolare?

Martini: Differenziare i diversi quadri psicotici non è solo utile, ma essenziale sotto svariati punti di vista: psicopatologico, anzitutto, ma anche clinico, sia da una prospettiva psichiatrica (e anche farmacologica), sia ancor più psicoterapica e psicoanalitica. Prima di chiarirne le ragioni è opportuna una premessa, che riguarda soprattutto la psicoanalisi, e in particolare certe sue discutibili consuetudini, da cui penso sia stata seriamente danneggiata e che nondimeno persistono tuttora. Mi riferisco alla disinvoltura e genericità con cui è stato e viene utilizzato il termine *psicosi* in modo indifferenziato per indicare sia quadri estremamente differenti tra loro, sia una posizione psichica che

pertiene anche alla persona *nevrotica* o addirittura all'artista o a chi è *affetto* da una certa genialità. Personalmente preferisco parlare di una *dimensione irrepresentabile dell'inconscio*, caratterizzata non già da rappresentazioni preformate sia pure soggette alle modalità del processo primario (condensazione, spostamento, atemporalità, etc.), bensì da un vuoto di pensiero, un'area psichica ove la rappresentazione può sorgere, ma anche venire impedita da una serie di fattori. E' chiaro che questo inconscio irrepresentabile ha molto a che fare con l'inconscio non rimosso, mentre differisce assai da quello rimosso. E' una dimensione, del resto, che è stata esplorata a lungo dalla psicoanalisi dell'ultimo mezzo secolo e che ne ha cambiato profondamente il volto. Queste riflessioni sono nate proprio a partire dall'esperienza con pazienti psicotici, ma poi, come già era successo con la rimozione (che ben presto la psicoanalisi scopre non solo essere appannaggio dell'isteria, ma avere valenza universale), anche questa dimensione di irrepresentabilità è stata ascritta all'inconscio in generale. Per ricordare solo i principali autori che hanno contribuito a questa radicale trasformazione del concetto di inconscio e dunque della psicoanalisi vanno citati: gli elementi beta e lo "0" (Bion), il pittogramma (Aulagnier), il vuoto e l'assenza (Resnik) il buco nero (Grotstein), l'esperienza non formulata (D. Stern), il conosciuto non pensato (Bollas), l'ambito del nuovo inizio (Loch), l'essere simmetrico (Matte Blanco), l'Oggetto Originario Concreto (Ferrari), il codice subsimbolico (Bucci). Naturalmente non possiamo sottacere che inconscio irrepresentabile, o come lo si voglia chiamare, è concetto generale e che complessa e problematica ne è la differenziazione interna. C'è probabilmente una radice comune che ha a che fare con l'esistenza o, meglio ancora, con l'incomprensibilità dell'esistenza, ma beninteso enorme è la differenza tra il sentimento di irrepresentabilità che tormenta l'artista e che però

può generare rappresentazioni di alto valore estetico dalla irrappresentabilità che domina il campo del patologico, con tratti peraltro estremamente variegati e difformi: l'irrappresentabile generato dal trauma dei disturbi post traumatici e dissociativi, l'irrappresentabile da deficit di mentalizzazione del disturbo borderline, l'irrappresentabile da disfunzionamento (quale che ne siano le cause) dell'apparato di pensiero dei pazienti schizofrenici. Una differenza essenziale è legata, ad esempio, alla perdita della articolazione dialettica tra rappresentazione e irrappresentabile, cui si assiste nelle psicosi, con prevalenza ingente del secondo rispetto alla prima. Ecco allora l'importanza della psicopatologia e, in tal caso, del concetto di *perdita dell'evidenza naturale*, di quella base cioè di senso comune indispensabile per la genesi della non evidenza e del pensiero simbolico. E' lo scardinamento del rapporto tra le due, come ricorda lo stesso Blankenburg, ad essere generativo della schizofrenia! Al contrario, laddove persista una tale tensione dialettica, compito essenziale della psicoanalisi diviene non solo condurre la rappresentazione nel luogo dell'irrappresentabile, ma anche (e soprattutto) favorire un nuovo irrappresentabile generato dalla rappresentazione stessa. Per dirla nei termini di Paul Ricoeur, è auspicabile che la traduzione produca - a partire da un intraducibile di partenza - un intraducibile di arrivo. Questo mi sembra lo avesse già colto, molti anni fa, Cornelius Castoriadis quando affermava - nei termini della metapsicologia freudiana classica - che compito della psicoanalisi sia non solo consentire all'Io di occupare il territorio dell'Es, ma anche di condurre Es ove era Io.

Ora, per tornare alla questione della diagnosi che mi hai sottoposto, vorrei così concludere e riassumere: l'individuazione di tratti in comune tra le diverse psicosi o anche tra le aree psicotiche della personalità e il paziente psicotico non è affatto peregrina, ma l'uso approssimativo e improprio che se ne è fatto

ha condotto una disciplina di solito così attenta a differenziare i diversi meccanismi psichici a una genericità impressionante con risvolti negativi che si sono dati tanto: (a) nel rapporto tra psicoanalisi e psicopatologia, quanto (b) nella teoria della clinica, per cui da una parte ogni psicoanalista ha detto la sua sul funzionamento mentale psicotico estendendone una certa caratteristica a tutte le psicosi, dall'altra certi meccanismi per un autore contraddistintivi del disturbo schizofrenico sono risultati analoghi a quelli che per un altro lo sono del disturbo borderline, e così via. Questo è stato anche l'esito di una sostanziale trascuratezza della psicoanalisi rispetto alla psicopatologia e alla psichiatria fenomenologica (con alcune illustri eccezioni: Salomon Resnik e Gaetano Benedetti, tra i più insigni), per non parlare poi della sua indifferenza nei confronti del pensiero di Jaspers, che certo è stato "nemico" della psicoanalisi, ma un nemico da cui c'è a tutt'oggi molto da apprendere. Del resto, attualmente la psicoanalisi è radicalmente cambiata rispetto agli albori e a tutta la prima metà del Novecento e questo potrebbe rendere non solo estremamente fecondo, ma anche naturale e consequenziale il confronto con la psicopatologia, che pure continua ad essere snobbata dalle scuole di ascendenza freudiana (diverso invece il caso di quelle junghiane). C'è infine un terzo risvolto negativo ed è il più importante: (c) parlare genericamente di psicosi (e magari al singolare!) impedisce sia allo psichiatra, sia soprattutto allo psicoterapeuta di cogliere appieno l'importanza della assunzione di una diversa e specifica posizione nella relazione con lo schizofrenico, con il paranoico, con il paziente che presenta una psicosi isterica, con quello che presenta un episodio psicotico acuto, per non parlare poi del borderline (che ovviamente non va ascritto alla categoria delle psicosi, ma può avere sintomi di tal sorta). Se questo spesso è intuitivo (perché difforme è la modalità con cui queste persone si relazionano con noi) nondimeno una

teoria generica può sviarci e indurci ad adottare atteggiamenti poco appropriati: ad esempio focalizzare troppo il lavoro sulla dimensione di odio o megalomanica del paziente schizofrenico (o trascurare queste stesse nel paziente paranoico), adottare un uso aperto dell'interpretazione (stile *gioco interpretativo*, come lo chiamava Resnik), utile con gli schizofrenici, ma poco efficace e ambiguo nel caso della paranoia, assumere una vicinanza empatica, essenziale nelle psicosi acute, ma che potrebbe favorire un transfert erotizzato in quelle isteriche, e così via.

Se comunque è giusto riflettere in prima battuta sugli errori del nostro campo analitico, non vanno nemmeno trascurati quelli altrui. Intendo con ciò riferirmi all'uso caricaturale che certi psichiatri di impostazione biologica fanno della diagnosi di disturbo bipolare, onnicomprensiva, ai loro occhi, di quasi ogni disturbo psicotico e di molti disturbi di personalità. Raffrontata con tale genericità, quasi mi appare più dignitosa (per riferirsi all'intero ambito dei disturbi mentali e del disagio psichico) la dizione "profana" di *esaurimento nervoso*. Quanta distanza rispetto a concetti della psichiatria classica che ancora oggi rappresentano una sfida per il pensiero, come ad esempio quello di *psicosi unica* di Griesinger! Ancora una volta sono l'ignoranza\rigetto della psicopatologia alla base di queste posizioni, che in tal caso sono tuttavia aggravate dalla tracotanza dell'approccio farmacologico e dallo stile impersonale della cura.

Tropeano: Che tipo di vulnerabilità, secondo te, presenta il paranoide? Faresti una differenza tra reazioni paranoide e paranoia (ovvero disturbo delirante - DSM 5)?

Martini: Penso che la *disposizione paranoica* sia un tratto universale dello psichismo umano che si caratterizza per una predisposizione alla certezza, all'onnipotenza, al narcisismo e alla

fede, che ne sancisce la sua intima vicinanza alla norma (e insieme le limitate possibilità di cura). Questo rende ragione di un confine estremamente labile e spesso irricognoscibile con la paranoia propriamente detta, che è beninteso tutt'altra cosa. Se disposizione paranoica, reazione paranoide e disturbo di personalità paranoide sono disposte lungo un *continuum* e ben difformi dalla paranoia (la cui distanza dai precedenti implica invece un salto, una discontinuità), vorrei anche precisare come il DSM con le edizioni 5 e precedenti abbia compiuto un grave appiattimento psicopatologico nel non differenziare quest'ultima dagli altri disturbi deliranti, appiattimento per certi versi curioso e ancor più grave se paragonato con la messe di diagnosi che caratterizza tale sistema nosografico.

Ma cosa differenzia la paranoia dal disturbo paranoide di personalità e (questione più inquietante) quale dei due è più grave? Penso che se nella paranoia prevale il senso di persecuzione e la minaccia - e ben evidente è il carattere restitutivo del delirio rispetto ad una originaria fragilità del Sé (Schreber *docet!*) - il disturbo di personalità si caratterizza piuttosto, in certi casi particolarmente drammatici, per una prevalenza dell'odio (non necessariamente presente nella prima o comunque non necessariamente in forma eclatante). Se questo si coniuga con una struttura anempatica della personalità si può arrivare alle situazioni più sconvolgenti, di cui la storia del Novecento e purtroppo già dei primi decenni del nuovo millennio è stata più volte testimone. Si giunge allora a negare all'altro, al "nemico", lo statuto di essere umano, con le conseguenze devastanti che ben conosciamo. In genere sono ben pochi gli individui con una commistione di tali tratti del carattere, ma purtroppo i meccanismi proiettivi da essi adottati - propri della configurazione paranoica - ne favoriscono l'ascesa politica e sociale e il potere seduttivo consentendo loro di far presa su quella

disposizione paranoica che invece ha valenza universale e attivando così reazioni paranoide di massa. C'è infine un'altra differenza sostanziale tra questi individui, che affiancano al carattere paranoico l'assenza di empatia, e il paziente paranoico, oltre a quella che si dipana lungo il crinale odio *versus* sentimento di persecutorietà. E' la differenza abissale tra la fede (o credenza delirante) del paranoico e la malafede dei primi. Questa attitudine, esplorata da Sartre in *L'essere e il nulla*, fa sì che il male non sia mai troppo banale (senza per questo criticare l'idea arendtiana di *banalità del male*, che piuttosto, se correttamente intesa e se integrata proprio con quelle di *reazione paranoide* e di *assenza di empatia*, rappresenta una fecondissima occasione di riflessione per lo psicopatologo sensibile alle questioni sociali).

Tropeano: Condividi la tripartizione di Henri Ey tra deliri passionali, deliri rivendicativi e deliri interpretativi?

Martini: Non ho una particolare dimestichezza con questa tripartizione di Henri Ey, se non quella che nasce dalla consuetudine col suo *Manuale di psichiatria*, l'unico che veramente meriti una lettura attenta ancor oggi. Mi sembra del resto condivisibile e accurata la riflessione di Giuseppe Lago a questo proposito. Dato che, come ho detto sopra, ritengo improprio e generico il raggruppamento *disturbi deliranti* del DSM 5, ne consegue che non posso che convenire con una differenziazione tra i deliri schizofrenici, i deliri passionali e rivendicativi, più propri dell'orizzonte paranoico, e infine quelli immaginativi, che rimandano a quadri diversi tra cui includerei le psicosi isteriche, come anche certi deliri parafrenici dell'anziano. I deliri interpretativi, a loro volta, rinviano a un modo forse d'ordine più generale di rapporto tra il soggetto e il mondo, che si collega con quella perdita dell'evidenza naturale, cui sopra si è accennato.

In quanto tali i deliri interpretativi sono propri dell'universo schizofrenico, ma non solo: anche nel delirio sensitivo di rapporto e nel delirio paranoico l'interpretazione riveste un ruolo centralissimo. Certamente a tal proposito appare appropriata la distinzione di de Clérambault, che Ey riprende, tra un modo di delirare *a settore* ed uno *a rete*, con conseguenze significative sulla relazione terapeutica, sulla possibilità di alleanza con la "parte sana" del paziente, ma anche con difficoltà addizionali generate proprio - nei deliri a settore - dalla dicotomia così rigida tra la parte psicotica e quella apparentemente normale (... o "normotica"?). Da un altro punto di vista, complementare al precedente, la differenza la fa, soprattutto, la dimensione ricostitutiva del delirio, che è molto forte per il paranoico, molto debole per lo schizofrenico. Se poi correliamo il delirio interpretativo con l'idea di interpretazione in generale, il legame con la paranoia diviene ancora più stretto. Avendo infatti la paranoia a che fare con la logica e la coerenza, è soprattutto in questa patologia che si evidenzia in forma manifesta il rapporto con l'interpretazione. Filippo Ferro, riferendosi a Lantéri-Laura, parla a proposito di questi pazienti di una «tensione inesausta all'interpretare» (Ferro, 2008), sebbene sia senz'altro vero che la posizione interpretativa del paranoico può depistare l'ascoltatore in quanto si rischia di confondere la sovrastruttura con il fondamento: l'"amore" del paranoico per l'interpretazione è la semplice sovrastruttura, ove il fondamento rimane il vissuto delirante (Callieri e Maci, 2008).

Tropeano: Pensi sia ancora utile nella clinica il concetto di *bouffée délirante*?

Martini: Anche il concetto di *bouffée délirante* è non solo utile, ma fondamentale. Qui bisogna lamentare un altro vecchio errore

della psicoanalisi (oggi superato), emerso nell'ambito della psichiatria nordamericana dei decenni post-bellici, un errore speculare a quello, attuale, della psichiatria biologica. Se per questa tutto è disturbo bipolare, per la prima tutto era schizofrenia. La componente più vistosa di questo errore si compendia nella dizione altamente impropria, che è anzi una contraddizione in termini, di *schizofrenia acuta*. Da questo punto di vista risulta appropriata la subordinazione della diagnosi di tale patologia a una certa decorrenza temporale (semestrale), come proposto dal DSM 5. Del resto, lo stesso Ey ricorda come la schizofrenia sia alla fine, mai all'inizio! Ciò significa, a mio avviso, che bouffée délirante e schizofrenia sono due quadri radicalmente difformi sia come psicodinamica che come esiti (e beninteso come indicazione terapeutica), che tuttavia possono inizialmente assomigliarsi sul piano clinico, generando molte difficoltà diagnostiche (ma pochi errori, se si attende a pronunciarsi e si rispetta la decorrenza temporale richiesta). Voglio però anche aggiungere che questa parziale somiglianza rende difficile, ma non impossibile una corretta diagnosi iniziale (che come dicevo il tempo è destinato a chiarire) in quanto sia i dati anamnestici sia la presentazione del quadro clinico sono solitamente differenti in modo significativo. E' da prendere in considerazione soprattutto il tumulto emotivo che contraddistingue le bouffée a fronte della dimensione di vuoto che contraddistingue le schizofrenie. Sono d'accordo nel valorizzare nella diagnosi di questi quadri il *praecoxgefühl*, le cui radici dinamiche vanno forse ricercate proprio nel vuoto (Resnik), nella perdita dell'evidenza naturale (Blankenburg) e nell'esistenza negativa (Benedetti). Certo si tratta soprattutto di porre attenzione alla combinazione dei diversi aspetti (anamnesi, decorrenza temporale, quadro clinico dell'acuzie, modalità relazionali), più che al singolo sintomo o anche al singolo vissuto, perché dobbiamo anche ammettere che le somiglianze non mancano:

l'angoscia di marca psicotica, la depersonalizzazione, la perdita dell'ovvietà delle cose (così si esprimeva Bruno Callieri) entrano comunque in gioco in ambedue i quadri. Sicuramente diversa è la modalità terapeutica che richiedono: in un caso deve prevalere il contenimento emozionale, anche attraverso una attenta ospedalizzazione, nell'altra è fondamentale l'intervento riabilitativo per lungo periodo; diversi inoltre sono lo stile dell'intervento psicoterapico, specie nel periodo che segue la crisi, nonché la risposta e il tempo di mantenimento del trattamento farmacologico.

Tropeano: Cosa pensi della necessità di evidenziare i sintomi di base nelle personalità a rischio psicotico? Ti sembra utile il concetto di DUP (duration of untreated psychosis) nella clinica dei deliri?

Martini: Apprezzo molto la classificazione dei sintomi di base di Huber e Gross, poi ripresa da Klosterkötter e anche strumenti analoghi come quelli introdotti ad esempio da McGorry, sebbene la loro adozione trovi più facile applicazione sul piano della ricerca che in quello della clinica quotidiana. Sono tuttavia molto scettico dinanzi a chi professa certezze in merito alla prevenzione della schizofrenia. Certamente è fondamentale iniziare il trattamento quanto prima, sia sul piano psicoterapico che farmacologico: di qui l'indubbia utilità del concetto di DUP (invero, a mio avviso, più nella clinica della schizofrenia che in quella dei deliri sistematizzati). Tuttavia, nel caso dei programmi di prevenzione primaria della schizofrenia, quando dunque si sono manifestati solo pochi sintomi di base, in assenza di quelli che altri autori definiscono, ad es., *ultrahigh risk criteria*, si pongono questioni etiche non da poco che riguardano soprattutto il trattamento farmacologico, ma anche l'efficacia degli stessi

interventi psicosociali nell'arrestare la deriva psicotica (schizofrenica in particolare). Occorre un attento lavoro e grande esperienza, perché i programmi preventivi centrati sui sintomi di base da un lato, le teorie psicoanalitiche dall'altro, vadano oltre l'individuazione di una generica potenzialità psicotica, che non facilita le nostre decisioni cliniche e magari, sul piano della ricerca, induce a sottovalutare l'importanza della prevenzione secondaria, e dunque del trattamento degli esordi schizofrenici. Qui occorre scommettere in modo forte sull'intervento psicoterapico (mai disgiunto da quello psicosociale e farmacologico).

Tropeano: Quanto pensi sia utile la psicopatologia fenomenologica nella formazione dello psicoterapeuta?

Martini: Penso di aver già chiarito la mia opinione rispondendo alla prima domanda. Vorrei però precisare ulteriormente. La psicopatologia fenomenologica è essenziale nella formazione dello psicoterapeuta nella misura in cui essa consente di cogliere meglio il declinarsi dell'esistenza dello psicotico nel mondo, con gli altri e nella temporalità. E' altrettanto fondamentale il suo incontro con la psicoanalisi, il cui fine e il cui metodo sono votati a cogliere e *trasformare* il senso di quella data e specifica esistenza colta nella sua singolarità, al di là di categorie diagnostiche o anche filosofiche o psicopatologiche. Psichiatria fenomenologica e psicoanalisi possono fecondamente collaborare nella comprensione del mistero dell'alterità, nella realizzazione dell'incontro io-tu e nella trasformazione della *vivencia* (cioè del *vissuto*, ma meglio declinarlo al participio presente) di chi ci fa una richiesta di aiuto e cambiamento. Ma questo interesse per la singolarità della persona del paziente chiarisce anche la distanza della psichiatria fenomenologica da ogni discorso subordinato a

cogliere l'essere attraverso gli essenti. Aveva ragione Heidegger nel contestare a Binswanger di averlo frainteso: per fortuna l'aveva frainteso!

Inoltre, l'incontro tra psichiatria fenomenologica e psicoanalisi non può trascurare un terzo, rappresentato dalla psicopatologia generale, in specie nella sua versione jaspersiana. Il concetto di *incomprensibile* in particolare, spesso malinteso e vessato, è fondamentale per meglio riconoscere la profondità esistenziale e filosofica, e dunque umana, dell'esistenza nella psicosi, ed anche per meglio modulare (e tollerare) l'incontro con questi pazienti. Come ho sostenuto nei miei lavori sulla schizofrenia, è possibile *incontrarsi senza comprendersi* (Martini, 2011).

Per tutte queste ragioni, e per riassumere, la mia predilezione è per una psicopatologia psicodinamica, che colgo proprio nella intersezione delle tre radici che ho sopra ricordato.

Alla psicopatologia psicodinamica - vorrei aggiungere - è dedicato un corso di formazione seminariale che il nostro gruppo, *Laboratorio di psicoanalisi, ermeneutica, fenomenologia*, ha recentemente attivato (riservando tra l'altro nella didattica uno spazio privilegiato al cinema e all'immagine, che ho ritrovato anche nell'articolo di Lago).

Vorrei però evidenziare come nel rispondere a questa domanda io abbia utilizzato alcune parole (persona, senso, comprensione, incontro) che forse ci conducono oltre il territorio esclusivamente fenomenologico e psicoanalitico, verso quell'orizzonte, filosofico, critico e metodico, rappresentato dall'ermeneutica, di cui tornerò a occuparmi nel rispondere alla domanda conclusiva.

Tropeano: Come concepisci l'integrazione della psicoanalisi contemporanea nei trattamenti psichiatrici?

Martini: Ho lavorato per quaranta anni nei Dipartimenti di salute mentale animato *in primis* proprio dal tentativo di integrare psichiatria e psicoanalisi; sono tuttora convinto che è di lì che può trarre ispirazione un modo d'essere con i pazienti e nella relazione terapeutica che sappia coniugare le dimensioni *evidence based* e narrativa, ambedue essenziali, che di lì possa trarre linfa vitale (beninteso con il contributo fondamentale della psicopatologia europea e della fenomenologia) un modello di psichiatria che potremmo chiamare (e che è stato definito), più o meno indifferentemente, psichiatria *interpersonale, relazionale*, o - come io prediligo - *ermeneutica*. Occorre tuttavia apprendere non solo dall'esperienza, ma soprattutto dagli errori del passato. L'egemonia della psichiatria psicoanalitica, soprattutto in area nordamericana, con le sue ingenuità e i suoi estremismi, ha finito col favorire (o comunque con il non riuscire ad arrestare) l'egemonia della psichiatria biologica. Ma soprattutto abbiamo assistito (anche da noi) a un asservimento della psicoanalisi a logiche istituzionali e di potere che ne hanno fatto un paravento per pratiche cliniche e formative di tutt'altra natura: l'intervento integrato è diventato un intervento eclettico e (mal)combinato, l'attitudine psicoanalitica che avrebbe dovuto connotare le relazioni di cura nella loro globalità è stata confinata all'ora di psicoterapia, affidata magari a qualche specializzando, né sono mancati psicoanalisti conniventi in modo acritico con forme di contenzione farmacologica o addirittura fisica, in contravvenzione a principi etici basilari che concernono non solo le nostre discipline, ma i rapporti interpersonali in generale. Al di là di una certa dose di pressapochismo o delle logiche di potere, tuttavia, non dovremmo mai dimenticarci della difficoltà intrinseca alla scommessa di integrare psichiatria e psicoanalisi, che potrebbe riassumersi parafrasando l'apoforisma già ricordato di Ey a proposito della schizofrenia: l'intervento integrato è alla fine, mai all'inizio!

Dunque non può esserci mai garanzia, ma deve esserci disponibilità, tensione etica, consapevolezza della limitatezza dei nostri punti di vista e riconoscimento della necessità dell'integrazione: non solo di quella essenziale con la psichiatria sociale e con la farmacologia (cui ho dedicato un mio recente lavoro: Martini, 2016), ma anche tra i diversi orientamenti psicoterapici alla prova sul campo istituzionale.

Tropeano: Secondo te, in che modo il punto di vista ermeneutico in psicoanalisi può aiutare lo psichiatra nella comprensione della psicopatologia?

Martini: Per rispondere in modo diretto, riassuntivo ... e forse un po' troppo assertivo, mi arrischierei a dire: proprio perché muovono costantemente alla ricerca di un senso (non quello chiaro e autoevidente, bensì quello simbolico, aperto, che "dà da pensare": un *senso* emozionale, che rinvia alla *sensorialità*) psichiatria e psicoanalisi trovano nell'ermeneutica il loro indiscusso statuto disciplinare, nonostante le dimensioni del *biòs* e degli affetti, che pure loro appartengono a pieno titolo, le proiettano costantemente ai confini del *non ermeneutizzabile* (Martini, 2017).

Prendendola più *alla larga*, vorrei iniziare evidenziando l'espressione che tu utilizzi: "punto di vista", perché questo è un modo d'intendere l'ermeneutica che penso di condividere. Essa infatti, per come la concepisco, non è una teoria (non esiste una psicoanalisi ermeneutica in opposizione o in aggiunta a una psicoanalisi freudiana, junghiana, bioniana, etc.), bensì una *posizione* che assume il terapeuta, il che può anche definirsi "punto di vista". Meglio ancora essa è un *modo d'essere nella relazione*. Cosa lo caratterizza? Non certo la semplice attitudine interpretativo-comprensiva (che non è poco, ma è già patrimonio

della psicoanalisi e della psicopatologia), bensì certi attributi fondamentali, riassunti in quelle che ho definito “le parole dell’ermeneutica”: *simbolo*, *linguaggio*, *narrazione* (o meglio ancora *traduzione*), *dialogo*, tutte colte però in un senso specifico e non scontato, che ne accentua le caratteristiche dialettiche. Provo a ripercorrere in modo estremamente sintetico le provocazioni che da esse ci derivano, se colte in una accezione ermeneutica: 1) *simbolo*: il simbolo si declina, tanto in psichiatria come in psicoanalisi, come apertura verso un senso molteplice e ancora inconcluso, ma deve contemporaneamente confrontarsi (e dunque articolarsi dialetticamente, ma anche *contraddittoriamente*) con il simbolo-segno di un soggiacente conflitto psichico (psicoanalisi) o con il sintomo-indizio di un *mental disorder* passibile di definizione diagnostica (psichiatria); 2) *linguaggio*: come ricordano filosofi come George Steiner e Paul Ricoeur e psicoanalisti come Hans Loewald e Thomas Ogden, contrassegno primordiale del linguaggio non è tanto la comunicazione, bensì la manifestazione di un’*enigmaticità* ai confini con l’*indicibile*; 3) *narrazione*: è una dimensione fondamentale nella relazione di cura, a patto di non dimenticare come essa sia strettamente correlata non solo con la rappresentazione, ma anche con l’*irrapresentabile*, in quanto finalizzata proprio a connettere il paziente con la *magmaticità* del proprio mondo emozionale, e insieme, poiché lo fa attraverso lo strumento del linguaggio, anche a consentirgliene l’opportuno distanziamento; 4) *dialogo*: l’ermeneutica non solo ne sancisce l’*essenzialità*, specie con Gadamer che parla di *fusione di orizzonti*, ma anche (con Jauss) il suo rapporto con l’*alterità* e il conflitto; ciò significa che il dialogo, qualora non voglia semplicemente ridursi a uno slogan, risulta in psichiatria un punto di arrivo sempre incerto e quasi mai, purtroppo, di partenza, ponendosi così grossi quesiti etici in merito al problema dell’ “*invasione dell’altro*”.

Insomma, suggerirei almeno cinque ragioni che giustificano l'adozione in psichiatria di una prospettiva ermeneutica: (1) la psichiatria si rivolge a una soggettività non decomponibile; (2) è sempre narrazione di una storia; (3) implica comunque un'interazione; (4) si occupa di sintomi il cui valore non è solo segnico ma anche simbolico; (5) trova il suo oggetto specifico nel "fatto mentale", che si contraddistingue per possedere carattere di incommensurabilità.

Per quanto riguarda la psicoanalisi, più immediata sembrerebbe la sua ricollocazione all'interno di tale orizzonte, stante la condivisa vocazione al senso e la mira, che è anche dell'ermeneutica, di subordinare questa ricerca di significato alla trasformazione. Tuttavia, occorre sgombrare il campo da due equivoci che hanno condizionato la ricezione dell'ermeneutica in campo psicoanalitico. Il primo potrebbe denominarsi *relativismo ermeneutico*. Esso si è generato dalla combinazione con altre tendenze che, autonomamente e per vie difformi (ma anch'esse con un legame profondo con le tendenze della cultura contemporanea), hanno attraversato la psicoanalisi (e per altri versi non prive di effetti benefici). Mi riferisco ad una concezione allargata e ubiquitaria del transfert, a una rilettura unilaterale e "costruzionista" di *Costruzioni nell'analisi* (che invece ha semmai il limite di poggiare troppo sulla metafora archeologica), alla crisi della metapsicologia freudiana, e infine all'attenzione privilegiata alla relazione e soprattutto all'*hic et nunc*, in contrapposizione alla propensione della versione *classica* a privilegiare la *realtà psichica*. Si è così giunti, attraverso tale ermeneutica, a posizioni discutibili e perentorie quali la contrapposizione tra verità narrativa e verità storica (che dà titolo alla nota opera di Spence), la negazione stessa dell'esistenza di un passato storico, la assolutizzazione della *creazione* del significato (Ahumada lo definisce a ragione "creazionismo"), la rinuncia a ogni possibile

istanza veritativa all'interno del processo analitico. Il secondo equivoco, altrettanto discutibile, è consistito nel *ridurre l'ermeneutica ad una spiegazione coerente, chiara e sistematica*, dimenticando come questo sia solo uno dei possibili paradigmi della narrazione (la così detta "narrazione forte"). Dimenticanza, occorrerà riconoscere, che è tanto dei sostenitori (Schafer) quanto dei detrattori della posizione ermeneutica (Laplanche). Effettivamente, quando gli psicoanalisti nordamericani assumono il paradigma narrativo, danno l'impressione di farlo univocamente nel senso sopra delineato, ma esso non ha nulla a che fare con una narrazione e un linguaggio che, per riprendere ancora Ricoeur, conducono verso il segreto e il simbolo.

Va così ribadito, proprio a partire da questo ultimo punto, di come insufficiente e parziale sia una prospettiva ermeneutica che preveda in modo semplificatorio la centralità di (certa) narrazione e della interpretazione. L'ermeneutica, per come io la intendo, si connota piuttosto per il rinvio al non ancora, all'intraducibile, all'al di là del linguaggio sia pur attraverso il linguaggio. In altre parole, essa è destinata a costituirsi come *ponte tra la rappresentazione e l'irrappresentabile*.

Questo rende ragione del valore che assume nella mia prospettiva lo speciale riferimento a uno dei più importanti filosofi dell'ermeneutica, Paul Ricoeur, non solo e non tanto per il suo continuo confronto con la psicoanalisi a partire dall'opera chiave *Della interpretazione*, ma soprattutto in riferimento agli ultimi sviluppi del suo pensiero, dedicati alla traduzione, all'intraducibile e alla relazione che lega i due (2001).

Irrappresentabile, intraducibile e incomprensibile divengono allora, nella mia prospettiva, parole chiave della psicoanalisi, della filosofia e della psicopatologia: esse ci confrontano in modo più appropriato con l'universo psicotico, ci fanno comprendere meglio il fondamento esistenziale condiviso tra il terapeuta e il suo

paziente e ci rendono infine accorti dei nostri limiti, come uomini e come terapeuti.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada, J. L. (1994) *Interpretation and creationism*. Int. J. PsychoAnal. 75, 695–707.
- Aulagnier, P. (1975) *La violenza dell'interpretazione*. Trad. it. di A. Luchetti. Roma: Borla, 1994.
- Bion, W. R. (1963) *Gli elementi della psicoanalisi*. Trad. it. di G. Hautmann. Roma: Armando, 1973.
- Bion, W. R. (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Trad. it. di S. Bordi. Roma: Armando, 1979.
- Bollas, C. (1987) *L'ombra dell'oggetto*. Trad. it. di D. Molino. Roma: Borla, 1989.
- Callieri B., Maci C. (2008) *Il problema dell'endon e del reattivo nella paranoia*. In Callieri B., Maci C. (a cura di) *Paranoia. Passione e ragione*. Roma: Anicia.
- Ferrari, A. (1992) *L'eclissi del corpo*. Roma: Borla.
- Ferro F. M. (2008) *La paranoia tra medicina delle 'passioni' e clinica 'positiva'*. In Callieri B., Maci C. (a cura di) *Paranoia. Passione e ragione*.
- Laplanche, J. (1998) *Narratività ed ermeneutica*. Ricerca psicoanalitica, 11 (1), 7 (2000).
- Loch, W. (1975) *Psicoanalisi e verità. Prospettive psicoanalitiche*. Trad. it. di V. De Micco. Roma: Borla, 1996.
- Loewald, H. W. (1980) *Riflessioni psicoanalitiche*. Trad. it. di A. Rolla. Milano: Elsevier, 1999.
- Martini, G. (1998) *Ermeneutica e narrazione. Un percorso tra psichiatria e psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Martini, G. (2005) *La sfida dell'irrapresentabile*. Milano: Angeli.

- Martini, G. (2006) *L'ermeneutica come ponte tra narratività e irrepresentabilità*. In Martini G. (a cura di) *Psicoanalisi ed ermeneutica. Prospettive continentali*. Milano: Angeli.
- Martini, G. (2011) *La psicosi e la rappresentazione* Roma: Borla.
- Martini, G. (2015) *Traducibilità e intraducibilità dell'immagine*. In Busacchi V., Martini G. (a cura di) *Tra immagine e parola. Passaggi e paesaggi*. Roma: Fattore Umano Edizioni.
- Martini G. (2016) *Psicoanalisi e psicofarmaci nel trattamento dei disturbi psicotici*. In Lombardi R., Rinaldi I., Thanopoulos S. (a cura di) *Psicoanalisi delle psicosi. Prospettive attuali*. Cortina Libreria: Milano.
- Martini G. (2017) *La prospettiva ermeneutica in psichiatria e in psicoanalisi. Quadro d'insieme e linee di sviluppo*. *Critical Hermeneutics*, 1: Biannual International Journal of Philosophy.
- Matte Blanco, I. (1975) *L'inconscio come insiemi infiniti*. Trad. it. di P. Bria. Torino: Einaudi, 1981.
- Ogden, T. H. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza*. Trad. it. di L. Baldaccini. Roma: Astrolabio, 1992.
- Resnik, S. (1986) *L'esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ricœur, P. (1965) *Della interpretazione. Saggio su Freud*. Trad. it. di E. Renzi. Milano: Il Saggiatore, 1967.
- Ricœur, P. (1978) *Immagine e linguaggio in psicoanalisi*. In D. Jervolino e G. Martini (a cura di), *Paul Ricœur e la psicoanalisi. Testi scelti*. Milano: Angeli, 2007.
- Ricœur, P. (1986a) *Dal testo all'azione*. Trad. it. di G. Grampa. Milano: Jaca Book, 1989. *Critical Hermeneutics*, 1 (2017)

- Ricœur, P. (1986b) *Racconto, metafora, simbolo*. In D. Jervolino e G. Martini (a cura di), *Paul Ricœur e la psicoanalisi. Testi scelti*, cit.
- Ricœur, P. (1987) *Logica ermeneutica?* Aut-Aut, 217-218, 64–100.
- Ricœur, P. (1988) *La componente narrativa della psicoanalisi*. In D. Jervolino e G. Martini (a cura di) *Paul Ricœur e la psicoanalisi. Testi scelti*, cit.
- Ricœur, P. (2000) *La memoria, la storia, l'oblio*. Trad. it. di D. Iannotta. Milano: Cortina, 2003.
- Ricœur, P. (2001) *La traduzione. Una sfida etica*. Trad. it. di I. Bertoletti. Brescia: Morcelliana.
- Ricœur, P. (2007) *Conversazione sulla psicoanalisi*. In D. Jervolino e G. Martini (a cura di) *Paul Ricœur e la psicoanalisi. Testi scelti*, cit.
- Schafer, R. (1992) *Retelling a Life*. New York: Basic Books.
- Spence, D. P. (1982) *Verità narrativa e verità storica*. Trad. it. di G. Noferi. Firenze: Martinelli, 1987.
- Stern, D. B. (2003) *L'esperienza non formulata. Dalla dissociazione all'immaginazione in psicoanalisi*. Pisa: Edizioni del Cerro, 2007.

Articoli/Articles

DAL SOSPETTO AL DELIRIO

Saggio sulla paranoia

FROM SUSPICION TO DELUSION

Essay on Paranoia

*Giuseppe Lago**

Riassunto: Si parte dalla distinzione tra reazioni paranoide e disturbo paranoide di personalità. Si mettono in rilievo tratti come la sospettosità e la diffidenza. Queste sono le precondizioni per lo sviluppo di personalità che in situazioni di scompenso potrebbero reagire in modo paranoide. Si passa all'esposizione della bouffée delirante, cioè la manifestazione acuta del delirio. Si entra nel merito della paranoia secondo Kraepelin e si mettono in evidenza la psicopatologia dei deliri cronici e della paranoia in particolare, fino ad individuare la matrice psicopatologica del delirio.

Parole chiave: sospetto, diffidenza, bouffée delirante, paranoia, delirio cronico

Summary: It starts from the distinction between paranoid reactions and paranoid personality disorder. Stretches such as suspicion and mistrust are highlighted. These are the preconditions for personality development that in situations of failure could react in a paranoid way. We move on to the display of the delirious bouffée, that is the acute manifestation of delusion. One enters into the merit of paranoia according to Kraepelin and highlights the psychopathology of chronic delusions and paranoia in particular, until identifying the psychopathological matrix of delusion.

Keywords: suspicion, distrust, delirious bouffée, paranoia, chronic delusion

*Psichiatra e psicoterapeuta, direttore scientifico IRPPI

Per affrontare un tema così complesso, seguiremo l'impostazione con la quale l'anno scorso, in questa rivista, abbiamo affrontato il tema della depressione. In quella sede, dicemmo che per necessità occorre distinguere almeno due ambiti.

[...] Quando si parla di depressione, bisogna operare una distinzione in almeno due ambiti. Primo, occorre distinguere se si tratta di depressione o mal di vivere. Secondo, è necessario stabilire la correlazione tra disturbo dell'umore e disturbo del pensiero. [...] Lago 2018, p. 35.

Anche in questo caso, abbiamo individuato in modo sintetico due ambiti, la distinzione dei quali diventa fondamentale sia nella fase diagnostica del disturbo di personalità, sia nella fase terapeutica, e con questo intendiamo l'intervento integrato proposto nel *Compendio di Psicoterapia* (Lago, a cura di, 2016).

Diremo, quindi, che occorre distinguere l'area del sospetto, ancora intrisa d'angoscia e bloccata nella perplessità e nell'incertezza, dall'area del delirio, ossia di quella dimensione in cui un disturbo del pensiero va incontro a una strutturazione progressiva, fino a diventare sistema delirante.

Naturalmente, cercheremo di fare emergere nel modo più chiaro che cosa si può intendere come delirio nella paranoia. Dovremo risolvere però un'altra dicotomia, sapendo che per parlare di paranoia non è necessario che essa si esprima con il delirio conclamato. Di questa dicotomia, tiene conto anche il DSM-5 (2013) quando continua a distinguere (come i manuali precedenti) il *disturbo delirante* dal *disturbo paranoide di personalità*.

Il punto di vista psicodinamico dal quale partiamo ci consente di chiarire una distinzione che ha coinvolto in passato clinici e psicopatologi, e rimane un tema-cerniera in grado di

mettere alla prova anche nel presente coloro che si occupano di disturbi mentali.

[...] I concetti di stato paranoide e di paranoia hanno avuto un passato turbolento, e devono affrontare un futuro molto incerto. Nella classificazione ufficiale corrente delle malattie psichiatriche sono inclusi come entità distinte, ma nella pratica clinica reale il compito di stabilire la diagnosi differenziale tra essi e la psicosi schizofrenica o maniaco-depressiva spesso sembra molto faticoso e poco utile. Le difficoltà diagnostiche sono state vinte, in parte, costituendo dei gruppi di compromesso, come le depressioni con tendenze paranoide, le reazioni paranoide con tendenze depressive, la schizofrenia paranoide, la personalità paranoide ecc. Ma, quantunque tali compromessi permettano di includere molte situazioni eccezionali che i pazienti manifestano sempre in relazione a classificazioni arbitrarie, esse lasciano adito a parecchia confusione. [...] Cameron 1959, p. 709.

Un punto di partenza attuale può essere costituito dalla visione dimensionale della personalità secondo il PDM-2. In questo manuale, la proposizione di un *continuum* della personalità nel quale collocare i vari aspetti dimensionali non trascura la necessità di garantire un *estremo sano* e un *estremo più compromesso*. Ciò vuol dire che da qualche parte (e per qualche motivo) il *continuum* s'interrompe, dando luogo a una gradazione che si avvale di confini necessari per delimitare e distinguere un livello dall'altro (*livello sano, nevrotico, borderline, psicotico* (cfr. McWilliams, Shedler 2017)).

Il fattore qualitativo

Con quanto sopra, ho voluto sottolineare che a definire i livelli non ci può essere solo un fattore quantitativo, come il riferimento a un *continuum* farebbe pensare. Il riconoscimento di livelli sta a significare che, pur nei termini di una classificazione dimensionale, esistono degli elementi caratterizzanti e idiosincratici di ciascuna dimensione del *continuum*, i quali

determinano la sovrapposizione di piani (o livelli), ossia la presenza di una scala concettuale, in funzione di aspetti qualitativi e non quantitativi.

Entrando nel tema della dicotomia tra sospetto e delirio, occorrerà sottolineare che stiamo comunque parlando di modi di pensare che si configurano come tali e non di emozioni o affetti che prendono forma dall'immaginazione e dalla dimensione umorale del soggetto. Ossia, ci troviamo dinanzi ad aspetti che hanno perso la loro iniziale carica emotiva per diventare entità cognitive, tipo idee, pensieri, credenze. In che modo? Nel *Compendio* (cit.), l'abbiamo spiegato, sottolineando una tripartizione mentale che ci permette di comprendere come ciò che perviene ai livelli cognitivi nella personalità abbia un precedente e una base sempre attiva nei livelli emotivi.

[...] L'organizzazione della personalità verrà, quindi, da noi esposta a scopo esplicativo, articolandola secondo tre livelli mentali.

I tre livelli mentali sono i seguenti:

- *protomentale*
- *pensiero inconscio*
- *pensiero verbale*

Studiando lo sviluppo della personalità, sappiamo che c'è un ordine di apparizione di ciascun livello mentale, a partire dalla nascita. Se, invece, come ci siamo proposti, intendiamo presentare un'istantanea della personalità di un soggetto adulto esente da psicopatologia e difetti di sviluppo, vedremo l'articolazione dei tre livelli, presenti in quota diversa ma in modo integrato.

Il termine dimensionale, o quota, può senz'altro valere per il livello *protomentale*, nel quale è evidente la rilevanza di fattori biologici quantificabili e misurabili.

I due livelli mentali di secondo ordine, come *pensiero inconscio* e *pensiero verbale*, non sono quantificabili né misurabili, in quanto costituiti da quelli che le Neuroscienze definiscono *qualia*, ovvero qualità, contenuti mentali, quindi

prodotti, risultato di un lavoro della mente individuale, di cui è possibile valutare le manifestazioni ma è difficile risalire ai processi.

La difficoltà di risalire ai processi del pensiero e spiegarli è stato il rompicapo, e tuttora impegna molta filosofia.

Kant, con il concetto di cosa in sé, aveva invitato i ricercatori a rassegnarsi all'osservazione dei fenomeni, inquadrandoli secondo i ben noti parametri spazio-temporali. Kant (1781) sperava così di allontanare i pensatori dall'inveterata abitudine di individuare un principio assoluto quasi sempre coincidente con la divinità.

Purtroppo, il concetto di inconscio, perfezionato nella mente lungimirante di Freud, finiva per racchiudere proprio quella cosa in sé che Kant aveva consigliato di porre fuori dal campo della ricerca.

Ma se i filosofi non possono negare di essere stati messi in guardia da Kant, psichiatri, psicologi e psicoterapeuti rischiano di cadere nel solito trabocchetto e commettere l'errore di Cartesio. Quest'ultimo, che ovviamente non poteva conoscere Kant, non solo separa nell'uomo la mente dal corpo ma classifica le scienze in due ambiti ben separati: le scienze della natura e le scienze dello spirito.

Cartesio ha un suo modo di risolvere il problema di come la mente naturale, corporea, emotiva dell'uomo (*res extensa*) si connette con la mente concettuale, cognitiva, simbolica (*res cogitans*); egli ricorre al mito dell'*homunculus*, ovvero una piccola riproduzione dell'uomo stesso che, dalla ghiandola pineale del cervello, esercita la vista interiore che travalica la conoscenza oggettiva.

Oggi, per fortuna, non sono pochi i filosofi e i neuroscienziati, a partire da Antonio Damasio (1994), che evitano di cadere nell'errore di Cartesio.

In psicoterapia, invece, l'inconscio e il pensiero sembrano ancora cose in sé, che solo il rappresentante concettuale dell'*homunculus*, ovvero l'anima più o meno spirituale riesce a cogliere.

In psicoterapia, non sussiste però, a nostro avviso, unicamente l'errore di Cartesio. La speculazione sulla mente ha creato dei contenitori, non fittizi, non convenzionali, ma strutturali, tali come Es, Io, Super-io, mondo interno, mondo esterno, ai quali viene attribuito un significato assoluto per cui risultano essere cose e non involucri a perdere come dovrebbero.

Qualcuno dirà, quindi, che la tal cosa si trova nell'inconscio, nella coscienza, nel Super-io, nell'oggetto interno, dando a intendere che non di processi dinamici, ossia fluttuanti e momentanei, si tratta ma di cose in sé, strutture consolidate e scontate della personalità umana.

Il nostro parere è diverso. Quando parleremo di *livelli mentali di secondo ordine*, ossia sostanzialmente di pensiero, non lasceremo la base

neurofisiologica di partenza, se non per dare un nome a qualcosa che accade nella complessità del cervello e si esprime istantaneamente, ovvero non precede l'azione necessariamente, come il progetto dell'architetto precede la casa, ma si organizza lì per lì, a partire da elementi precedenti che costituiscono le premesse dell'atto del fare o del parlare e, soprattutto, che nessun homunculus riunisce o assembla secondo un processo prestabilito. [...]

[...] Che cosa ne sarà del *protomentale* a sviluppo adulto completato?

Con la comparsa dei due livelli mentali più evoluti, il *protomentale* si riduce progressivamente, fino a rimanere fissato in una quota di base, la quale collocandosi nel confine mente-corpo, costituisce un aspetto costante della personalità, garanzia di stabilità e sviluppo, testimonianza della storia emozionale affettiva inconscia del soggetto.

Perché il *protomentale* permanga nella quota di base, compatibile con l'equilibrio di una personalità adulta normale, occorre che gli elementi emotivi e affettivi, frutto della relazione dinamica immediata con l'ambiente, siano continuamente organizzati e, grazie al pensiero simbolico, trasformati in *rappresentazioni mentali*, ossia in contenuti psichici dotati di stabilità e in grado di consentire al soggetto la giusta distanza dagli oggetti materiali e dalle proprie esperienze emotive, consentendo così una relazione corretta con la realtà.

La *funzione riflessiva* o mentalizzazione, ovvero l'operazione che porta alla formazione di *rappresentazioni mentali*, dapprima viene esercitata con l'aiuto del *caregiver*, il quale rimanda al neonato la sua risposta rassicurante. Il bambino, crescendo, acquisirà la *funzione riflessiva*, sul modello della mentalizzazione materna. Ciò significa che le *rappresentazioni mentali* del bambino, dopo il secondo anno di vita, nasceranno nel contesto della relazione di attaccamento, instaurata alla nascita. Il risultato sarà che la prima rappresentazione simbolica di sé sarà una *rappresentazione mentale di sé e dell'altro da sé* (Kernberg, 1976), ossia il prodotto sintetico e inscindibile di una relazione affettiva.

Quanto sopra dimostra che le prime forme simboliche sono inconscie, in quanto rappresentazioni, ovvero *rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé*, che si imprimono nella memoria esplicita del soggetto, la quale comincia a configurarsi intorno al secondo anno di vita e permette come si diceva, la costituzione del *sé autobiografico*.

Il nostro soggetto adulto, allora, possiede un livello *protomentale*, in quota di base, e un *pensiero inconscio*, ossia un livello mentale di secondo ordine, in grado di operare la *mentalizzazione delle esperienze emotivo-affettive* del momento, connettendole alle *rappresentazioni mentali di sé e dell'altro da sé*,

cioè al sé autobiografico, e trasformandole a loro volta in rappresentazioni mentali.

Perché si realizzi in modo adeguato il processo di mentalizzazione, occorre che le rappresentazioni mentali, frutto della elaborazione mentale delle relazioni significative, si possano configurare in altro modo, seguendo una tendenza sintetica creativa che dà luogo alla formazione di *fantasie*, ossia di rappresentazioni relativamente indipendenti dall'effettiva esperienza di interazione con l'ambiente. [...] Lago, a cura di, 2016 cit., p. 68-70.

Dicotomia tra sospetto e delirio

Riprendiamo il discorso sulla dicotomia tra sospetto e delirio, considerando che nel primo troviamo ancora l'incertezza e la vaghezza di un'ipotesi, anche se già strutturata in senso cognitivo: il sospetto non è più solo un sentimento ma è diventato idea, visione del mondo, ovvero è stato legato a un elemento esterno (circostanza, persona, fatto etc.) che concentra e indirizza l'attenzione del soggetto. Quest'ultimo, abbandonata la sua eventuale indifferenza nei confronti dell'esterno, ora pone fuori di sé elementi propri emotivo-affettivi (*protomentali*) non elaborati e li confonde con ciò che non gli appartiene e che ha una sua autonomia (altro da sé). Questo impatto esprime la dinamica proiettiva, così come la spiega la psicoanalisi classica, ma ci porta a prendere atto di un conflitto nel quale il soggetto sospettoso si trova invischiato: conflitto che gli procura un vissuto dal quale potrebbe essere sommerso per un periodo imprecisato. Cioè, il soggetto che nutre il sospetto diventa diffidente nella relazione con l'esterno: ecco perché il sospetto indica la proiezione ma la diffidenza indica il conflitto ormai aperto con la realtà. Egli soppesa con sempre maggiore attenzione e si sforza intellettualmente di uscire dal labirinto dell'incertezza e della paura ma il problema rimane irrisolto, come irrisolto è il conflitto slatentizzato tra il livello *protomentale* immaturo e non mentalizzato e il tentativo di ricorrere al *pensiero verbale* per neutralizzare i vuoti e le carenze del *pensiero inconscio*. Detto in

altri termini, il soggetto ricorre alla ragione e al linguaggio per risolvere un conflitto doloroso che progressivamente si tinge di angosce persecutorie. La diffidenza riscontrata nei soggetti sospettosi, affetti da una gradazione medio-lieve di un *disturbo di personalità paranoide* può rappresentare una prima cristallizzazione del giudizio e una istanza che irrigidisce e circonda come un baluardo la modalità interattiva, creando per apposizione intorno a sé una barriera protettiva ingiustificata e improntata alla prevenzione di ciò che viene considerato come minaccia del proprio equilibrio difensivo.

Per sottolineare la caratteristica cognitiva della diffidenza, ci appoggiamo su quanto scriveva un giovane Eugen Bleuler.

[...] nella diffidenza, gli affetti ci appaiono del tutto secondari. Possono essere qualitativamente e quantitativamente molto diversi, possono anche mancare, senza che la diffidenza sparisca o sia alterata. Se invece elimino la conoscenza, cioè il processo intellettuale, non resta alcun affetto unitario che possa essere indicato come diffidenza.

La diffidenza deve pertanto essere un processo intellettuale, non affettivo. Il termine diffidenza non significa altro che l'impossibilità di prevedere con certezza, ma ancor più di escludere, il verificarsi di un evento che normalmente si ritiene in qualche maniera spiacevole. Supporre, sapere, credere, attendersi, dubitare, rendersi conto, essere certi, intuire, attribuire a qualcuno una possibile azione sono processi posti sullo stesso livello. [...] p. 71

[...] Se nella diffidenza penso solo ai fatti che la giustificano, l'affetto negativo è dominante; si riduce invece se nel momento successivo, basandomi sulle medesime conoscenze oggettive, porto in primo piano, per ragioni esterne o interne, i motivi a favore della certezza. Lo stesso vale per la speranza. L'affetto oscilla di qua e di là, ma non spontaneamente, bensì in modo corrispondente ai processi intellettuali. [...] p. 72-73

[...] il paranoico, nella malattia conclamata, non è per nulla dominato dalla diffidenza. [...] Se è vero che non tutti i paranoici sono diffidenti, possiamo anche osservare all'inverso che molti individui fortemente diffidenti non diventano mai paranoici. [...] La paranoia può dunque svilupparsi anche senza diffidenza e l'esagerata diffidenza non porta necessariamente alla paranoia. La paranoia deve pertanto avere un'altra radice. [...] La diffidenza non è un affetto.

La paranoia, per il suo decorso completamente diverso, non può essere accomunata alle vere e proprie psicosi dell'affetto. Accanto alla diffidenza, nella maggior parte dei perseguitati compare anche una anormale fiducia nei confronti di alcune persone. I paranoici con deliri di grandezza e deliri analoghi non sono per nulla esageratamente diffidenti. Anche nella paranoia persecutoria la diffidenza ha un ruolo spiccato solo all'inizio della malattia, e neppure sempre; nella paranoia conclamata, invece, si trova in primo piano un sapere incrollabile e impossibile da mettere in dubbio (l'idea delirante). La diffidenza non conduce a questo tipo di certezza, piuttosto contrasta con essa. [...] Bleuler 1906, p. 77-78.

La diffidenza appare, quindi, come vissuto conflittuale, nel quale una certa sospettosità si fissa su qualcuno o su qualcosa determinando un pensiero negativo, sulla base di affetti che secondariamente aumentano o diminuiscono quello che è comunque un crogiuolo intellettuale, ovvero un'idea di pericolo, di danneggiamento, sostanzialmente persecutoria ma non ancora strutturata e orientata come avviene nel delirio conclamato. La diffidenza non può considerarsi tuttavia un prodromo della paranoia. Personalità sospettose e diffidenti possono rimanere anche un'intera vita lontane sia dalla psicosi manifesta, che emerge col classico delirio paranoico (gelosia, persecuzione, grandezza, veneficio, scoperta, etc.), sia dalla psicosi paranoica latente, nella quale il delirio si dice *incistato*, ossia il soggetto lo nutre e lo alimenta al proprio interno per molto tempo, prima che venga fuori in una dinamica occasionale e spesso fortuita con l'ambiente umano e sociale. La relativa stabilità nell'instabilità dei soggetti che, pur essendo sospettosi e diffidenti, mai arrivano alla paranoia vera e propria, fa innanzitutto ammettere la realtà di strutture di personalità e dei loro disturbi, nelle quali l'emergere di crisi paranoici (quasi sempre persecutorie) non si risolve nella stabilizzazione di un delirio cronico o in un *sistema delirante*

inattaccabile, come poi vedremo parlando a proposito della psicosi paranoica⁵.

[...] E' caratteristico che i modi di funzionamento paranoide, i modi di pensare, i tipi di esperienza affettiva e simili, e perfino certe specifiche operazioni mentali come la proiezione, abbiano molti gradi di gravità e siano inoltre modificati da altri fattori e tendenze con le sfumature più diverse. Prescindendo dalla misura della gravità, vi sono, a titolo descrittivo e generalmente parlando, due tipi di persone che rientrano nella categoria di questo stile: gli individui furtivi, compressi, apprensivamente sospettosi, e quelli rigidamente arroganti, sospettosi in modo più aggressivo, megalomani.

[...] Per lo più si tratta di persone non psicotiche, quantunque possano spesso presentare degli aspetti al limite della psicosi, in cui tratti paranoide, come la sospettosità, sono insieme estesi e di lunga durata. [...]

[...] Quando definiamo una persona 'sospettosa' di solito ci riferiamo a certe sue idee, preoccupazioni o apprensioni ingiustificate, cioè un suo continuo aspettarsi degli inganni. In altre parole, di solito ci riferiamo a quello che pensa, ai contenuti della sua mente, che, tecnicamente parlando, sono contenuti proiettivi. Ma la 'sospettosità', specie quando non è semplicemente occasionale ma cronica e abituale, descrive anche un *modo* di pensare e di conoscere. [...]

[...] E' ovvio, ad esempio, che per certi aspetti il pensare in modo sospettoso è un pensare non realistico. Tuttavia, a ben considerare, solo in certi sensi il pensare in modo sospettoso non è realistico, perché in altri invece può essere acutamente percettivo. [...] Shapiro 1965, p. 54-55.

La realtà paranoide, benché condizionata da sospetto e diffidenza, rimane ancora inserita in una dinamica conflittuale con la realtà esterna ma anche con quella interna, collocata all'esterno grazie al processo proiettivo. L'attenzione rigorosa con la quale il soggetto scandaglia le dinamiche con l'esterno, guidato dal sospetto metodico⁶, produce inevitabilmente una serie di conferme degli assunti di base pregiudiziali che alimentano la diffidenza e l'acquisizione di prove sempre più

⁵disturbo delirante nel DSM-5

⁶Il contrario del dubbio metodico o dell'incertezza speculativa

irrefutabili, nonché di supposizioni e previsioni tendenziose e autocentriche. Grazie a un'attenzione costante e a una capacità osservativa acuta e penetrante, il soggetto pratica una incessante “pesca a strascico” di dettagli e sottigliezze, dai quali poi emergeranno indizi in grado di accentrare i suoi sospetti e indirizzare la sua diffidenza.

[...] Questo tipo di attenzione, in altre parole, costituisce un autentico modo cognitivo. Queste persone non solo sono capaci di un'attenzione eccezionalmente attiva, intensa e indagatrice, ma sembrano eccezionalmente incapaci di qualsiasi altra cosa. Continuamente stanno con l'occhio appuntato e indagatore, sempre in intensa concentrazione. La loro attenzione non è mai passiva o casuale, mai semplicemente vagante. Sono queste le caratteristiche cui alludo quando dico che l'attenzione sospettosa è un'attenzione continua, intensa e rigidamente diretta. E' un'attenzione che ha sempre una meta, un proposito, che è sempre *in cerca* di qualcosa. Per dire diversamente, è un'attenzione rigidamente intenzionale. [...]

[...] Da un lato il paranoide è fermamente alla ricerca di una conferma delle sue previsioni; dall'altro le stesse rigide previsioni su quel che troverà gli permettono di ritenersi in diritto di non credere e non badare alle evidenti contraddizioni. Fra questi due atteggiamenti egli è destinato a ‘trovare’ quello che cerca. In questo processo la capacità intellettuale, la sottigliezza e l'acutezza dell'attenzione diventano non già garanzie di un giudizio realistico ma, al contrario, strumenti di prevenzione. [...] Shapiro 1965, p. 58-59.

La posizione ipervigile e il tono guardingo dell'osservazione fanno del paranoide sospettoso un soggetto poco suggestionabile, il cui approccio con la realtà è continuamente filtrato da uno schema di controllo diretto ora su “indizi” che stimolano sospetti, ora su novità o eventi inaspettati che stimolano diffidenza.

La difesa paranoide

In senso lato, potremmo formulare il concetto di *difesa paranoide*, in riferimento a strutture di personalità, le quali, pur non essendo psicotiche dal punto di vista clinico, utilizzano le

modalità del sospetto e della diffidenza fino a farne schemi abituali di interazione ma anche un assetto rigido e ripetitivo che tende alla cristallizzazione.

La *difesa paranoide* può quindi essere una risorsa di personalità di area nevrotica che, nella categorizzazione esplicativa che abbiamo esposto nel *Compendio* (cit. p.184-86), corrisponde alla diagnosi di *sdoppiamento isterico*.

La comune *difesa dissociativa* (sdoppiamento della personalità) che si manifesta fin dall'età infantile in coloro che rientrano nell'area nevrotica può essere superata o rinforzata dallo stabilirsi di una *difesa paranoide*, in un periodo che pressappoco corrisponde all'adolescenza.

Con l'adolescenza, nel confronto con la società dei coetanei, nelle dinamiche ambientali e culturali relative, si manifesta la necessità di un mantenimento dell'autostima che la *difesa dissociativa*, più adeguata al periodo infantile, non garantisce più. La modalità paranoide diventa così utile ad attenuare una rappresentazione di sé scadente, in quanto umiliata e resa impotente da figure di attaccamento inadeguate. Tali figure di attaccamento sono spesso esempi che inducono nel soggetto un modellamento patogeno e ne condizionano l'autonomia, facilitando l'organizzazione di una personalità basata sul sospetto e la diffidenza.

[...] I paranoici di livello nevrotico proiettano le problematiche interne in un modo potenzialmente ego alieno: il paziente proietta, ma una parte osservante del Sé alla fine riuscirà, all'interno di una relazione affidabile, a riconoscere come proiezioni i contenuti mentali esteriorizzati. Le persone che in un colloquio iniziale si descrivono come paranoiche spesso appartengono alla categoria nevrotica (sebbene a volte anche paranoici di livello borderline o psicotico possano parlare in questo modo, nel tentativo di dimostrare che conoscono la terminologia, senza però rendersi conto realmente che le loro paure sono proiezioni). [...] p. 234

[...] La principale polarità nelle rappresentazioni di sé del paranoico è costituita da un'immagine di sé impotente e umiliata in contrasto con un'immagine onnipotente, vendicativa e trionfante. La tensione tra queste due immagini pervade il loro mondo soggettivo. Sfortunatamente, nessuna delle due posizioni offre un qualche sollievo: il terrore della sopraffazione e del disprezzo si associa al lato debole della polarità, mentre il lato forte ha in sé l'inevitabile effetto collaterale del potere psicologico, che è una colpa insopportabile. [...] McWilliams 1999, p. 239.

[...] La tendenza a vedere se stesso come importante e potente, come punto focale delle deliberate macchinazioni altrui, piuttosto che vulnerabile vittima di circostanze esterne, fa comprendere il legame emotivo che clinici e ricercatori hanno ripetutamente posto all'origine delle dinamiche paranoide: l'esperienza infantile di ripetute umiliazioni che non hanno potuto essere evitate nella realtà o persino definite con un nome e che, di conseguenza non sono state elaborate. [...] p. 136

[...] Le origini della tendenza all'umiliazione negli schemi familiari non sono del tutto chiare. Come per molte patologie, una disposizione paranoide sembra trasmettersi da una generazione all'altra, attraverso il modellamento e il condizionamento, ma anche con un sottile e pernicioso processo di *enactment* e colpevolizzazione (parole di Adrienne Harris). L'esperienza clinica suggerisce che, se il genitore è stato regolarmente umiliato nell'infanzia per qualche particolare qualità umana, può facilmente negare quella qualità e proiettarla sul figlio che viene allora attaccato per i sentimenti, i pensieri o gli impulsi che il genitore ha proiettato su di lui. [...] p. 136-37

[...] Alla base delle dinamiche di umiliazione vi è la difficoltà del genitore di permettere al bambino di essere una persona separata, con un senso di autonomia. [...] p. 137

[...] In una famiglia che alimenta la paranoia, fidarsi della propria famiglia d'origine significa attingere a piene mani alla propria umiliazione, mentre viene costantemente scoraggiata la possibilità di fidarsi degli altri. A differenza della persona schizoide, che trae sollievo dalla distanza nonostante vi sia il desiderio di entrare in una relazione più intima, la persona paranoide non trova conforto né all'interno né all'esterno della relazione. [...] McWilliams 2008, p. 140.

La personalità paranoide, pur non essendo un prodromo psicotico, può senz'altro costituire il precedente di quello che a tutti gli effetti si può definire un processo psicotico. A meno che

non intervenga una relazione “correttiva”, fonte di esperienze emozionali nella quali la tendenza proiettiva sia contenuta, a favore di processi di mentalizzazione implicita ed esplicita.

Ancora una volta il decorso di una tendenza paranoide (come per altri disturbi di personalità) dipenderà dal Sistema Attaccamento e dalla sua organizzazione. E' fondamentale, però, che il clinico e lo psicoterapeuta non si confondano sulla struttura di personalità, liquidando il sospetto e la diffidenza come componenti essenziali di una dimensione delirante, quando invece, come diceva Bleuler, nella paranoia conclamata la diffidenza scompare. Noi aggiungiamo che scompare perché insieme ad essa scompare anche il conflitto, nel quale una parte della personalità si fa ancora delle domande su ciò che sembra minaccioso e ostile, prendendone le distanze in un contesto di preoccupazione e timore. Infatti, ciò che potrebbe accadere in seguito non è ancora scontato. Il soggetto sospettoso e diffidente potrebbe ritrovare la fiducia e la speranza, che in psicoterapia sono direttamente collegate con il fattore comune della alleanza terapeutica (cfr. *Compendio di Psicoterapia* p. 46). Ma si dà il caso che la *difesa paranoide* sia incoraggiata a tal punto dalle esperienze con l'ambiente umano, fino a sfociare, in un certo numero di casi, in una paranoia manifesta, più o meno incistata, che segna il punto di rottura del conflitto precedente con la realtà e si esprime primariamente con la comparsa del delirio strutturato e sistematizzato.

Paula e Lina

Per fare un esempio, la protagonista Paula (Ingrid Bergman) del film *Gaslight* (1944) di George Cukor, modificato nella versione italiana col titolo *Angoscia*, è portata dal marito (Charles Boyer) al limite della psicosi, in quanto vede scemare la luce a gas che illumina la sua casa e si angoscia, pensando a

un proprio disturbo della percezione. In questo caso, la donna sospetta di se stessa o di altri, ma non si accorge dell'aggressione nascosta del marito, che per fini loschi sale in soffitta a cercare un tesoro nascosto e abbassa l'erogazione del gas. L'angoscia dura fino a quando un poliziotto (Joseph Cotten) non scoprirà l'inghippo e lo rivelerà a Paula. Quest'ultima potrebbe essere affetta da una forma di disturbo sensitivo del pensiero, che potrebbe sfociare in una particolare forma di paranoia (*delirio sensitivo di rapporto di Kretschmer*). In questo senso, la donna vive l'angoscia di perdere la lucidità e non si fida più delle sue percezioni, rischiando di essere soggiogata e suggestionata da chi la manipola e dalle sue stesse paure.

[...] Una goccia d'acqua fa talora traboccare il vaso: il Delirio s'accende in occasione di una discussione, di un mutamento o di una umiliazione. Il Delirio è un *Delirio di rapporto* (Beziehungswahn); infatti, dice Kretschmer, è vissuto come l'esperienza cruciale d'un conflitto del soggetto con un altro o con un gruppo d'altri (congiunti, famiglia, vicini, etc.). Si tratta di un Delirio di rapporto "concentrico", aggiunge l'autore, poiché il soggetto è al centro dell'esperienza, del "processo" (come è stato superbamente descritto da Kafka), che circonda e minaccia il soggetto medesimo. [...] s'impiega spesso il termine di "delirio di riferimento" per esprimere il senso delle interpretazioni deliranti, dell'esperienza fondamentale vissuta da questi malati; essere l'oggetto d'un interesse, d'una indicazione o d'una malevolenza particolare, fastidiosa e umiliante. Un altro carattere di questi deliri consiste nel fatto che le idee e i sentimenti deliranti restano, per così dire, sospesi all'avvenimento che ne costituisce il centro (divulgazione d'una malattia, denuncia d'un furto, accusa d'una colpa sessuale, esclusione da una comunità, etc.). Questa "paranoia sensitiva" si svolge generalmente nell'angoscia e nella tensione conflittuale; le reazioni di questi malati sono di tipo depressivo e ipostenico, piuttosto che aggressive. [...] Ey, Bernard, Brisset, 1978, p. 534-35.

In realtà, Paula ha una struttura di personalità dipendente, decisamente suggestionabile, per cui uscirà dalla sua angoscia e

dagli autoriferimenti solo quando un altro uomo l'aiuterà a scoprire le intenzioni truffaldine e violente del marito.

Paradossalmente, sono proprio la mancanza di un'attitudine al sospetto e un'insicurezza di fondo che spingono Paula nel vicolo cieco dell'angoscia psicotica e del delirio sensitivo.

Ben altra è la dimensione nella quale si muove Lina (Joan Fontaine), la protagonista di *Suspicion (Il Sospetto, 1941)* di Alfred Hitchcock. Splendida "zitella", figlia unica di una ricca coppia attempata, conosce un affascinante John Aysgarth (Cary Grant), giovane che vive di espedienti e la fa innamorare, nonostante l'ostilità dei genitori, soprattutto del padre, arcigno generale in pensione. Osservando i comportamenti fatui e poco responsabili di John, Lina matura il "sospetto" che l'uomo l'abbia sposata solo per i suoi soldi. La vicenda si complica insieme alla sospettosità di Lina, che diviene diffidenza. Fino a pensare che John voglia ucciderla per liberarsi di lei e godersi l'eredità.

L'arte del grande Hitchcock lascia nel vago quanto il sospetto sia giustificato o frutto di una pesante identificazione col padre austero (presente anche dopo morto con un megaritratto nel soggiorno della giovane coppia). Lina, si spinge al punto di fare verifiche e sopralluoghi materiali, come una detective, piuttosto che riflettere sul perché della sua relazione col bellimbusto John. Il finale lascia intendere che sarà costretta a rimanere in allerta, nutrendo sospetti e diffidando dell'uomo del quale si dice innamorata. In un certo senso, Lina è l'opposto di Paula. Quanto quest'ultima è impigliata nelle suggestioni e diviene manipolabile, tanto la prima è tormentata da congetture che l'afferrano continuamente, per via di un'ipervigilanza che la spinge a indagare e fare verifiche all'esterno.

[...] La persona sospettosa ha un'attenzione acuta, ristretta, rigidamente diretta a trovare certe prove; le può scovare e imporre le proprie conclusioni praticamente su tutto. Così può avere al tempo stesso assolutamente ragione

nella sua percezione, e assolutamente torto nel giudizio. Questa è prevenzione – in un certo senso il contrario psicologico della suggestionabilità. Questo tipo di cognizione ha molte manifestazioni nei sintomi paranoidei. Non solo è evidente nella sospettosità, ma è anche una base cognitiva del dogma paranoide...[...] Shapiro 1965, p. 60.

I casi citati sono utili per constatare quanto il sospetto e la diffidenza possano rimanere tali, all'interno di tratti di personalità, anche per tutta la vita. Almeno fino a quando esiste un conflitto che mantiene il soggetto in un equilibrio patologico (*disturbo di personalità paranoide*, DSM-5), sempre sull'orlo di una crisi delirante che non si struttura mai del tutto, finché il sospetto e la diffidenza permangono.

In tal senso, Kraepelin non smise mai di proporre la paranoia a partire da uno “sviluppo insidioso” o “abnorme”, sottolineando in sostanza sia la predisposizione, sia la “deformazione psichica”. Per Kraepelin, non c'è alcun dubbio che la paranoia sia il frutto di una “trasformazione” e persino di una “disgregazione” della personalità, in base a dei tratti caratteristici come la sopravvalutazione di sé e la diffidenza.

[...] Il problema che per primo si pone è se si debba abolire del tutto il termine “paranoia”, o se si possa conservarlo, con delle limitazioni, per qualche gruppo. A mio avviso, c'è una particolare forma di psicosi delirante, la cui peculiarità potrebbe giustificare la scelta di questo nome. Si tratta dello sviluppo insidioso e puramente combinatorio di un delirio strutturato, psichicamente elaborato, prodotto da cause interne, con piena conservazione dell'integrità della personalità. Anche se a causa della rarità con la quale questi casi giungono nelle mani degli psichiatri, oggi non siamo ancora in grado di delimitare e caratterizzare con assoluta precisione il quadro clinico, forse possiamo comunque dire che si tratta essenzialmente di uno “sviluppo abnorme”, che si attiva in persone che hanno già una predisposizione psicopatica, per l'influsso degli stimoli della vita quotidiana. Probabilmente non abbiamo a che fare con un processo patologico vero e proprio, ma con un tipo di “deformazione psichica”, che riceve in ogni caso la sua particolare configurazione clinica, innanzitutto dal conflitto con la vita. Questo spiegherebbe da un lato il

lentissimo sviluppo del quadro patologico, dall'altro il sorgere del delirio dalla personalità e la trasformazione di quest'ultima senza che vi siano chiari segni di disgregazione. Si potrebbe anche ammettere che la radice di questo disturbo sia da rintracciare in una particolare predisposizione "paranoidea", che spesso incontriamo in un misto di smisurata sopravvalutazione di sé e di diffidenza, che non giunge alla costituzione di una paranoia vera e propria; per arrivarvi devono forse interagire particolari condizioni sfavorevoli interne ed esterne. [...] Kraepelin, 1912, p. 99-100.

Lo spettro schizofrenico

Naturalmente, però, a partire da un disturbo di personalità e a certe condizioni, il delirio vero e proprio può svilupparsi e strutturarsi. Sappiamo infatti, che tutta l'area che nel DSM-5 comprende i disturbi di personalità è contrassegnata dalla *difesa paranoide*. Le reazioni paranoide, più o meno brevi, non sono rare nella cosiddetta *area borderline* (Kernberg, 1996), tuttavia la matrice del delirio vero e proprio, e di quello che si struttura fino a diventare paranoia, richiede una distinzione che ci porta a definire cosa si intende per delirio paranoideo (*disturbo delirante*, DSM-5) e cosa, pur avendo alcuni connotati di esso, si chiama delirio ma non configura la paranoia come entità clinica, ma altri disturbi che hanno il delirio come manifestazione non secondaria.

Come si vede, preferiamo l'aggettivo *paranoide* per contrassegnare il delirio nella paranoia, tralasciando le vecchie diatribe che associavano l'aggettivo *paranoicale* al disturbo delirante cronico, per riservare l'aggettivo *paranoide* a un sottotipo di schizofrenia, secondo la classificazione di Bleuler (1911). Nel DSM-5, la questione dei sottotipi della schizofrenia è stata risolta inserendo tutti i disturbi psicotici in quello che viene definito lo *spettro schizofrenico*. All'interno della vaga e sfuggente definizione di *spettro*, si elimina l'ingombrante e ambiguo sottotipo della *schizofrenia paranoidea* e si lasciano tutte le psicosi deliranti (escluse le psicosi affettive) in un unico

contenitore. La scelta del termine *spettro schizofrenico* sembra esprimere l'idea di fondo che tutti i disturbi deliranti abbiano in comune una quota di disorganizzazione della struttura psicofisica, con la schizofrenia nel polo più disorganizzato e il disturbo delirante nel polo adiacente al *disturbo schizotipico di personalità*, ossia ad una patologia di tratto nella quale una parte della personalità si mantiene ancora integra. Il tentativo è quello di riunire in uno stesso contenitore delle manifestazioni riconducibili a un'origine comune condivisa. Nel caso della schizofrenia, fattori fondamentali sarebbero l'origine genetica e la vulnerabilità del SNC (cfr. Biondi, a cura di, 2016).

Un tentativo che sembrerebbe inutile e fuorviante, in quanto implica l'affrontare questioni teoriche che il DSM da sempre ritiene di escludere, per porsi in un atteggiamento descrittivo utile a stabilire somiglianze e contiguità tra sindromi, la cui differenziazione sarà comunque compito del clinico, meglio se supportato da una serie di validi strumenti di psicodiagnostica.

[...] riteniamo fuorviante dare una definizione di spettro che metta da parte l'originaria definizione in ottica fisica per sostenere che lo spettro è “un concetto più ampio, più capiente, più amorfo, multidimensionale e multidirezionale” rispetto al continuum. Definito così, lo spettro risulta un concetto vago, utilizzabile in vari ambiti e con varie accezioni e quindi aspecifico e inutile; occorre pertanto cercare di delineare meglio l'ambito in cui applicarlo per la ricerca psichiatrica.

In Psicopatologia, come ampiamente discusso, il concetto di spettro è stato inteso in modi, spesso tra loro, almeno in parte, differenti; quello più aderente all'originario utilizzo in Fisica è nato con gli studi sulla genetica della schizofrenia. Secondo questa impostazione vi sarebbe un fattore, sottostante la sindrome psicopatologica, facente parte del meccanismo patogenetico che la provoca, la cui presenza permetterebbe di riunire tra loro varie entità cliniche in un unico spettro. Questa impostazione si adatta bene all'individuazione di un determinato genotipo responsabile di differenti fenotipi, ma va altrettanto bene se vengono considerati altri punti del meccanismo patogenetico. [...] p. 23

[...] Se tutto dependesse esclusivamente da un unico meccanismo patogenetico, ci si dovrebbe attendere sempre uno spettro continuo in cui le differenze fenomeniche sarebbero solo quantitative, di tipo dimensionale; in questo caso, l'individuazione di disturbi differenti sarebbe solo una convenzione diagnostica [...] p. 25

Nella pratica comune, comunque, gli spettri sono molto raramente continui, di solito sono discontinui, comprendendo sindromi solo in parte simili, accomunate in un certo ordine da un punto in comune nella patogenesi (sia esso reale o solo ipotizzato), ma tale da renderle sempre sindromi distinguibili, con chiari confini, che permettono, comunque, una diagnosi categoriale. Non si può dunque, per queste sindromi, parlare di continuità nel senso stretto del termine (esposto nelle premesse concettuali); in caso di sindromi distinguibili, ma che sfumano nel riscontro clinico di casi misti, più che di continuità si dovrebbe parlare di *contiguità*. [...] Aragona, Vella, 1998, p. 25.

Stabilito, quindi, che lo spettro schizofrenico del DSM-5 è solo un contenitore di sindromi contigue, accostate l'una all'altra per via di "punti in comune nella patogenesi", mettiamo in evidenza la costanza del delirio come elemento di contiguità:

Table 1 List of diagnoses, DSM-5 schizophrenia spectrum and other psychotic disorders

B 00 Schizotypal personality disorder
B 01 Delusional disorder
B 02 Brief psychotic disorder
B 03 Substance-induced psychotic disorder
B 04 Psychotic disorder associated with another medical condition
B 05 Catatonic disorder associated with another medical condition
B 06 Schizophreniform disorder
B 07 Schizoaffective disorder
B 08 Schizophrenia
B 09 Psychotic disorder not elsewhere classified
B 10 Catatonic disorder not elsewhere classified

I tre tipi di delirio

Distinguiamo, però, almeno tre tipi di delirio, inserendo delle differenze qualitative che diventano essenziali per orientarsi all'interno dei disturbi deliranti. Parliamo infatti di:

- Delirio sistematizzato (corrisponde alla *paranoia* propriamente detta)
- Delirio fantastico (immaginario, *parafrenico* sec. Kraepelin)
- Delirio autistico (tipico della schizofrenia)

In questo modo, abbiamo evidenziato le categorie nelle quali si può individuare una differenza qualitativa tangibile ed utile in campo clinico.

[...] Un primo tipo – o grado – dell'alienazione della persona è rappresentato dai deliri "passionali" che paralizzano l'Io su un tema erotomanico o di gelosia o di rivendicazione o di querulomania, sia di deliri sistematizzati di persecuzione o di influenzamento. Questo tipo di personalità delirante (*Paranoia*) è caratterizzato dalla chiarezza e dall'ordine della vita psichica, dalla sua polarizzazione verso una o più convinzioni deliranti fondamentali, dalla struttura sistematica e "ragionante" della finzione. I meccanismi di intuizione e di interpretazione sono prevalenti (ed anche classicamente privi di carattere allucinatorio).

Un secondo tipo è rappresentato da una proliferazione dell'immaginazione, straordinariamente lussureggiante (*Deliri d'immaginazione* di Dupré, *Parafrenie* di Kraepelin). Questo tipo di delirio cronico è caratterizzato dalle ricchissime confabulazioni, dai falsi ricordi, dalla tendenza a sostituire una concezione del mondo fantastica (meravigliosa o barocca) alle rappresentazioni collettive della natura, degli avvenimenti o delle relazioni sociali.

Un terzo tipo è rappresentato dal gruppo delle *Schizofrenie*, caratterizzato da una alienazione della persona e del suo mondo immersi in una esistenza *autistica* (cioè in un mondo impenetrabile e caotico, un vero "mondo alla

rovescia”, quasi “capovolto” e ripiegato nelle profondità immaginarie dell’essere. [...] Ey, Bernard, Brisset, 1978, p. 138.

Dopo questo importante chiarimento, possiamo dedicarci all’approfondimento della paranoia (*disturbo delirante* DSM-5), facendo bene attenzione a collocare questo disturbo nell’ambito delle *psicosi deliranti croniche*, così come ci invita a fare Henri Ey. Si apre quindi un’altra dicotomia da chiarire tra delirio acuto e cronico, prima di dedicarci all’oggetto del nostro studio.

Già in Jaspers (1913) troviamo la distinzione tra *processo*, ossia un elemento causale (fisico o psichico) nuovo che irrompe nella vita di una persona, costituendo una svolta qualitativa di tipo psicopatologico, e *sviluppo*, ossia l’indicazione di un percorso verso la psicopatologia, a partire da tratti precedenti facenti parte della personalità premorbosa.

Riportando al delirio questa dicotomia, allo stato attuale soltanto i deliri immaginativi presentano la componente processuale, mentre sia il delirio paranoide che il delirio autistico vanno collocati nella sfera dei disturbi dello sviluppo, in quanto le manifestazioni anche improvvise e dirompenti che si osservano nella clinica sono sempre riconducibili a un disturbo di personalità grave ignorato in precedenza (*schizoide, schizotipico, paranoide*). Ampiamente superato risulta il concetto di *schizofrenia acuta*, dopo le numerose ricerche della Scuola di Bonn sui cosiddetti *sintomi di base* (Huber, 1983; Huber, Gross, 1989; Klosterkötter, 1988) e gli studi sugli esordi psicotici (McGorry, Jackson, 1999). In sostanza, tutto ciò che sembra improvviso nella manifestazione schizofrenica deve fare i conti col DUP (*duration of untreated psychosis*), ossia col vero esordio psicotico avvenuto in forma silente e latente, in maniera variabile alcuni anni prima. Ovviamente, la manifestazione delirante può sembrare un processo acuto,

scaturito da uno scompenso di un equilibrio normale. La condizione autistica, però, per chi vuole riconoscerla, è a portata di mano. Occorre un'attenzione non descrittiva e notarile sulla struttura della personalità e le sue classiche manifestazioni (che non ci siamo posti in questa sede di discutere).

[...] Questo delirio ha i seguenti caratteri: non è espresso che attraverso un linguaggio astratto e simbolico; non può essere compreso e ricostruito dall'osservatore che deve accontentarsi in genere di rilevarne l'incoerenza; utilizza modalità magiche di pensiero o di conoscenza; è costituito da credenze e idee che formano una concezione ermetica del mondo.

Nell'evoluzione spontanea di questo Delirio è tipico il suo carattere caotico, frammentario e sconnesso: "è un delirio senza progressi discorsivi, un delirio che non va, che rimane, malgrado le sue complicazioni labirintiche, cristallizzato e stereotipato nei suoi frammenti sparsi" (H. Ey, 1955). L'evoluzione anzi comporta un impoverimento progressivo delle formulazioni. Il malato si rinchiude poco a poco in un pensiero "sognato" da cui non emergono, dopo anni di evoluzione, altro che formule bell'e fatte, ermetiche, astratte, lontane e incomprensibili. [...] Ey, Bernard, Brisset, 1978, p. 609.

Riprenderemo alcuni aspetti del delirio autistico per differenziarne la natura nel confronto col delirio paranoide.

Al momento, sappiamo che in presenza di una condizione acuta delirante ciò che serve evidenziare è sempre il terreno, ovvero la personalità nella quale si manifesta il disturbo. Anche l'evento scatenante può contribuire alla definizione della natura del delirio, ma in misura minore.

Avremo, quindi, un momento iniziale nel quale il clinico potrebbe non distinguere con chiarezza se la persona che gli sta davanti sia affetta da un delirio immaginativo, con tutta la componente sensitivo-allucinatoria che lo caratterizza, oppure sia affetta da uno scompenso delirante schizofrenico, con "il suo carattere caotico, frammentario e sconnesso", spesso con tema

d'influenzamento, ma nel quale emerge con chiarezza la disorganizzazione della personalità pregressa.

La bouffée delirante

La psichiatria francese ci ha offerto un quadro clinico interessante, dal quale partire per impostare una diagnosi che vede contigui, a causa della condizione acuta, nove degli undici disturbi dello spettro schizofrenico DSM-5, tranne il disturbo schizotipico e il disturbo delirante (ossia la *paranoia*). Stiamo parlando della *bouffée delirante* (BD).

[...] Tra BD e schizofrenia c'è un divario che non è solo strutturale, tanto che l'una mostra un delirio *accidentale*, l'altra è un avvenimento interiore. In questo senso, Ey fa una distinzione tra BD e *poussée schizofrenica*: "...queste *poussées* non hanno brusca insorgenza come le BD, vengono precedute da una specie di meditazione delirante, si inseriscono quali epifenomeni accessuali, entro una modificazione processuale seppure latente della personalità" (Ey, 1955).

La diagnosi differenziale con la schizofrenia costituisce un vero nodo clinico e, sebbene Ey sia contrario al concetto di schizofrenia acuta, non trova l'elemento patognomonico che distingue fenomenologicamente le due patologie. La clinica smentisce le categorizzazioni, specialmente nelle prime fasi della malattia. Il criterio diagnostico differenziale più importante resta quello basato sul decorso. "Solo dopo che la burrasca è passata si può, studiando minuziosamente la trasformazione della persona e il lavoro di costituzione del mondo autistico, uscire dall'incertezza. Fino ad allora, bisogna astenersi da una diagnosi troppo azzardata e da una prognosi troppo arbitraria, lasciando che di questa incertezza si avvalga la prassi terapeutica" (Ey 1955).

L'affermazione di Ey è metodologicamente corretta e potrebbe anche apparire come una saggia precauzione contro le false diagnosi, tuttavia ci sembra superabile, nel momento in cui si ricorra al metodo diagnostico intuitivo, come ci siamo proposti di fare nella nostra impostazione clinica.

La diagnosi di schizofrenia acuta ridiventa, in tal modo, alternativa a quella di BD; il vissuto atmosferico (Tellenbach 1968), il *praecoxgefühl* (Rumke, 1958) come vedremo, prima ancora di una visione formale, forniscono alcune impressioni che andranno poi integrate nella storia personale del soggetto e nel decorso della crisi. [...] Lago, Martellotti, 2000, 2002, p. 412.

In assenza di *atmosfera schizofrenica* e di *praecoxgefhul*, ovviamente, allo psichiatra esperto accadrà di fare un'altra esperienza che avrà una diversa natura e gli permetterà l'intuizione di elementi, i quali a loro volta verranno confermati dalla visione formale (cfr. Pallagrosi, 2016). Intendiamo dire che, una volta dato alla BD il valore di psicosi acuta non schizofrenica, per averla distinta dalla schizofrenia acuta, potremo configurare un quadro clinico che presenterà, man mano che la conoscenza della personalità del paziente si farà più precisa, una sua forma particolare e specifica.

Un elemento che può cimentare la diagnosi nel contesto di una psicosi acuta è il fatto che, dal punto di vista strutturale, gli esordi psicotici hanno un denominatore comune nelle manifestazioni deliranti e allucinatorie.

Riguardo al delirio, le differenze, quindi, interessano da un lato la forma, dall'altro il contenuto, intendendo per quest'ultimo, non tanto il tema, quanto la partecipazione affettiva del soggetto, evidenziata dal fatto che determinati complessi e intenzioni, latenti fino a quel momento, vengono espressi all'esterno e interagiti nei rapporti con l'ambiente umano.

Il primo aspetto formale del delirio nella BD è la sua non sistematizzazione. Il termine di paragone non è il delirio schizofrenico, anch'esso poco strutturato ed elementare, ma il *delirio paranoide*, cosiddetto delirio puro, cioè esclusivo disturbo del pensiero senza alcun'altra alterazione evidente nel rapporto con la realtà. Della costruzione delirante paranoica si dice che nasce e si sviluppa da *idee prevalenti*, ossia "pensieri e gruppi di pensieri che per effetto del loro colorito affettivo hanno assunto preponderanza che mantengono per lungo tempo, oppure, indefinitivamente"(Bini e Bazzi, 1954).

L'idea prevalente richiama la struttura di personalità e ci riporta alla valutazione della storia personale del soggetto; qui a noi interessa evidenziare che l'ideazione paranoica avviene in presenza di coscienza lucida e integrità della coerenza razionale, per cui, eccettuato il pensiero prevalente che si struttura in delirio, la facoltà di giudizio non è intaccata.

Nella BD, abbiamo premesso che la coscienza si mantiene lucida ma dobbiamo associarvi un'ideazione incoerente.

[...] Il rilievo della lucidità della coscienza nella BD rientra nella tradizione psichiatrica...l'incoerenza è sempre evidente, alle volte viene rilevata come apparente confusione che contrasta con la conservazione dell'orientamento, l'autoriflessione, l'attenzione del paziente; altre volte si ha un'impressione di "caoticità", di un incalzare disordinato del pensiero, di un flusso di ricordi, immagini, esperienze fantastiche, che si mescolano a percezioni esatte o anche deliranti (coscienze di significato) dell'ambiente. [...] Gozzetti, Vendrame, 1967.

Il rilievo di un'apparente confusione nella BD ha richiesto più volte il distinguo da condizioni come il delirium, anche se Ey ne ha fatto un cardine della sua teoria sulla destrutturazione della coscienza, evidenziando nello *stato oniroide* i caratteri di una sindrome organica. Inserendo le *esperienze deliranti oniroidi* tra le manifestazioni della BD, Ey vuole farne il *trait d'union* con le psicosi confuso-oniriche di chiara matrice psicorganica, per cui sostiene che

[...] lo *stato oniroide* contiene la destrutturazione temporale etica del livello maniaco-depressivo, la depersonalizzazione e la qualità allucinatoria del vissuto delirante, ma vi aggiunge (in quanto forma più profonda di destrutturazione) l'atmosfera propria a un sogno particolare, a un sogno che per presentarsi non esige l'annullamento della realtà ma solamente la sua 'crepuscolarizzazione' [...] Ey, 1950.

Ey, come molti altri, pensa ad un'equazione tra destrutturazione della coscienza e sogno, allo stesso modo che tra schizofrenia e sogno. A questo proposito, Barison ci trova d'accordo quando dice che "accostamenti della schizofrenia al sogno e all'onirismo sono secondo noi basati su analogie più di superficie che di sostanza (Barison, Massignan, 1956), e confronta due stili, l'uno più affine all'onirismo, avvicinabile all'arte surrealista, l'altro tipico della schizofrenia, avvicinabile all'arte astrattista.

Della classificazione di Barison teniamo a sottolineare soprattutto due termini: *stati oniroidi pseudoallucinatori*, *stati onirici illusionali*. Entrambi i termini possono esprimere le qualità dello stato oniroide nella BD e permetterci di introdurre i punti riguardanti l'insorgenza del delirio.

La fase di stato delirante, per quanto improvvisa e vorticoso, è sempre preceduta da avvisaglie che quasi sempre sfuggono agli osservatori, in quanto si tratta di manifestazioni a carattere soggettivo. Già Magnan (Magnan, Legrain, 1895), quando parlava di *délire d'emblée* e di *fulmine a ciel sereno*, tendeva a evidenziare il carattere *processuale* del delirio e la sua rapida scomparsa. Nel corso degli anni, però, soprattutto con l'ingresso della schizofrenia tra le sindromi processuali, gli esordi psicotici deliranti sono stati messi sullo stesso piano, per cui si è rischiato di perdere la possibilità di procedere, già nella fase iniziale, a una distinzione basilare tra schizofrenia acuta e psicosi acuta non schizofrenica.

Con il *praecoxgefühl* e la *diagnosi per penetrazione* di Minkowski (1966), ma anche con il *vissuto atmosferico* di Tellenbach (1968), abbiamo sottolineato il livello recettivo di esperienza da cui lo psichiatra dovrebbe partire al momento della diagnosi (Pallagrosi et al., 2014).

Nella diagnosi del delirio acuto, superato il momento recettivo, abbiamo introdotto il momento differenziale illustrando alcuni elementi formali come la non sistematizzazione e la lucidità della

coscienza associata a ideazione incoerente, riconducibili ad una alterazione oniroide della coscienza o *stato oniroide*.

Procedendo, presenteremo la fase delirante, vera e propria cesura clinica, tale da proporre una linea di demarcazione netta tra un prima e un dopo la crisi.

Il prima della crisi, comprendente la cosiddetta personalità premorbosa e i suoi rapporti con l'ambiente, generalmente si ricostruisce nell'approfondimento psicologico successivo all'incontro ed alla relazione psichiatra-paziente. In tale relazione si evidenziano i contenuti e si acquisisce la conoscenza psicodinamica necessaria all'indirizzo terapeutico. Il prima della crisi diventa, quindi, oggetto di elaborazione e interpretazione nella relazione terapeutica, consentendo di *ricostruire* il percorso vitale del paziente e facendo della crisi "il momento in cui il tutto subisce un cambiamento subitaneo, dal quale l'individuo esce trasformato, sia dando origine ad una nuova risoluzione, sia andando verso la decadenza" (Jaspers, 1913).

Il prima della crisi, però, può anche avere un valore formale, ovvero esprimere una situazione del soggetto nella realtà ambientale, che possiamo definire come situazione di *equilibrio della personalità*, la quale entra in crisi in relazione ad un evento significativo scatenante. La crisi di equilibrio della personalità e l'evento scatenante, sempre presenti nel quadro clinico della BD, riconducono la visione formale ai concetti di *urto*, provocato dall'evento esterno, e *rottura dell'equilibrio* reattiva. Questi due concetti potrebbero essere messi in relazione con l'altro concetto di *vulnerabilità*, "secondo il quale ciò che perdura nel tempo sono tratti preesistenti e persistenti identificati come esperienze disturbanti dal soggetto stesso, a partire dalle quali possono svilupparsi - in particolari condizioni di sollecitazione ambientale - fenomeni psicotici conclamati" (Rossi Monti, Stanghellini, 1999).

Mettendo a confronto il prima della crisi nella schizofrenia e nella BD, consideriamo che, nel primo caso, l'evento scatenante che provoca l'urto e l'equilibrio della personalità che va incontro a rottura sono qualitativamente diversi da come gli stessi elementi si presentano nella seconda evenienza. Nella schizofrenia, la rottura dell'equilibrio è solo la manifestazione conclamata della *vulnerabilità* e della condizione autistica antecedente, nella quale la frammentazione interna della personalità si fa solo più palese nel comportamento attraverso deliri e allucinazioni.

Se l'accento viene posto immediatamente alla crisi in atto, senza il basilare momento intuitivo già accennato, il quadro si presta meno a distinzioni di ordine formale, anzi l'accostamento di schizofrenia e BD potrebbe produrre l'idea di sovrapposizione quasi totale.

Abbiamo l'impressione che la psicopatologia di Kurt Schneider (1950), soprattutto, ma anche quella jaspersiana, non considerando nella loro impostazione la componente inconscia della personalità, abbiano contribuito a uniformare i deliri acuti, attribuendoli all'unico quadro schizofrenico. Tuttavia, nello svolgimento del processo delirante vi sono delle manifestazioni che, anche se presenti nelle psicosi schizofreniche, non sono propriamente specifiche della condizione schizofrenica stessa. Seguiamo, allora, le fasi del delirio acuto ispirandoci al celebre studio di Conrad (1958) nel quale l'esperienza delirante è descritta come una successione di mutamenti di forma secondo la *gestalpsychologie*.

Conrad ha coniato "il concetto basilare dell'*uberstieg* (passaggio), che non è altro che la capacità, comune ad ogni individuo, di potersi vivere con prospettive diverse, sia come centro del proprio mondo, sia esterno a questo o dall'alto, dalla prospettiva degli uccelli, uomo tra gli uomini". (Gozzetti et al. 1999).

L'*uberstieg* è il segno di una libertà intesa come possibilità di passare ad altra prospettiva, uscendo dalla schiavitù di un'unica visuale. L'*uberstieg* è importante per il mantenimento della coerenza interna in rapporto a modificazioni proprie e dell'ambiente.

La prima modalità con cui avviene il blocco dell'*uberstieg* è nella fase di *trema* (terremoto).

[...] La perdita dell'ordinamento abituale conduce a una sensazione di mutamento (mutamento di sé e del mondo circostante), di estraniamento (depersonalizzazione, derealizzazione), di inquietudine, di non familiarità; l'agitazione e l'ansia predominano: questa disposizione delirante non è ancora caratterizzata da alcuna fissazione tematica. [...] Scharfetter, 1976.

La caratteristica di questa fase è appunto la mancanza di fissazione tematica, ovvero una sorta d'indecisione, imprecisione, vaghezza che si accompagna al senso di cambiamento, bene espressa dal termine *ratlosigkeit* (*raten*, decidere; *losigkeit*, perdita), che in italiano si può tradurre *perplessità*.

[...] La perplessità è in relazione con un insolito livello del sentire, in prevalenza rivolto a se stesso anziché alla realtà esterna. Esistono due livelli del sentire con cui il cambiamento è avvertito, quello autopsichico riferito all'interno dell'io e quello somatopsichico riferito al corpo. Un terzo livello riguarda il rapporto con l'ambiente, con le cose, la natura, gli altri esseri umani; in una parola con l'altro da sé. Ciò che avverte del cambiamento è quindi un percepire, quasi un constatare che qualcosa è mutato nel soggetto stesso o nell'altro da sé. Esiste cioè un esame di realtà valido che giudica estraneo un sentimento, una sensazione o una visione. Un io lucido e razionale prende atto di una trasformazione nel senso dell'estraneamento, che si accompagna ad un'alterazione corporea che almeno investe il vegetativo nel suo complesso, prima di interessare le sfera sensoriale specifica. [...] Lago, Seta, 1992.

E' importante evidenziare che la perplessità è solo una disposizione al delirio; in essa non è ancora presente la coscienza di significato delirante che si manifesterà nello *stato d'animo delirante (wahnstimmung)*.

[...] Il fatto che il significato appaia in tali stati alla fase solo potenziale, tende però a rafforzare la supposizione che il fatto primitivo sia in essi proprio la incapacità di vivere il mondo com'è, la necessità di respingere un mondo che urge troppo da vicino e soffoca. [...] Barison, 1958.

L'incapacità di vivere il mondo com'è dà luogo al senso di estraneamento che nei primi due livelli del sentire, somatopsichico e autopsichico, corrisponde alla *depersonalizzazione*; nel terzo livello, rivolto verso l'ambiente, l'estraneità è oggettivata nella *derealizzazione*. L'urto, di cui parlavamo, può essere la causa scatenante di queste esperienze soggettive spesso indicate come sintomi dell'esordio delirante ma non necessariamente sovrapponibili allo stato delirante vero e proprio. Nei casi in cui l'*uberstieg* è mantenuto, infatti, la rottura non è inevitabile e il soggetto, opportunamente aiutato, può venir fuori dalla perplessità e riorientarsi nella relazione terapeutica.

[...] Perplessità e delirio costituiscono quindi due aspetti psicopatologici che non solo sono differenziabili in pratica ma sono anche ben separabili concettualmente. [...] Callieri, 1982.

Nella fase di *apofania* (apparire)

[...] dalla disposizione delirante della fase di trema emerge una nuova fisionomia dell'ambiente. La derealizzazione, gli equivoci sensoriali e i disturbi del pensiero (la protopatica prevale sull'epicritica) preparano la strada alla coscienza di significato abnorme del delirio. [...] Scharfetter, 1976.

Compare in questa fase, con la *wahnstimmung*, l'atmosfera delirante.

[...] Non si tratta di una fase del processo interpretativo, ma di una esperienza completa e particolare, di una varietà di interpretazione con coscienza immediata di significato, anche se il significato è oscuro...tutti gli oggetti sembrano diversi perché hanno acquistato un significato nuovo, che non si sa cosa sia. Un significato minaccioso e lusinghiero che oscuramente e implicitamente viene riferito ad una potenza psicoantropomorfica sconosciuta. [...] Barison, 1958.

Possiamo dire che la *wahnstimmung* sia “un pre-stadio della *percezione delirante*” (Schneider, 1950), ossia la comparsa di una coscienza di significato alterata in senso incombente e minaccioso sul soggetto,

Con la *percezione delirante* vera e propria siamo nella fase di *anastrophé* (capovolgimento), nella quale il soggetto si colloca al centro del mondo, in una rigida posizione tolemaica da cui non è più in grado di operare la svolta copernicana che gli ridarebbe le possibilità critiche.

L'importanza della percezione delirante è tutta legata alla sua “immediatezza sincretica” che ne fa il vero e proprio salto di qualità che segna l'inizio del delirio. Il concetto di *délire d'éblée* è perfettamente calzante con lo svolgimento della percezione delirante; già nell'analisi fenomenologica del vissuto del paziente si comprende la caratteristica del delirio.

La percezione delirante, per quanto attinente al sentire o udire alterato, è un disturbo del pensiero; infatti in esso non è realmente alterata la percezione, ma è la coscienza di significato che modifica la percezione stessa, fornendo al soggetto gli elementi “percettivi” che giustificano la tematica di riferimento e persecutoria. La cosiddetta “creazione di nuovi significati”, pur essendo sincretica alla percezione, proviene da

profonde istanze che si trovano nella componente interna della personalità e agiscono in modo inconscio, inserendosi nel processo percettivo. Il riferimento a temi affettivi, credenze, concezioni più o meno distorte riguarda il contenuto del delirio che abbiamo distinto dall'aspetto formale. Un simile discorso pone l'esigenza di stabilire la natura di questo *plus* che va ad aggiungersi agli altri significati; un plus delirante ma attinente a temi o complessi affettivi propri del soggetto, che, nel caso della BD, rendono comprensibile la proiezione nella realtà di tali contenuti. Naturalmente, il *plus* che viene posto all'esterno nel processo proiettivo del delirio proviene dal livello *protomentale* della personalità, come l'abbiamo delineata secondo la metodologia IRPPI (cfr. *Compendio* etc., 2016). Il nucleo emotivo-affettivo, costituito da elementi protomentali non mentalizzati, potrebbe successivamente alla crisi essere ricoperto da strutture difensive, dando luogo alla cosiddetta *guarigione a ponte* delle psicosi brevi, ossia una rapida pseudo-guarigione che potrebbe condurre a un apparente ritorno alla norma. In effetti, si tratta di un equilibrio psicopatologico esposto alla cronicizzazione, cioè alla costituzione di un disturbo delirante (*paranoia*) o a forme di schizofrenia secondaria caratterizzate da deliri allucinatori.

Nella percezione delirante dello schizofrenico, il plus delirante sembra invece aver perso le radici che lo legano al fondo della personalità. Esso è *ohne anlass* (senza motivo), però, solo per chi ipotizza un deficit nella condizione schizofrenica, definita così, incomprensibile. Barison dice che “è un incomprensibile che avvertiamo come strano, di una particolare stranezza che ci sembra caratteristica, ma non altrimenti qualificabile...” (Barison, 1958);

Con la fase di *apocalisse*, secondo Conrad, la crisi delirante acuta arriva al suo acme, nel quale avviene “una distruzione della forma” ovvero la frammentazione manifesta della personalità. In

questo stadio si può parlare di *stato oniroide* e ideazione incoerente, oltreché di delirio immaginativo e allucinatorio.

[...] Per l'allentamento dei nessi associativi è liberata la nube delle qualità essenziali costitutive degli oggetti, insite in ognuno di loro; la conseguenza è una mareggiata di essenze, un'*asyntaxis* completa di immagini inonda il campo totale, che diventa straordinariamente simile al campo del vissuto del sognatore. [...] Conrad 1958.

Anche Conrad non sfugge alla tentazione di paragonare al sogno il vissuto delirante, ed in particolare quello schizofrenico. Pertanto, la sua posizione può essere assimilata a quella di Ey, sia per la condivisione di una causa psicorganica all'origine del delirio, sia per l'idea che la destrutturazione formale corrisponda al risultato della perdita di controllo di meccanismi neuropsicologici profondi da parte di centri superiori cerebrali, responsabili dell'espressione razionale (Jackson). Tuttavia, Conrad, a differenza di Ey, non fa distinzione tra delirio acuto schizofrenico e non, ma in tale commistione, fornisce suo malgrado il quadro clinico più apprezzabile di BD, nel seguente modo:

[...] E' un processo, un evento, una metamorfosi, qualcosa che si configura nel tempo con un esordio, un'acme, o ancora una perdita, un dramma, una sequenza di scene, una catastrofe, quasi come una sventura legata ad un incendio o ad un'inondazione (come spesso nei sogni di premonizione), ma anche un processo di demolizione, ricostruzione e di rigenerazione. [...] (ivi).

Per concludere, con la BD si evidenzia quindi una disorganizzazione della personalità che si mantiene in un tempo tale da consentire una distinzione del disturbo in base al decorso, permettendo ai clinici di stabilire un criterio di durata che li riporta a una diagnosi dello spettro schizofrenico DSM-5.

In sequenza le diagnosi riferite al decorso sono: *Disturbo psicotico breve* (meno di 1 mese); *Disturbo delirante* (paranoia - almeno 1 mese e oltre); *Disturbo schizofreniforme* (meno di 6 mesi); *Disturbo schizofrenico* (oltre i 6 mesi). Con questo, vogliamo sottolineare le linee di sviluppo verso le quali può condurre un quadro di BD. Naturalmente, il criterio temporale di durata andrà accostato e confrontato con tutto il quadro clinico e visto in profondità attraverso la valutazione completa della personalità.

L'immagine allo specchio

Esponiamo un caso cinematografico nel quale la *bouffée delirante* è raccontata in modo accurato.

L'immagine allo specchio è un film di Ingmar Bergman girato in Svezia nel 1976.

La protagonista del film Jenny (Liv Ullmann) è una giovane donna, medico e psichiatra, assistente del primario del reparto di psichiatria, sposata, con una figlia di quattordici anni. Jenny, in attesa di traslocare nella sua nuova casa si trasferisce in quella dei nonni, luogo dove si svolge la maggior parte del film e teatro della sua crisi di follia.

La prima scena si svolge nell'appartamento vecchio ormai vuoto; il trasloco è appena stato finito, squilla il telefono, Jenny risponde e ci appare come una donna dolce, mite e gentile.

La scena prosegue nell'ospedale dove lei lavora e dove attualmente ha in cura una giovane paziente, Maria, affetta da schizofrenia catatonica.

Trasferitasi a casa dei nonni, durante i primi giorni di permanenza tutto sembra scorrere tranquillamente, tranne due episodi che precedono la crisi: in entrambi Jenny ha delle allucinazioni visive. La prima, è un'allucinazione vera e propria: mentre entra nel palazzo dove vivono i nonni, l'immagine della

nonna di qualche anno prima. Nella seconda allucinazione, di tipo ipnagogico (allucinazioni visive che si hanno nel passaggio dal sonno alla veglia), le appare una vecchia (la nonna?) con gli occhi di vetro.

Nel dialogo successivo tra lei e la nonna colpisce l'eccessiva armonia e gentilezza in contrasto all'assoluta mancanza di reale affetto, ma ancor di più sorprende la passività di Jenny che non tenta di reagire nemmeno quando l'anziana, alla notizia che la nipote svolge le funzioni di primario, si preoccupa solo che il compenso economico sia adeguatamente alto.

Nella scena che segue Jenny parla con il primario che, dopo averle espresso il suo scetticismo sulla curabilità dei malati di mente, le chiede di recarsi ad una festa organizzata dall'ex moglie, una donna anziana "stravagante", per festeggiare il suo fidanzamento con un giovane omosessuale. Alla festa Jenny conosce un collega internista il dottor Tomas (Erland Josephson), con il quale inizia una relazione particolare; sin dall'inizio i loro discorsi sono affettati e superficiali, non diventano mai profondi ed intimi pur riguardando cose personali: il sesso, le relazioni extraconiugali di lei, la separazione dalla moglie di lui.

Durante la notte, Jenny riceve una telefonata da uno sconosciuto che la informa di aver portato la sua paziente, Maria, nel suo vecchio appartamento; giunta immediatamente lì, la psichiatra subirà un tentativo di violenza da un ragazzo, che precedentemente aveva abusato anche della malata, ma il tentativo fallisce, perché Jenny "è troppo stretta e non è penetrabile". Alla violenza la donna reagisce in un modo del tutto passivo; non si ribella né fisicamente né internamente; fa come se niente fosse accaduto; il giorno dopo si reca ad un concerto di musica classica con Tomas.

Jenny si sforza di apparire normale, ma nella realtà qualcosa è cambiato: gli sguardi degli altri la spaventano. Tuttavia, per gran parte della serata riesce a nascondere la gravità del suo stato, infatti Tomas non se ne rende conto, né coglie la stranezza dei suoi discorsi enigmatici, come quando lei gli chiede se “è sufficiente uno sforzo di volontà affinché tutto rimanga come al solito”. L'uomo percepisce solo lo stato d'angoscia e le offre due sonniferi, e proprio in quel momento Jenny, mentre sta per addormentarsi, gli racconta dello stupro e delle sensazioni provate: desiderava essere penetrata da quel ragazzo, ma non poteva perché si sentiva “chiusa e contratta”. Dopo, inizia a ridere e a piangere in modo isterico, ed entra nella crisi manifesta. Tornata a casa dei nonni, dorme per due giorni di seguito, svegliandosi solo la domenica al suono delle campane. In casa è sola, ma ora si sente calma, l'ansia non c'è più, il comportamento è normale, può telefonare a Tomas e scusarsi con lui, magari invitandolo fuori.

Improvvisamente, mentre è al telefono con lui, ricompare l'allucinazione della vecchia con gli occhi di vetro. Jenny percepisce che tutti gli sforzi di volontà non sono serviti a nulla, la follia è in lei, non c'è speranza, è come paralizzata, non riesce a rispondere al telefono, va verso il letto e comincia ad ingerire sonniferi, prima uno poi tanti, vuole uccidersi, ma dice: “non ho paura, non mi sento sola, anzi provo una sensazione piacevole” e si addormenta.

Seguono diversi sogni; nel primo Jenny con un vestito rosso dell'epoca rinascimentale, si aggira nella casa dei nonni dove c'è tanta gente e un odore nauseante, la nonna le racconta la fiaba della bambina maltrattata da due vecchi, lei ha paura, non vuole ascoltare, poi compare di nuovo la vecchia con gli occhi di vetro. Jenny scappa e va verso una porta che una volta aperta le permetterà di svegliarsi, ma la voce di Tomas le dice di non farlo altrimenti scoprirebbe delle cose orrende.

Parlando con lui si rende conto di aver tentato il suicidio e aver fallito; ora è spaventata dalle conseguenze neurologiche e Tomas non la rassicura affatto; le comunica anzi che ha riportato lesioni irreversibili al cervello, e che morirà ma non subito, i medici faranno di tutto per farla restare in vita. Allora, dovendo morire, Jenny vorrebbe aprire quella porta, e chiede a Tomas se sa cosa c'è dietro, lui le risponde di no, ma di averglielo impedito perché “noi non abbiamo paura degli orrori che conosciamo, solo di quelli che non conosciamo e che ci spaventano”, poi afferma che per non mettersi nei guai uscirà dal suo sogno. Rimasta sola, Jenny cerca la nonna, ma trova solo la vecchia dagli occhi di vetro, che la accarezza da dietro.

Jenny si sveglia, è in ospedale, accanto a lei c'è Tomas che le racconta come sono andate le cose, ma lei ha ancora troppo sonno, così si riaddormenta e sogna ancora: è a casa dei nonni, la nonna la chiama per iniziare le visite ai suoi pazienti che ora si svolgono lì a causa del nuovo regolamento. Sono tutte donne, e fra loro c'è anche sua figlia, Anna, che vedendo la madre scappa. A questo punto Jenny si sveglia.

Nel frattempo, è arrivato il marito; i due parlano del tentato suicidio con distacco, lei si preoccupa di avere un odore sgradevole, lui di comunicarle di dover ripartire subito per un congresso e di cosa dire alla nonna. Jenny sembra sollevata dalla notizia, gli chiede di perdonarla e lo congeda. Segue un altro sogno in cui compaiono i genitori, i quali non la riconoscono, così lei disperata prima li rassicura sulla sua salute, poi, quando loro si chiudono in stanza come facevano quando era piccola, cerca di farli uscire ricordando i bei tempi, ma una volta usciti li caccia via picchiandoli e gridando: “Voglio che spariate per sempre, e non voglio vedere più le vostre facce tristi!”.

Tomas, nel dialogo successivo le confida la sua omosessualità e la sua storia, durata cinque anni, con quell'attore, il festeggiato del party dove lui e Jenny si erano incontrati.

Subito dopo Jenny, in sogno, vede se stessa in una bara, sullo sfondo c'è Tomas e i genitori che piangono, delle persone mettono i chiodi alla bara, la donna dentro è ancora viva ed urla, allora Jenny con una torcia appicca il fuoco.

Svegliatasi, racconta a Tomas che da piccola aveva paura della morte, ne era circondata, prima il suo cane, poi i genitori morti in un incidente d'auto, infine il cugino morto di poliomielite, qualche giorno dopo essersi dati un bacio. Poi, ricorda la relazione, avuta prima di sposarsi, con un artista folle, un rapporto strano, nel quale lui le rimproverava la sua totale frigidità e lei rispondeva con tradimenti ripetuti e dichiarati per dimostrare la sua incapacità di farle provare l'orgasmo. L'amore e la morte, come recitava una poesia, per Jenny appartengono l'uno all'altra e si completano a vicenda.

Nella scena successiva Jenny parla della sua infanzia, il rapporto con il padre buono, con la madre dura e succube della nonna, sempre presente nella loro vita.

La madre e la nonna disprezzavano l'uomo e le sue coccole rivolte a Jenny, la quale per far contenta la nonna cominciò ad allontanarsi dal padre. Jenny aggiunge che quando nacque sua figlia Anna, era tanto infastidita dal suo pianto, da pensare che lo facesse apposta, e a volte era sul punto di picchiarla per questo.

Ad un tratto, raccontando una lite tra la madre e la nonna durante la quale quest'ultima aveva la voce dura e una faccia tanto diversa e cattiva da non essere riconoscibile, inizia a rivivere come in trance tutte le situazioni passate con la nonna come se fossero attuali, e ripete i dialoghi, ora imitando la voce della nonna ora quella di lei bambina.

Comincia poi ad urlare e a battere i pugni sul muro come se la nonna, ancora una volta per punirla, l'avesse chiusa nell'armadio al buio e alla fine si riprende e torna in sé: la crisi è passata. Entra l'infermiera e l'avverte dell'arrivo di Anna; intanto Tomas dopo aver predisposto le sue dimissioni, le annuncia di essere in partenza per la Giamaica dove starà per lungo tempo; Jenny lo saluta e va dalla figlia, alla quale cerca di spiegare cosa è accaduto, ma dopo un iniziale avvicinamento il loro rapporto torna distaccato e freddo come al solito. Nella scena finale Jenny torna a casa dei nonni: tutto è uguale a prima. La nonna gelidamente sminuisce la sua malattia e la sofferenza giustificando il comportamento del marito ripartito subito, e non perde tempo a comunicarle che il nonno sta morendo. Osservando i due vecchi insieme, Jenny vede quello che aveva sempre pensato: "l'amore abbraccia tutto anche la morte".

Telefona in ospedale per annunciare il suo ritorno, ma dalla scritta conclusiva sappiamo che alla fine dell'incarico temporaneo darà le dimissioni, si separerà dal marito ed andrà in America a fare lavoro di ricerca.

Il film mostra bene il rapido passaggio dalla normalità dei comportamenti (non a caso la protagonista è una psichiatra) al vorticoso ingresso nel delirio. La personalità di Jenny non nasconde le sue fragilità presenti e passate. Il mondo di Jenny, interno ed esterno, prende posto nella rappresentazione sul filo di un mirabile racconto che non trascura alcun particolare. Le radici di quello che sarà un grave anche se breve disturbo psicotico si scorgono con chiarezza. I genitori la cui morte non è stata elaborata in alcun modo; i nonni figure di attaccamento ambivalenti, il vecchio depresso, la vecchia coriacea e anaffettiva. Jenny ha un marito sfuggente e distaccato e una

professione brillante nella quale si butta a capofitto, trascurando la figlia adolescente e rischiando di identificarsi con la sua paziente Maria. Anzi, è proprio il mancato stupro che subisce da parte del violentatore della paziente Maria a innescare la destrutturazione che porterà Jenny nella condizione delirante allucinatoria che abbiamo descritto prima. Deliri oniroidi e sogni agitati si alternano e si fondono con al centro la stessa protagonista, scatenando angosce e idee di morte. L'allucinazione centrale della vecchia allo specchio con gli occhi di vetro segnala un versante rigido e arcigno col quale Jenny dovrebbe fare i conti al proprio interno, invece di porlo fuori di sé agendo un rispecchiamento orrido e terrorizzante.

Il nucleo emotivo-affettivo non mentalizzato viene mostrato nei dettagli col tono fantasmagorico delle scene. Tomas, confidente e affine, offre poca disponibilità per fare uscire Jenny dalla crisi. L'uomo le rimane accanto come testimone della sua esperienza psicotica per poi allontanarsi quando lei riemerge e si ricompone come se nulla fosse. *L'amore che abbraccia tutto, anche la morte* è un pensiero del ritorno alla normalità, una consolazione della coscienza che riavvolge il mondo emotivo frammentato della crisi. *La guarigione a ponte* richiude come una lastra di marmo il mondo interno alterato di Jenny. La scelta di dare le dimissioni dal ruolo clinico e accettare un lavoro di ricerca sembra la soluzione difensiva più adatta ad allontanare l'angoscia di una nuova crisi.

Il delirio cronico

Il delirio acuto, come s'è visto, irrompe nella normalità simile a un fulmine a ciel sereno, dimostrando al mondo intero la destrutturazione della personalità di chi ne è affetto, senza lasciare dubbi sulla sua relativa insanità mentale. Insomma, il delirio acuto rivela e connota il soggetto di fronte alla società e all'ambiente umano come delirante. In psicopatologia è assodato che il

presupposto di un delirio acuto, ossia di una *bouffée delirante*, potrebbe essere una personalità che abbia nutrito per molto tempo il sospetto e la diffidenza. Siamo ancora, però, nello slatentizzarsi di un conflitto, dapprima espresso con la depersonalizzazione, caratterizzata dalla *ratlosigkeit* (perplexità) e poi con la disintegrazione della coscienza a favore di uno *stato oniroide*, matrice di tutte le teorie che hanno accomunato il delirio al sogno. Come abbiamo visto ne *L'immagine allo specchio*, il conflitto sfociato nello stato oniroide sparisce nella fase delirante (ma non sparisce l'angoscia anzi il terrore suscitato dalle allucinazioni visive). Il conflitto riemerge dopo la *guarigione a ponte*, cioè appena il soggetto ritorna al contenimento del proprio nucleo emotivo-affettivo non mentalizzato, ricostruendo meccanismi di difesa vecchi e attivandone di nuovi (nel caso di Jenny, la fuga dalla professione clinica verso la ricerca pura). Il delirio acuto è tale solo se mette in dubbio le categorie kantiane dello spazio e del tempo (Jeanneau, 1990), altrimenti non è delirio ma al massimo una crisi dissociativa isterica. La stessa cosa non succede nel delirio cronico.

Il cosiddetto *paranoico* (affetto da *disturbo delirante* DSM-5) mantiene le categorie kantiane e utilizza la logica per dimostrare con *straordinaria convinzione* (prima caratteristica di Jaspers, 1958), *senza essere influenzato dall'esperienza concreta* (seconda caratteristica di Jaspers), dei *contenuti impossibili* (terza caratteristica di Jaspers).

[...] Il delirio del paranoico dà immediatamente l'impressione di possedere qualche cosa che lo differenzia da ogni altro tipo di delirio. Si ha a che fare, in questo caso, con un delirio lucido, coerente, sostenuto da una struttura logica paradossalmente forte che mette spesso in imbarazzo gli interlocutori. Di fronte a dati presentati come irrefutabili, come constatazioni certe che si incastrano mirabilmente tra loro fino a costituire un tutto unico coerente, variamente

articolato, spesso del tutto plausibile, l'interlocutore non può non valutare la possibilità che ciò che il paranoico afferma corrisponda al vero. Il sistema delirante paranoico è dotato della caratteristica della plausibilità e come tale in grado di insinuare dubbi difficilmente risolvibili nell'interlocutore. Per questo motivo una entità in fondo così rara come la paranoia può costituire un vero e proprio banco di prova per la psicopatologia. Le affermazioni del paranoico si collocano, dal punto di vista dei contenuti, sul piano della verisimiglianza e della plausibilità: sono affermazioni che paiono avere carattere di realtà. Il paranoico non sostiene ipotesi astruse, fantastiche o inconsistenti, non riferisce incredibili visioni allucinatorie, non vive all'interno di un mondo immaginario-fabulatorio in cui la produzione immaginativa prende il sopravvento sulla realtà. Il paranoico non narra di estatiche esperienze ma riferisce contenuti di pensiero perfettamente verisimili. Nella paranoia inoltre non c'è compromissione dello stato di coscienza (come può accadere invece nelle *bouffées* deliranti), non sono alterate le coordinate dell'orientamento spazio-temporale, non c'è stato confusionale. Il paranoico è perfettamente orientato nel tempo e nello spazio, lucidamente consapevole della propria identità. [...] Rossi Monti, 1984, 2009, p. 32.

Se il delirio acuto aveva i connotati dell'immediatezza e corrispondeva all'irruzione di contenuti emotivo-affettivi più o meno disorganizzati in senso *oniroide*, nel delirio cronico paranoide si coglie "una struttura logica paradossalmente forte", tanto da supporre un lavoro che, nel corso del tempo, ha portato alla gestazione e successiva nascita di un sistema ben congegnato e plausibile, in grado di resistere ai dubbi e alle osservazioni dell'ambiente umano.

[...] Da un'analisi tematica dei deliri, effettuata sulla base del loro contenuto, ad opera dei cosiddetti "anatomisti del delirio", si sposta l'attenzione sul "focolaio matriciale" dell'attività delirante, sul *lavoro* del delirio. In analogia col lavoro del sogno, il lavoro del delirio si configura come una sorta di gestazione psichica che precede l'estrinsecazione di un delirio. La classica definizione di delirio come idea errata ed incorreggibile diventa allora solo una risposta esteriore al problema della demarcazione. Delirio e non-delirio si muovono entrambi tra "vero" e "falso" ed entrambi tradiscono le penose incertezze di questo cammino. [...] Rossi Monti, cit. (2009), p. 39-40

Per definire la caratteristica del delirio paranoide, al fine di differenziarlo dal delirio nella BD, dobbiamo ricorrere a una concezione strutturale e stabilizzata nel tempo che la maggior parte dei clinici chiama *sistema delirante*. Nel sistema delirante osserviamo il frutto del “lavoro del delirio” ma cogliamo una caratteristica produttiva costante, che ci segnala quanto il soggetto paranoide sia in continua attività per rinforzare il sistema delirante e mantenersi in un equilibrio patologico. Il criterio di *stabilità nell’instabilità*, già utilizzato nei disturbi di personalità in genere e in quello paranoide in particolare, ci può aiutare a collocare e riconoscere il soggetto nel contesto relazionale e sociale in cui vive.

Una spiegazione efficace avanzata da Rossi Monti (cit.) è quella di proporre una *gestalt* strutturale del paranoide, composta da un *nucleo emotivo-affettivo centrale*, circondato da una *cintura protettiva*, in altri termini definibile come *corazza caratteriale*. La descrizione in questione non è statica ma prevede una dinamica continua con l’esterno, in grado di offrire una spiegazione nei confronti di caratteristiche cliniche conosciute da molti anni, a partire dal quadro della *paranoia* secondo Kraepelin.

[...] Si può pensare che la prima costituzione di un abbozzo del futuro nucleo delirante sia compenetrata di elementi a forte carica affettiva. Si costituisce in questo modo non il nucleo ma un suo precursore: matrice primordiale di quello che, attraverso l’interazione con il mondo esterno e con elementi cognitivo-intellettivi, diventerà il vero e proprio nucleo del delirio. La matrice primordiale si configura come nucleo allo stato embrionale, agglomerato, organizzazione, più che struttura, in cui frammenti diversi, in uno stato di fluttuante instabilità, si ammonticchiano tra loro costituendo una sorta di proto-nucleo del delirio. [...] p. 79

[...] Il proto-nucleo affettivo finisce per vestire panni cognitivi che ne modificano e irrobustiscono la struttura, stabilendo un particolare rapporto con

la realtà. Di fronte a fatti diventati problematici in virtù di un forte investimento affettivo, il nucleo elabora una strategia che si situa sul piano delle modalità cognitive, della intellettualizzazione fino a dissimulare il suo nocciolo più antico, il proto-nucleo ad alta carica affettiva. [...] Il nucleo del delirio non si configura quindi come solo affettivo o solo cognitivo e nemmeno è dato dalla somma di una componente affettiva e di una cognitiva, aggiuntasi come elemento posticcio in una successiva fase evolutiva, ma è al contempo, insieme affettivo e cognitivo.[...] p. 80

[...] mentre il nucleo ha una struttura che è al contempo affettiva e cognitivo-intellettuale, la cintura protettiva è costituita quasi esclusivamente in base a modalità cognitivo-intellettive. Il nocciolo solido del sistema delirante viene in questo modo avvolto da fitti strati lamellari che lo occultano e proteggono da sguardi indiscreti. La cintura protettiva svolge un duplice ruolo difensivo: da un lato “nasconde” il nucleo all’interno del quale sono *sciolti* assunti di base dotati di forte carica affettiva; dall’altro difende il nucleo da eventuali attacchi critici che, confinati nell’ambito della cintura, vengono strategicamente tamponati. [...] Rossi Monti (cit.) p. 81.

Dal nostro punto di vista, non è difficile collegarsi a quanto esposto e riconoscere un impianto strutturale che possiamo tradurre nei termini del metodo IRPPI (cfr. *Compendio* etc., cit.). In tal senso, possiamo dire che il nucleo nel quale “sono sciolti assunti di base dotati di carica affettiva” corrisponde a ciò che definiamo *elemento protomentale non mentalizzato*, cristallizzato dalla sinergia tra elementi emotivi e credenze (assunti di base), tale da costituire un “nocciolo solido”, ossia ciò che veramente alimenta il sistema delirante. La cintura protettiva, ovviamente è definibile come duplice meccanismo di difesa: da un lato, rimuove la mentalità delirante (declinata secondo le varie sfaccettature di persecuzione, rivendicazione, fissazione), mostrando una normalità apparente e rispettosa dei parametri spazio-temporali kantiani, dall’altro lato, instaura con l’ambiente umano e sociale una dialettica che si oppone agli attacchi critici, utilizzando argomentazioni non solo logicamente coerenti ma perfino scientificamente plausibili.

Psicopatologia della paranoia

L'inquadramento del disturbo delirante cronico, che storicamente è stato definito *paranoia* da Kraepelin, si presenta come lo sviluppo in senso psicotico di una personalità patologica. Fin dall'inizio, ha avuto un suo aspetto specifico e differenziato da altre manifestazioni deliranti, ossia da un lato la *psicosi maniaco-depressiva*, dall'altro la *dementia praecox* (poi *schizofrenia*). Kraepelin contesta il collocamento della paranoia all'interno di ipotetiche "patologie primarie dell'intelligenza". Per lui, la divisione tra problematiche affettive e intellettive non è clinicamente rilevante. Preferisce parlare di "sistema delirante durevole, immutabile" e sottolineare l'inizio lento e subdolo, e la fine destinata a una cronicità senza possibilità di risoluzione.

[...] vi è senza dubbio un gruppo di casi nei quali le rappresentazioni deliranti formano, se non il solo, almeno il carattere morboso che maggiormente risalta. In questi suole svilupparsi *molto lentamente un sistema delirante durevole, immutabile, accanto ad una perfetta conservazione della lucidità, come dell'ordine nel pensiero, nella volontà, nell'azione*. A queste forme io vorrei riservare il nome di paranoia. Esse conducono necessariamente ad una profonda trasformazione del concetto complessivo della vita, ad uno "*spostamento*" del punto di vista che il malato occupa di fronte alle persone e agli avvenimenti del suo ambiente.

Sembra che lo sviluppo di questa malattia si compia sempre gradualmente. L'*inizio*, che spesso dura per interi anni, è costituito da lieve depressione, da diffidenza ed anche da disturbi somatici, indeterminati e da timori ipocondriaci.

[...] p. 488

[...] con lo sviluppo del *delirio di persecuzione* procedono, di regola, idee di *grandezza*. Qualche volta queste rimangono nei limiti di un elevatissimo sentimento di sé. La stessa enormità di tutti i potenti mezzi che il malato crede rivolti contro di lui indica una rilevante esagerazione nell'apprezzamento della propria personalità, supposta centro di tutte queste azioni. [...] p. 490

[...] L'insorgere di tutte queste immagini deliranti ha luogo essenzialmente per l'interpretazione morbosa di avvenimenti reali. Qualche volta percezioni reali vengono interpretate in senso di nocumento. Impressioni interamente indifferenti acquistano per il malato un rapporto segreto con la propria persona, [...] p. 492

[...] Il carattere comune a tutte le idee deliranti, insorte per la vie più diverse, è la *assoluta impossibilità a rimuoverle*, che si può far dipendere da un lato dal loro *tono emotivo*, dall'altro da una certa *debolezza di critica* dei malati. [...] p. 494

[...] Il *decorso* ulteriore della malattia è di regola molto lento, e per lo più esso rimane stazionario durante parecchi anni. I malati sono tranquilli, coscienti, mantengono in modo duraturo un contegno esteriormente ordinato e sono spesso perfino in grado di occuparsi bene intellettualmente. [...] Kraepelin (1904) p. 497.

Il contraltare del concetto di paranoia kraepeliniano è rappresentato in Francia, quasi nello stesso periodo, dal delirio d'interpretazione o *folie raisonnante*. L'acume nosografico della psichiatria francese colloca il disturbo tra i "deliri cronici sistematizzati che hanno una natura costituzionale e che non modificano la personalità, della quale sono l'esagerazione, e non si concludono con un difetto intellettuale" (Serieux, Capgras, 1909). Gli autori citati sottolineano di volersi interessare solo a una parte dei deliri inclusi da Kraepelin nella paranoia. Quest'ultima, infatti prevede al suo interno sia i *deliri interpretativi* (come vedremo), sia quelli di *rivendicazione* (rivendicazioni di cose e diritti ossia la *querulomania*; rivendicazioni di meriti o scoperte, da parte di inventori stravaganti; rivendicazioni politico-sociali, cioè avanzate dai cosiddetti *mattoidi* sec. Lombroso, 1876).

La sottigliezza di separare il delirio di rivendicazione (detto anche dei *pérsecutés-persécuteurs*) dal delirio interpretativo, non corrisponde solo a una necessità di finezza nosografica ma, a nostro avviso, rivela una capacità discriminatoria che poteva essere inutile per lo psichiatra kraepeliniano, interessato al custodialismo e rassegnato all'esito dell'incurabilità delle psicosi.

Molto utile, invece, si rivela anche ai giorni nostri per gli psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, interessati a riconoscere la struttura di personalità dei loro pazienti e riuscire a sollecitarne le risorse interne.

[...] il delirio di rivendicazione, per via dei suoi sintomi, etiologia, patogenesi, evoluzione, presenta tratti caratteristici che giustificano la collocazione autonoma che abbiamo creduto di accordargli dal punto di vista nosografico. In particolare conviene distinguere dal delirio basato su interpretazioni questa psicosi basata su rappresentazioni mentali esagerate o ossessive. Che queste due forme presentino delle affinità, non è da dubitare. Ma se nelle due psicosi si può svelare l'esistenza di idee prevalenti, nell'una (delirio d'interpretazione) l'idea prevalente, una volta installata grazie a interpretazioni sbagliate multiple, diventa un nucleo intorno al quale si organizza un sistema delirante complesso; nell'altra (delirio di rivendicazione) l'idea prevalente, o ossessiva, determina uno stato affettivo cronico e reazioni abnormi. [...] p. 328

[...] Nel delirio di rivendicazione c'è una protesta espressamente formulata, un fatto iniziale al quale il malato ritorna sempre nei suoi ragionamenti o nei suoi scritti e dal quale ricava tutte le sue deduzioni: c'è un danno subito, una ingiusta condanna, una missione determinata... - Nel delirio d'interpretazione, al contrario, non si trova questo fatto iniziale, questa formula concisa che ossessiona il rivendicatore. L'idea prevalente non si traduce, all'inizio, in maniera concreta; è più una forma mentis che un'idea: il malato ha una tendenza predominante alle idee di persecuzione, o alle idee di grandezza, o alle idee mistiche..., ma esprime ciò in maniera imprecisa. Solamente in seguito, e in generale grazie a un'interpretazione retrospettiva, egli trova i fatti decisivi che sono alla base del suo sistema.

Ben differenti sono le interpretazioni. Quelle del rivendicatore si manifestano unicamente attraverso deduzioni che gli detta la sua passionalità. In certi fanatici o riformatori, gli errori di giudizio, riguardando idee astratte, si formulano in teorie più o meno strane, prodotte dall'immaginazione o dai sogni. Il contestatore, essendo la sua convinzione acquisita in primis e appoggiata su un solido fascio di prove, non cerca di raggruppare intorno ad essa, in una sorta di romanzo delirante, interpretazioni multiple; quest'ultime compaiono per spiegare i suoi guai, e non superano questo limite. In occasione di un processo perduto egli accusa giudici e avvocati di parzialità o di corruzione, e, uscendo dal tribunale, potrà non apprezzare i gesti e le parole del pubblico, ma non si concentra minimamente su un gesto o un piccolo incidente, su un grido di un

passante o su canti di bambino per costruire un delirio complesso; non attribuisce ai malefici dei suoi nemici tutti i malesseri organici che prova...E non sente mai il bisogno d'imbastire un delirio retrospettivo, non perviene mai a una concezione delirante del mondo esterno, non raggiunge mai la megalomania sistematica: egli non modifica mai il suo nome, non s'inventa titoli immaginari, non rinnega la sua famiglia, non si attribuisce ricchezze colossali, non si proclama re.[...] Serieux, Capgras, 1909, p. 260-261.

L'importante evidenziazione del delirio di rivendicazione e il rilievo delle differenze col delirio d'interpretazione fa affiorare ai nostri occhi una struttura diversa, nella quale il nucleo emotivo-affettivo si esprime con l'accanimento dei pazienti, spesso tutta una vita, al fine di tamponare un fallimento o un'importante perdita dell'autostima avvenuta in una fase delicata del loro sviluppo psicofisico. Detto in altri termini, un trauma più o meno interno spinge il soggetto verso un tentativo di ribaltare la crisi o le crisi che lo hanno visto soccombere a suo tempo. Rinforzatosi, con l'acquisizione di mezzi intellettuali e la gestione delle opportunità dialettiche presenti nella società, il rivendicatore costruisce e alimenta un narcisismo maligno, che gli permetterà di "combattere" da *pérsécuté-persécutéur* contro i denigratori e i mancati risarcitori della sua incessante "guerra santa" per ottenere giustizia. In sostanza, la distinzione operata da Serieux e Capgras colloca il delirio di rivendicazione tra le psicosi affettive, nelle quali il soggetto, predisposto dal carattere, agisce in modo eccitato e iperattivo per affermare l'idea di riscatto e ottenere la riparazione di una ferita alla sua autostima. Il delirio d'interpretazione, invece, sembra il risultato di un'apposizione di strati (come la *cintura protettiva*, cfr. Rossi Monti, cit.) che circondano un nucleo troppo fragile per ingaggiare una lotta rivendicativa con l'ambiente umano e la società. Come la perla si forma dal nucleo originario di un granello di sabbia, così il delirio interpretativo dà luogo a un complesso sistema delirante che nasconde a tal punto il nucleo

fragile del soggetto da mascherarne per sempre la natura emotivo-affettiva e mostrarne solo quella intellettuale e complessa, rappresentata dal sistema delirante.

Deliri passionali e deliri interpretativi

Un ulteriore approfondimento è quello di Gaëtan Gatian de Clérambault (1942), il quale propone di includere il delirio di rivendicazione tra i deliri passionali (erotomania, gelosia, querulomania), proponendo una specifica diagnosi differenziale rispetto al delirio d'interpretazione. L'argomento fondamentale di de Clérambault è quello che il delirio passionale deriva da una "cellula-madre", ossia da un'idea prevalente che si sviluppa e si esprime lungo tutto il decorso del disturbo. Sarebbe un'anomalia della personalità "a settore", cioè in modo circoscritto, laddove il delirio interpretativo si dipana circolarmente, fino a costituire una "rete" intricata, nella quale non si riconoscono più le motivazioni iniziali, per via della costituzione di un sistema delirante inattaccabile ed esteso.

De Clérambault tiene a sottolineare la componente affettiva che sta alla base dei deliri passionali, anche se la cronicità potrebbe produrre complicazioni tali da creare una sovrapposizione deleteria coi deliri interpretativi. Ciò non toglie che l'insistenza dell'autore sulla cellula-madre affettiva indichi una prognosi più fausta per coloro che, benché persecutori degli oggetti del loro delirio (familiari, amanti, datori di lavoro, società in genere etc.), indirizzano la loro rivendicazione contro quegli oggetti nei confronti dei quali sporgono denunce e disperate richieste.

[...] Il delirio erotomanico è una sindrome passionale patologica. Non è un delirio interpretativo.

E' opportuno riunire questa sindrome con i deliri di rivendicazione e con i deliri di gelosia, alla voce deliri passionali patologici.

I deliri interpretativi si basano sul carattere paranoico, altrimenti detto sentimento di diffidenza. Essi si sviluppano in tutti i sensi, è in gioco la personalità globale del soggetto, il soggetto non è eccitato; i concetti sono multipli, cangianti e progressivi, l'estensione avviene per irradiazione circolare, l'epoca dell'inizio non può essere stabilita, etc.

Le sindromi passionali si caratterizzano per la loro patogenesi, le loro componenti sono sia comuni, sia speciali, i loro meccanismi ideativi, l'estensione polarizzata, l'iperattivazione talvolta fino all'aspetto ipomaniacale...[...] p. 337

[...] Il paranoico delira col suo carattere. Il carattere è, *grosso modo* (in ital. nel testo), il totale delle emozioni quotidiane minime, diventate abitudine, la cui qualità è prefissata per tutta la vita e la quantità prefissata pressappoco ogni giorno. Nel passionale, al contrario, si produce un nodo ideo-affettivo iniziale, nel quale l'elemento affettivo è costituito da un'emozione veemente, profonda, destinata a perpetuarsi senza fine, e sequestrando tutte le forze dell'animo fin dal primo giorno.

Il sentimento di diffidenza del paranoico è antico, l'inizio del delirio non può essere individuato nel passato; la passione dell'erotomane o del rivendicatore ha una data d'inizio precisa. La diffidenza del paranoico regola i rapporti del sé totale con la totalità dell'ambiente, e cambia la concezione del sé; la passione dell'erotomane e quella del rivendicatore non modificano la concezione che essi hanno di loro stessi, e modificano i loro rapporti con l'ambiente solo nel caso e nell'ambito della loro passione. [...]

Il passionale, sia erotomane, sia rivendicatore, sia anche geloso, fin dall'inizio del suo delirio ha un obiettivo preciso, il suo delirio mette in gioco di colpo la sua volontà, ed è là giustamente un tratto differenziale: il delirante interpretativo vaga nel mistero, inquieto, stupito e passivo, ragionando su tutto ciò che osserva e alla ricerca di spiegazioni che scopre gradualmente; il delirante passionale avanza verso un obiettivo, con un'esigenza cosciente, immediatamente completa, egli delira nel contesto del suo desiderio: le sue riflessioni sono polarizzate, come la sua volontà, ed in ragione della sua volontà. [...] Essendo tutto il lavoro immaginativo o interpretativo limitato, per così dire, allo spazio che si pone tra l'oggetto e il soggetto, lo sviluppo delle concezioni si farà non circolarmente, ma in settore: se col tempo si allarga la visuale, lo sarà nello stesso settore il cui angolo d'apertura non cambia. Di contro a questo processo, le concezioni nell'interpretativo s'irraggiano costantemente in tutti i sensi, esse utilizzano tutti gli avvenimenti e tutti gli oggetti, in qualche malato, cambiano gradualmente la tematica; la loro estensione è a raggio, il soggetto vive al centro di una rete circolare e infinita. [...] de Clérambault, 1942, p. 342-343.

Seguendo la prosa illuminante di de Clérambault, la paranoia assume le sue sfaccettature e il binomio, delirio passionale e delirio interpretativo, prende il sopravvento, non tanto nel senso della dicotomia quanto nel segnalare un *continuum* lungo il quale si distingue la posizione di chi delira “settorialmente”, spinto e motivato da “un’idea-madre”, mantenendo ancora un contatto adeguato con la propria realtà affettiva e la posizione di colui che intreccia una molteplicità di idee deliranti in un reticolo che si ricrea senza fine, ma è anche colui che scompare come soggetto nel momento in cui dimostra di aver perso le radici personali di una dinamica affettiva con l’altro da sé.

L’importante distinzione di de Clérambault ci spinge fino alle radici del delirio, facendoci notare una diversità nel modo come il delirio procede e si costruisce. Da un lato, ci sono i deliri passionali dove l’idea prevalente è presente all’inizio e lungo tutto il decorso (ad es. l’erotomane e l’idea di essere amato da una certa persona, contro tutte le evidenze della cosa; oppure il rivendicatore, fissato nell’idea di un risarcimento o un riconoscimento che egli reclama ad ogni costo; o il geloso delirante, straconvinto del sicuro tradimento del partner amato).

Dall’altro lato, c’è il delirio interpretativo, la cui idea-madre è sparita da tempo per lasciare il posto a una produttività incessante, composta da una rete di maglie sempre più intricate e numerose, a causa dell’attività interpretativa che non proviene da una sola idea prevalente ma da un numero imprecisato e imprevedibile di spunti.

[...] Le prime e principali convinzioni dell’erotomane sono ottenute per deduzione da un postulato. Nulla di simile s’osserva nell’interpretativo. Non si vede in lui alcuna idea-madre da dove nascerebbero catene d’idee; le sue idee partono da tutti i punti, per così dire, della sua mente; certamente sono coordinate ma non subordinate tra loro, né soprattutto subordinate a una sola.

Sopprimete dal delirio di un interpretativo la tale concezione che vi sembra la più importante, sopprimetene anche un gran numero, avrete percepito una rete, non avrete rotto l'intreccio; la rete persisterà immensa e altre maglie si riformeranno da sole. Al contrario, sopprimete nel delirio passionale questa sola idea che io chiamo il postulato, cade tutto il delirio. [...]

[...] Alcune convinzioni dell'interpretativo non si può dire siano l'equivalente del postulato. Non c'è idea direttrice. Il postulato ha il carattere d'essere primario, fondamentale, generatore. Le convinzioni esplicative dell'interpretativo sono secondarie a innumerevoli interpretazioni. Non c'è, in tali deliri, cellula-madre. E' inesatto dire che nell'interpretativo ci sia un'idea prevalente [...] Il termine idea prevalente, preso in senso stretto, si adatta bene solo ai passionali. [...] de Clérambault, 1942, p. 343-344-345.

Il caso di Michael Kohlhaas

In un racconto scritto nel 1808, Heinrich von Kleist espone un caso ispirato a un fatto storico del XVI secolo.

Il commerciante di cavalli brandeburghese Michael Kohlhaas, recandosi alla fiera di Lipsia per vendere alcuni esemplari pregiati trova la strada sbarrata. Lo junker Wenzel von Tronka, nuovo padrone delle terre sassoni oltre l'Elba, ha deciso di imporre una tassa per il transito, e come pegno gli trattiene due bei cavalli morelli. Conclusi i suoi affari, e avuto conferma dell'illiceità della tassa, al suo ritorno il commerciante ritrova i cavalli in condizioni pietose, ed alla sua protesta viene trattato in modo arrogante. Michael decide quindi di non riprendersi i cavalli e di chiedere giustizia per il sopruso subito. Un inserviente che aveva lasciato con i cavalli gli conferma quanto sospettava, ossia che von Tronka aveva fin dall'inizio voluto i cavalli per impiegarli nel lavoro dei campi.

Nonostante i suoi sforzi, Michael non trova giustizia per vie legali, a causa di connivenze e coperture messe in atto dai parenti complici dello junker. Invia allora sua moglie con una supplica direttamente nelle mani del sovrano tedesco ma finisce nel

peggiore dei modi: la donna rimane uccisa per leggerezza in una serie di equivoci. Per Kohlhaas la misura è colma e la rivendicazione di giustizia prende corpo (*cellula-madre di de Clérambault*). La determinazione di Kohlhaas è definita e senza esitazioni: invia un'ingiunzione perentoria allo junker e allo scadere dei termini assale il suo castello uccidendo chiunque gli si oppone. Non riesce però a mettere le mani su von Tronka, il quale sfugge alla cattura. Nel suo inseguimento, Kohlhaas diventa il condottiero di file di sbandati e persone in cerca di fortuna, esaltati e cooptati dalla sua capacità carismatica e di trascinarsi, fino a farne un drappello in armi con cui semina il terrore a Wittenberg, dove lo junker si è rifugiato. Kohlhaas, forte del suo successo in battaglia, si dirige verso Lipsia, credendo di trovarvi l'obiettivo della sua vendetta. Lutero, suo contemporaneo, condanna aspramente i suoi atti e riesce a spingere il ribelle a un ripensamento. I due s'incontrano in segreto, e Michael chiede che il suo caso venga giudicato finalmente in modo obiettivo, ottenendo un salvacondotto in questo senso.

Dopo l'accoglienza del suo ricorso per l'intercessione di Lutero presso le autorità sassoni, Kohlhaas congeda la masnada al suo seguito e si reca per il processo a Dresda, dove viene bloccato dalle autorità. Anche i cavalli vengono rintracciati, ma ne deriva un incidente che mette in cattiva luce la causa di Kohlhaas. Le cose precipitano quando un suo luogotenente, Johann Nagelschmidt, riprende le scorribande insieme alla masnada senza freni, cercando di usare il nome di Kohlhaas per garantirsi l'appoggio popolare. Dato che la permanenza in città diventa di fatto una prigionia, Michael, sentendosi tradito, accoglie l'offerta d'aiuto di Nagelschmidt, il quale, d'accordo con le autorità lo tradisce e provoca la sua tradotta nelle prigioni.

Nel trasferimento verso Berlino, dove si svolge il processo, Kohlhaas si ritrova a pernottare vicino all'accampamento del

Principe, il quale è impegnato in una battuta di caccia. La curiosità spinge il Principe ad incontrare quell'uomo fonte di tante preoccupazioni, mantenendo celata la propria identità. L'incontro, tra intrecci e dettagli riguardanti un foglietto posseduto da Michael e redatto da una zingara, spinge il Principe a modificare radicalmente la propria linea d'accusa nel processo intentato a Kohlhaas, chiedendone la sospensione senza successo. Al proprio ciambellano, sconcertato da questo voltafaccia, il Principe rivela infine che nel foglietto c'è la predizione sulla caduta della propria casata, avvalorata da un'altra profezia avveratasi in quell'occasione. Il servitore mette allora in atto un espediente per sottrarre il documento al recluso, inviando una falsa zingara che si rivela però la vera autrice delle profezie, la quale mette in guardia Kohlhaas sulle mire del Principe elettore sassone, consigliandogli dapprima di usare quelle informazioni per salvarsi, ma in seguito ai suoi dubbi lo lascia libero di decidere secondo coscienza.

Alla conclusione del processo la condanna a morte è confermata, ma il desiderio di giustizia dell'uomo è soddisfatto, poiché anche il suo avversario von Tronka è condannato per il trattamento a lui inflitto. Kohlhaas può quindi avviarsi senza rimpianti al patibolo. Qui Michael può togliersi anche l'ultima soddisfazione: venuto a sapere della presenza tra il pubblico del Principe sassone e della sua intenzione di sottrargli il foglietto dopo la sua morte, lo ingoia davanti ai suoi occhi, distruggendolo.

La narrazione sublime del Kohlhaas soddisfa anche tutti i criteri cui abbiamo accennato a proposito del delirio di rivendicazione. L'assurda sproporzione tra la ferita all'autostima (da parte di un nobile nei riguardi di un borghese in uno Stato feudale, sic!) e la reazione del soggetto, con tanto di eventi catastrofici a catena, mette bene in risalto la metamorfosi che il "postulato" delirante può fare nella mente del rivendicativo. Il concetto di delirio "a settore" è ancor più dimostrato nella

indubbia capacità carismatica che Michael esercita nei confronti di una specifica categoria non solo sociale ma anche mentale: gli sbandati. Forte del suo rancore, votato al recupero della sua bassa autostima che gli fa avvertire un fallimento esistenziale, Kohlhaas non trascura di trascinare con sé scialbe figure che sembrano aspettare il suo richiamo per svegliarsi da una rassegnazione irreversibile. Michael invece non è rassegnato e per due cavalli scatena una guerra, mette a repentaglio la donna amata per una banalità e arriva pure a minacciare la stabilità del Principe, non per motivi politico-sociali ma per sfidare la coerenza del regnante sulla giustizia.

Nel confronto con Lutero, autentico ribelle e innovatore, Kohlhaas sembra una sagoma della ribellione. Non vuole cambiare le cose, non ha un progetto per il futuro: vuole solo rivendicare due cavalli massacrati e l'ingiustizia di averli persi per niente. Nella sua mente, una bilancia schematica fino alla morte non misura il valore umano ma quello astratto e cristallizzato nella tradizione del feudo. La sua dote di condottiero, il carisma gestito verso gli sbandati senza tetto né legge viene sprecato per raggiungere l'obiettivo prefisso: ottenere la condanna di chi lo ha danneggiato rovinando i due cavalli. La sua virtù carismatica, prima al servizio della vendetta e poi per neutralizzare un fallimento esistenziale, produce solo morte e distruzione, o creazione di seguaci e discepoli che, sganciati dalle sue motivazioni rivendicative, stringono patti e collegamenti con le stesse autorità che egli combatteva col suo accanimento fanatico.

La furia rivendicativa di Kohlhaas non produce riscatto se non nella mente del lettore del racconto. Kohlhaas morirà riuscendo a far condannare chi l'ha offeso ma agendo un'ultima stoccata nei confronti del potere assoluto del Principe. L'assurdo postulato della giustizia a qualunque costo ha preso il

posto del senso della misura e dei limiti (Minkowsky). Il “settore” intransigente della sua mente inibisce tutti gli altri settori più umani e affettivi. Il buon senso della vita precedente l’offesa ricevuta è messo da parte dall’attivazione irreversibile di un giustizialismo, che ottiene soddisfazione solo nell’empireo idealizzato del persecutore-perseguitato.

Il caso di Adele Hugo

In un film *Adele H* del 1975, François Truffaut narra la storia della seconda figlia di Victor Hugo, Adele, prendendo spunto dai suoi diari pubblicati nel ‘68. Il sottotitolo italiano “una storia d’amore” è in realtà fuorviante; il film narra di un amore impossibile e cieco tra Adele e Albert Pinson, ufficiale ussaro inglese. La vera vicenda è tragica; la storia di una rivolta disperata e suicida di una figlia nei confronti del padre troppo grande e troppo famoso.

Le prime scene ci mostrano Adele che lascia l’isola di Guernsey dove Victor Hugo, per l’opposizione al colpo di stato di Napoleone III, è costretto all’esilio con la sua famiglia. Vestita di bianco con abito nuziale, Adele di fronte ad un mare in tempesta proclama “*quella cosa incredibile da farsi per una donna, che non abbia altro pane che quello di cui suo padre le fa elemosina... quella cosa incredibile di camminare sul mare, passare dal vecchio al nuovo mondo per raggiungere il proprio amante... io la farò!*”.

Ad Halifax, città della Nuova Scozia, trova alloggio in famiglia dai signori Saunders. Inizialmente cela la sua vera identità, ma i suoi modi signorili attirano la curiosità e l’interesse delle persone che incontra. Con il padre, oltreoceano, intrattiene un rapporto epistolare ed economico tramite la banca. Qui si reca periodicamente per ricevere il denaro di cui ha continua necessità,

dimostrando da subito nei confronti del padre un atteggiamento ambivalente. E' nel colloquio con la sua affittacamere, colpita da un album di fotografie, che veniamo a conoscenza del rapporto con la sorella Leopoldina, morta tragicamente: “..Leopoldina annegò a 19 anni.” - “e lei poverina...?”. Adele continua, mal celando i suoi sentimenti contrastanti: “Leopoldina era adorata da tutta la famiglia...”, e l’invidia per il rapporto di questa con il padre e con il marito che “per quanto l’amava si lasciò annegare quando si accorse di non poterla salvare”. Rispondendo al rammarico della signora di non avere fratelli, dice: “Non sa che fortuna è stata per lei essere figlia unica!”.

La notte ha un incubo che si ripeterà più volte nel corso del film: sogna di essere trascinata in un vortice e di affogare come la sorella.

Il tipo di rapporto con Albert è evidente già prima del loro incontro ad Halifax; l’ufficiale, infatti, non dà alcun peso al biglietto che lei gli invia. Adele è scossa da questo comportamento e tuttavia scrive al padre “lui mi ama.. mi vuole sposare... ma non farò niente senza il vostro consenso.”

Il giorno dopo rincorre per strada un ufficiale credendolo il tenente Pinson. Passa i giorni e le notti chiusa in casa a scrivere. Consuma intere risme di carta che acquista in una libreria dove, senza essere vista, scorge Albert in compagnia di una giovane amica. E qui apprende dal bibliotecario, che mostra per lei interesse e simpatia, che questi non è cambiato, passa i giorni tra i salotti e le feste, corteggiando le giovani signore e impegnando denari nelle sale da gioco, per nulla interessato a lei.

Successivamente il tenente si presenta a casa dei Saunders per chiarire la sua sconveniente situazione. Colta alla sprovvista, Adele è presa dal panico, si agita, non sa quale abito indossare, perde tempo nel prepararsi. Il tenente, infastidito dall’attesa, sta per andarsene. Quando lei giunge tenta di abbracciarlo; lui rimane

rigido, cerca di farla ragionare: *“Cosa fai qui?...non pensi alla tua famiglia?...”* Ma lei, che ha in mente solo il matrimonio, lo incalza prima con le promesse: *...avrò un patrimonio di 40 mila franchi...* e le lusinghe: *“per te ho rifiutato il matrimonio con un altro”* e poi le minacce: *“attento farò di tutto per nuocerti!”*. E infine, disperata di fronte alla irremovibilità dell'altro, nel tentativo di trattenerlo, arriva a offrirgli dei soldi per pagare i debiti di gioco.

Da questo momento della storia inizia un graduale disfacimento sia fisico (dimagrimento, trasandatezza, espressione allucinata) che mentale (agitazione notturna, depressione, grafomania, delirio). La sera stessa scrive: *“Amore mio, sono così felice ... la cosa peggiore al mondo era la tua assenza”*. Invoca in seduta spiritica l'aiuto della sorella, segue Albert, controllando di nascosto i suoi incontri amorosi, senza alcun turbamento anzi con un vago piacere.

Enuncia propositi di redenzione: *“Non ho più gelosia... non ho più orgoglio... voglio pensare alle mie sorelle che soffrono nei bordelli...e nel matrimonio”*. Sogna nuovamente di morire affogata; trascura il suo aspetto e non curandosi del fisico si ammala di pleurite ed è costretta a letto. Ma appena guarita riprende ad ossessionare Pinson, lo spia, gli riempie la giacca di bigliettini amorosi (deliranti).

Il consenso del padre di Adele al matrimonio è accolto da Albert nella completa indifferenza, ma lei annuncia ugualmente (*“chiamatemi signora Pinson”*) il suo matrimonio ai genitori, i quali pubblicano la notizia sui giornali, mettendo l'ufficiale in una situazione sconveniente di fronte ai suoi superiori.

I genitori, una volta avvertiti dell'inganno di Adele, le intimano di tornare immediatamente a Guernsay, ma niente riesce a vincere l'ostinazione della ragazza neanche le notizie della salute precaria della madre né le reiterate richieste del padre, ormai anziano, che

desidera averla accanto. Adele gli è ostile, lo ritiene responsabile di non averla aiutata a sufficienza nei suoi intenti. Tratta rabbiosamente il bibliotecario che tenta di conquistarla regalándole i libri scritti dal padre. Nella notte delira nuovamente: *“Denuncio l’impostura dello stato civile e la truffa dell’identità.. io sono nata da padre sconosciuto...”*

Le frasi si ripetono ossessivamente e in maniera confusa, *“due giovani sposi sepolti nello stesso feretro...la morte non ha potuto separarli...”* esprimono paure e sfociano in pseudo-allucinazioni: *“...il baule con gli abiti di mia sorella...Non voglio più vederlo!”*, urla angosciata coprendosi gli occhi.

Conserva ancora la lucidità necessaria ad impedire il matrimonio di Albert con una ragazza della buona società, ma il conseguente disprezzo del tenente che non comprende la gravità della situazione le fa perdere il controllo.

Lascia la casa dei Saunders e, rimasta senza soldi, va a dormire in un ospizio tra i barboni.

Nell’ultima parte del film la vediamo camminare con i vestiti stracciati e lo sguardo assente nelle strade delle Barbados dove è arrivata per seguire il battaglione di Pinson. Ormai non è più presente. Come una sonnambula si aggira senza meta per le strade, rincorsa dai bambini vocianti. Niente la riporta alla realtà; è totalmente assorbita in un suo mondo visionario. Non vede neanche Albert che le passa accanto e la chiama ripetutamente, tentando inutilmente di farla uscire da quello stato. Ricondata in Francia da una donna del luogo, è ricoverata dal padre in una casa di salute dove vive altri quaranta anni dedicandosi al giardinaggio e continuando a scrivere il suo diario in codice.

Il film ci mostra un esempio di *delirio erotomanico*. Nelle prime scene del film vediamo un’immagine apparentemente congrua della protagonista. Comportamento ed esame di realtà non

rivelano aspetti inadeguati. Solo alcune sfumature ci possono far pensare a un impianto strutturato nel senso dell'esaltazione. Il proclama iniziale è forse un po' troppo enfatico e contiene elementi rivendicativi contro la famiglia, ma potrebbe anche essere adeguato ai costumi del periodo storico in cui vive la protagonista. Sono anche stonati alcuni elementi di sospettosità (passa la frontiera di nascosto, nasconde la sua vera identità alla famiglia dove alloggia), che vedremo più che casuali, e sono già caratteristiche peculiari della sua personalità patologica. Singolare è infine, la reazione di Adele quando incontra, non vista, l'ufficiale in compagnia di un'altra donna, senza manifestare apparentemente alcun tipo di emozione.

I rapporti familiari si delineano già nel primo colloquio con la signora Saunders. Adele è piena di rancore nei confronti della sorella più grande e di rabbia per il padre. Leopoldina era la figlia prediletta dal padre, alla quale Adele pensa fossero indirizzati tutte le attenzioni e gli affetti. Adele è cosciente di quanto sia stato frustrante questo rapporto, dicendo alla padrona di casa: *“non sa che fortuna sia stata per lei essere figlia unica!”*.

E' in questo ambiente deludente che la personalità della protagonista si sviluppa, partendo da un nucleo depressivo. E' una depressione “sporca”, che origina su una personalità paranoide e si alimenta all'interno di rapporti familiari insoddisfacenti e sulle ripetute delusioni nel rapporto col padre. Nei suoi confronti la figlia mostra un atteggiamento ambivalente che oscilla tra le continue richieste di denaro e di appoggio incondizionato, e crisi di rabbia con allontanamenti (*“sono partita senza avvertire per evitare..., spiegazioni.”*) che nascondono la dipendenza. Le separazioni in questo contesto non avvengono attraverso l'elaborazione e il superamento delle situazioni frustranti ma piuttosto con la svalutazione dell'oggetto e il senso d'onnipotenza.

La morte della sorella, giovane sposa, giunge in un momento importante dello sviluppo di Adele, l'adolescenza, e rappresenta un nuovo trauma. Il padre, sconvolto dall'evento (“*per poco non impazzì dal dolore*”) non coglie le esigenze affettive della figlia minore e, chiudendosi in una depressione, non riesce ad investire su di lei interesse ed affetti. Ciò spinge Adele già fragile a ritirarsi ancor di più in quel mondo fantastico, ricco di sogni, in parte costruito nell'infanzia, e ad isolarsi dai rapporti concreti. Gli affetti violenti, generatisi con le ripetute ferite narcisistiche, non vengono portati all'esterno con crisi di rabbia o reazioni violente, come nelle personalità borderline. Nel caso di Adele, il vuoto affettivo si colma virtualmente, attraverso la costruzione di un pensiero ricco di suggestioni ed idealizzazioni, ma poco aderente alla realtà (pensiero fideistico e superstizioso).

Suggestivo è l'accostamento a un tema caro all'iconografia romantica (Friedrik) che il regista ripropone con l'immagine della donna sola davanti al mare in tempesta. Romanticismo come terreno di passioni forti e grandi ideali, che nel caso di Adele nascondono una struttura di personalità fragile e tendente alle fantasticherie e alla creazione di affabulazioni sentimentali.

Si può ipotizzare che per Adele non sia stato possibile, per l'avversità degli eventi vissuti e l'inadeguatezza affettiva delle figure di riferimento, né una depressione consapevole, pur sempre in qualche modo comprensibile, né tanto meno lo sviluppo di una caratterialità isterica. Tale modalità per realizzarsi avrebbe avuto bisogno di una maggiore attitudine alla *modalità del far finta*, facilitando uno sdoppiamento più adattativo. (Fonagy).

Nella protagonista, gli affetti anche se alterati, sono presenti ma vengono collocati all'esterno (*modalità dell'equivalenza psichica*) in forma idealizzata, obbligando l'oggetto d'amore a una forzatura che lo rende vittima.

Per recuperare una coesione della personalità, Adele dovrebbe risolvere la carenza nella relazione d'attaccamento col padre (o con ambedue i genitori). Dedicandosi totalmente al suo interesse inconsistente per Pinson, Adele dimostra però di avere perso la capacità di riconoscere gli aspetti positivi della sua storia affettiva.

Pinson ha una personalità di scarso spessore (narcisistica), non ha sufficiente affettività per rendersi conto della gravità dello stato di Adele. Cerca di utilizzare il buon senso e di farla ragionare, ma l'esame di realtà che le propone è fatto più per evitare problemi a se stesso che per aiutarla. L'ufficiale non è disposto a concedere nulla alla donna (*"lasciati almeno amare"*) e così facendo finisce per sottrarsi a qualsiasi dinamica. Il risultato è che la matrice affettiva del delirio di Adele viene meno a poco a poco fino alla frammentazione della personalità.

Il bibliotecario del film, timido e insicuro ma affettuoso con Adele: con la sua zoppia è la metafora di un difetto che rispecchia quello della sua delicata cliente. L'uomo non riesce ad instaurare un rapporto empatico e, regalándole il libro *I Miserabili*, le ripropone l'identificazione con gli aspetti odiati del padre, provocando una reazione di rabbia.

Lo stesso uomo fragile non riesce a intervenire quando scorge Adele, ormai in pieno delirio, girare per le strade e parlare da sola, manifestando così tutta la sua sindrome delirante. Anche la signora Saunders, protettiva e materna, fallisce nel momento in cui arriva a toccare un suo punto debole (*"mi dia retta non pensi più al tenente... non è degno di lei"*) proponendole la rassegnazione e la sottomissione al padre. Allora l'orgoglio ferito di Adele si risveglia: *"sono io che non ho voluto sposarlo, considero il matrimonio umiliante, il mio lavoro esige la solitudine."*

L'orgoglio, la diffidenza, l'intransigenza e la vergogna condizionano l'evoluzione verso il delirio a partire da un postulato erotizzato in modo astratto e preconstituito.

Il tema delirante del film è simile a quello di tutti i deliri passionali: la pretesa di ricongiungersi all'oggetto che per primo ha amato il soggetto e lo ha desiderato. (*"Fosti tu a cercarmi, tu a volermi..., io non ti ho chiesto niente."*). Come un'istantanea del primo contatto, come una cellula-madre da cui deriveranno tutte le altre, il delirio fa perno su un fondo di realtà e invece di consentire al tempo di modificare il postulato iniziale, con le vicissitudini della relazione affettiva, si aggrappa a tutte le aspettative sognanti coltivate in modo astratto dopo lo scatto iniziale pieno di promesse ma annebbiato dall'illusione. I toni espansivi cercano di mantenere il postulato iniziale con grandi proponimenti: *"Partire da sola per attraversare l'oceano...raggiungere l'amato"*. E' la fase della *speranza o dell'esaltazione* come è definita da de Clérambault (cit.) che si manifesta con l'eretismo e la produttività del pensiero e delle sue espressioni come ad esempio la grafomania, che è uno degli aspetti patologici del comportamento di Adele.

La *fase del dispetto* e quella *del rancore* sono caratterizzate dall'emergere degli affetti reali: rabbia e odio, (*"attento ti rovinerò!"*) che compaiono quando Adele si rende conto dell'inefficacia dei tentativi di costringere Albert a sposarla.

Il delirio ha tutte le caratteristiche di uno dei due rami della paranoia (delirio passionale). Nel caso di Adele, questo è ricco di immagini e contenuti perché può basarsi su un vissuto familiare molto stimolante sul piano culturale (ideali liberali e cattolici), e per strutturarsi deve trovare nel soggetto delle capacità cognitive e logiche particolarmente sviluppate, che non tutti possiedono. E' forse proprio questa capacità di gestire meglio il pensiero piuttosto che il corpo e il comportamento che condiziona l'evoluzione della personalità patologica a partire dalla ferita narcisistica, indirizzandola verso la personalità paranoide, piuttosto che verso la personalità borderline.

Il pensiero di Adele ha già una struttura rigida e, piuttosto che integrarsi con gli affetti, si comporta da inflessibile controllore. Le fantasticherie ed i sogni ad occhi aperti dell'infanzia, nell'adolescenza si danno una forma coerente coagulandosi intorno ad un tema o *idea prevalente*, l'*amore romantico*, che Adele ha vissuto attraverso l'esistenza così tanto invidiata della sorella. Questo tema ritorna ossessivamente nei suoi pensieri ("*due giovani sposi...neanche la morte potrà separarli*") e deve solo trovare nella realtà conferme per *esaltarsi* e raggiungere il suo scopo: il matrimonio ("*se non si ama tanto da volere innanzitutto il matrimonio non è vero amore*"). Tutto il suo agire è subordinato a questo fine astratto: Adele non fa alcuna valutazione sulla persona o sulle qualità del suo amato, le interessa esclusivamente la possibilità di trovare un oggetto e legarlo in un rapporto all'infinito, perché pensa che questo le consenta di superare le incertezze ed evitare il vuoto affettivo. Per cui sarebbe disposta a tutto: "*Anche da sposato avrai la stessa libertà...potrai vedere tutte le donne che vuoi!*"

Altro elemento caratteristico del delirio di Adele è la capacità di utilizzare, coagulando tutte le energie mentali, un pensiero verbale molto ricco. La *cintura esterna protettiva* è perfettamente funzionante e può fare uso di maschere del tutto adeguate alle varie situazioni. La vediamo mentire, costruire storie, dire bugie, senza esitazioni e senza che nessun dubbio insorga nell'interlocutore; esemplare la scena del colloquio con il padre della promessa sposa di Albert, quando finge di essere in gravidanza pur di impedirgli le nozze.

Il delirio non si può definire illusione o frutto di una semplice proiezione che si infrangerebbe al confronto con la realtà. Esso è, in questo caso, *idea-madre* che viene messa dentro la realtà per deformarla (*identificazione proiettiva*). E' una convinzione

irriducibile e infatti non c'è niente che faccia dubitare Adele o farla recedere dai suoi propositi.

Pinson tenta in tutti i modi (*“non sono venuto per chiederti in sposa...non ti amo più...non mi devi perseguitare”*). Ma la certezza di lei è incrollabile: *“Quando una donna come me si dà ad un uomo diventa sua moglie...sarò tua moglie per sempre”*. E ciò si spiega perché l'erotomania è per Adele un tentativo estremo di rapporto con la realtà. Una difesa dal vuoto e dalla frammentazione. E' come se il delirio passionale fosse il collante fasullo per tenere insieme i pezzi dell'io, difesa estrema dall'angoscia del nulla.

E nel funzionare come difesa estrema dell'io, il delirio deve ricostruirsi di continuo e in maniera immediata con una modalità suggestiva, eliminando tutto il contenuto dell'esperienza appena vissuta, e sostituendolo con l'elaborazione delirante.

Sul finale, progressivamente il pensiero delirante perde coerenza e sistematicità, e la frammentazione si estende al comportamento e infine alla coscienza. La comparsa delle pseudo-allucinazioni, segna il passaggio dal delirio lucido a quello confuso. Infine, colpita sul punto più debole, l'immagine pubblica, (*“Sei ridicola.”* le dice Albert, umiliandola di fronte ai suoi soldati) la struttura di personalità va incontro alla rottura definitiva.

Crollata la cintura esterna protettiva che alimentava il falso sé, il pensiero delirante non riesce più a strutturarsi in modo coerente, (*“Denuncio l'impostura dello stato civile e la truffa dell'identità...nata da padre sconosciuto... io sono nata da padre sconosciuto!”*) non regge al confronto con la realtà, la personalità si deforma fino a frammentarsi nella condizione psicotica disorganizzata.

Un caso esemplare di paranoia: EL

Un film di Luis Buñuel del 1952, ambientato in Messico nella stessa epoca. I personaggi appartengono a famiglie cattoliche e benestanti.

Il protagonista maschile, Francisco, nella prima scena partecipa attivamente alla celebrazione di una funzione religiosa.

Dopo questa breve sequenza iniziale, che con grande efficacia ci fornisce già tutti gli elementi più importanti per comprendere il contesto in cui ci troviamo, il regista ci introduce direttamente, e ancor prima che nello stile di vita e nella quotidianità, nel mondo interiore del protagonista Francisco, di cui avvertiamo immediatamente le fissazioni. Al gesto del vescovo che bacia i piedi ai novizi dopo il lavaggio di purificazione, Francisco si volge a guardare i piedi dei fedeli seduti nei primi banchi. Rimane “folgorato” da quelli di una donna che sapremo poi chiamarsi Gloria. Finita la celebrazione, senza esitazioni, Francisco cerca subito un primo contatto con la donna. Le offre di bagnarsi le dita di acqua santa dalla sua mano. Gloria non raccoglie l’offerta ed esce dalla chiesa di gran fretta. Francisco tenta di raggiungerla ma, involontariamente, viene impedito in tale intento dal suo amico padre Velasco che, trattandolo con grande affetto, lo presenta ai suoi colleghi.

Nelle scene successive Francisco è nella sua casa e lo vediamo accogliere il suo avvocato dal quale sembra aspetti ansioso delle notizie. Il legale gli comunica che la causa volta a riacquisire la proprietà di alcuni terreni ed edifici, appartenuti un tempo ai suoi antenati, ha poche possibilità di risolversi in un successo. La reazione di Francisco è violenta e fortemente rivendicativa contro quelli che non gli riconoscono un diritto che egli sostiene sia scontato, anche se risalente a molti secoli prima. Egli pensa che se l’avvocato considera le ragioni della controparte allora è contro di

lui. Gli revoca l'incarico e lo accompagna lui stesso alla porta, mentre chiama il suo domestico Pablo urlando. Congedato l'avvocato, facendo ritorno nella sua stanza, incontra la cameriera mentre corre per le scale. Da un breve scambio verbale si intuisce che è stata molestata da Pablo. Francisco parla con quest'ultimo ma non è affatto interessato ai suoi tentativi di dare spiegazioni su quanto accaduto. Dice che non tollera tali mancanze di rispetto alla sua casa e per evitare che si possano ripetere è meglio allontanare al più presto la cameriera!

Il secondo incontro con Gloria avviene di nuovo in chiesa. Francisco le dichiara che dalla prima volta che l'ha vista si è recato lì ogni mattina e sera nella speranza di incontrarla di nuovo. Lei imbarazzata se ne va dicendo che non avrebbero più dovuto vedersi. Seguendola egli scopre che Gloria è la fidanzata di Raul Conde, un suo amico ingegnere. Molto determinato, Francisco finge, nei giorni successivi, una visita di cortesia all'amico e riesce ad invitarli a casa sua per una festa. Qui egli continua a corteggiare Gloria che cede alle sue lusinghe.

Con un evidente salto nel tempo, nella successiva sequenza del film, vediamo l'ingegnere ex fidanzato di Gloria, costretto ad una brusca frenata per non investire con l'automobile una donna. E' Gloria. Appare stanca, visibilmente confusa e disorientata. La sua disperazione la porta a confidarsi con Raul. Parla di Francisco: lo definisce un uomo malato. I primi segni della sua malattia le si manifestarono già dalla prima notte di nozze. Inizia un lungo flashback che spiegherà come Gloria sia potuta arrivare a tale grado di agitazione e confusione:

Si vede Francisco che mentre bacia Gloria è colpito dal suo chiudere gli occhi e le chiede "*a chi pensi?*". Gloria è stupita di questa domanda. Egli insiste ed ancora più sospettoso le dice che da questo momento vuole sapere tutto di lei e che il suo atteggiamento è reticente ed equivoco. Non appagato dalle

risposte, Francisco se ne va per poi tornare durante la notte chiedendo di essere perdonato. La donna è perplessa e annichilita da questa reazione.

L'indomani, passeggiando, Francisco le mostra i terreni e gli edifici di cui rivendica la proprietà, *“se c'è giustizia, torneranno ad essere miei.”* Incontrano un amico di Gloria. Francisco è molto sgarbato e le dice che non gli ha fatto una buona impressione.

Durante la gita evita accuratamente di fare alla moglie delle fotografie. Nel vedere due uomini si nasconde perché crede lo stiano seguendo.

Parlando con Gloria le dice che è attratto molto da alcune sue caratteristiche come la bontà, la devozione e la dolcezza e lei invece dice di ammirare in lui la sua area di autorevolezza, di sicurezza. Francisco accetta con una certa riserva tutto ciò (dice *“supposto che sia tutta verità”*) e chiede quali siano invece le cose che in lui non apprezza. E' molto insistente finché Gloria dice che lo trova un po' ingiusto. Francisco non accetta assolutamente tale risposta, crede infatti che *“pochi siano giusti come lui”*.

L'amico di Gloria che durante il pranzo sta al loro stesso ristorante è poi casualmente ospite della camera d'albergo attigua a quella della coppia e comunicante con una porta. Vedendo che l'uomo al ristorante scherza col cameriere, Francisco crede che lo faccia per burlarsi di lui (*“sta ridendo di me”*).

Inizia un'escalation di comportamenti: Francisco dapprima infilerà un lungo ferro nella serratura della porta di Gloria per colpire l'amico di lei, dato per certo nell'atto di spiarla, poi, arriverà ad aggredirlo fisicamente ed, accusandolo di molestie, a farlo allontanare dall'albergo.

Tornati a casa, Francisco cerca di isolare Gloria, evitandole anche contatti con la madre. Il giorno del compleanno della moglie sembra essere più affettuoso e disponibile. Le regala un profumo e le comunica di sentirsi euforico in quanto un giovane avvocato gli

ha dato nuove speranze in merito alla causa sui terreni contesi. Farà una festa. Inviterà l'avvocato, gli amici e la madre di Gloria. A quest'ultima chiede inoltre di essere ospitale e particolarmente affabile con l'avvocato. La sera della festa, incoraggiata da Francisco stesso, Gloria balla con l'avvocato che nella conversazione ridimensiona l'ottimismo di Francisco riguardo la possibilità di vincere la causa. Quest'ultimo, intanto, osserva irritato la confidenza e l'ospitalità che Gloria mostra all'avvocato e che lui stesso ha promosso. Anche padre Velasco giudica disdicevole la condotta di Gloria e lo fa notare alla madre di lei.

Francisco evita di incontrare la moglie per un giorno intero fino alla sera successiva. A cena discutono vivacemente; Francisco l'accusa di preferire l'avvocato a lui. Gloria è disperata. Da sola sembra non riuscire più a farcela. In un primo momento cerca l'aiuto della madre che non accoglie le sue preoccupazioni e non percepisce la gravità e l'urgenza della situazione neanche di fronte ai lividi che la figlia le mostra. La madre sembra non ascoltare le parole della figlia rimanendo allineata con la visione della realtà fornitale da Francisco, che tempestivamente l'ha incontrata e si è con lei "confidato" quella stessa mattina.

Successivamente Gloria si rivolge all'amico di Francisco, padre Velasco. Questi le dice che il marito è già stato da lui a parlargli dei loro problemi. Secondo il religioso, Francisco è un perfetto cristiano ed è anche un uomo puro perché prima di lei non ha mai conosciuto altre donne. La donna, invece, appare al prete troppo "leggera" e incapace di apprezzare le doti del marito.

Tornata a casa Gloria, Francisco è furioso e le impone di dover mettere fine a questo suo comportamento: parlare fuori casa dei loro problemi. Quindi la terrorizza sparandole con una pistola a salve!

Gloria è molto provata da tale episodio: mentre il marito la cura affettuosamente e le mostra un forte pentimento, chiedendole scusa piangendo.

La donna è ormai da tempo praticamente “serrata” in casa. Francisco le parla e le dice che è ora di finirla di vivere in modo così terribile: vuole uscire. Trovare però un luogo in cui andare non sembra a Francisco molto semplice. Non vuole incontrare troppe persone, “...*mi indigna vedere la felicità degli stolti...*” Propone un posto in cui possono recarsi; “*un luogo meraviglioso ed unico.*”

E conduce la donna su un campanile. Egli sostiene che solo lì si sente felice, lontano dalle preoccupazioni e dalle malvagità del suo “*amato prossimo.*”

Dall’alto Francisco esprime tutto il disprezzo che prova per le persone. Li paragona a vermi che strisciano sulla terra. La sua attenzione poi si sposta su Gloria. Le dice che lì, da soli, nulla potrebbe impedirgli di castigarla. Si avventa quindi su di lei gettandole le mani al collo. Gloria però scappa urlando. Poi per la strada avviene l’incontro con Raul.

Qui finisce il lungo flashback. Gloria confessa a Raul che nonostante tutto ciò vuole provare ancora ad aiutare il marito. E’ ancora convinta che Francisco la ami.

Raul accompagna Gloria a casa. Basta questo per confermare i sospetti di Francisco, il quale osserva la donna che scende dall’auto di Raul. Ma Gloria per la prima volta dice basta. Dichiarò di non essere più disposta a sopportare e che andrà via. Francisco è sconvolto da tale reazione. Va in camera di Pablo e gli chiede se ucciderebbe la moglie infedele. Questi gli dice che non lo farebbe.

Francisco vaga per casa. E’ fuori di sé. Cammina a zig zag. Prende un bastone e comincia, in piena notte, a battere ripetutamente sulla ringhiera delle scale.

La mattina seguente la sua gelosia e rabbia sembrano aver perso l'intensità della sera prima. Prega la moglie di aiutarlo. Appare indifeso e bisognoso di lei. Deve scrivere un'istanza al Presidente in merito alla sentenza sui terreni da lui reclamati. Piange e si fa consolare. Chiede a Gloria se lei lo odia. Dice di essere disperato. Poi il clima cambia di nuovo. Riprende ad accusarla e a minacciarla: secondo lui la donna ha fatto molto male ad andare a raccontare in giro le loro cose.

Di notte prepara una corda, un ago ed un filo. Va nella stanza di Gloria e tenta di legarla. Gloria si sveglia ed inizia ad urlare fino a far accorrere i domestici. Francisco si va a chiudere nella sua stanza.

La mattina seguente quando va a cercarla viene informato che Gloria è andata via. Sembra deciso a tutto. Prima di uscire prende la pistola. I primi tentativi sono a casa della madre di Gloria e a quella di Raul. Non la trova. Gli sembra di vedere e sentire le persone ridere di lui. Vede una coppia e la segue fino in chiesa. Solo quando li ha raggiunti capisce di aver sbagliato: non sono Raul e Gloria. Sente i fedeli ridere di lui. Si alternano immagini di vecchie signore che pregano ad immagini di queste che ridono e, secondo Francisco, ridono di lui. Un pensiero lo assorda e lo soffoca: *“lo sanno tutti, si stanno burlando di me”*. Infine, anche padre Velasco, suo amico, entra in questa deformazione della realtà. Accanto alle immagini che lo vedono celebrare la messa, si accostano quelle in cui egli ride di lui. Francisco, furioso, lo aggredisce mentre i fedeli accorrono a fermarlo.

Da questi episodi passano anni e le scene successive ci mostrano Francisco in un monastero. Gloria e Raul lo osservano da una finestra mentre conversano con il padre priore che lo descrive come buono ed umile, dal comportamento esemplare. Con loro c'è un bambino di nome Francisco.

Congedati gli ospiti, il padre priore si reca nel chiostro in cui Francisco sta passeggiando. Egli chiede notizie sulla visita ricevuta. Li ha visti affacciati; ha visto che con loro c'era anche un bambino. Commenta: *“lo vede che non sono così delirante come dicevano. Il tempo alla fine si è fatto carico di ridarmi la ragione. Alla fine, il passato è morto. Io ho raggiunto la vera pace dell'anima”*.

Il film si conclude con una splendida immagine di Francisco che percorre il viale seguendo un immaginario percorso a zig zag.

Caso esemplare di personalità paranoide che evolve in delirio.

Assai evidenti, oltre al delirio di gelosia, gli spunti megalomaniaci, il che già ci fa capire che si tratta di un delirio misto. La cosa pone l'attenzione sul fatto che l'essenza della paranoia non è nel tema delirante ma nel modo di delirare. Come vedremo, è possibile individuare una matrice del delirio, non tanto come postulato o idea-madre (presente solo nei deliri passionali), quanto come modalità delirante, espressiva della struttura di pensiero e indicativa della gravità del caso.

Qui vediamo come spesso il protagonista si senta un essere superiore, diverso dagli altri, incompreso, un essere cui appartiene come a pochi il senso della giustizia e della verità. E' interessante come Buñuel tratteggia il tema della “verità”: alle persone cui confida l'angoscia che sta vivendo, Gloria appare portatrice di una verità poco credibile a differenza di lui, Francisco, il più credibile, l'onesto, l'irrepreensibile, l'innamorato marito la cui unica colpa è il grande amore che ha per lei, *“la prima donna della sua vita”*; allora perché dolersi di una gelosia tanto naturale?

Gli stessi segni delle percosse che la donna mostra sbiadiscono se confrontati con le ragioni che lui porta, così convincenti! Attrazione ed aggressività si alternano repentinamente, le crisi succedono alle crisi, alle accuse irrealistiche, alle chiusure

mutaciche: la maschera del “vir” impeccabile si scioglie poi nel pianto disperato dell’abbandono infantile, nella disperazione del bambino angosciato che sente il mondo contro.

La storia si snoda quindi con una naturalezza che sembra trasposta da un caso clinico reale e con la sottigliezza di riferirsi specificamente ad una forma paranoide e non schizofrenica.

C’è tutto: la *cintura protettiva* costituita da “sani” principi religiosi e da un giudizio morale inattaccabile. Il comportamento è irreprensibile e manifestamente volitivo, con la cura dei dettagli e l’arte di manipolare le situazioni ufficiali e mascherarsi dietro atteggiamenti disinvolti e di prammatica. Il *nucleo affettivo molle*, affiora di tanto in tanto, pronto a manifestarsi in forma violenta e a nascondersi dietro l’ideazione delirante, che è pur sempre una forma di rapporto con la donna, anche se attaccata e umiliata dalle scenate di gelosia. E’ la percezione di questo nucleo affettivo vulnerabile e infantile che lascia immaginare a Gloria aspetti passionali che in realtà non esistono, se non come espressioni dell’arida prosopopea del marito. Non manca nell’insieme del quadro delirante di Francisco né il delirio di rivendicazione, né quello interpretativo. Nel primo caso, la vertenza legale impossibile, nella quale Francisco pretende di ottenere le terre relative al suo titolo nobiliare, trascurando che nei secoli su quei territori è sorta una città. Gli avvocati vengono messi alla porta, dopo essere stati blanditi, come se la colpa dell’insuccesso fosse loro e non dell’assurda pretesa. Nel secondo caso, il delirio di gelosia è solo l’involucro esterno di quello di persecuzione. Francisco agisce per primo contro Raul, corteggiando Gloria fino a strapparla a lui. Poi, una volta “impadronitosi” dell’oggetto ammirato, entra nell’ossessione delirante di essere a sua volta tradito dalla donna. Non c’è alcun postulato passionale all’inizio. Non c’è cellula-madre affettiva, solo orgoglio, ambizione, manipolazione e violenza che si manifestano secondo il ben noto

meccanismo dell'identificazione proiettiva. Come un boomerang, gli spunti deliranti s'intrecciano in una trama che lo stesso soggetto non riesce più a controllare. Il sistema delirante paradossalmente prende corpo dal falso rigore morale precedente, che rinforzava la maschera di apparente normalità del protagonista. Accanto alla paranoia prima latente e poi manifesta di Francisco, c'è l'ambiente umano ottuso e appiattito sull'accettazione di comportamenti condivisi, per cui il prete, la madre di Gloria, il cameriere sono conniventi e passivi nei confronti della patologia del paranoide. Se la fase pre-delirante è costellata di spunti persecutori e tormentata più dal possesso che dalla gelosia, con il delirio conclamato assistiamo a un quadro simile alla *bouffée delirante*, nel quale predominano le percezioni deliranti e il modo di delirare "a rete". Francisco, infatti, non è affetto da un delirio passionale. In quest'ultimo, come ci spiega de Clérambault, potremmo percorrere la strada a ritroso fino alla cellula-madre. Qui è impossibile. Forse andando all'indietro si potrebbe scorgere la fragilità di un bambino costretto ad adattarsi a un modello educativo repressivo, ma al posto della fragilità ora è comparso il delirio di onnipotenza espresso nella scena del campanile. L'esistenza di Francisco dimostra di essere deformata in modo assoluto. Gloria lo intuisce e ne prova pietà. Non è ottusa, è solo ingenua e romantica, ma a poco a poco si rende conto della persona con cui ha avuto a che fare e riesce a recuperare il rapporto con Raul.

I due andranno a trovare Francisco nel monastero dove lo hanno internato (per farlo espiare secondo la visione medievale del disturbo mentale, invece di curarlo). In fondo al film, l'allusione alla pseudoguarigione del paranoide: l'affermazione di efficienza razionale da parte del protagonista spacciata per sanità mentale; poi, lo splendido finale ironico e graffiante dello zig-zag del "guarito".

La matrice del delirio

Abbiamo premesso che saremmo andati a definire ciò che è essenziale nel delirio, dopo aver studiato e approfondito le differenze fenomenologiche tra le varie forme deliranti. Lasciamo da parte l'attività delirante degli schizofrenici (delirio autistico), perché la matrice in questo caso è da ricercare nella frammentazione e disorganizzazione della personalità, già in atto da diversi anni (calcolando il DUP) o appena all'esordio (sintomi di base).

Ci siamo proposti di studiare la paranoia, a partire dal *disturbo di personalità paranoide* fino ai cosiddetti disturbi dello spettro schizofrenico, di cui fa parte il *disturbo delirante*, definizione attuale secondo il DSM-5 di quella che è stata, fin da Kraepelin, la *paranoia*. Grazie agli autori francesi, abbiamo acquisito la necessaria differenziazione tra le sindromi deliranti, ritenendo utile la tripartizione tra: *deliri passionali*, *deliri di rivendicazione*, *deliri interpretativi* (Ey et al., 1978), rami diversi di un unico tronco: la paranoia. Per i primi due, l'autorevole contributo di de Clérambault ci ha permesso di riconoscere una matrice affettiva piuttosto evidente (idea-madre; cellula-madre), ossia la relazione con una persona o un evento significativo tale da spiegare la deformazione "a settore" della personalità.

Nel delirio a settore, quindi, c'è una chiave di lettura delirante di un fatto specifico e tutto ciò che vi attiene contribuisce in modo consequenziale allo sviluppo dell'idea prevalente o postulato che sostiene il delirio. Se per ipotesi dovesse cadere l'assunto di base che fa da postulato, il soggetto smetterebbe di delirare, in quanto il resto della personalità rimane indenne dal disturbo (cfr. de Clérambault, p. 343-345). Convalidando la presenza di un postulato da cui deriva lo sviluppo del delirio (passionale e di rivendicazione), stiamo

sostenendo che l'idea-madre non è di natura razionale bensì affettiva.

Quindi, ponendo all'origine di due dei tre rami della paranoia la motivazione affettiva (aspettativa d'amore; esigenza di giustizia; esigenza di riconoscimento), lo sviluppo del delirio, col suo estremismo e rigore irriducibile, diventa piuttosto comprensibile, fino a poter essere incluso nella categoria delle *reazioni paranoidi*, ossia ciò che la stessa personalità di base lasciava prevedere nel suo sfondo, a partire dal sospetto e dalla diffidenza.

[...] Dal punto di vista psichiatrico non interessano tanto le interpretazioni erronee e false su base razionale, quanto invece quelle su base affettiva, cioè solo quelle interpretazioni che si verificano sulla base di un determinato stato d'animo, di angoscia, di sfiducia e di sospetto – come quando uno che è in ansia di essere arrestato scorge un poliziotto in qualunque persona che venga su per le scale.

Queste *reazioni paranoidi* che, dal punto di vista del contenuto, si mantengono strettamente in rapporto con le direttive dello “sfondo” affettivo, sono qualcosa che, in ultima analisi, è sempre comprensibile...[...] Schneider 1950, p. 133.

In effetti, le storie di Kohlhaas e di Adele H riflettono le caratteristiche di turbamento e crisi reattiva, sulla base di un disturbo di personalità. Se però, in loro, si sviluppa un vero e proprio delirio paranoide, dobbiamo cercare un momento decisivo e determinante nel quale avviene il passaggio dalla semplice reazione al delirio.

Questo momento ha il carattere della rivelazione, della scoperta, di un *insight* che fa apparire chiaro ciò che prima era vago e indefinito. Parliamo di *intuizione delirante*, ovvero di un pensiero che come un lampo rischiarava un cielo scuro e tenebroso, fungendo da ora in poi come punto di orientamento e di certezza. L'episodio della morte della moglie in circostanze misteriose e casuali, dopo averla inviata a cercare giustizia, diventa per

Kohlhaas il punto di non ritorno che lo spinge a passare dalla richiesta di giustizia alla guerra contro colui che lo ha offeso e, allargando ancor di più, contro il potere costituito del Principe.

Contro ogni evidenza, Adele H scrive al padre sulle intenzioni di Pinson: “*Lui mi ama e mi vuole sposare....*”, avvalendosi del combinato disposto della scrittura e della pretesa assurda, che non è bugia ma espressione di un pensiero delirante che si nutre di se stesso.

In tal senso, il cosiddetto *Einfall* (intuizione delirante) è un pensiero che ha una correttezza logica e una particolare importanza per il soggetto, ossia un’attinenza che abbraccia tutta la sua vita, il mondo dei suoi valori, il suo essere passato e attuale.

Insomma, l’*Einfall* è il prodotto di una personalità e della sua struttura ma non è specifico del delirio. Deliri passionali e di rivendicazione, quindi, caratterizzati dall’*Einfall*, fanno parte della paranoia in quanto possono in diversi casi sfociare in deliri interpretativi ed esprimere una *psicosi paranoide* (come nel caso EL). Se la sindrome delirante si manifesta in modo esclusivo con *Einfall*, non si può parlare di paranoia ma di *reazione paranoide* (fenomeno assai frequente nei *disturbi di personalità*).

[...] Per *intuizione delirante* (“Wahneinfall”) noi intendiamo delle intuizioni simili a quelle del sentire una vocazione religiosa o politica, dell’aver una capacità particolare, dell’esser perseguitati, dell’esser oggetto d’amore. [...] p. 134

[...] L’*Einfall delirante* ha, dal punto di vista logico, un solo elemento di articolazione. Se a qualcuno “viene in mente” di essere Cristo, si tratta di un processo ad un solo elemento; questo elemento (di articolazione) parte da colui che pensa e arriva all’*Einfall*; [...] p. 139

[...] Quando si dice che un “*Einfall*” delirante ha un “significato particolare” non si vuole intendere altro che la “particolare” *importanza*, il “particolare” valore che quella “intuizione” riveste per l’interessato. Invece nelle percezioni

deliranti si tratta di tutt'altra cosa: ad una percezione viene attribuito un *significato* abnorme in un modo particolare, in un senso particolare (*significato delirante*).

Ora, però, questo particolare valore dell'*Einfall* delirante, con tutto il suo peso, non può servire come decisivo criterio di distinzione di questa "intuizione" (delirante) dalle altre "intuizioni" (non deliranti). Anche la "intuizione" di una scoperta o una "intuizione" religiosa della vita non-psicotica possono avere, almeno secondo la nostra opinione, lo stesso valore particolare, lo stesso significato per il soggetto che li "vive"; comunque è impossibile cogliere una differenza (tra l'*Einfall* delirante e quello non-delirante). [...]

[...] Nei casi di "intuizione" delirante non si può neppure applicare, in linea di principio, il criterio dell'inderivabilità psicologica, della *primarietà*; l'*Einfall* infatti scaturisce dal mondo prepsicotico di pensieri, valori, impulsi del delirante.[...] Schneider 1950, p. 141.

La prosa asciutta ma precisa del maestro di Heidelberg ci guida con cura alla ricerca della matrice del delirio. Il terreno complicato della paranoia confina troppo con la normalità. La somiglianza con illuminazioni, convinzioni, sentimenti improvvisi, folgorazioni, evidenze che emergono occasionalmente, in una parola *intuizioni* che accadono nella vita normale, rendono l'*Einfall* un fenomeno che si discosta per l'esagerazione, l'assurdità ma che si muove lungo il *continuum* che va dal pensiero normale a quello abnorme, da definire non per questo psicotico.

Ciò che caratterizza un pensiero psicotico, quindi, non può essere l'*Einfall* come elemento isolato ma una struttura complessa, nella quale il delirio si dà innanzitutto in una forma particolare detta *Wahnwahrnehmung* (percezione delirante). Si tratta di una interpretazione abnorme che però è sincretica con la percezione, in modo tale che a quest'ultima viene attribuito un significato altrettanto abnorme e regolato secondo le istanze personali del soggetto.

“*A chi pensi?*” chiede Francisco a Gloria la prima notte di nozze, vedendola abbassare lo sguardo. La timidezza della donna, in vista del primo contatto sessuale col marito, viene interpretata dal medesimo come rimpianto o nostalgia di un altro uomo.

L’interpretazione delirante viene formulata al momento, sincretica alla percezione ed è una domanda retorica che non lascia scampo. Nel corso della notte, Francisco ritorna in sé chiedendo perdono ma questo si rivela solo un episodio nel quale una singola percezione delirante prende il sopravvento e sconvolge il pensiero e il comportamento del soggetto. Lo stesso Francisco agisce un’altra percezione delirante, al ristorante, vedendo il conoscente di Gloria che scherza col cameriere: “*sta ridendo di me*”.

In un’altra occasione, Francisco si esalta alludendo ai terreni dei suoi avi, che egli rivendica in tribunale in un’anacronistica vertenza: “*se c’è giustizia, torneranno ad essere miei.*” In questo caso, cogliamo un *Einfall* visionario e ispirato, la cui trascendenza tornerà spesso ad animare il personaggio anche in altre occasioni.

Innumerevoli reazioni paranoide caratterizzano le interazioni di Francisco con l’ambiente, come l’episodio del ballo della moglie con il nuovo avvocato, tra le cui braccia lui stesso la spinge per motivarlo a svolgere bene la causa impossibile. Francisco, che ha invitato Gloria a fare la carina con l’avvocato per opportunismo, sarà colui che la umilierà davanti alla servitù accusandola di aver civettato con un altro uomo davanti ai suoi occhi.

[...] Noi chiamiamo pensieri *deliranti* le opinioni sostenute e mantenute dalle percezioni deliranti come pure le “intuizioni” deliranti persistenti. Il termine “idea delirante”, derivato da una psicologia ormai da lungo tempo superata, sarebbe bene non usarlo più. Quando vengono a stabilirsi collegamenti e

rapporti tra le singole percezioni deliranti, le reazioni paranoide, le “intuizioni” deliranti e i pensieri deliranti, allora si ha un *sistema* delirante. [...] [...] La percezione delirante presenta due elementi (una doppia articolazione), cioè è logicamente disarticolabile in due membri. Il primo elemento va dal soggetto che percepisce all’oggetto percepito, il secondo va dall’oggetto percepito al significato abnorme. [...] Schneider 1950, p. 137.

Abbiamo visto come nella *bouffée delirante* si articolano le fasi del delirio acuto (cfr. Conrad cit.). In questo caso, è particolarmente importante seguire lo sviluppo dalla fase di *trema* (*ratlosigkeit*, perplessità) alla fase di *anastrophe* (capovolgimento), in cui il soggetto è condizionato al massimo dalle sue *percezioni deliranti*. Nel delirio acuto, è possibile risalire indietro fino alle fasi (*ratlosigkeit*, *wahnstimmung*) nelle quali la personalità è ancora impegnata nel conflitto interno ed esterno.

La rapidità dell’inizio e la condizione pre-morbosa a portata di mano aprono spazi ed opportunità per il clinico psicoterapeuta. Anche i significati abnormi (cfr. Schneider cit.), nel senso dell’autoriferimento, attribuiti ad una percezione senza un motivo comprensibile conforme alla ragione (razionale) o al sentimento (emozionale), possono essere ricondotti facilmente al *terreno* psicologico (personalità, biografia etc.) nel quale si è sviluppato il delirio, e spesso anche all’*evento* che lo ha scatenato.

Non è così per il delirio cronico. Il clinico, nelle sedi opportune, impatta quasi sempre col *sistema delirante* e l’impressione è quella di essere chiamato a combattere una guerra di trincea. E naturalmente, la prima cosa da fare è deporre le armi (quelle della logica) per tentare, di fronte alle percezioni deliranti, di circoscrivere il *significato abnorme* dal percepito non alterato e considerare l’attività interpretativa che conferisce al percepito stesso il significato particolare che risulta essere *delirante*, in quanto *ohne anlass* (senza motivo), ma espressivo della condizione psicotica del soggetto.

[...] Questo significato è di tipo particolare: quasi sempre è inteso come qualcosa di importante, di profondo, di penetrante, in certo qual modo di personale, come un avvertimento, un messaggio, un'ambasciata proveniente da un altro mondo. [...] Schneider 1950, p. 131.

Prendere atto delle percezioni deliranti, anche nei deliri cronici, è un modo per risalire alla matrice del delirio. Cogliere questi sintomi non è che un approccio alla diagnosi di psicosi (*disturbo delirante* DSM-5).

Senza un'accurata valutazione della personalità e di altri sintomi psicotici, la rilevazione di percezioni deliranti isolate potrebbe rivelarsi un azzardo e far incorrere il clinico in errori e false diagnosi, che a quel punto, come un boomerang, riporterebbero il problema alla personalità del clinico e non risparmierebbero al paziente danni da considerare iatrogeni.

[...] la percezione delirante, che è più facilmente individuabile di per sé come sintomo psicotico, non si presenta mai completamente isolata: è difficile che, oltre ad essa, non vi sia qualche altro sintomo psicotico. E' anche per questo motivo che i casi con percezioni deliranti sono molto più facilmente inquadrabili come psicosi che non quelli che presentano "intuizioni" deliranti, isolate. [...] Schneider 1950, p. 142-143.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM 5*. Arlington, VA. Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Cortina, Milano 2014.

- Aragona M., Vella G. (1998) *Lo spettro in Psicopatologia*. Nóos, vol. 4, N.1 Gennaio-Marzo.
- Barison F. (1958), *La coscienza di significato delirante nella percezione. Lo smarrimento cosiddetto schizofrenico*. Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria, 19: 361.
- Barison F., Massignan L. (1956) *L'onirismo : considerazioni psicopatologiche*. Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria, 17: 947.
- Biondi M., a cura di (2016) *Compendio di Psichiatria e Salute Mentale*. Alpes Italia, Roma.
- Bini L., Bazzi T. (1954) *Psicologia Medica*, Vallardi, Milano 1971 (II ediz.).
- Bleuler E. (1906) *Affettività, suggestione, paranoia*. Fattore Umano Edizioni, Roma 2017.
- Bleuler E., (1911) *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- Callieri B. (1982) *Quando vince l'ombra*. Città Nuova, Roma.
- Cameron N. (1959) *Stati paranoidi e Paranoia*. In *Manuale di Psichiatria*, a cura di S. Arieti, vol. I. Boringhieri, Torino 1969.
- Conrad K. (1958) *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme, Stuttgart.
- De Clérambault G. (1942) *Ouvre Psychiatrique*, vol. I. Presse Universitaires de France.
- Ey H. (1950) *Etudes psychiatriques*. Vol. III, n. 23. Desclée de Brouwer.
- Ey H. (1955) *Condition d'apparition et forme de début des schizofrenies. Problème clinique du diagnostic de la schizofrenie incipiens*. Encyclopedie Médico-Chirurgicale: Psychiatrie, 37 284 A10.

- Ey H., Bernard P., Brisset Ch. (1978) *Manuale di Psichiatria*. Masson Italia, Milano 1986.
- Gozzetti G., Vendrame G. (1967) *La "bouffée delirante" contributo clinico e psicopatologico*. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 5: 19-71.
- Gozzetti G., Cappellari L., Ballerini A. (1999) *Psicopatologia fenomenologica della psicosi*. Cortina, Milano.
- Kernberg O.F. (1996) *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità*. In Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. *I Disturbi di Personalità*. Cortina, Milano 1997.
- Kleist von H. (1808) *Michael Kohlhaas*. Marsilio, Venezia 2003.
- Kraepelin E. (1904) *Trattato di Psichiatria*. Vol. 2, Vallardi, Milano 1907.
- Kraepelin E. (1912) *Sui disturbi paranoidi*. In Kantzas G. e P. *La Paranoia*. ETS, Pisa 1989.
- Jaspers K. (1913) *Psicopatologia Generale*. Trad. it. Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- Kretschmer E. (1927) *Der Sensitive Beziehungswahn*. Springer, Berlin.
- Lago G., Seta A. (1992) *La depersonalizzazione: aspetti teorici*, *Il Sogno della Farfalla*, 1: 71.
- Lago G., Martellotti S. (2000) *Rilievi storici e clinici sulla cosiddetta Bouffée delirante*. *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 19, 3, pp. 231-248.
- Lago G. (2002) *Orientamenti diagnostici in Psichiatria e Psicoterapia clinica*. Edizioni Magi, Roma.
- Lago G. (cura di) (2016) *Compendio di Psicoterapia*. Franco Angeli, Milano.
- Lago G. (2018) *Il disturbo del pensiero nella depressione*. *Mente e Cura*. Anno 2018, 34-61.

- Magnan V., Legrain M. (1895) *Les Dégeneres, état mental et syndromes épisodiques*. Rueff, Paris.
- Lombroso C. (1876) *L'uomo delinquente*. Napoleone Editore, Roma 1971.
- McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (1999). *The Recognition and Management of early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. (Trad It: *Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore, Torino 2001).
- McWilliams N. (1994) *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Astrolabio, Roma 1999.
- McWilliams N. (2008) *Il trattamento dei pazienti con dinamiche paranoide*. In Bortoli R., Bova F. (cura di) *Personalità Paranoide e Psicopatica*. Borla, Roma 2010.
- McWilliams N., Shedler J. (2017) *Sindromi di personalità*. In Lingiardi V., McWilliams N. (cura di) *PDM-2 Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Seconda edizione. Cortina, Milano 2017.
- Minkowski E. (1966) *Trattato di psicopatologia*. Trad. it. Feltrinelli, Milano 1973.
- Pallagrosi M., Fonzi L., Picardi A., Biondi M. (2014) *Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients*. *Psychopathology*, 47(2):111-8.
- Pallagrosi M. (2016) *Nozioni sulla diagnosi empatica (Il sentire del clinico)*. In Lago G. (cura di) (2016) *Compendio di Psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.
- Rossi Monti M. (1984) *La conoscenza totale*. Il Saggiatore, Milano.
- Rossi Monti M. (2009) *Paranoia, Scienza e Pseudoscienza*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

- Rossi Monti M., Stanghellini G. (1999) *Psicopatologia della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rümke H. C. (1958) *La différenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies*. L'Evol. Psych., 23, pag. 525-538.
- Serieux P., Capgras J. (1909) *Les Folies Raisonnnantes*. Felix Alcan Editeur, Paris.
- Scharfetter C. (1976) *Psicopatologia generale*. Feltrinelli, Milano 1992.
- Schneider K. (1959) *Psicopatologia Clinica*, Città Nuova, Roma 1983.
- Shapiro D. (1965) *Stili nevrotici*. Astrolabio, Roma 1969.
- Stanghellini G. (1997) *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano.
- Tellenbach H. (1968) *Geschmak und Atmosphere*. Müller Verlag, Salzburg.

Cinema/Movies

a cura di Tiziana Liverani

IL SOSPETTO

(un film di Alfred Hitchcock 1941)

La giovane, timida aristocratica inglese Lina (Joan Fontaine) sposa contro il volere dei genitori, Johnnie Aysgarth (Cary Grant), un playboy che vive di espedienti. Poco dopo essersi sposati, la donna si fa sempre più diffidente e arriva a sospettare il marito di omicidio e a temere per la sua incolumità.

Lina è una ragazza insicura, fragile e profondamente romantica che vive nell'idea di un amore che non ha mai vissuto e che forse non vivrà mai. Tale amore intenso e prorompente da parte della protagonista si fonderà molto presto con la paura di aver sposato un uomo che non conosce e del quale sospetta ogni cosa.

Il sospetto dunque diventa il vero protagonista, o antagonista i nella debole mente di Lina che finirà con il temere di essere uccisa.

Ecco comparire le due tematiche preferite, che spesso troviamo nei lavori di Hitchcock: amore e sospetto.

Trionfante il primo all'inizio, dove compare assoluto e prorompente nella romantica Lina, mentre l'altro si insinua in modo sottile attraverso la rappresentazione di accadimenti apparentemente insignificanti e casuali ed una loro possibile interpretazione paranoica, visti in una prospettiva di paura e di sospetto, vista la fervida immaginazione della protagonista.

Quindi la felicità iniziale della coppia si guasta: presto Lina scopre le notevoli e ripetute menzogne di Johnnie giocatore incallito e poco propenso alla serietà del lavoro e alle responsabilità familiari. Il rapporto appare compromesso da numerosi rilevazioni sul conto del marito, finché Lina, abbandonatasi ai sospetti e ad un destino infelice, si autoconvince di essere sul punto di venire assassinata dal marito.

L'amore di Lina per il playboy si trasforma in una trappola di timori e sospetti. Il viso di Cary Grant, ironico e gigione dal fascino irresistibile, ora si trasforma in quello di un killer senza scrupoli. Un'ombra lo precede mentre sale le scale di casa portando un bicchiere di latte alla moglie, illuminato da una luce posta dentro dal regista per attrarre l'attenzione dello spettatore sul bicchiere: la tensione sale, più forti le luci e le ombre intorno al personaggio, il bicchiere diventa l'arma del delitto. La storia cresce nella sua tensione raggiungendo l'apice nella corsa in auto facendo perdere allo spettatore le coordinate reali, portandolo in una dimensione di finzione.

Tiziana Liverani

JOKER

(un film di Todd Phillips 2019)

Arthur Fleck vive con l'anziana madre in un palazzone fatiscente e si guadagna da vivere facendo pubblicità per strada travestito da clown, in attesa di una giusta occasione per realizzare il suo desiderio di fare il comico.

La vita non è stata magnanima con Arthur che non ha neppure conosciuto il padre e viene a conoscenza, da un diario

della madre, di essere il figlio di un ricco imprenditore per il quale la madre ha lavorato per tanti anni. Ignorato da tutti, madre compresa, bullizzato, deriso da chiunque, Arthur sembra essere affetto da una patologia neurologica, caratterizzata da improvvisi ed incontrollabili attacchi di risate isteriche, che si manifestano in situazioni inappropriate contraddistinte da momenti di forte tensione e di disagio, rendendolo inquietante e allontanando da lui ogni possibile relazione sociale.

La sua routine appare essere risollecata dalla figura di una ragazza, la sua vicina, di cui Arthur si è invaghito e con la quale ha scambiato poche battute in ascensore e lo fa sentire per la prima volta “visto”. Tra i due sembra nascere una relazione sentimentale che per Arthur diventa l’unica fonte di affetto, supporto e via di fuga dalla sua triste esistenza. Si scoprirà che in realtà, a causa del peggioramento del disturbo psicotico, Arthur ha immaginato ogni suo momento insieme a Sophie, per la quale è un perfetto sconosciuto.

La metamorfosi di Arthur in Joker avviene una notte, in metropolitana ancora vestito da pagliaccio, quando, deriso e umiliato da un gruppo di ragazzi benestanti che lo avevano preso di mira, reagisce in modo violento. Questo viene interpretato come la rivalsa delle classi più disagiate che si identificano con il misterioso giustiziere scatenando una forte protesta per le vie della città. In questo contesto di sommossa Arthur sviluppa per la prima volta un senso di rivalsa e una sorta di definizione della sua identità. Il punto di rottura si realizza quando il protagonista entra in possesso di un referto dell’ospedale psichiatrico attraverso il quale scopre di non essere il figlio del ricco imprenditore, come sua madre gli aveva fatto credere, ma di essere stato adottato dalla donna e abusato dal compagno della stessa.

Quando Arthur scopre che la madre gli ha mentito reagisce uccidendola. Per lui è un momento scioccante che mette in dubbio

la sua identità. Da questo momento in poi è tutto un'escalation di violenza, dall'uccisione della madre a quello della ex collega.

A questo punto Arthur/Joker ha un'identità, quella del clown sanguinario che rappresenta tutti gli oppressi della società.

Cos'è reale e cosa non lo è nella testa di Arthur, verità o allucinazioni?

Tiziana Liverani

L'INFERNO

(un film di Claude Chabrol 1994)

Paul è ossessionato dalla gelosia per la bella moglie, questo appare il tema di tutta la pellicola. Paul e Nelly coppia felice ed innamorata, genitori di un bel bambino, gestiscono un albergo in riva al lago.

Tutto sembrerebbe filare liscio, se non fosse per l'ossessione che divora Paul, dove in un crescendo di dubbi e perplessità inizia a dubitare della moglie pensando al tradimento, quando la bella Nelly afferma di andare in città per far visita alla madre. Qui realtà e fantasia si sovrappongono, la mente di Paul produce fantasie catastrofiche, amplessi con amanti, scene di tradimenti nello scenario del lago.

Il tarlo del dubbio si è innescato, "l'inferno" del dubbio della gelosia è partito e caratterizzerà tutta la sua esistenza non concedendogli tregua, diventando un delirio che non darà più la possibilità a Paul di godersi la famiglia, l'amore di sua

moglie e gli farà trascurare il lavoro, diventando un pensiero totalizzante.

Ossessione che fa perdere a Paul anche il senso del tempo, che sembra essere dilatato, tutto sembra scorrere velocemente o lentamente, perdendo tempo prezioso per la relazione, minata da questa ossessione. Uno spaccato della difficoltà del rapporto di coppia, delle debolezze e del conflitto umano.

Il finale non finale che Chabrol ci regala appare in linea con l'ossessione, si riavvolge su se stessa in una sorta di loop che si auto alimenta, concludendosi con la stessa inquadratura dell'immagine iniziale del lago.

Tiziana Liverani

Libri/Books

a cura di Bernardino Foresi

Il libro di Georg Northoff, *La neurofilosofia e la mente sana. Imparare dal cervello malato*, è sorprendente fin dal titolo: la sfida di Northoff è quella di mettere insieme la più avanzata speculazione filosofica (la neurofilosofia) con la più avanzata ricerca neuroscientifica sul cervello. Il concetto di mente (la mente sana) finisce con il vacillare sotto l'avanzata delle conoscenze sulle attività del cervello, in particolare "l'attività intrinseca dello stato di riposo". Il lavoro di Northoff parte dalle ricerche di laboratorio per cercare di rispondere alle domande fondamentali sull'origine della coscienza, del senso di sé, dei sentimenti. Anche il metodo è sorprendente: Northoff parte dalla mancanza di coscienza, dallo stato vegetativo, per desumere - una volta verificato dove la coscienza non sia o cosa non possiamo dire che la coscienza sia - qualcosa del nostro modo di essere nel mondo, il nostro Da-sein, "della nostra specifica modalità di esistenza nel tempo".

La lettura del libro è impegnativa ma Northoff la rende stimolante ponendo tante domande nel suo argomentare, quasi fosse in colloquio con il lettore. La formazione poliedrica di Northoff (oltre ad essere un neuroscienziato è anche laureato in filosofia e in psichiatria) gli permette di allargare i confini della ricerca scientifica "contaminandola" con gli aspetti esistenziali del pensiero filosofico e con nuove prospettive di

comprensione e di intervento sui principali disturbi mentali (come la depressione e la schizofrenia).

Il saggio di Luigi Zoja, *Paranoia. La follia che fa la storia*, non solo ci svela come la paranoia abbia accompagnato la storia dell'uomo, ma risulta quanto mai attuale per quanto sta accadendo nel mondo in questi primi mesi del 2020, ossia la pandemia da Covid-19. Come il virus si diffonde per contagio materiale così la paranoia collettiva si diffonde per “contagio psichico”. Intervistato recentemente (marzo 2020) sul tema “paranoia e virus” Luigi Zoja racconta come il suo interesse per la paranoia abbia avuto origine nel 2001 con l'attacco terroristico alle torri gemelle a New York, dove viveva in quel periodo. La cosa che più lo ha colpito non è stata tanto la gravità dell'attacco – in fondo c'era da aspettarselo, visto i proclami e le minacce del fondamentalismo islamico che l'hanno preceduto – ma ciò che stava capitando a lui e ai suoi concittadini nei giorni che seguirono: *“Nuova era invece la paranoia collettiva che in un attimo ci aveva circondato. Quella che Jung chiamava “infezione psichica” stava contagiando tutti: malgrado i nostri sforzi per mantenerci lucidi, anche me e i colleghi psicoanalisti”* (<https://www.doppiozero.com/materiali/paranoia-e-virus>).

C'è un rischio di paranoia collettiva anche nei confronti della pandemia attuale? Sull'infezione virale da Covid-19, non disponendo ancora di dati certi e studi attendibili, Zoja preferisce sospendere il giudizio, ma mette in guardia su due problemi psicologici non piccoli: il primo riguarda il fenomeno specifico della paranoia (alimentato oggi da informazioni caotiche e contraddittorie); il secondo è dovuto all'accorciarsi degli orizzonti temporali delle notizie, per cui siamo abituati all'informazione immediata, alla notizia “virale” che corre nella rete, da dover

inseguire senza riflettere, senza pensare, con il rischio di sbandare come una folla acefala.

La grande responsabilità quindi di chi si trova in posizione di potere e di chi gestisce i mezzi di comunicazione di massa (stampa, tv, social); ma ancora più grande la responsabilità personale di non lasciarsi confondere di fronte al “tam-tam” continuo di notizie, smentite, ipotesi senza fondamento, verità scientifiche, ultime verifiche, dati certi, numeri da verificare, immagini sconvolgenti.

E’ proprio sul rapporto tra comunicazione e paranoia che ci giochiamo la qualità della vita nel nostro futuro. Per difenderci dal virus della paranoia collettiva Zoja invita a riflettere più sulle proprie responsabilità che su quelle degli altri.

Il romanzo *La Fuoriuscita* di Giuseppe Lago non è solo “un’allegoria” di quanto può succedere nello studio di uno psicoterapeuta, ma anche “la pretesa di navigare nel mare profondo della letteratura, conciliandola nel migliore dei modi con la materia inoppugnabile della Storia”. Uscito nel 2017 il libro ha avuto ottime recensioni sia per lo stile narrativo dell’Autore che per i temi trattati. Temi di grande attualità che riguardano la vita e le relazioni di quanti si rivolgono alla psicoterapia e alla storia “per non concludere ignari o illusi la propria esistenza”.

La neurofilosofia e la mente sana. Imparare dal cervello malato

Northoff Georg

Raffaello Cortina Editore, Milano 2019; 198 pag.

Nella premessa all'edizione italiana (l'edizione originale in inglese è del 2016) i curatori, Clara Mucci e Andrea Scalabrini, ci presentano l'autore all'interno del suo laboratorio, il *Royal Ottawa Mental Health Center* dell'Università di Ottawa, dove, dal 2009, Northoff dirige un gruppo di ricercatori provenienti da diverse parti del mondo: *"... la prima cosa che salta all'occhio è una mappa del mondo che evidenzia le diramazioni dei molteplici luoghi e gruppi di ricerca, significativi del gettar ponti, creare collaborazioni e legami in tutto il panorama internazionale"*. Un neuroscienziato, dunque Northoff, con la mente aperta sul mondo. Forse sarebbe più rispettoso del suo pensiero dire: "con il cervello aperto sul mondo", visto che la ricerca di Northoff (e dei suoi collaboratori) si concentra sul cervello più che sulla mente.

Georg Northoff, oltre ad essere un neuroscienziato, è anche un filosofo e uno psichiatra, con rispettive lauree, come ci tiene a precisare egli stesso: *"Sono un filosofo, neuroscienziato e psichiatra, laureato in tutte e tre le discipline. Essendo originario della Germania, ora lavoro a Ottawa/Canada, dove studio il rapporto tra cervello e mente nelle sue varie sfaccettature. La domanda che mi guida è: perchè e come può il nostro cervello costruire fenomeni soggettivi come il Sé, la coscienza, le emozioni"*. La ricchezza di prospettive e di riflessioni interdisciplinari, in particolare sul rapporto mente-corpo-cervello, ha portato Northoff ad essere uno dei principali esponenti della neurofilosofia attuale.

In senso più ampio la neurofilosofia può essere vista come l'applicazione di concetti neuroscientifici a questioni filosofiche tradizionali. Quello che in passato veniva riferito alla mente e alle facoltà mentali ora viene studiato come una specifica regione, un *network* o un meccanismo interno del cervello. Se per i primi neurofilosofi (come Patricia e Paul Churchland, ai quali si deve il termine 'neurofilosofia') non era più necessario occuparsi dei concetti mentali in quanto essi non sono altro che la manifestazione degli aspetti neurali del cervello (il 'mentale' veniva semplicemente rimpiazzato dal 'neurale'), per Northoff rimane da scoprire **come l'attività neurale si trasforma in attività mentale**, generando, per esempio, la coscienza.

La collaborazione tra filosofia e neuroscienze sembra aver solo spostato il vecchio problema mente-corpo all'interno del nuovo problema cervello-cervello senza aver risolto il "problema difficile" della coscienza (la natura soggettiva delle esperienze umane). Gli strumenti sofisticati delle neuroscienze non riescono ancora a farci vedere come le caratteristiche neuronali del cervello vengono trasformate in caratteristiche mentali della coscienza, del Sé o dell'affettività. Di fronte a questa *impasse* Northoff cerca un'altra fonte, un altro punto di partenza. Ricordando come Broca e Wernicke hanno appreso dalle patologie dei loro pazienti le caratteristiche del linguaggio e come esso sia dislocato nelle aree del cervello, allo stesso modo Northoff prende in esame le disfunzioni cerebrali, - dalla perdita di coscienza ai disturbi psichiatrici - per indagare la relazione tra la funzione neuronale e gli aspetti mentali.

“La perdita di coscienza dovuta ad un danno cerebrale che produce uno stato vegetativo potrebbe dirci qualcosa di importante su come un cervello in salute trasformi i suoi aspetti

neurali in stati di coscienza. Analogamente, le alterazioni del Sé, dell'affettività e dell'identità personale che caratterizzano i disturbi psichiatrici come la depressione o la schizofrenia, ci aiuteranno a rivelare alcune informazioni in precedenza poco chiare riguardo la mente sana e come questa sia collegata al cervello” (p. 11).

In altre parole, Northhoff sceglie di indagare il cervello malato per scoprire come funziona la mente sana, nella convinzione che i cervelli malati possano spiegare, seppur in modo indiretto, i meccanismi che trasformano le funzioni neuronali in aspetti mentali.

La ricerca di Northhoff si concentra sull'**attività intrinseca del cervello**, quella scoperta da T. Graham Brown all'inizio del '900 e sul fatto che tale attività non si arresta mai, neanche quando riposiamo, come hanno dimostrato le ricerche di Raichle negli anni 2000. La ricerca attuale è quella di definire come fa il cervello a mantenere una attività senza sosta in quello stato che - paradossalmente - viene definito **stato di riposo**. Uno stato di riposo che in realtà è molto attivo (in questo stato il cervello consuma il 20% dell'ossigeno totale del corpo e di questo consumo solo il 2-10% è dovuto all'elaborazione degli stimoli esterni). L'ipotesi di Northhoff è che l'attività dello stato di riposo non sia soltanto un “rumore di fondo” autonomo del cervello, ma che interagisca direttamente rispetto all'attività dovuta all'elaborazione degli stimoli esterni, per cui questi ultimi possono solo **modulare** l'attività intrinseca già in corso. Non solo: la particolare **configurazione spazio-temporale** dell'attività intrinseca del cervello fornisce a Northhoff l'input necessario per colmare il divario tra attività neurali e caratteristiche mentali. Con un'immagine suggestiva considera lo stato di riposo come

un'estremità del ponte tra questo stato e l'ambiente esterno: più le due estremità si avvicinano più è probabile si possa costruire un ponte che generi le caratteristiche mentali quali la coscienza e il senso di Sé. Negli stati vegetativi o nel coma è questo ponte ad essere crollato: manca la connessione tra mondo interno e mondo esterno.

Quello che non è ancora chiaro è come la coscienza possa emergere dall'attività neurale del cervello. Le immagini a colori della PET, quelle della fMRI e i tracciati dell'EEG non ci dicono nulla delle caratteristiche soggettive, dei *qualia* o dell'intenzionalità che denotano la coscienza. La possibilità di scoprire qualcosa di più risiede nello studio dello "stato di riposo" del cervello: *"Oggi abbiamo molte prove per dimostrare che non esistono né una mente né un Sé o un soggetto separati e distinti dal cervello: è il cervello stesso, e più specificatamente la sua attività intrinseca che può consentire o impedire che gli stimoli ambientali vengano elaborati correttamente. Quindi è l'attività intrinseca del cervello che svolge un ruolo fondamentale nel decidere se siamo coscienti o incoscienti"* (p. 43).

Il nostro cervello processa i contenuti e gli stimoli che riceve dal corpo e dall'ambiente. E questa è la parte facile da studiare. Ma il nostro cervello sembra aggiungere qualcosa che trasforma il *"puro processamento oggettivo dei contenuti nell'esperienza soggettiva"*. E questa è la parte difficile (il problema difficile della coscienza), cioè la nostra soggettività per cui ognuno di noi "colora" le proprie esperienze in modo personale. La coscienza stessa è intrinsecamente soggettiva piuttosto che meramente oggettiva. Ma che cos'è la coscienza? Si chiede Northhoff... *"... uno dei più grandi rompicapi su cui*

ancora si confrontano ricercatori e pensatori in molti campi”. Sicuramente siamo coscienti quando siamo svegli. Ma che succede alla coscienza quando ci addormentiamo, quando veniamo anestetizzati per un intervento chirurgico o quando un incidente stradale ci lascia a terra privi di sensi?

All’inizio del suo studio sulla coscienza Northoff pone proprio il caso della “non coscienza”: rovesciando il metodo di indagine, cerca di individuare cosa *non* sia la coscienza, come nel caso di John e Lucia, due giovani che in seguito ad un grave incidente con la moto si trovano in stato vegetativo o in uno stato minimo di coscienza (caso immaginato ma che Northoff pone come caso esemplificativo per l’origine della coscienza). Nello stato di perdita di coscienza l’attività del cervello è ridotta, con una diminuzione della connettività funzionale e della **variabilità**, ossia della capacità di risposta agli stimoli esterni. Tuttavia, Northoff non considera lo stato di riposo e la sua variabilità una condizione sufficiente, di per sé, per la comparsa della coscienza: essi non sono neanche i correlati neurali della coscienza ma piuttosto una **predisposizione neurale alla coscienza**. Predisposizione a cui l’attività intrinseca del cervello e la sua struttura spazio-temporale forniscono una **forma**: *“Ed è questa forma che, prima di tutto, rende possibile la trasformazione di uno stato puramente neurale in uno stato cosciente o mentale (p. 49).*

Ma come avviene questa trasformazione? Northoff non ce lo dice. Ci dice soltanto che mentre la filosofia parte dalla mente per arrivare al cervello, il suo approccio parte dall’attività intrinseca del cervello per arrivare alla mente. Quello che prima era un problema metafisico ora è un problema di trasformazione. *“Il filosofo tradizionale a questo punto potrebbe essere perplesso, egli infatti desidera risposte al problema mente-cervello, per capire*

come l'esistenza metafisica e la realtà della mente siano collegate al cervello. Non fornisco tali risposte; propongo invece un'evasione della domanda che rende futile qualsiasi risposta o successiva soluzione mente-cervello. Se questa domanda non ha nessun significato, non vi può essere nessuna risposta significativa” (p. 52). Allora si tratta di porre le domande “giuste”, quelle a cui la ricerca neuroscientifica può rispondere. E sono tante le domande che Northhoff pone nel suo argomentare, sia per mostrare la sua aspirazione alla chiarezza e alla conoscenza, sia per tenere interessato il lettore, ma spesso, troppo spesso, le sue risposte sono: *“per ora non lo sappiamo”*.

Dopo la coscienza Northhoff prende in esame il Sé. Le ricerche delle neuroscienze evidenziano come alcune regioni situate nella parte centrale del cervello, chiamate **Strutture Mediali Corticali** (Cortical Midline Structures – CMS) sono connesse alla produzione di pensieri interni legati al Sé. Ma sono queste strutture a determinare il Sé? O il Sé è solo un'immagine della mente, un'illusione? *“I neuroscienziati dicono di sì, i filosofi dicono di no”*, risponde Northhoff. Visto che non possiamo sperimentare i processi neuronali del nostro cervello possiamo solo “indurre” un Sé, che in realtà non esiste: *“nessuno abita nel cervello o nel corpo. Il Sé non esiste”* sostiene il neurofilosofo tedesco Thomas Metzinger. Ma se il Sé non può essere un oggetto interno né esterno, è sicuramente qualcosa legato alla soggettività e l'attività delle CMS è connessa proprio alla soggettività e può essere osservata dall'esterno: gli studi neuroscientifici di Shilbach non solo confermano l'esistenza di un Sé ma ne accentuano la natura sociale e il legame con l'ambiente esterno. *“In termini neuroscientifici significa che il cervello e in particolare le CMS*

sono intrinsecamente sociali” (p. 65). Il Sé si manifesta in tutte le nostre cognizioni, emozioni, percezioni e azioni. Ma da dove si origina? Per Northoff il Sé e la soggettività sono una componente intrinseca del cervello e della sua attività spontanea che è in costante relazione con il cervello, il corpo e l’ambiente:

“Il cervello non può sottrarsi al contesto socio-ambientale quando codifica gli stimoli durante la sua attività intrinseca. ... l’attività intrinseca del cervello è neurosociale, piuttosto che puramente neurale e può costruire una struttura spazio-temporale virtuale che circonda il cervello, il corpo e l’ambiente, rendendola una struttura virtuale, sociale e spazio-temporale che noi amiamo chiamare Sé” (p. 70).

Quindi il Sé esiste come struttura virtuale, non collocabile fisicamente, come non lo è la mente; **il Sé è una relazione piuttosto che un’entità**: un processo continuo di strutturazione e organizzazione della relazione tra cervello, corpo e ambiente. Nei soggetti in stato di incoscienza l’attività del cervello non è più neurosociale, ma soltanto neurale: il loro cervello è scollegato dal loro corpo e dall’ambiente, fino alla perdita dell’esperienza spazio-temporale: la perdita di coscienza

L’esperienza spazio-temporale del cervello viene ad assumere un ruolo sempre più centrale nella ricerca di Northoff, anche in ambito psichiatrico. Nella **depressione** non solo la percezione di Sé è alterata verso il negativo, ma è alterato anche il ciclo sonno-veglia, e lo è soprattutto il **fattore temporale**: il tempo esterno scorre più veloce del tempo interno. Nella persona depressa aumenta l’attenzione per il mondo interno (focus-interno) e per il proprio corpo (focus-corporeo) mentre diminuisce l’attenzione verso il mondo esterno (focus-ambientale). Questi tre aspetti (Sé,

corpo. ambiente) dovrebbero essere in equilibrio attraverso una modulazione reciproca dei loro contenuti mentali. In caso di disequilibrio si cade in depressione, se l'incremento riguarda il Sé o il corpo, oppure nello stato maniacale, se l'incremento riguarda l'ambiente.

Riferendosi all'attività dello stato di riposo gli studi di *imaging* cerebrale sulla depressione hanno registrato una **iperattività** di alcune regioni della linea mediana del cervello, nella corteccia frontale e nelle aree sottocorticali, mentre si registrava una **ipoattività** nelle regioni situate più lateralmente, come la corteccia prefrontale dorsolaterale. Secondo Northoff l'aumento di attività dello stato di riposo nella linea mediana spiega l'aumento del focus-interno e del focus-corporeo, mentre la diminuzione nella regione laterale è correlata al decremento del focus-ambientale. Anche la relazione tra il Sé e l'ambiente viene a ridursi nella depressione, fino a mancare del tutto nei casi più gravi. Questo squilibrio ci dice che l'attività intrinseca del cervello deve contenere alcune informazioni sulla propria relazione con l'ambiente: informazioni ricevute ed integrate dall'ambiente estrinseco. Alla fine l'attività dello stato di riposo del cervello è allo stesso tempo sia intrinseca che estrinseca *“rendendo così possibile il flusso continuo spazio-temporale all'interno delle interconnessioni triangolari (cioè relazionali) tra cervello, corpo e ambiente”* (p. 93-94) Sempre di più quindi le caratteristiche mentali come la coscienza e il senso di Sé dipendono dalla relazione tra cervello, corpo e ambiente, o più in generale, dalla relazione cervello-mondo. Quello che finora costituiva il problema mente-cervello diventa obsoleto di fronte a quello che Northoff definisce ora come **problema mondo-cervello**. Sembra proprio che l'avanzamento delle conoscenze neuroscientifiche sul cervello possa mandare

in panchina il vecchio concetto di mente (per quanto caro a filosofi e psicologi).

E come possiamo sperimentare la relazione mondo-cervello? Ne abbiamo coscienza? Ci sentiamo in relazione con il mondo quando abbiamo delle emozioni e dei sentimenti? E cosa sono i sentimenti? Dicevo delle tante domande che pone Northoff! A queste cerca di rispondere nel capitolo “Sentire il mondo”. Se sperimentiamo il nostro rapporto con il mondo attraverso ciò che sentiamo, dove risiedono questi sentimenti emotivi? Nel corpo, nel cervello o nel mondo? La preferenza di Northoff va al corpo, agli stimoli enterocettivi del corpo perché ne può riscontrare le aree interessate nel cervello: l’insula, l’amigdala, la corteccia cingolata anteriore. In particolare, **l’insula destra**, come ipotizza il neuroscienziato Bud Craig, sembra mediare il rapporto tra corpo e ambiente: essa riceve gli input viscerali e autonomi dai centri inferiori e rielabora in modo integrato lo stato corporeo interocettivo dando origine ad una **“immagine mentale del proprio stato fisico”**. Siamo dunque davanti al processo neurofisiologico che permette la formazione dell’**immagine corporea**? Secondo Craig questo processo “fornisce la base per la consapevolezza soggettiva del sentimento emotivo e del Sé come *material me*” (p. 108). Secondo Northoff i sentimenti non possono essere localizzati né nel cervello, né nel corpo, né nell’ambiente: sono il risultato dell’equilibrio tra input cerebrali, fisici e ambientali, semplicemente *“riflettono l’equilibrio e il continuo bilanciamento dell’attività neurale del cervello (come nell’insula) in relazione al corpo e all’ambiente”*(p. 113).

Per i filosofi esistenzialisti i sentimenti emotivi sono di natura esistenziale perché li sperimentiamo nel nostro essere nel mondo, nel “Dasein” come diceva Heidegger. Per i neurofilosofi proviamo

i sentimenti emotivi in modo relazionale ed esistenziale perché “questo è il modo in cui funziona il cervello”. Per Northoff rimane ancora oscuro il come e il perché i nostri sentimenti siano intrinsecamente legati al mondo. E tuttavia lo sono: una semplice o grave alterazione dei sentimenti emotivi verso il basso, come accade nella depressione, influisce negativamente sull’esperienza personale dell’esistenza e della relazione con il mondo.

Quando la relazione con il mondo non solo è alterata emotivamente ma subisce una **rottura** allora il cervello sembra incapace di stabilire relazioni “normali” con il mondo: la **schizofrenia** è caratterizzata dalla perdita del “senso comune” e da una disconnessione sociale. La relazione mondo-cervello include anche i confini, la selezione e la filtrazione degli input dell’ambiente: questi meccanismi, che servono a proteggere lo stato di riposo del cervello e la persona dal “traboccamento” (ossia la comparsa di sintomi positivi della schizofrenia) sembrano carenti nello schizofrenico che viene invaso dagli input sensoriali provenienti dall’ambiente. L’attività dello stato di riposo nei pazienti schizofrenici è anormalmente elevata e soggetta a cambiamenti continui: l’alto grado di variabilità può essere tanto elevato quanto il grado di cambiamento indotto da uno stimolo esterno. In questo caso *“la percezione di una voce può essere indotta nello stato di riposo nello stesso modo in cui viene solitamente indotta da una voce proveniente dall’esterno”* (p. 130). Questa è l’ipotesi di Northoff sul “sentire le voci” interne dello schizofrenico, ma affida a indagini future il compito di confermare o meno la correttezza della sua ipotesi. Sintomi come i deliri e il cambio d’identità vengono considerati come la reazione alla rottura dei confini tra mondo e cervello. Il disturbo del pensiero, il disturbo dell’Io e

dell'identità, la confusione tra cosa sia il mondo e cosa sia il Sé, la confusione tra ciò che è interno e ciò che è esterno vengono considerati da Northoff come un tentativo dello schizofrenico di riorganizzare il Sé e la sua relazione con il mondo.

Da psichiatra Northoff riporta in sintesi le concezioni della schizofrenia elaborate dai principali studiosi: da Kraepelin a Bleuler, da Jasper a Parnas e Sass. Ma poi riemerge il neuroscienziato che si chiede: cosa succede nel cervello? A livello neurologico può solo ipotizzare che le anomalie del Sé nella schizofrenia siano dovute sia alle anomalie dello stato di riposo sia alle anomalie dell'attività indotta dallo stimolo durante le sollecitazioni *self-specific*. Uno studio di *imaging* ha dimostrato che negli schizofrenici l'attività dello stato di riposo si riduce fino ad azzerarsi nella risposta agli stimoli; per contro gli stessi pazienti mostrano una maggiore connettività funzionale tra regioni diverse (come le strutture della linea mediana anteriore e posteriore e la corteccia cingolata posteriore): **questo grado di iper-connettività funzionale è correlato con i sintomi positivi della schizofrenia come allucinazioni uditive e deliri**. Altri studi hanno segnalato che anche la struttura spaziale e temporale dello stato di riposo risulta anomala nella schizofrenia: questa anomalia compromette fortemente la risposta del cervello agli stimoli esterni, in particolare quelli dell'ambiente; il cervello e il suo stato di riposo perdono la connessione con il mondo, non c'è più alcuna interazione stimolo-risposta. **“Quando la relazione mondo-cervello è assente i sintomi schizofrenici diventano presenti”** (p. 136). Anche il senso di Sé viene ad essere alterato dall'interruzione della relazione con il mondo. L'allineamento reciproco tra le strutture spazio-temporali degli stimoli estrinseci e lo stato di riposo sembra non funzionare più negli schizofrenici: il

cervello si rappresenta la realtà e il mondo a modo suo fornendo spiegazioni strane e bizzarre.

Dopo averci presentato una visione nuova e articolate della schizofrenia, basata su osservazioni e studi neuroscientifici del cervello, Northoff sembra rimettere tutto in discussione ponendo la domanda: **che cos'è la schizofrenia?** Risposta: **“Al momento non lo sappiamo”**. Come si rendesse conto che non è sufficiente segnalare le diverse anomalie neurologiche che accompagnano i sintomi per comprendere la schizofrenia, tanto da affermare: “al momento non disponiamo di marcatori diagnostici e terapeutici, nonché di un trattamento adeguato e specifico per i disturbi schizofrenici”. Si limita a sintetizzare quanto ha esposto fin qui: **“la schizofrenia può essere un disturbo dello stato di riposo e delle sue strutture spaziali e temporali”** (p. 138). Ma non sembra convinto neanche di questa definizione che limita la comprensione della schizofrenia allo studio dei sintomi spazio-temporali (escludendo quelli cognitivi e affettivi) e che risulta del tutto ipotetica dato quel “può essere”. E' lui stesso a sottolinearlo perché al momento **“non capiamo né lo stato di riposo del cervello, da solo, né tanto meno il tipo di struttura che apparentemente costruisce”** (p. 139). Quello che si augura Northoff è comunque un approccio spazio-temporale ai disturbi psichiatrici come nel caso della schizofrenia: una nuova opzione di trattamenti che comprenda stimoli musicali (musicoterapia), nuovi farmaci e altri strumenti (ad esempio la stimolazione magnetica). Ma è tutto da verificare: “Il futuro rivelerà queste risposte, ma solo dopo ampie indagini neuroscientifiche, psichiatriche e neurofilosofiche”. Mantiene dunque il metodo scientifico ma nel considerare l'aspetto esistenziale della schizofrenia (il nostro essere nel mondo) non

rinuncia ad una stoccata finale sull'inutilità della mente nella nostra relazione con il mondo: **“La relazione mondo-cervello chiarisce che non c'è una mente”**. Per Northoff non esiste altro che la relazione mondo-cervello. Noi stessi, il senso di Sé, non sono altro che “rappresentazioni” di questa relazione: “Non c'è nient'altro oltre a tale esistenza relazionale e alla sua relazione mondo-cervello”. E questo vale anche per la filosofia in generale: “Oltre a questo non possiamo far altro che speculare e assumere un'identità illusoria come l'esistenza di una mente” (p. 142).

Ma comunque una sorta di mente esiste, per Northoff, se almeno il termine compare nel titolo di questo libro: la neurofilosofia e la **mente sana!**

Nell'ultimo capitolo viene affrontato il tema del tempo e dell'identità. Il Sé e l'identità personale non dipendono solo dall'attività cerebrale ma da altre caratteristiche che rimangono costanti nel tempo. Memoria, corpo, cervello o mente: qual'è la base della nostra identità personale? (Notare che la mente cacciata dalla porta rientra dalla finestra). Escluso che nel mondo qualcosa non vada incontro a mutamenti nel corso del tempo, per Northoff quel qualcosa che è continuo e resta uguale nel tempo non può essere che la mente: “il concetto di mente rappresenta il simbolo di un' *assenza di cambiamento*” (sic!) che “deve originarsi da qualche altra parte, in un mondo che va al di là del luogo in cui viviamo” (doppio sic!). Un concetto di mente assolutamente filosofico, tanto da farlo risalire alla *res cogitans* di Cartesio.

Cosa ci fa essere allora sempre gli stessi nonostante il trascorrere del tempo? Il nostro senso di Sé e il sentirsi la stessa persona nel tempo sembrano essere mediati, anche se in modo non ancora del tutto chiaro, dall'alto grado di cambiamento e

vulnerabilità delle regioni mediane del cervello. Secondo il ragionamento di Northoff lo stato di discontinuità del cervello (in senso neurologico) genera il senso di continuità (in senso psicologico). E all'opposto uno stato di morte cerebrale determina una continuità neurologica (nessun segnale, nessuna attività neurologica) correlata ad una discontinuità psicologica (la perdita del senso di Sé). Come uscire da questo paradosso filosofico? Una posizione estrema si deve al filosofo britannico **Derek Parfit**, il quale rinuncia al concetto di identità, definito irrilevante, per sostituirlo con quello di **sopravvivenza**: “ciò che conta non è l'identità personale ma la sopravvivenza della persona” e la persona sopravvive finché mantiene la continuità psicologica nel tempo. Per Northoff più che ai ragionamenti filosofici occorre riferirsi alla scienza, in particolare alle neuroscienze “*per esaminare così come i risultati delle neuroscienze sono correlati ai concetti della filosofia. Questo è lo scopo della neurofilosofia*” (p. 158). Tanto l'avessimo dimenticato.

“La nostra esistenza in questo mondo è basata sul cervello, perché l'attività dello stato di riposo del cervello costruisce la continuità temporale tra il proprio tempo basato sul cervello e quello del mondo [...] Sperimentiamo noi stessi come parte del mondo e del suo tempo [...] Grazie al cervello siamo nel tempo del mondo e possiamo sperimentare la continuità di noi stessi nel tempo e della nostra identità personale” (p. 168-169).

“*L'essere è nel tempo*” come sosteneva Martin Heidegger già nel 1927.

Bernardino Foresi

Paranoia. La follia che fa la storia

Luigi Zoja

Bollati Boringhieri, Torino 2011 (rist. 2018); 468 pag.

Trovandosi a New York il giorno dell'attacco alle torri gemelle, Zoja ha potuto constatare di persona la reazione psicologica sua e dei newyorchesi nei giorni seguenti l'attentato. Insieme alle polveri e ai fumi si era diffusa una "infezione psichica" che non risparmiava nessuno, neanche lui e i suoi amici psicoanalisti: la paranoia collettiva.

Ha cominciato così a studiare e ricercare tutto quanto riguardava la paranoia non tanto nelle istituzioni psichiatriche ma nella popolazione "normale" e nella vita quotidiana, nella storia. Un lavoro che lo ha impegnato per un decennio. Il risultato è questo saggio che si legge come un romanzo, come un romanzo storico, perché la paranoia si insinua tra le pieghe della storia, si intreccia con gli avvenimenti pubblici, prende corpo in alcuni personaggi che hanno determinato guerre e genocidi, può diffondersi rapidamente nella popolazione come un'epidemia ed è difficile da riconoscere (scambiata spesso per razzismo o difesa della razza, pulizia etnica, terrorismo, guerra preventiva, esportazione della democrazia, paura di essere invasi, populismo, etc.). Si legge come un romanzo, ma non è un romanzo: è un trattato, un saggio sulla paranoia dal punto di vista di uno psicoanalista di formazione junghiana, di uno studioso di storia e letteratura, ma anche di un clinico esperto.

Il saggio si apre con "la follia di Aiace" e si chiude con il "sussurro di Iago", esempi letterari di come la paranoia possa impadronirsi delle menti di uomini sani, forti e di valore (ma l'analisi di Zoja ci rivela i punti deboli attraverso i quali la paranoia si impossessa dei personaggi). Gli aspetti clinici della

paranoia vengono evidenziati nel primo capitolo: *Che cos'è la paranoia?* Tutte le definizioni delle varie scuole psichiatriche rimandano a quella più antica di *folie raisonnante o folie lucide* perché la paranoia tiene insieme la ragione lucida con il delirio. Per questo è difficile da riconoscere: *“La paranoia è infinitamente più difficile da stanare di altri disturbi della mente perché sa dissimularsi sia all'interno della personalità del paranoico, nel suo insieme tutt'altro che folle, sia fra i soggetti circostanti”* (p. 25).

Difficile da riconoscere e da trattare perché più di ogni altro disturbo mentale *“la paranoia sembra non essere riconducibile a fattori organici”* (idem). Questo vuol dire che ben poco possono le terapie farmacologiche e che, essendo di origine psicologica, la paranoia è ben difficile da ricostruire *“perché ogni vita psichica è variabile tanto quanto ciascuna esistenza individuale è diversa da ogni altra”* (idem).

Dietro l'apparente normalità il paranoico nasconde una fragilità interna che potrebbe risalire ad una infanzia caratterizzata da freddezza affettiva e da conflitti: la reazione del bambino sarà di tipo compensatorio sviluppando processi mentali di logica formale rigidi, freddi, spesso lontani dalla realtà. Da adulto, di fronte a situazioni difficili, simili a quelle vissute nella prima infanzia, potrà riattivare le difese della *“posizione schizo-paranoide”*, così come concettualizzata da Melanie Klein. Il riferimento alla teoria psicoanalitica della Klein viene utilizzato da Zoja per spiegare l'aggressività del paranoico, che avendo difficoltà ad assumersi le proprie responsabilità (cioè ad accettare la *“posizione depressiva”*) proietta ogni male sugli altri. Ma è quanto basta a Zoja per giustificare il *“potenziale paranoico”* presente in ogni individuo. Tutti possiamo essere paranoici o diventarlo senza rendercene conto: ***“un potenziale paranoico è presente in ogni***

uomo ordinario, in ogni fase della sua esistenza, in qualunque società si trovi. E l'ambiente ha il potere di accenderlo" (p. 27).

Questo "potenziale paranoico" di ogni individuo (riconosciuto anche da Giuseppe Martini quando nell'intervista dice che "la disposizione paranoica è universale") in certi momenti e luoghi può attivarsi in una popolazione, generando un vero e proprio *ambiente paranoico*: questo è quello che si è verificato a New York dopo l'attentato - e non solo a New York ma poi in tutta l'America e in gran parte del mondo - per cui è sembrata più che giustificata la decisione del presidente George W. Bush di dichiarare la *guerra preventiva* contro l'Afghanistan (che aveva dato rifugio a Bin Laden) e all'Iraq (dove Saddam Hussein nascondeva le armi di distruzione di massa - salvo poi dover riconoscere la falsità di questa informazione). Questa scelta è costata cara agli americani: dopo quasi 20 anni le truppe americane sono ancora impegnate in questi paesi.

Una delle principali caratteristiche della paranoia è la **proiezione persecutoria**, consistente nell'attribuzione della propria distruttività all'esterno di sé, all'altro: questo finisce per giustificare un'aggressione e al tempo stesso allevia i sensi di colpa. Se poi il paranoico ha subito un torto, risponde con **sproporzionalità**: la sua azione è esagerata perché convinto che quel torto sia solo l'inizio di una persecuzione (esemplare, in questo caso, la vicenda di Michael Kohlhaas, così ben narrata da Kleist). Una volta messa in moto la paranoia ha la capacità di alimentarsi da sola (autotropia). Zoja ci aiuta a capire meglio questa caratteristica con l'esempio del piano inclinato: una volta partito il paranoico non può più fermarsi (la **coerenza assurda** di alcuni personaggi storici). Ogni forma di paranoia compiuta parte

da un “nucleo delirante” e da un “assunto di base falsificato”⁷ che rimane indiscutibile perché precede la logica: si può anche discutere con il paranoico, con la parte logica del suo pensiero, ma il nucleo delirante rimane inattaccabile, poiché esso *“non appartiene alla razionalità ma alla vitalità. E’ una condizione che il soggetto esige per vivere. Può vivere senza logica - tutti lo fanno – ma non rinunciare alla vita. Possiede una verità immediata che non richiede giustificazioni, ma che a sua volta tutto giustifica”* (p. 30).

Altri aspetti caratteristici del pensiero paranoico vengono individuati da Zoja: a) nell’ incorreggibile sproporzione valutativa e interpretativa degli eventi; b) nel ricorso alla menzogna sistematica a cui il soggetto crede e con cui inganna tragicamente se stesso; c) nell’incapacità di autocritica. Quest’ultima rende la paranoia più “antipsicologica” di qualunque altro disturbo mentale, *“perché è l’unica forma di pensiero funzionante che elimini davvero l’autocritica. Il pensiero paranoico è, insieme, logico e impossibile, coerente e contraddittorio, umano e disumano. E’ una maschera tragica, che però non copre il volto di un eroe, ma quello di un essere radicalmente insicuro, che inganna anche se stesso”* (p. 33).

Dopo aver descritto le altre caratteristiche della paranoia Zoja ne aggiunge un’ultima che definisce la **“sindrome di Creonte”**: l’esitazione che porta ai bordi della follia, la verità che arriva troppo tardi per rimediare al male causato (nell’

⁷ Quello che Zoja chiama “nucleo delirante” e “assunto di base falsificato” corrisponde al “nucleo emotivo-affettivo centrale” e agli “assunti di base dotati di forti cariche affettive” individuati da Rossi Monti alla base del pensiero paranoico (cfr. Rossi Monti M. *Paranoia. Scienza e pseudoscienza*. Fioriti, Roma 2009) e riconducibili da Lago *“a ciò che definiamo elemento protomentale non mentalizzato, cristallizzato dalla sinergia tra elementi emotivi e credenze (assunti di base), tale da costituire un “nocciolo solido”, ossia ciò che veramente alimenta il sistema delirante”* (cfr. art. di G. Lago in questo numero).

Antigone di Sofocle, Creonte si rende conto troppo tardi che la sua decisione di aver condannato Antigone ad essere murata viva ha provocato il suicidio delle persone a lui più care).

Una possibile origine dell'impulso paranoico, Zoja l'attribuisce al permanere nella nostra mente di una funzione animale primitiva, quella della **diffidenza** e del **sospetto** nei confronti dei predatori: nell'uomo è diventata "*il tentativo di prendere distanza dal male attribuendolo ad un nemico*" (p. 40).

Un limite della psichiatria classica è quello di aver considerato il disturbo paranoico come un'entità patologica distinta, a sé stante, indipendente da fattori culturali e sociali mentre quella che Zoja definisce la *paranoia collettiva* ed extraclinica "*nasce e si comunica all'interno di dinamiche sociali*" (p. 61). Spesso il passaggio dal pensiero normale a quello paranoico (e il passaggio dalla paranoia individuale a quella collettiva) avviene grazie all'azione di personaggi di particolare rilievo sociale: sono personaggi carismatici, solitamente ammirati e imitati, oggetto di contagio psichico apparentemente positivo. Per chi lo segue il leader paranoico diventa un "maestro di vita": insegna un nuovo assetto interiore a persone comuni o malate, che dipendono solo da lui. Si forma così un gruppo delirante (una setta o un gruppo politico) in cui ciascun membro ritrova un temporaneo equilibrio attribuendo il proprio precedente squilibrio ad un altro gruppo o ad un'altra persona esterna ("il male sono gli altri").

Nella storia l'intenzione di disfarsi *preventivamente* del nemico ricorre costantemente. Fin dall'inizio, dal primo fratricidio narrato nell'Antico Testamento: Caino uccide Abele non perché geloso ma perché paranoico. Caino non si chiede se c'è qualcosa in lui che non va, nel suo modo di offrire a Dio i frutti della terra: è certo che Dio e Abele stanno complottando contro di lui, per cui deve

colpire per primo. Se nell'*Iliade* Omero descrive con la stessa ammirazione e lo stesso affetto sia gli eroi greci che i nemici troiani, già con l'*Eneide* si comincia a distinguere tra buoni e cattivi: Enea è l'eroe puro che deve portare a termine l'impresa con l'aiuto degli dei; Turno è il nemico impuro, il male morale a cui la furia Aletto infonderà sotto il cuore "la scellerata pazzia di Guerra"⁸.

L'intervento della "furia" ben rappresenta l'ebbrezza distruttiva fine a se stessa, sorprendentemente simile al manifestarsi della paranoia, "che inizia pretendendo di ristabilire una giustizia, ma finisce per esprimere solo distruttività" (p. 69). La stessa nascita delle istituzioni democratiche porta con sé il germe della paranoia: l'ostracismo, nella democratica Atene, colpisce anche chi è semplicemente *sospettato* di abuso di potere. Così accadrà anche in Francia, fino alla Rivoluzione, quando con la *lettre du cachet*, il re può mandare in esilio o far arrestare qualcuno sulla base di *sospetti* senza nessun processo o indagine.

Anche nei grandi avvenimenti della storia, come la scoperta dell'America, la paranoia gioca il suo ruolo: non che Cristoforo Colombo fosse un paranoico (anche se ha creduto fino alla fine di aver raggiunto le Indie Orientali) ma come portatore di quella *paranoia collettiva* a difesa dei sovrani di Spagna, per cui, in caso di guerra con i nativi, la colpa ricade, sempre e comunque, su costoro (con tanto di *giustificazione preventiva* delle stragi future). Sulle travagliate vicende della *Conquista spagnola del Nuovo Mondo* Zoja mette in evidenza la posizione accusatrice, contro i *conquistadores*, di un oscuro frate domenicano; Antonio Montesinos, "*una voce che grida nel*

⁸ Virgilio, P. M. *Eneide*, VII, 461.

deserto". La sua accusa contro i notabili spagnoli non fermerà le atrocità contro i *naturales*, anzi, Montesinos sarà costretto dai suoi superiori a ritirare le accuse; alla fine la scelta di Montesinos e dei suoi confratelli sarà quella di non confessare nè assolvere più i coloni spagnoli. La lettura che Zoja fa di questi avvenimenti e di quelli che seguiranno è illuminante per vedere come la paranoia "agisce" nelle vicende umane: anche quando si vuole stabilire dei trattati e riconoscere dei diritti ai più deboli, il diritto e le leggi sono sempre a "senso unico", cioè a favore di chi le scrive: il famoso documento del *Requierimiento* di nuove terre, sotto l'apparente fiducia verso i nativi, in realtà è un prodotto della *diffidenza* verso questi ultimi.

La nascita delle Nazioni, in Europa, avviene sotto la spinta dei diritti dell'uomo proclamati dalla rivoluzione francese: pur combattendo la Francia gli altri paesi europei ne assimilano l'idea di Nazione. "Il nazionalismo europeo è la versione continentale ed epocale della *rendita paranoica*" (p. 84). Cioè i diritti acquisiti non diventano garanzia e tutela di libertà per tutti, non limitano il potere dei governanti, ma finiscono per giustificarlo ed esaltarlo, conferendo ai potenti nuovi strumenti per manovrare le masse. Insieme all'orgoglio di riconoscersi come Nazione cresce il sospetto verso lo "straniero", il "diverso". Per Zoja la visione diffidente e aggressiva dei rapporti fra i popoli "non è *una* lettura possibile della storia. Corrisponde all'origine stessa della storia" (p. 88). Le manifestazioni attuali di nazionalismo e razzismo indicano il permanere di questo atteggiamento paranoico originario.

Come il nazionalismo anche il razzismo si veste all'inizio di panni culturali (dibattiti sull'ereditarietà, darwinismo sociale, eugenetica) per arrivare alla convinzione "scientifica" della superiorità della razza ariana, nella Germania di Hitler o a giustificare il genocidio dei nativi e l'oppressione dei neri, negli

USA. Un caso particolare fu quello che si verificò in Francia negli ultimi anni dell'Ottocento: *L'affair Dreyfus*. La ricostruzione storica che ne fa Zoja ci fa vedere come la *sostituzione fantastica* e la *proiezione*, dovute alla paranoia, abbiano obnubilato la mente dei francesi (almeno di una parte dei francesi, visto che un'altra parte si riconoscerà nel "J'accuse" di Zola). Il capitano d'artiglieria Alfred Dreyfus è ebreo e ha un nome tedesco: per l'opinione pubblica egli è colpevole perché è *stato immaginato* colpevole fin dall'inizio; la sua condanna e la sua umiliazione (come militare) ne fa il capro espiatorio di cui la Francia ha bisogno per riunificarsi.

Ma nubi ben più dense e nere si addensano sull'Europa nel secondo decennio del Novecento: lo scoppio della prima guerra mondiale. Nel capitolo 5 (*Il buio sull'Europa*) Zoja ci racconta, quasi fosse un cronista degli avvenimenti e un diplomatico delle cancellerie europee, come e perché è iniziata la Grande Guerra. "Dopo l'assassinio di Francesco Ferdinando, governi e ministeri degli Esteri si lanciarono in contatti frenetici per fronteggiare la tensione fra Austria e Serbia. Nel frattempo la popolazione – e l'opinione pubblica espressa dai giornali – non sembravano troppo allarmate. Nell'inconscio collettivo, però, gli ingranaggi della paranoia si erano messi in movimento" (p. 134). In questi ingranaggi finisce anche lo scrittore austro-ungarico **Stefan Zweig**, che in un viaggio di vacanza in Belgio si meraviglia della presenza di militari nella spiaggia di Ostenda; in un colloquio con amici e artisti belgi dichiara di non credere possibile l'invasione del Belgio da parte della Germania, tanto da preferire di essere impiccato ad un lampione se questo fosse avvenuto. L'invasione ci fu e Zweig non si impiccò.

Considerato da Zoja un "animo troppo sensibile, troppo ragionevole e troppo poco paranoico per prevedere in che

direzione stesse scivolando il mondo” (p. 135), Zweig si rifugia prima in Svizzera poi negli USA e infine in Brasile, quando in Europa è già iniziata la seconda guerra mondiale. Sembra che siano le notizie che arrivano dal fronte europeo, secondo Zoja, a far crollare definitivamente le speranze di Zweig: “Dopo la disillusione della prima guerra mondiale, Zweig era già in salvo in Brasile quando scoppiò la seconda. Si suicidò nel 1942: non, come Benjamin, per evitare di cadere in mano ai nazisti, ma perché era stato tradito una seconda volta, senza rimedio, da stivali tedeschi che, anche in quella guerra, calpestavano di nuovo il Belgio” (p. 135).

Sul suicidio di Zweig Zoja è lapidario, liquidandolo con una giustificazione improbabile e frettolosa: sembra che il suicidio sia più la scelta di un esule belga che di uno scrittore e saggista famoso in tutto il mondo (Zweig era nato a Vienna, ma aveva ottenuto la cittadinanza britannica). Il suicidio di Zweig non fu un atto improvviso e solitario ma fu programmato e attuato insieme alla sua seconda moglie, Charlotte Altmann (più giovane di lui e sua segretaria). Scelsero di morire ingurgitando il Veronal (acido dietil barbiturico) la notte del 22 aprile 1942 nella loro casa di Petropolis, in Brasile. Li trovarono la mattina seguente ancora abbracciati nel letto. Si parlò del carattere instabile e del disturbo bipolare di Zweig, della malattia di Charlotte (ma si trattava di semplice asma), uno scrittore brasiliano ha ipotizzato un complotto nazista⁹ ... ma questo doppio suicidio non può non riecheggiare quello di **Heinrich von Kleist** e della sua ultima amica, Henriette Vogel, moglie di un funzionario di banca, malata di tumore) attuato dal poeta tedesco con due colpi di pistola (uno per l'amica e uno per sé) sulle rive del Wannsee, vicino Potsdam, il 21 novembre 1811 (Kleist aveva 34 anni).

⁹ Da Silva, D. *Stefan Zweig deve morire*. Pironti, Napoli 2013.

Zweig conosceva benissimo la vita e l'opera di Kleist: ne aveva scritto una breve biografia, pubblicata insieme a quella di altri autori nel 1925¹⁰.

Zweig era uno “specialista” nel cogliere gli aspetti più nascosti e profondi dei personaggi che descriveva e nel valutare la qualità delle loro opere. Così scriveva di Kleist: “Spinge il completo abbandono e il Contegno fino alle possibilità ultime dell'arte: perciò i suoi drammi sono i più soggettivi, spontanei, eruttivi di tutto il teatro tedesco, le sue novelle le più concise, gelide, compresse di tutta l'epica tedesca. L'arte di Kleist vive sempre nei suoi superlativi”¹¹. Ed è proprio con la scrittura di *Michael Kohlhaas* che Kleist crea “il più bello, il più significativo tipo di esageratore, ... l'uomo che, portandole all'eccesso, spinge alla distruzione le sue energie più alte, la dirittura a testardaggine, il senso della legalità a prepotenza; egli è inconsciamente l'immagine del suo creatore, il quale di ciò che aveva di meglio fece il suo pericolo maggiore e, spinto dal fanatismo della volontà, volle uscire dalla via e dai limiti a lui segnati”¹².

Non azzardo una *identificazione* del biografo (Zweig) con il poeta tedesco (Kleist) ma una *emulazione* del gesto estremo mi sembra evidente, una “cattiva emulazione” considerando la drammaticità e la coerenza della scelta di Kleist e la poco chiara e difficile a comprendersi scelta di Zweig.

Di questo nesso tra i due suicidi non c'è traccia nel libro di Zoja, forse perché non direttamente riconducibili alla paranoia. Ma non è solo la paranoia che fa la storia. Zoja, appena

¹⁰ Zweig S. (1925) *Der Kampf mit dem Dämon: Hölderlin, Kleist, Nietzsche*. Fischer, Francoforte 1982; trad. it. *La lotta col demone*. Frassinelli, Milano 1992.

¹¹ Kleist, H. von *Michael Kohlhaas con un saggio di Stefan Zweig*. Mondadori, Milano 1997 (Oscar Classici Mondadori, 422); p.146.

¹² idem, p. 148.

accennato al suicidio di Zweig (la diversità con quello di Walter Benjamin meriterebbe un capitolo a parte) torna ad esaminare le mosse dei principali attori sulla scena europea, le ansie e le paure dei governanti, ma anche le speranze dei popoli che si sono ravvivate dopo l'attentato di Sarajevo. Tutti i contendenti ormai agiscono e pensano in preda alla paranoia: la propaganda ne è l'esempio migliore.

La fine della guerra non comporta la scomparsa della paranoia: essa si incarna nel presidente americano **Woodrow Wilson** e nei suoi *Fourteen Points* proposti nel trattato di Versailles (1919). Wilson era convinto di possedere una "rivelazione originaria" che avrebbe portato l'Europa, dilaniata dalla guerra, ad una nuova forma di democrazia. "Egli era così incrollabilmente convinto della validità dei suoi ideali da ritenere che si potessero realizzare e imporre ai suoi alleati. Quando fu evidente che non era così, Wilson reagì con la negazione e la fuga dalla realtà" (p. 167). Zoja ci ricorda che la personalità di Wilson è stata "analizzata" da Sigmund Freud e da William C. Bullit, un diplomatico americano colto e cosmopolita, in un saggio pubblicato solo nel 1967¹³. Ma Zoja sembra tener più in considerazione una definizione del presidente Wilson data da John Maynard Keynes, il famoso economista, quando riferendosi alla necessità di "disilludere" il presidente americano usa il verbo "*de-bamboozle*" dove *bamboozle* vuol dire "rimbambire". Zoja intitola questo capitolo sulle trattative di pace in Europa dopo la prima guerra mondiale: *Freud, Keynes e il rimbambito*.

Nella catastrofe e nel disorientamento in cui viene a trovarsi la Germania dopo il trattato di Versailles, l'idea di una congiura che avesse preparato la sconfitta, seppure senza fondamento, finisce

¹³ Freud, S. Bullit, W. C. (1967) *Thomas Woodrow Wilson: Twenty-eighth President of the United States: A Psychological Study*. Weidenfeld & Nicholson, London. (Tr. it. *Il caso Th. Woodrow Wilson ventottesimo presidente degli Stati Uniti. Uno studio psicologico*. Feltrinelli, Milano 1967).

per imporsi. L'idea paranoica del *complotto* si diffonde rapidamente nel paese sconfitto e umiliato.

“In questo modo, *proprio i peggiori paranoici potevano proclamare che avevano avuto ragione*. I loro argomenti sovraeccitati fecero adepti tra i cittadini comuni. Il gruppo, in sé piccolo, dei deliranti stabili fu così ingrossato da vaste masse convertite alla mentalità persecutoria” (p. 181). Su questo terreno prepara la sua ascesa **Adolf Hitler**. Sono ben due i capitoli che Zoja dedica alla Germania del primo dopo guerra: il cap. 7, *Sigfrido*, in cui la popolazione tedesca, all'oscuro delle reali vicende belliche, crede di essere stata “pugnalata alle spalle” come Sigfrido, l'eroe germanico colpito alle spalle dall'amico che lo doveva proteggere; e il cap. 8, *Il fondamento granitico e l'ora dell'idiozia*, in cui la paranoia raggiunge l'apice con Hitler: dal *Mein Kampf* ai pregiudizi razzisti, dal mito della razza ariana all'onnipotente capacità di autoillusione, con cui in seguito devasterà l'Europa. “Il paranoico sente la possibilità di un crollo psichico e se ne difende semplificando sempre più il proprio orizzonte mentale, che viene così semplificato nel dogma dell'assoluta purezza. Sul piano collettivo, il corrispondente di questa difesa è l'ulteriore passaggio dal nazionalismo al razzismo” (p. 186).

Negli stessi anni in cui Hitler e il nazismo si imponevano in Germania, nella lontana Russia (ora URSS, dopo la rivoluzione del 1917) un uomo, chiamato **Stalin**, si impone sul partito e impone la sua paranoia su tutto il paese. Con la scusa di realizzare il socialismo in un solo paese, Stalin (l'uomo d'acciaio) instaura un clima di sospetto e diffidenza tale che nessuno si può sentire al sicuro. “Stalin non crede che la realtà sia già data. Come lo Jago di Shakespeare, diffida di ciò che gli altri considerano realtà [...] Anche quando non reagiva violentemente, Stalin era incapace di accettare qualunque

critica e finiva col ribaltarla interpretandola come macchinazione e sabotaggio contro di lui; così, anziché giungere ad una conclusione che tenesse conto delle osservazioni rivoltegli, poneva le basi per una nuova ondata di sospetti paranoici” (p. 248-249). Se per una persona “normale” i sospetti potevano rimanere tali, per il paranoico “ogni problema è sempre esterno e sempre si materializza [...] In Stalin la solitudine del paranoico raggiunge la vetta insuperabile. Sotto le raffiche gelide della sua diffidenza cadono uccisi poco alla volta quasi tutti i compagni di strada” (p. 250). Mentre per la propaganda nazista il nemico era ben identificato, un’altra nazione o etnia, per quella di Stalin il nemico era dappertutto, nella propria città, nel vicino di casa, nella propria famiglia: la paura di essere accusato trasforma la gente comune in delatori e spie. E’ quello che Zoja definisce “*il rimbalzo collettivo della paranoia*” (p. 254). Come sia stato possibile per un popolo, seppur terrorizzato, accettare che intere comunità venissero deportate, migliaia di persone sparissero nel nulla, altre decine di migliaia deportate nei gulag, che pacifici e poveri contadini venissero definiti “*kulaki*”, cioè “nemici” (se poveri perché dissimulatori, se proprietari perché controrivoluzionari) e pertanto da espropriare e deportare (con le quote stabilite a tavolino!), rimane ancora difficile da comprendere, nonostante le analisi storiche, politiche, sociologiche, economiche e psicologiche che sono state fatte su Stalin e lo Stalinismo.

E pensare che Stalin era stato “smascherato” fin dal dicembre del 1927, quando il Dipartimento di medicina del Cremlino aveva chiesto al più autorevole neurologo del tempo, **Vladimir Bekhterev**, di visitare Stalin. Dopo il colloquio privato con il dittatore, Bekhterev si confidò con i colleghi dicendo che aveva appena esaminato un paranoico. Ritornato a presiedere il Primo Congresso di Neurologia e Psichiatria che si teneva a Mosca in

quei giorni, Bekhterev è stato invitato per uno spuntino al buffet. Più tardi, nel suo appartamento, si è sentito molto male e la mattina dopo è stato visitato da un medico che ha diagnosticato "irritazione gastrica". Le sue condizioni sono rapidamente peggiorate fino alla morte per "insufficienza respiratoria". Gli fu asportato il cervello e il suo corpo inviato subito alla cremazione. Aveva quasi 71 anni ed era in buone condizioni di salute fino al giorno prima. La versione ufficiale parla di "morte per malattia", anche se qualcuno ha pensato ad un avvelenamento. Sicuramente la sua diagnosi non è piaciuta al capo del Cremlino. Di fatto il nome di Bekhterev scomparve dalle riviste mediche, i suoi articoli e i suoi libri non furono più ripubblicati, chiuso il suo Istituto, come non fosse mai esistito.

Se ci poteva essere qualche dubbio sulla morte (per malattia o per avvelenamento), l'operazione di "cancellazione" dopo la morte non lascia più dubbi su chi l'abbia decisa: un paranoico che non può essere criticato, pena la morte. Un paranoico sì, ma capace di organizzare una perfetta rete di informazioni a difesa del suo nome e della sua persona, fino a coprire la sua vera natura di criminale con il culto della personalità. "Stalin soffriva dunque di forme estreme di scissione. Gli aspetti più perversi della sua personalità erano negati, la sua ansia paranoica era alla costante ricerca di avversari in cui "punire", per interposta persona, il criminale che era in lui. [...] La raffinatezza staliniana era nell'aver creato un grandioso rituale catartico il quale, oltre che come propaganda pubblica, poteva funzionare come terapia privata" (p. 279). Nei processi-farsa, per esempio, gli imputati si autoaccusavano di colpe che sia loro che i loro accusatori sapevano di non aver commesso; poi, implorando, chiedevano perdono a Stalin e ai loro accusatori! (*L'inversione della causa*, tipica nel paranoico, come se, la vittima avesse fatto del male ai carnefici e non viceversa). Per

Zoja la tenebrosa personalità di Stalin era infestata da “nemici interiori” da cui cercava di liberarsi: “Iosif Džugašvili (Stalin) si liberava dal male che aveva in sé da un lato inventando un malvagio e facendolo eliminare, dall’altro, creando un nuovo, efferato male, e affidandone la recita ad un genio del palcoscenico: il pubblico accusatore Andrej Vysinskij. Per Stalin la “terapia processuale” era in questo modo completa: il male era espulso due volte per interposta persona” (p. 280).

Scopo di Zoja non è quello di dare valutazioni politiche o storiche ma di dimostrare come un disturbo mentale, la paranoia collettiva, possa a sua volta influenzare la politica e la storia. Se nei fascismi e nei comunismi storici essa si autoalimenta e diventa prevalente, nelle società democratiche tende a restare minoritaria e latente, ma pronta a dilagare in casi di emergenza reale o fantasticata (maccartismo, 11 settembre) oppure per contagio diretto con il nemico paranoico (guerre “totali”, calde o fredde, terrorismo). “Negli eventi militari della guerra “totale” troviamo esempi continui della sua infettività. Gli atteggiamenti generosi o pacifici non si riproducono per contagio psichico; l’odio e la crudeltà sì. Gli Stati democratici, che la retorica antifascista ci chiede di ammirare, spesso permisero ai loro militari comportamenti mostruosi simili a quelli dei soldati di Hitler. Questa constatazione conferma che vi sia un potenziale paranoico nella psiche ordinaria, sia individuale sia collettiva. La paranoia di massa sembra quasi indipendente da tradizioni, Stati di diritto e istituzioni democratiche esistenti da secoli” (p. 304).

Gli ultimi capitoli, sulla seconda guerra mondiale, in Europa e nel Pacifico, i retroscena della decisione di sganciare “little boy” su Hiroshima, la resa del Giappone, le decisioni di Yalta, la “guerra fredda” fino al terrorismo internazionale, con la narrazione di fatti noti e meno noti, confermano per Zoja l’importanza della

comunicazione degli eventi collettivi, che ha sempre una **responsabilità**, sia che si tratti di diffondere eventi contemporanei o di rievocare quelli passati: insieme al messaggio che informa si può comunicare anche la paranoia (consapevolmente o no, fa poca differenza). Se il diffondersi dei mass media ha portato più informazione a più persone, ha anche facilitato la diffusione di “infezioni psichiche collettive”. Tanti sono gli esempi portati da Zoja a dimostrazione di come i moderni mezzi di comunicazione incanalano la paranoia. Uno in particolare viene scelto da Zoja come rappresentativo del “clima paranoico” creato dalla propaganda americana durante la seconda guerra mondiale contro gli odiati giapponesi, i quali non sono più considerati neanche uomini ma animali, scimmie, e come tali vanno trattati. Una simile deformazione si è insinuata nella società liberale americana senza che nessuno avesse da ridire. La rivista “Life”, la più prestigiosa rivista illustrata americana, nel maggio del 1944 pubblica la foto in bianco nero di una giovane ragazza bionda, elegante, ben curata, seduta ad una scrivania, con la mano destra tiene una penna sopra dei fogli bianchi, con la sinistra sorregge il mento nell’atto di guardare un teschio posato sul tavolo: non sta meditando sul senso della vita e della morte, ma sta scrivendo al fidanzato, in guerra contro i giapponesi nel Pacifico, per ringraziarlo del trofeo di guerra che le ha inviato, quel teschio che sta guardando. E’ questa foto che Zoja ha scelto per la copertina del suo libro.

Bernardino Foresi

La Fuoriuscita

Giuseppe Lago

Alpes Italia, Roma 2017; 275 pag.

“...ho rischiato di perdere me stessa, e forse in parte ho perso le mie radici...non so più chi sono...”, sono queste alcune delle prime parole che Martha Weber pronuncia nello studio di quello che diverrà, finalmente, il suo più autentico alleato, Livio Spada, il suo psicoterapeuta. L’inizio di *La Fuoriuscita* ci introduce immediatamente nello scenario del setting psicoterapeutico, in cui Martha rivela, di seduta in seduta, il suo processo di separazione dal “grande gruppo” di villa Incom, una dettagliata rappresentazione narrativa di quella che non è difficile definire una vera e propria setta.

Il dialogo tra la protagonista e il suo terapeuta si costituiscono come il fulcro, e allo stesso tempo lo sfondo riflessivo, su cui si stagliano anche le storie degli altri personaggi, ciascuno alle prese, da diverse prospettive, con il subdolo fenomeno della suggestione ad opera del “grande gruppo” ed in particolare del suo leader, Adele Lussari, contraltare di Livio: l’uno aperto, diretto e risoluto, l’altra torbida, opportunistica e malevolmente seduttiva. Ed è proprio in questo costante confronto tra opposti che i soggetti si alternano sulla scena, delineando azioni e reazioni che si costruiscono attorno e all’interno di una realtà settaria, in un sottile gioco di rispecchiamenti nel quale il lettore può riconoscere gli effetti del dominio psicologico di un’ideologia, strumentalizzata per ottenere crescente potere sociale e politico, sulle realtà personali di ciascuno.

La trama procede in modo fluido all’interno di un complesso algoritmo di eventi, svelando progressivamente le sfumature delle personalità coinvolte nella realtà carismatica di villa Incom, con un’attenzione particolare ad evidenziare le vicissitudini, i successi

e i fallimenti della capacità di essere autentici in un ambiente in cui il conformismo e la cieca appartenenza la fanno da padroni.

È così che il ritmo avvincente del giallo si unisce all'osservazione del mondo interiore tipica del romanzo psicologico. A questo proposito, la narrazione è costellata da molteplici racconti di sogni. Questi ultimi diventano strumenti attraverso cui mettere in luce le motivazioni più intime e nascoste delle condotte dei personaggi, ma anche (alla stregua di qualsiasi altro materiale umano quando interpretato secondo teorie dogmatiche ed auto-riferite) un mezzo attraverso il quale distorcere e manipolare la realtà interiore propria ed altrui. In questo modo si delineano dettagliatamente i meccanismi attraverso i quali i gruppi settari mistificano il pensiero e le relazioni interpersonali, fino a raggiungere gli esiti più tragici.

Ma le riflessioni suscitate dalle vicende raccontate dall'autore vanno anche oltre ad una rappresentazione ben riuscita di quelle che oggi i media chiamano "psico-sette". A mio parere infatti, con questo romanzo Giuseppe Lago ci offre la possibilità di dare uno sguardo semplice e diretto su ciò che può avvenire nella stanza della psicoterapia e descrive la traversata che ognuno di noi deve compiere per fuoriuscire dalle realtà limitanti, e a volte deformanti, che ci troviamo a sperimentare fuori e dentro di noi, al fine di esprimere la nostra essenza, anche quando sentiamo di avere tutto (o tutti) contro. Insomma, questo libro ci racconta una storia di coraggio, il coraggio di essere noi stessi.

Ambra Zazzera

Congressi/Congres Report

a cura di Valentina Battisti

XII Congresso di Immunopatologia cutanea, Milano, 29-30 Novembre 2019

Il XII Congresso Nazionale di Immunopatologia cutanea ha avuto luogo all'Università degli studi di Milano il 29 e 30 novembre 2019 sotto la responsabilità scientifica del Prof. **Angelo Valerio Marzano**. L'evento ha raccolto esperti che si occupano di dermatosi immunomediate a vari livelli, nello specifico la prima giornata è stata dedicata alle malattie bollose autoimmuni, mentre la seconda alle dermatosi eosinofile. In questa sede ci concentreremo sulla sessione della prima giornata dedicata alle malattie bollose e il rapporto tra medici e pazienti, perché dopo interventi illustri sulla stagionalità delle malattie bollose, sulle novità diagnostiche, sulla terapia UVB, sulle nuove terapie farmacologiche, sui modelli di infezione cutanea, sul pemfigoide bolloso indotto da farmaci e sul pemfigoide delle mucose, nel pomeriggio c'è stato uno spazio interessante relativo al rapporto con il paziente, all'importanza degli elementi psicologici e sul progetto Anppi Networkcare. Questi aspetti, il più delle volte trascurati nella visione generale di alcune malattie, hanno rappresentato un momento di riflessione per i presenti, poiché spesso si è portati a considerare solo l'elemento biologico. A tal proposito una presenza gradita e utile è stata quella dei fondatori dell'associazione Anppi e dei pazienti, oltre alla nutrita presenza dei medici che lavorano a stretto contatto con questi pazienti.

L'Anppi (Associazione Nazionale Pemfigo/Pemfigoide Italy) si occupa di migliorare la qualità di vita delle persone con malattie bollose autoimmuni. In tal senso ha aperto la sezione **il Presidente Anppi Giuseppe Formato**, giovane paziente con Pemfigo Volgare, con una relazione introduttiva sugli scopi dell'associazione e l'importanza della collaborazione tra l'associazione e gli operatori sanitari. Inoltre le testimonianze di pazienti sono stati momenti centrali in quanto hanno spiegato il proprio punto di vista nel vissuto di malattia. Interviene, successivamente, **Biagio Didona** dell'ambulatorio delle malattie rare Idi-Irccs, Roma, con la sua relazione dal titolo "Il rapporto medico-paziente: una formula vincente" esprimendo la centralità dell'alleanza terapeutica e della comunicazione efficace tra le due persone; e a seguire **Damiano Abeni**, Direttore dell'Unità di Epidemiologia, Registri, Trial Clinici e Statistica del Idi-Irccs, esponendo la sua interessante relazione su "Le criticità della raccolta dati nelle Malattie Bollose Autoimmuni", presentando il protocollo di ricerca sullo stato di salute psicologica nelle persone affette da malattie bollose autoimmuni e la valutazione preliminare di un intervento di sostegno di gruppo. Protocollo redatto da un'equipe multidisciplinare coordinata dalla Dott.ssa Silvia Battisti, Psicologa e Psicoterapeuta Irppi. Gli obiettivi primari di tale protocollo sono quelli di: a) descrivere la qualità di vita di persone con malattie bollose autoimmuni, a seconda della gravità della malattia, della localizzazione delle lesioni e della loro estensione, e di variabili sociodemografiche; b) stimare la prevalenza del disagio psicologico di persone con malattie bollose autoimmuni, in relazione a variabili sociodemografiche e cliniche; c) verificare se la partecipazione da parte di pazienti a gruppi di supporto psicosociale possa migliorare la loro qualità di vita.

A collegare il tema della sessione l' intervento dal titolo “*Il Patient Engagement nei processi di cura*” tenuto da **Carola Pulvirenti**, dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma e vicepresidente Anppi. Il *Patient Engagement* è una metodica che prevede il contributo dei pazienti in tutte le fasi del processo di cura: nella stesura dei protocolli di ricerca, nell'organizzazione dei servizi sanitari e in molti altri ambiti come i tavoli di lavoro istituzionali. Le esperienze internazionali ci portano a ritenere che i Pazienti Esperti e le Associazioni di Pazienti rappresentano una risorsa da integrare nel sistema sanitario. L'EMA (European Medicines Agency) garantisce il coinvolgimento dei pazienti nei propri organi di gestione e l' AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha recentemente aperto un tavolo permanente per i pazienti. La prospettiva del *Patient Engagement* (PE) è quella di una salute pubblica inclusiva, che fonda le sue radici sul dialogo fra i diversi *stakeholder*. Per la buona riuscita di un progetto d'impresa è necessario il coinvolgimento di tutte le risorse, allo stesso modo per il successo del processo di cura è necessario il coinvolgimento di tutte le risorse ed il paziente è destinatario ma anche risorsa da coinvolgere e valorizzare. Per capire in che modo mettere in atto il PE, possiamo identificare quattro tipologie di pazienti: i pazienti esperti, i rappresentanti dei pazienti, i caregivers, i singoli pazienti. I “pazienti esperti”, sono l'ideale: oltre all'esperienza specifica della malattia, hanno le conoscenze tecniche in ricerca e sviluppo e / o affari regolatori attraverso la formazione. Andrebbero coinvolti ad esempio nei progetti di ricerca fin dalle prime fasi e nei comitati etici, nei processi di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA). L'accademia Europea dei Pazienti sull'Innovazione Terapeutica (EUPATI) ed il centro PATIENT ADVOCACY LAB dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, si

stanno occupando di formare i pazienti per renderli pazienti esperti. Il paziente esperto è un paziente preparato e consapevole che supporta il professionista sanitario con la sua esperienza diretta di malattia, veicola le necessità degli altri ed aiuta ad arginare il fenomeno della disinformazione in salute. I "rappresentanti delle organizzazioni di pazienti" e i "difensori dei pazienti" sono persone incaricate di esprimere le opinioni collettive di un gruppo di pazienti su una specifica malattia o gruppo di malattie ed hanno l'esperienza nel supportare una popolazione di pazienti. E' importante coinvolgerli nell'organizzazione dell'assistenza, ad esempio attraverso le consulte dei pazienti e nella stesura dei PDTA. I caregivers hanno un'esperienza indiretta della malattia ed un'esperienza diretta delle conseguenze della malattia. I caregivers familiari giocano un ruolo cruciale nel processo di engagement, per questo dovrebbero essere coinvolti soprattutto nei tavoli di lavoro istituzionali. I singoli pazienti possono contribuire con la loro esperienza soggettiva della malattia e, dopo essere stati formati dallo specifico ospedale, possono venire coinvolti come volontari per l'accoglienza degli altri pazienti. Un paziente esperto ha una sua area di expertise e lavora in due modalità principali: offrire supporto ai pazienti per l'aderenza alle cure e garantire ai pazienti informazioni affidabili per poter affrontare la vita quotidiana con la loro malattia. Il paziente esperto può inoltre supportare l'attività di ricerca clinica, ad esempio nel reclutamento dei pazienti, nella stesura e spiegazione del consenso informato. I pazienti esperti possono anche essere coinvolti nella determinazione dei criteri di raccolta dati, nell'identificazione delle priorità all'interno di una certa linea di ricerca, nella migliore valutazione dell'applicabilità di un servizio all'interno della vita quotidiana dei malati.

La sessione continua con **Silvia e Valentina Battisti**, Psicologhe e Psicoterapeute Irppi che, in virtù dell'esperienza e delle conoscenze specifiche maturate in un anno di collaborazione con l'ANPPI, hanno presentato la relazione: **“L’empowerment dei pazienti con Pemfigo e Pemfigoide”**, ad integrazione degli aspetti biologici e psicologici, i primi di cui si è discusso molto, ma che non è possibile trattare senza un approccio di tipo integrato che tiene conto dell'unicità del paziente, del racconto della sua “storia”. Ogni uomo è spinto a formare un progetto di vita, un bisogno irrinunciabile di realizzare se stessi. Proiettarsi nel futuro, raggiungere mete e pianificare i propri obiettivi: studio, lavoro, relazione. Il passaggio da uno stato di salute a quello di malattia pone un ostacolo a tutto questo. Il senso di inattaccabilità viene messo a dura prova in situazioni difficili. L'ostacolo rappresenta una minaccia che funge da fattore traumatico che lascia il posto a sensazioni di sconforto e abbattimento. Tutto si ferma e la spensieratezza lascia lo spazio alla paura. Paura di soffrire, paura di essere abbandonato, vergogna, paura della morte. L'impatto emozionale, come un fulmine a ciel sereno, è vissuto come un'aggressione o un tradimento. Il senso di paura e di perdita (di quello che si era prima) può essere associato sul piano teorico e clinico alla elaborazione del lutto e alla perdita descritti negli studi di John Bowlby sull'attaccamento (1969,1973,1980). Sensazione di perdita e dipendenza affettiva ben conosciute: stordimento, disperazione, ricerca e struggimento, riorganizzazione. Per il clinico è importante capire quanto la persona comprende realmente la situazione che sta vivendo. Nei casi in cui sono presenti sofferenze profonde rivolgersi allo Psicoterapeuta o allo Psichiatra deve essere possibile per non peggiorare la situazione vissuta. Comprendere che il curante viene visto come figura risanatrice e vengono proiettate su di lui immagini ed esperienze

di attaccamento. Il curante dovrà essere provvisto delle 4 abilità: **accoglienza, ascolto, empatia, comunicazione**, senza trascurare i bisogni di protezione e di accudimento presenti nella persona e quindi porsi con un “ Io sono qui, non si preoccupi, ora mi occuperò di lei” ha un’efficacia terapeutica ineguagliabile. A questo si collega, di contro, la possibilità di riprendere in mano la gestione della propria malattia attraverso il concetto di *empowerment*.

In un interessante e recente articolo pubblicato su ScienceDirect (J.J.Domínguez et al. 2018) si affronta il termine *empowerment* in ambito dermatologico, riferendosi a qualsiasi processo che faciliti i cambiamenti comportamentali e incoraggi la responsabilità e le scelte consapevoli. Il concetto è stato applicato principalmente per aiutare i pazienti con condizioni dermatologiche croniche a raggiungere obiettivi terapeutici nel modo migliore, facilitando il ruolo centrale e attivo del paziente nelle decisioni. Il termine *empowerment* deriva dal verbo inglese *to empower* che significa "dare (a qualcuno) l'autorità o il potere di fare qualcosa" o "rendere un individuo o un gruppo più forte o più potente". Non parliamo di potere su (*power over*), ma di potere con (*power with*). A livello psicologico, l'*empowerment* può essere inteso sia come prodotto che come processo, o meglio come un processo psicosociale. E' una variabile continua e una stessa persona può essere *empowered* in un determinato momento della sua vita ed esserlo meno in un altro momento. Va oltre i costrutti con i quali normalmente viene paragonato e confuso, quali quelli di autostima, autoefficacia, *locus of control*, anche se il sentimento di autoefficacia è una parte fondamentale del sentirsi *empowered*. I soggetti *disempowered* e *helpless* si sentono psicologicamente impotenti e dipendenti da un *locus of control* esterno, presentano atteggiamenti di passività,

pessimismo e rassegnazione. Attraversare un processo di *empowerment* significa, per contro, sia riacquistare un *locus of control* interno e un grado di autodeterminazione e indipendenza, cioè un sentimento di fiducia in se stessi e negli altri, sia acquisire un certo grado di autoefficacia. L'*empowerment* individuale riguarda soprattutto i concetti di controllo e di consapevolezza critica e avvia cambiamenti a tre livelli, cioè secondo tre stili interpretativi e costruttivi della realtà; 1) il processo di attribuzione, 2) il processo di valutazione, 3) il processo di prefigurazione del futuro. Il primo fa riferimento al modo in cui tentiamo di spiegare i nostri successi o insuccessi attribuendone le cause a fattori interni o esterni. Il processo di valutazione riguarda invece le nostre credenze rispetto agli standard con i quali valutiamo le nostre prestazioni che, se troppo alti o irrealistici, portano a circoli viziosi di insuccessi percepiti e conseguente frustrazione. Il processo di prefigurazione, infine, rappresenta il modo in cui immaginiamo, anticipiamo, visualizziamo il nostro futuro. In ambito sanitario, l'*empowerment* favorisce la prevenzione, la partecipazione ai programmi di *screening*, l'accesso alle cure quando servono e la loro buona gestione, come la preparazione a esami, interventi e procedure. Per dire che il lavoro di *empowerment* è riuscito, occorre che il paziente, oltre ad avere una certa sicurezza e padronanza, abbia una buona alfabetizzazione sanitaria e che possenga una serie di abilità essenziali per affrontare efficacemente i problemi e le decisioni della salute e delle cure. P. Schulz e K. Nakamoto, in un articolo del 2013 sul concetto di *patient education*, insistono sull'importanza di distinguere tra padronanza, *mastery*, e alfabetizzazione sanitaria, *health literacy*, sottolineando che occorrono entrambe. Ad esempio il rifiuto da parte dei genitori di vaccinare i bambini a seguito di notizie infondate sul rischio di autismo dovuto al vaccino è un esempio di alta padronanza e bassa

alfabetizzazione, che peggiora la sanità esponendo i piccoli a rischi di infezioni. Al contrario studi sul supporto online ai pazienti affetti da fibromialgia hanno mostrato che, pur essendo ben preparati, questi tendono a sentirsi insicuri, col che il supporto online non funziona. Evidentemente occorrono al tempo stesso alti livelli di **padronanza** e di **alfabetizzazione**. Nella padronanza di solito si distinguono una componente psicologica e una sociale, seppure tra loro in interazione. Una persona può impegnarsi per affrontare al meglio i problemi della propria salute e sentirsi all'altezza, ma trovare intorno a sé un ambiente che ne limita l'autonomia. Ad esempio, gli operatori sanitari con cui ha a che fare possono scoraggiare i suoi sforzi di partecipare alle cure o pretendere, più o meno esplicitamente, che si comporti da utente passivo. La padronanza psicologica è legata soprattutto alle abilità, grazie alle quali riusciamo a raccogliere le informazioni necessarie, a cimentarci con l'incertezza, a trovare l'approccio giusto per addentrarci nel terreno della scienza, a essere sufficientemente razionali ed equilibrati e a rapportarci agli altri in modo adeguato. Fondamentale è la capacità di gestire la paura. Se il desiderio di toglierci la paura prevale su quello di analizzare e risolvere il problema di salute che abbiamo di fronte, tendiamo ad arrenderci, a delegare, a passare la mano e la padronanza psicologica viene meno. E' il caso di quando avvertiamo dei sintomi o quando delle persone vengono messe al corrente di risultati patologici di esami clinici o di una diagnosi di malattia o del rischio di una malattia (ad esempio, di cancro per il fumo), le persone si comportano in modo diverso. Nonostante le differenze, ci sono reazioni cognitive ed emotive abbastanza ricorrenti. Alle reazioni alla malattia si applica bene una teoria elaborata originariamente da H. Leventhal negli anni Settanta: quando percepisce il pericolo

della malattia, l'individuo ha due reazioni: da un lato, attraverso la risposta cognitiva, cerca di inquadrare il problema razionalmente e anche se non è medico, con le conoscenze che ha e che reperisce, cerca di dare risposta a tipiche domande cliniche, badando però soprattutto alle ricadute esistenziali dell'eventuale malattia. Contemporaneamente avanza la risposta emotiva: prende corpo la paura, vengono in mente pensieri preoccupanti (ad esempio: se sono cardiopatico, dovrò cambiare vita) e si cerca di controllarli in maniera ora più illusoria (il dolore è passato: non sarà niente), ora più realistica (sentiamo prima i medici). L'individuo può alla fine arrivare a seguire una strategia di risoluzione, per cui affronta il problema e fa tutto ciò che razionalmente va fatto data la situazione, o di evitamento, tesa più che altro a fuggire dal problema. Ovviamente l'*empowerment* mira a fare in modo che le persone vadano verso la risoluzione. Oggi sappiamo che anche con una paura alta può prevalere la risposta cognitiva e si può avere un comportamento di risoluzione, anziché di evitamento. Addirittura l'operatore sanitario che sa presentare adeguatamente la gravità dei problemi può aiutare il paziente ad andare verso la risoluzione più di quello che la sminuisce. Capire fa bene alla salute, letteralmente. Comprendere quello che ci dice il medico o un altro operatore sanitario, leggere senza difficoltà di interpretazione la prescrizione di un farmaco o un depliant informativo significa evitare problemi facilmente intuibili e con i quali, prima o poi, siamo tutti costretti a confrontarci. Sappiamo, però, che spesso il medico utilizza termini tecnici e scientifici che ci lasciano pieni di dubbi, anche perché non osiamo chiedere spiegazioni; persino indicazioni apparentemente semplici possono creare ansia ed è necessario, quindi, rendere la comunicazione più chiara, semplice e comprensibile a tutti, verificando che lo sia realmente.

Silvia Battisti, Valentina Battisti, Carola Pulvirenti

Ricerche/Research

a cura di Annalucia Morrone

“Pensiero inconscio e pensiero verbale”, un’analisi esplorativa integrando sogno e disegno

Alessia Carleschi*, Ilaria D’Angeli°, Stefano Pugliese°

Riassunto: Disegnare i sogni può essere utile per la stimolazione di processi creativi, inoltre, si tratta di un’attività intima e personale, che ci consente di costruire nuove ipotesi sul nostro essere e sul nostro carattere, creando nuove connessioni fra parti di quest’ultimo e possibilità inedite nelle relazioni che viviamo. E’ un’attività che può rinforzare un cammino di trasformazioni già precedentemente iniziato, offrendoci risposte a domande che spesso ci portiamo dentro senza una vera e propria consapevolezza, perfezionando, inoltre, la sintesi e l’intuito attraverso il disegno. Ogni lavoro che ha a che fare col sistema simbolico dei nostri sogni può avere una funzione ristrutturante sulla nostra personalità.

Parole chiave: Sogno, disegno, pensiero inconscio, pensiero verbale

Summary: Drawing dreams can be useful for the stimulation of creative processes, moreover, it is an intimate and personal activity, which allows us to build new hypotheses about our being and our character, creating new connections between parts of the latter and unprecedented possibilities in the relationships we live. It is an activity that can reinforce a path of transformation that has already begun, offering us answers to questions that we often carry inside without real awareness, also perfecting synthesis and intuition through drawing. Any work that has to do with the symbolic system of our dreams can have a restructuring function on our personality.

Key words: Dream, drawing, unconscious thinking, verbal thinking

*Psicologa, psicoterapeuta, docente interno IRPPI

°Tirocinanti IRPPI

Il sogno, come il disegno, per alcuni aspetti può rappresentare “la porta di entrata” nel proprio mondo inconscio, Winnicott stesso considerava la natura inconscia degli scarabocchi analoga al disegno di un sogno (Castiglia, Fasoli, 2011). Nella stessa teoria psicoanalitica si ha il concetto di “schermo del sogno”, un luogo in cui e su cui un sogno può essere sognato.

Nel sogno infatti ogni parte è un aspetto, una proiezione di sé, come il disegno che svela aspetti inconsci legati ai bisogni ed emozioni della persona nel rapporto con gli altri.

Storicamente una rilevanza fondamentale è assunta da “L’interpretazione dei sogni” di Freud del 1900. Prima di allora tutti i lavori effettuati sul sogno non avevano assunto una grande rilevanza. Anche Jung (1942) ha trattato questo argomento e ne ha fatto l’aspetto centrale del suo lavoro.

Un’altra importante autrice che ha contribuito è stata Melanie Klein (1932), che invece non si focalizzava sul sogno ma ne esaminava il linguaggio arcaico alle sue radici, chiamandole “fantasia inconscia”.

Come sottolineava anche Salomon (1982), il contributo culturale dato da Freud con *l’interpretazione dei sogni* diventa come “una metafora” per ogni ricerca sulla storia dell’uomo. L’analisi del sogno è la via regia che ci porta nell’avventura estetica ed etica di andare incontro a quello che non ci si aspetta.

Nella stessa definizione di sogno che si trova in “Treccani”, si legge “ogni attività mentale, anche frammentaria, che si svolge durante il sonno; in senso più ristretto e più comune, l’attività più o meno nitida e dettagliata, con una struttura narrativa più o meno coerente, con sensazioni prevalentemente visive e con eventuale partecipazione emotiva da parte del dormiente”.

Nello specifico dai lavori di Freud e Jung si possono distinguere quattro diversi elementi relativamente al processo di interpretazione dei sogni:

- Sogni e sognare;
- Metodi di interpretazione dei sogni;
- Interpretazione attuale;
- Assessment dell'interpretazione.

Ogni sogno è differente da altro materiale riscontrato nella pratica, in quanto avente una sua struttura propria ed è veicolo di un messaggio inconscio, incontaminato dal pensiero razionale (Schon, 2016).

Disegnare i propri sogni

Un limite importante dei nostri sogni è che, appunto, sono solo “nostri”. E’ certamente possibile raccontare un sogno ad altri, così come trascriverlo, ma l’immagine del sogno è qualcosa che rimane impressa nella mente del sognatore in modo intimo ed impenetrabile. Per questo motivo potrebbe essere utile la possibilità di disegnare i nostri sogni.

E’ noto che lo stesso Federico Fellini fosse un grande disegnatore di sogni, trasformati, nel suo caso, anche in film. Come sottolinea Spizzichino (2015), disegnare i sogni ha diversi effetti:

- fissa le immagini che ci suggerisce il nostro inconscio;
- è uno strumento in più per indagarsi;
- stimola la fantasia e la creazione dei personaggi;
- è un gesto liberatorio in grado di veicolare lo stress e messaggi apparentemente criptici;
- nei creativi di professione, talvolta, svela soluzioni visive che durante il quotidiano è difficile scovare a causa degli eccessivi stimoli a cui si è sottoposti;
- arricchisce i nostri “diari dei sogni” di immagini che ci riportano – come attraverso una fotografia – alle visioni

sognate tempo addietro, ma in maniera molto più specifica di un semplice ricordo.

Disegnare i sogni può essere utile per la stimolazione di processi creativi, inoltre, si tratta di un'attività intima e personale, che ci consente di costruire nuove ipotesi sul nostro essere e sul nostro carattere, creando nuove connessioni fra parti di quest'ultimo e possibilità inedite nelle relazioni che viviamo. E' un'attività che può rinforzare un cammino di trasformazioni già precedentemente iniziato, offrendoci risposte a domande che spesso ci portiamo dentro senza una vera e propria consapevolezza, perfezionando, inoltre, la sintesi e l'intuito attraverso il disegno. Ogni lavoro che ha a che fare col sistema simbolico dei nostri sogni può avere una funzione ristrutturante sulla nostra personalità. Gli scenari e i personaggi facenti parte dei nostri sogni permettono di far nascere nuove possibilità per vivere la propria affettività e costruire nuove immagini di sé che ci facciano stare meglio con noi stessi, offrendoci anche la possibilità di richiamarle alla nostra mente con più facilità come simboli di vittoria nello sforzo quando siamo sotto pressione o di radiosità quando siamo attraversati dallo sconforto o da emozioni dolorose (Berio, 2016).

Ogni individuo ha un diverso rapporto coi sogni, basti pensare che esistono persone che ricordano distintamente quasi tutti i loro sogni e persone che hanno difficoltà a ricordarne anche soltanto uno. Come succede molto spesso in terapia il paziente nel momento in cui riporta parte dei propri sogni entra in contatto con elementi inconsci del proprio essere diventando spesso più consapevole di sé stesso o semplicemente sviluppando una migliore conoscenza di sé. Il sogno è costituito da immagini ma viene ricordato e trasmesso dalle parole, tramite il racconto che ne viene fatto. L'analisi non si interessa alle immagini visive del sogno, che sono per altro percepibili solo dal sognatore, essa

prende invece in conto proprio il suo versante narrativo. Nel momento in cui un paziente porta in seduta il proprio sogno si prospetta la possibilità di un potenziamento dell'alleanza terapeutica perché, come affermava Jung, il terapeuta 'sente' il sogno del paziente con tutto sé stesso e lo processa mentalmente rispetto al vissuto comune della coppia terapeutica, assicurando così la propria totale partecipazione (Zambello, 2018).

CASO: Analisi esplorativa del paziente S.

Anamnesi

Il paziente S. è un uomo di 48 anni che è stato indirizzato verso la terapia dalla sua compagna. Il motivo per cui si presenta in terapia è principalmente un problema relazionale con la figlia e la compagna che dura da circa 4 anni, per la mancanza del lavoro e per la sua condizione fisica (obesità). Nel 2017 ha seguito un percorso di 6 mesi di intervento di coppia con altro terapeuta.

Il paziente appare di altezza media, con carnagione olivastra e si presenta in seduta sempre con un aspetto piuttosto trasandato e poco curato manifestando segni di affanno per aver fatto le scale o per il caldo. Dalle sedute emergono elementi di dipendenza dalla madre, timore paterno (presenza negata ma supporto economico), triangolazione col femminile (madre-compagna-figlia), aggressività passiva.

Attualmente il supporto economico derivante dalla famiglia di origine è fondamentale per S. che ha da poco cominciato un lavoro dai dubbi proventi economici, consistente nell'effettuare delle consegne di spesa (alimentari) a domicilio prenotabili tramite un'applicazione dello smartphone. Il paziente da circa un mese si è sottoposto a un intervento di bypass gastrico al fine di migliorare la sua condizione fisica di obesità.

Metodologia

L'obiettivo di questo lavoro di ricerca esplorativa è essenzialmente quello di comprendere la possibile esistenza di un confronto tra l'interpretazione del sogno e l'interpretazione del disegno del sogno. Inoltre, come detto in precedenza, la possibilità di disegnare i sogni offre al paziente la prospettiva di concretizzare in un'immagine qualcosa che fino a qualche momento prima era soltanto un ricordo astratto. L'interpretazione del disegno del sogno inoltre, potrebbe fornire ulteriori informazioni non riscontrabili normalmente dalla semplice interpretazione del sogno. Bisogna altresì tenere in considerazione il fatto che spesso il paziente, alla richiesta di disegnare il proprio sogno, tende a procedere fornendo una personale interpretazione dello stesso, facendo diventare questa attività un vero e proprio elemento di introspezione, narrando la storia e definendo anche alcune parti disegnate con maggior chiarezza.

La metodologia del caso è orientata sul modello di psicoterapia psicodinamica integrata (Lago, 2016), mentre per l'interpretazione del disegno si fa riferimento agli studi di Machover (1949) e Castellazzi (2017).

Dopo l'analisi di personalità tramite MMPI-2, segue dunque la descrizione e analisi di tre sogni portati in terapia dal paziente. Al suo racconto è stato richiesto di fare un disegno rappresentativo degli stessi.

MMPI

Dall'interpretazione delle scale dei punteggi del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 emerge il seguente quadro:

Scale di validità: configurazione L e K < 50, F >65 (configurazione più frequente nei setting clinici. I soggetti con questa configurazione ammettono la loro difficoltà personale ed

emotiva, chiedono aiuto per risolvere i problemi e hanno poca fiducia di poterli risolvere da soli (Abbate, 2014).

Considerando la validità del test, facciamo riferimento ai picchi più alti registrati dalle scale cliniche:

Ma (77) -> Ipomania -> punteggio molto elevato: tra le possibilità interpretative, quella più idonea ci sembra essere un possibile stato confusionale che andrebbe ad avvalorare le ipotesi emerse nelle scale di validità (F);

Pd (72) -> Devianza psicopatica -> punteggio elevato: potrebbe essere collegato a problemi ricorrenti col coniuge e sul lavoro;

Hs (71) -> Ipocondria -> Punteggio alto -> Riferibili al paziente, potrebbero essere considerate le seguenti aree:

Reazione esagerata ad ogni problema reale;

A tratti estremo egocentrismo ed egoismo;

A tratti con atteggiamenti distruttivi.

Dalle sottoscale cliniche di Harris e Lingoës, che ci permettono di identificare le qualità delle singole scale cliniche, possiamo evincere che le sottoscale col punteggio maggiore risultano essere:

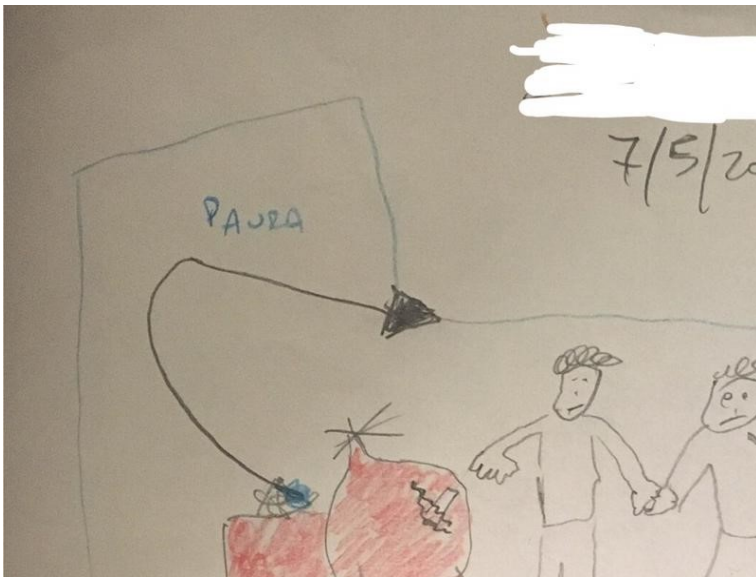
Pd1 (78) che riflette i contrasti familiari, potremmo supporre che l'elevato punteggio possa dipendere dalla presenza di una famiglia critica e controllante;

Ma4: ipertrofia dell'io: relazionabile a comportamenti irritabili quando altri avanzano dalle richieste nei loro confronti.

Alla luce dei punteggi ottenuti il paziente sembrerebbe manifestare segni di ipomania, ipocondria. Sembra inoltre che siano presenti diversi contrasti familiari e ipertrofia dell'io, come dimostrato dai punteggi delle sottoscale cliniche di Harris e Lingoës.

Sogno 1

Il paziente sogna di essere su un treno in movimento pieno di persone, tra cui alcuni stranieri probabilmente dell'Est, che chiedono aiuto per attraversare il corridoio del treno vista la pesantezza dei loro borsoni. Lui e la sua compagna si offrono per dare il loro aiuto e S. si rende conto che all'interno dei borsoni ci sono molti soldi, tanto che riesce a non farsi vedere mentre infila una mano all'interno di essi estraendone una parte e mettendola subito in tasca. Quando scendono dal treno il paziente riconosce di avere paura sia di queste persone, che etichetta come "mafiose", sia della polizia perché teme che questi soldi siano stati rubati. Ad un certo punto lo scenario cambia e il paziente si trova ad essere interrogato dalla polizia che gli fa notare che sono spariti diversi "milioni" sul treno, che quei soldi sono tutti tracciabili e che il ladro spendendoli verrebbe subito localizzato.



Il paziente e la sua compagna decidono dunque di entrare in una casa e nascondersi al suo interno, dove si sentono al sicuro seppure ancora in preda alla paura di essere scoperti. Solo a questo punto S. estrae dalla tasca i soldi per contarli e si rende conto che si tratta di una valuta straniera che non riconosce; contanti di diverse forme, colori e dimensioni dunque, inutilizzabili.

Il paziente riferisce di svegliarsi nel momento in cui cercava di trovare un modo per cambiare il denaro e renderlo utilizzabile.

Il soggetto comincia la sua rappresentazione con un orientamento orizzontale del foglio e posizionando sé stesso e la compagna all'interno del treno, in una posizione centrale lievemente orientata sulla sinistra, mentre il disegno complessivo occupa l'intera superficie del foglio. Il tratto sembra essere leggero per tutto il disegno ad eccezione delle frecce che sono connotate col sentimento di paura che appaiono invece molto marcate, così come anche quella rossa che porta al rifugio. Nel disegno sono presenti anche dei sacchi di soldi di cui uno strappato, quello più vicino alla mano del paziente, la casa "rifugio" e la caserma di polizia dove è stato interrogato. I vari elementi sono collegati da alcune frecce utili, secondo il paziente ad indicare l'ordine cronologico dei fatti nonché a specificare sentimenti ed emozioni provate. Gli elementi disegnati appaiono di livello elementare e ci sono due fattori che colpiscono particolarmente: il tenersi per mano e l'assenza dei piedi per il paziente. Quest'ultimo punto indica aggressività repressa e una tendenza a eliminare tutto ciò con cui potrebbe essere manifestata verso gli altri, nonché mancanza di aderenza alla realtà e di autonomia nella sfera personale.

La dottoressa, dopo aver ricevuto il disegno del paziente, ha chiesto di colorare di rosso tutte le parti che gli incutevano sentimenti positivi, mentre in blu avrebbe dovuto colorare tutti gli elementi negativi. Nella parte inferiore del disegno S. riporta

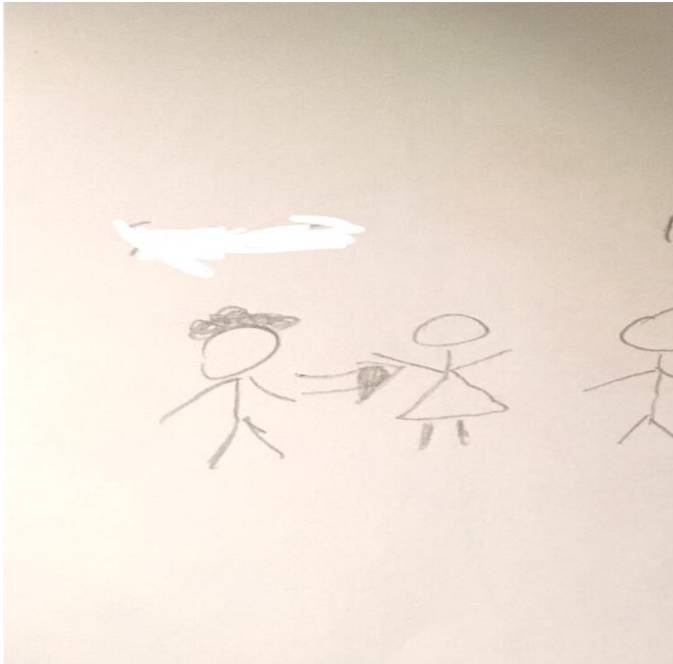
quelle che dovrebbero essere banconote con scritto quel suo interrogativo “di che nazione sono?”.

Il sogno del paziente sembra essere emblematico rispetto alla dimensione economica che rappresenta il centro focale di molte delle sue sedute di terapia. Nel momento in cui il paziente “ruba” dei soldi dai sacchi comincia ad avere quasi immediatamente sensazioni sgradevoli, a tratti persecutorie, vivendo nel timore che possa essere stato visto, o che la polizia possa arrestarlo dandogli la responsabilità di un intero furto fatto da altri. Bisogna considerare che al momento del sogno il paziente sta lavorando presso un’azienda che si occupa, attraverso un’applicazione per smartphone, di consegnare la spesa alimentare a domicilio a chiunque lo richieda, e il signor S. è uno degli operatori che effettuano questa consegna. Il sistema di pagamento indicato alla terapeuta consiste in una percentuale sul costo complessivo della spesa pagata dal cliente e S. ritiene direttamente il pagamento dai contanti che gli vengono consegnati dai clienti. Quando il cliente paga utilizzando la carta di credito la parcella di S. viene prelevata dal paziente dal successivo pagamento in contanti, così facendo spesso il paziente si trova in possesso di una cifra più alta di quanto effettivamente gli spetti da regolamento, essendo così “debitore” nei confronti dell’azienda. Questo sistema di pagamento, molto complesso e articolato, sembra essere ripreso dal sogno in cui si può osservare come i soldi rubati non fossero spendibili, esattamente come i contanti derivanti dalla spesa, in suo possesso ma non spendibili finché non avrà maturato esattamente la giusta cifra. La presenza dell’autorità nel sogno, intesa come nel colloquio “inquisitorio” con i carabinieri, tende a lasciare spazio di pensare che si tratti di una sorta di colloquio con i propri genitori. Spesso il paziente riferisce che i suoi genitori lo interrogano a proposito dell’uso che viene fatto dei soldi che mensilmente gli spediscono.

Sogno 2

Il paziente dopo aver fatto la premessa di fare sempre sogni in cui non riesce a vedere il volto delle persone racconta di aver sognato di essere in compagnia di una ragazza, che non riconosce, e di un suo vecchio amico che in realtà non vede da circa 20 anni.

La particolarità di questo sogno è che S. si comporta in modo galante con la ragazza mentre il suo amico in maniera spavalda, chiedendole talvolta dei baci, ma lei tra i due preferisce quest'ultimo, concedendogli dei baci. Il paziente riferisce di essere irritato dal fatto che a dispetto delle sue gentilezze e dei suoi modi educati nei confronti della donna lui non riceva alcun input da parte di lei.



Il disegno sovrastante è un tipico esempio di quello che generalmente viene detto “omino testone” (Castellazzi, 2017), un tratto tipicamente disegnato nella fascia d’età che va dai due ai quattro anni. La figura umana è rappresentata da un cerchio (testa) da cui partono dei raggi (gambe e braccia). Posizionati nella parte superiore sinistra del foglio le figure indicano che il nostro soggetto è attaccato al passato e manca di fiducia in sé stesso nonché negli altri. La dimensione piccola del disegno complessivo è sinonimo di bassa autopercezione, insicurezza e isolamento con senso di inferiorità. Gli unici elementi evidenziati che differenziano le tre figure all’interno del disegno sono: i capelli dell’amico, la gonna della ragazza e il lieve distacco fisico della figura che rappresenta S. che sembra inoltre essere la rappresentazione più semplice. La presenza dei capelli nella figura del suo amico rappresenterebbe vigore e forza cosa di cui il nostro soggetto, evidentemente, si sente in difetto. Ultimo elemento degno di nota è la freccia che collega l’amico del paziente alla donna come a voler riprendere quell’interazione più passionale tra i due soggetti a discapito del più distante S.

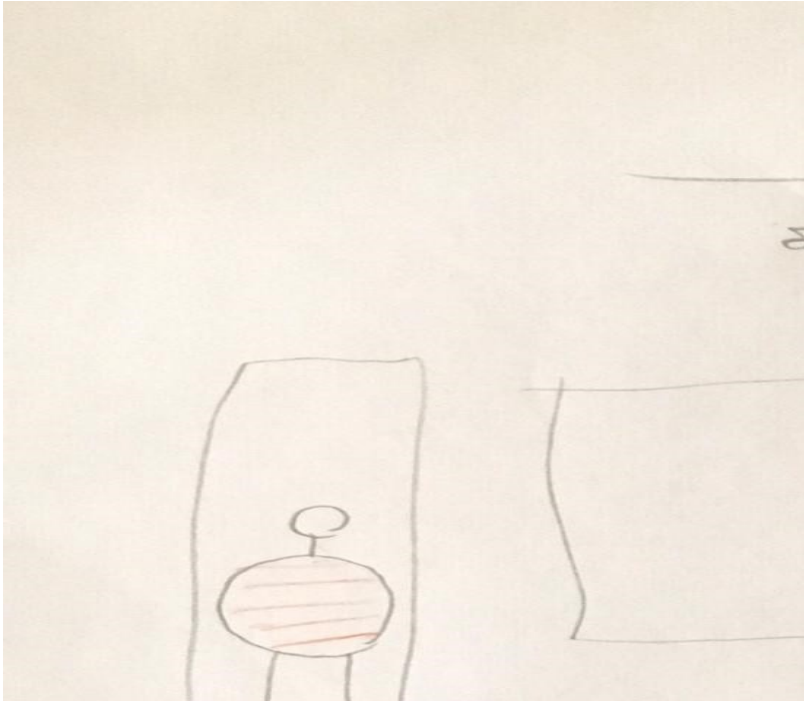
Sogno 3

Il terzo e ultimo sogno riportato dal paziente è decisamente meno dettagliato dei precedenti.

S. sogna di trovarsi seduto sul bordo del proprio letto nuovamente in stato di obesità, proprio ora che, in seguito all’intervento, ha perso molto peso. Guarda la sua immagine allo specchio avendo un riscontro anche visivo del peso recuperato e racconta dunque vissuti di angoscia legati a questa visione.

Il paziente mantiene uno stile di disegno piuttosto elementare, rappresentando un letto lungo quasi tre volte la lunghezza di sé stesso, dotato di cuscini asimmetrici, in particolare quello

corrispondente a quella che sembra essere la propria parte del letto.



Il tratto della matita appare leggero in alcuni punti e molto marcato in altri, in particolare sulla zona dell'addome, e questo denota pulsioni forti e aggressività repressa, probabilmente legata

alla sua condizione di obesità. La figura dell'uomo appare decisamente troppo piccola rispetto al resto degli elementi presenti nel disegno, segno di un'autostima piuttosto bassa oltre a una tendenza all'inibizione e al ripiegamento su di sé. Lo specchio che porta il riflesso del paziente è posizionato all'estrema sinistra, posizione che rimanda al passato, si potrebbe pertanto ipotizzare un'interpretazione di quella figura (che non differisce troppo da quella centrale) come l'immagine di sé appartenente al passato che il paziente conserva. Una differenza a livello formale delle due figure è che il riflesso sembra essere chiaramente più preciso nella sua semplicità in termini di contorno, evidenziando segni lievi di controllo emotivo, iperintellettualizzazione e repressione dei bisogni. Si può anche osservare l'assenza delle braccia nel riflesso, il che denota un'ostilità repressa, sensi di colpa, autoaggressività e problemi riguardanti la sessualità e di contatto.

Nella figura centrale invece il tratto è piuttosto debole, impreciso e irregolare, in particolar modo nella zona genitale evidenziando pulsioni deboli e ansia. Le braccia sono in questo caso presenti ma piuttosto corte rispetto al resto della figura, denotando un'inibizione degli slanci verso il mondo, paura di incontrare l'altro, insicurezza e timidezza.

I piedi sono presenti in entrambe le figure, di forma tondeggianti, sebbene presentino un tratto più lieve nella figura presente, ma in entrambi i casi manca un punto d'appoggio, elemento che potrebbe segnalare uno scarso contatto con la realtà.

In entrambe le rappresentazioni si può osservare la mancanza dei dettagli del viso (occhi, bocca, naso) e ciò sembrerebbe ricondurre ad una difficoltà percettiva a manifestare i propri sentimenti.

Conclusione

Dall'analisi dei sogni e delle rappresentazioni su carta prodotte dal paziente è possibile osservare in primo luogo una più

approfondita raccolta di informazioni che effettivamente trovano riscontro nelle successive sedute terapeutiche di S. Molte parti del sogno, inoltre, non erano particolarmente chiare al solo racconto onirico (esempio: il paziente riferisce di non vedere mai i volti nel sogno solo alla richiesta del disegno), acquisendo però una certa chiarezza, in particolare dal punto di vista del suo vissuto emotivo in un secondo momento, in seguito al disegno, soprattutto davanti alla richiesta della terapeuta di colorare le parti con una connotazione emotiva spiacevole. Il paziente, inoltre, si trova davanti una proiezione concreta di quanto poco prima faceva solo parte di un mondo astratto e inesistente, trovando così la possibilità di proporre personalmente delle possibili spiegazioni del proprio sogno e interpretazioni alternative.

La possibilità di rendere tangibile l'immagine del proprio sogno sembra anche avere un effetto stimolante per quanto riguarda l'introspezione del paziente che potrebbe essere più portato a pensare a dettagli ritenuti poco rilevanti durante il racconto (o addirittura non emersi) che acquisiscono però rilevanza nel momento del disegno.

La possibilità di rendere visibili i dettagli del sogno narrato facilita in terapia anche il lavoro dei temi portanti per integrare i livelli di analisi e di elaborazione.

Il lavoro del sogno, come sottolineano Castiglia e Fasoli (2011) ha una funzione elaborativa per la coscienza che rende gli elementi nucleari di base della percezione disponibili alla rappresentazione.

In conclusione il disegno dei sogni e il suo utilizzo in terapia può rappresentare una fonte in più di informazioni e può essere utile al paziente ma, soprattutto allo psicoterapeuta per orientare il percorso di analisi che si sta svolgendo o si ha intenzione di iniziare a svolgere per meglio sostenere le risorse del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Abbate L., Roma P. (2014) *MMPI-2 Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Berio, G. (2016) <https://psiche.org/articoli/disegnare-i-propri-sogni/> (Ultima modifica: 4 novembre 2016)
- Castellazzi, V. L. (2017) *Il test del disegno della figura umana*. Las, Roma.
- Castiglia G., Fasoli D. (2011) *Interrogarsi sul sogno*. Alpes Italia, Roma.
- Freud, S. (1900) *The interpretation of dreams*. Harmondsworth: Penguin, 1976.
- Jung, C.G. (1942) *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna*. Einaudi, Torino 1994.
- Klein M. (1932) *La psicoanalisi dei bambini*. Trad. it. Martinelli, Firenze
- Lago G., a cura di (2016) *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. Franco Angeli, Milano.
- Machover, K. (1949) *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*. Charles C. Thomas, Springfield.
- Salomon R. (1982) *Il teatro del sogno*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Schon, J. (2016) *Dream interpretation in theory: Drawing on the contributions of Freud, Jung and kleinians*. Psychoanalytic psychotherapy in South Africa, 24(1), 76-108.
- Spizzichino R. (2015) <https://24hdrawinglab.wordpress.com/2015/08/21/disegnare-i-sogni-2> (Ultima modifica: 21 agosto 2015)

- Zambello, R. (2018) *Ricordi e riflessioni di uno psicoanalista*. Kimerik. Messina

Analisi esplorativa della Cyberchondria Severity Scale forma breve (CSS-12) nel contesto Italiano

*P. Soraci¹⁴, F. Lagattolla¹⁵, G. Parente¹⁶, E. Guaitoli¹⁷,
R. Cimaglia¹⁸, E. Del Fante¹⁹, C. Puoti²⁰*

Riassunto: Simile all'ipocondria per la caratteristica portante, ovvero la paura di essere affetti da patologie generalmente gravi e non realmente presenti, la cyberchondria è ormai un costrutto a sé stante. Al fine di perfezionare la diagnosi è stata creata una scala specifica, Cyberchondria Severity Scale (CSS), già sottoposta a varie revisioni. L'analisi della forma breve di questa scala (CSS-12) tradotta in italiano, è stata oggetto di questo studio in cui abbiamo eseguito una prima indagine esplorativa tramite analisi delle proprietà psicometriche. Basandoci su 200 risultati studiati, riteniamo l'utilizzo della scala CSS-12 a una dimensione un potenziale valido strumento (quantitativo) a disposizione della ricerca in territorio italiano.

Parole chiave: Cyberchondria, Internet, Ipocondria, CSS-12 Scala di misura

Summary: Similar to hypochondria for its main feature, or the fear of being affected by generally serious and not really present pathologies, cyberchondria is now a construct in its own right. In order to refine the diagnosis, a specific scale has been created, Cyberchondria Severity Scale (CSS), which has already undergone various revisions. The analysis of the short form of this scale (CSS-12) translated into Italian, was the subject of this study in which we carried out a first exploratory investigation through analysis of the psychometric properties. Based on 200 results studied, we believe the use of the CSS-12 scale in one dimension is a potential valid (quantitative) tool available for research in Italy.

Key words: Cyberchondria, Internet, Hypochondria, CSS-12 Scale

¹⁴Associazione Psicoterapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo, Rome, Italy

¹⁵Servizio di psiconcologia, IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari, Italy

¹⁶Ricercatrice Indipendente

¹⁷Department of Surgery, A. Perrino Hospital, Brindisi, Italy

¹⁸Ricercatrice Indipendente, allieva IRPPI

¹⁹Department of Psychology, Università degli Studi di Torino – UNITO, Turin, Italy

²⁰Infectivologist- Hepatologist, Liver Unit, INI Research Institute and Clinics - Grottaferrata, Rome

Introduzione

La tendenza a fare autodiagnosi tramite la ricerca su internet è una pratica recente e correlata con l'aumento della disponibilità di massicce infodemie presenti in rete (Fox S., Duggan M., 2013). Questo fenomeno ha portato a modificare le modalità di acquisizione delle condizioni del proprio stato di salute, sostituendo alla relazione medico paziente la ricerca in autonomia di informazioni via internet. Ciò può avere come conseguenza l'acquisizione di dati opinabili e imprecisi e, a volte, lontani dalla realtà, originando ansia e preoccupazione negli utenti (Rennis L., et al., 2015; Manganello J. et al., 2017). I risultati di uno studio condotto a livello nazionale da Washington, DC: Pew Internet & American Life Project hanno evidenziato che fino al 35% degli intervistati hanno utilizzato internet per autodiagnosticare il proprio stato di salute nell'ultimo anno. Come ulteriore conferma, la SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica - una rara malattia degenerativa e invalidante), benché abbia una incidenza annuale sulla popolazione di 1 su 55.000 individui, risulta essere il primo risultato se si effettua una ricerca sui sintomi, come le "rigidità muscolare" (Starcevic V., Berle D., 2013).

La ricerca ingenua di informazioni online circa il proprio stato di salute, in modalità talvolta approssimative correla con la comparsa di stati di preoccupazione, angoscia e ansia (Starcevic V., Berle D., 2013). Tra gli individui che si affidano a informazioni provenienti da fonti non attendibili, emergono le persone affette da ipocondria (White RW, Horvitz E., 2009). La preoccupazione sproporzionata e persistente per il proprio stato di salute è un disturbo noto come ipocondria (APA, 2013) i cui sintomi sono riconducibili a criteri diagnostici riferibili al Disturbo da sintomi somatici e al Disturbo da ansia di malattia.

Le condizioni di questo disturbo possono essere aggravate dall'utilizzo di internet per la ricerca di informazioni non affidabili

e con scarsa o nulla evidenza scientifica (Muse K, McManus F, Leung C, et al., 2012). Infatti, chi è affetto da ipocondria non riesce a valutare obiettivamente la validità di un'informazione ricavata online, a causa dello stato ansioso che lo caratterizza (Muse K, McManus F, Leung C, et al., 2012).

La manifestazione del disturbo ipocondriaco nella realtà online viene denominata Cybercondria, un neologismo che connette le due parole “cyber” ed “ipocondria”. Cyber è un confisso ricavato dal sostantivo inglese cybernetics (in italiano, cibernetica) di origini greche (κυβερνήτης [kybernetes]) e caratterizza tutto ciò che è relativo all'era virtuale, la cibernetica e internet. Ipocondria, invece, è un termine derivante dal greco (ὑποχόνδρια), composta dal suffisso υπό (sotto) e χονδρίον (cartilagine del diaframma costale). Quest'espressione indicava un malessere localizzato nella fascia addominale e definisce lo specifico disturbo da Ansia di malattia o Ipocondria o Disturbo da ansia di malattia, come definito nel DSM-5 (APA, 2013).

Al fine di diagnosticare il disturbo ipocondriaco, devono essere soddisfatti i seguenti criteri stabiliti dall'APA (American Psychiatric Association):

- A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia;
- B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono solo di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla, la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata;
- C. È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo il proprio stato di salute;
- D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es., controlla ripetutamente il proprio corpo cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es., evita visite mediche e ospedali);

E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo;

F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante, tipo somatico.

I pazienti con ipocondria sono costantemente alla ricerca di informazioni per identificare la malattia temuta. Per questo pongono molta attenzione alle proprie sensazioni corporee o segni fisici, come il battito cardiaco, la peristalsi, la temperatura corporea o la sudorazione, e anche delle lievi alterazioni fisiche, come una piccola ferita. Gli ipocondriaci sono in un perenne stato di allerta per il loro stato di salute, anche a seguito di opportune rassicurazioni da parte dei medici, di esami diagnostici negativi e di un decorso benigno. Il soggetto ipocondriaco è, infatti, sempre intento ad ascoltare sia le sensazioni che le funzioni del proprio corpo, dalla piccola ferita, alla temperatura del corpo, al battito cardiaco con la sola finalità di identificare dei sintomi una malattia (Goldberg RJ, 2007). Sono, inoltre, alla continua ricerca di rassicurazioni, poiché riferiscono una generale insoddisfazione dalle cure mediche ricevute, spesso considerate inutili, e percepiscono di non essere adeguatamente considerati dai medici (Goldberg RJ, 2007). La perseveranza nella ricerca di una risposta al proprio disagio caratterizza il soggetto ipocondriaco che, costantemente preoccupato ed insoddisfatto delle informazioni e delle cure mediche ricevute, spesso non si sente rassicurato dalla classe medica. Al fine di rassicurarsi e così controllare la propria paura della morte, l'ipocondriaco riversa la sua eccessiva ansia nella spasmodica ricerca di conferme alla propria sintomatologia

mediante la ricerca online nella speranza di allontanare fantasie e paure inerenti all'umana vulnerabilità (Avia MD, Ruiz MA, 2005).

Il costrutto della cybercondria ha una identità a sé, sebbene possa richiamare quella della ipercondria. La differenza consiste nel fatto che anche persone non caratterizzate da tratti ansiosi arrivano a provare molta angoscia a causa della ricerca di risposte ad un sintomo o malattia online (Starcevic V., 2017).

Il costrutto diagnostico della cybercondria può essere, quindi, assimilabile a quello dell'ansia e dell'ipocondria (Baumgartner SE, Hartmann T., 2011). I tratti caratterizzanti i cybercondriaci sono: la tendenza ad utilizzare internet per fare autodiagnosi con il correlato emotivo di una aumentata inquietudine per il proprio stato di salute; l'utilizzo eccessivo del proprio tempo per inserire la giusta parola chiave relativa al proprio sintomo nel motore di ricerca, per attribuirne un significato medico. (Starcevic V., 2017).

Riguardo ai sintomi dell'ansia è stata evidenziata una correlazione tra le credenze metacognitive, come predittori indipendenti e al di sopra di sintomi ansiogeni, e altri costrutti correlati quali il nevroticismo, interpretazioni catastrofiche, amplificazione somatosensoriale e cognizioni disfunzionali (Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli, Carraresi, Poli, & Bailey, 2016). Questo è un aspetto molto importante, poiché il costrutto dell'ansia è fortemente correlato alla cybercondria. (Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli, Carraresi, Poli, & Bailey, 2016). Diversi studi hanno inoltre, mostrano che sia le convinzioni che i pensieri incontrollabili sono correlati ai sintomi dell'ansia (ad es. Bailey & Wells, 2013; 2016; Melli et al., 2016; Melli, Bailey, Carraresi e Poli, 2018).

Per colmare l'ambiguità riguardante il costrutto della cybercondria in letteratura, alcuni autori hanno ideato una scala specifica, multidimensionale, per misurarla: la Cyberchondria Severity Scale (CSS) (McElroy E, Shevlin M. 2014). La CSS è

stata validata e tradotta in diverse lingue; ne sono state validate sia le proprietà psicometriche che la struttura mediante studi di follow up (Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, et al. 2018). La CSS self-report è costruita su 5 domini correlati, esaminati con 33 item:

(i) eccessività (crescente / ripetuta natura delle ricerche), (ii) compulsività / costrizione (ricerche web che interferiscono con altri aspetti di on / offline vita), (iii) angoscia (risposta emotiva negativa), (iv) rassicurazione (ricerche che spingono gli individui a cercare un parere medico professionale) (v) diffidenza (non credere alla diagnosi di un medico specializzato).

Per aumentarne le capacità psicometriche, alcuni autori hanno suggerito una ottimizzazione della stessa (Norr AM, Allan NP, Boffa JW, et al. 2015). Sulla scia di queste considerazioni il quinto fattore “diffidenza” mostra una ambiguità teorica per la quale dovrebbe essere eliminato dalla CSS, così come per la bassa correlazione con i rimanenti 4 fattori e la sua mancanza nel colmare efficacemente un fattore di cybercondria generale. (Fergus TA. 2014). Un limite della scala è anche dovuto alla presenza di item diversi che sembrano non essere molto specifici per la descrizione dei soggetti cybercondriaci e, inoltre, si aggiunge la lunghezza della scala stessa. Barke et al., utilizzando l'analisi dei componenti principali (PCA) e l'analisi fattoriale di conferma, hanno strutturato la versione CSS-15 riducendo il numero degli item per ciascuno dei 5 fattori al numero di 3 (Barke A., Bleichhardt G., Rief W., & Doering B. K. 2016) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *International journal of behavioral medicine*). Un'ulteriore riduzione (McElroy E. et al., 2019) ha portato alla creazione di una scala composta da 12 item con un fattore generale e 4 possibili sottoscale costruite con 3 item ciascuno (anche se la ricerca stessa non giunge ad una conclusione definitiva sul numero fattori da considerare). In questo modo, la

scala è correlata ad un costrutto unitario generale al fine di accertare il livello di gravità della cybercondria (McElroy E. et al., 2019). L'elaborazione, traduzione ed analisi di una versione italiana della scala ridotta per la Cybercondria, nasce da più motivazioni: (i) sta crescendo l'interesse da parte del Servizio Sanitario Nazionale Italiano (ad es. Ibsa Foundation for Scientific Research, 2017) per le informazioni mediche on line per estendere la conoscenza dei soggetti potenzialmente affetti da cybercondria; (ii) valutare le proprietà psicometriche della versione italiana della CSS-12 (McElroy E. et al., 2019) che potrebbe essere utile utilizzarla in studi futuri per indagare la cybercondria nel territorio Italiano, ed infine (iii) per poter eventualmente utilizzare tale strumento per future ricerche quantitative.

Questo studio si pone l'obiettivo di:

(i) esaminare le proprietà psicometriche della scala italiana del CSS-12 utilizzando l'analisi fattoriale confermativa (CFA) ed esplorativa (EFA);

(ii) valutare il test CSS-12 in un campione italiano usando il test CSS-12 tradotto in italiano;

(iii) confermare se il test CSS-12 italiano sia unidimensionale, bidimensionale o a quattro dimensioni;

(iv) verificare che il CSS-12 sia correlato positivamente al test dell'Ansia, al test dell'Health Anxiety Inventory e al Test della depressione.

Materiali e Metodi

È stato sviluppato e somministrato un questionario che risultava così composto:

- domande socio-demografiche, in cui tre domande erano relative agli aspetti sociodemografici dei partecipanti;

- domande specifiche sull'ipocondria/ricerca di informazioni/malattie, costruite ad-hoc per indagare la ricerca di informazioni sulle malattie, sullo stato di salute e su alcuni comportamenti dei soggetti. Esse si articolavano come segue:

1. “Consulti spesso siti web, forum o social network per informarti su determinate malattie?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

2. “Quando hai dei sintomi (ad esempio dolori di qualche tipo) prima di consultare il medico, ricerchi spesso informazioni sui social network, siti web etc, per capire a quale malattia possano corrispondere?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

3. “Hai paura delle malattie?” (misurata su scala Likert da 1 a 5, dove 1 è mai e 5 è molto spesso);

4. “Hai avuto o hai una grave malattia (diagnosticata dal Medico, ad esempio SLA, Sclerosi multipla, Tumori etc.)?” misurata con un tipo di risposta dicotomica (Sì o No).

5. “Ti è stata mai diagnosticato un disturbo d'ansia o un disturbo depressivo (da un medico, da uno psicologo etc)?”. misurata con un tipo di risposta dicotomica (Sì o No).

Health Anxiety Questionnaire (HAQ; Lucock e Morley, 1996): è un questionario che misura le principali manifestazioni di natura ipocondriaca discriminando ipocondriaci e individui con disturbi d'ansia (versione italiana e descrizione test a cura di Melli, Gabriele & Coradeschi, D. & Smurra, R., 2007). Esso è composto da 21 item che sono valutati su una scala Likert a quattro punti, dove 0 è mai e 4 è uguale alla maggior parte del tempo. Il punteggio minimo è zero (assenza di ipocondria), il punteggio massimo è 84 (ipocondria severa) (L'alfa di Cronbach .96, ottima validità convergente).

Scala di autovalutazione dell'ansia (Zung, W. W., 1971): essa misura l'ansia di stato relativa al periodo attuale (adattamento

italiano a cura di Innamorati M., Lelli M., Aiello S., Di Lorenzo del Casale F.L., Russo S., Ferrari V., 2006). È una misura self-report composta da 20 item la quale utilizza un sistema di scoring di tipo Likert (da 0 a 4 punti, dove 0 è mai e 4 è molto spesso), con un punteggio che va da un minimo di 0 (ansia assente) ad un massimo di 80 (ansia maggiore) (l'alfa di Cronbach .90).

Beck Depression Inventory II (Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., 1996; versione Italiana a cura di Ghisi M. et al., 2006): è uno strumento self-report capace di valutare la gravità della depressione, sintomo spesso associato con l'ipocondria. Nello specifico, il BDI-II è stato sviluppato come un indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi della depressione. Il test è composto da 21 item definenti la condizione depressiva, che il soggetto valuta secondo il suo stato recente, valutati da 0 a 3 punti, dove 0 indica generalmente mai e 4 indica generalmente molto spesso (l'alfa di Cronbach.94).

Cyberchondria Severity Scale short form (CSS-12; McElroy E. et al., 2019): misura il livello di gravità di ansia per il proprio stato di salute a causa di una eccessiva ricerca di informazione online. È formata da 12 item misurata su scala Likert a 5 punti, dove 1 è mai e 5 è molto spesso con un punteggio minimo di 20 ed un punteggio massimo di 60, dove un punteggio più elevato indica una gravità della Cyberchondria più elevata.

La scala può essere utilizzata come test unidimensionale (facendo riferimento allo scoring totale), ma permette anche di ricavare quattro sotto-fattori: 1)Eccessività (natura crescente / ripetuta delle ricerche, che è data la somma degli item 1,3,6); 2) Angoscia (ansia / angoscia a seguito di ricerche, che è data la somma degli item 4,8,9); 3) Rassicurazione (ricerche che spingono le persone a cercare un consiglio medico professionale, che è data la somma degli item 5,11,12); 4) Costrizione (ricerche sul web che interferiscono con altri aspetti della vita online / offline, che è data

la somma degli item 2,7,10). Per il CSS-12 italiano gli item sono stati tradotti indipendentemente da due traduttori madrelingua e sono state impiegate pratiche di traduzione accettate a livello internazionale (Beaton et al., 2000). Nello specifico, un traduttore madrelingua inizialmente ha tradotto gli item dall'inglese all'italiano e, successivamente, gli item sono stati nuovamente tradotti dall'italiano all'inglese da un secondo traduttore madrelingua per il confronto. Dopo la traduzione, un medico e Professore Universitario esperto Italiano ha adattato la scala al contesto Italiano. Inoltre, il CSS-12 italiano è stato pilotato su 15 partecipanti di età e diversi livelli di istruzione per indagare se ci fossero stati problemi nella comprensione degli item stessi (vedi appendice 1).

Analisi descrittive

Prima di analizzare i dati ottenuti dal campione, la normalità univariata dei dati è stata verificata utilizzando le linee guida proposte (Muthén e Kaplan, 1985), vale a dire asimmetria e curtosi nel range di -1 ; $+1$ o comunque nessun item con asimmetria e curtosi maggiori rispettivamente di >3 e >8 . Per i dati categoriali sono stati calcolati gli indici statistici più comuni (ad esempio frequenze percentuali), così come per i dati continui (ad esempio media e deviazione standard [SD]). Per la relazione tra le variabili invece, sono stati utilizzati diversi indici, tra i quali, ad esempio, il coefficiente di correlazione di Bravais-Pearson (r), il rho di Spearman (ρ), il coefficiente di determinazione (R^2). Per la validità nomologica convergente e di criterio del CSS-12 tradotto comprendeva la verifica dell'affidabilità tramite la varianza estratta (AVE) e l'affidabilità composita (CR) che verifica se i rispettivi valori si situavano al di sopra della soglia desiderata (valori di AVE maggiore di 0,5 e valori di CR maggiori di 0,7 sono

associati a una forte affidabilità del test (Fornell & Larcker, 1981). Inoltre abbiamo determinato la bontà di adattamento dell'analisi fattoriale esplorativa (AFE) e confermativa (CFA) per confermare una struttura del modello a fattore singolo, attraverso diversi indici, tra i quali il test del Chi-quadrato (χ^2), il test root mean square residuals (RMSEA), il test standardized root mean square residual (SRMR), l'indice di Tucker-Lewis (TLI), l'indice di adattamento comparativo (CFI) e l'indice di bontà di adattamento (GFI). Un buon modello dovrebbe avere quanto segue: GFI > .90, CFI e TLI > .95, RMSEA < .06 e SRMR < .08. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando i seguenti pacchetti statistici: FACTOR v. 10.10.01 (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017), SPSS Statistics v.25 (IBM Corporation, 2017), "R" software (R Core Team, 2014) con il lavaan package (Rosseel Y., 2012).

Etica

La partecipazione allo studio è stata volontaria ed è stato ottenuto il consenso informato da tutti i soggetti. È stato garantito, inoltre, l'anonimato delle persone e delle organizzazioni partecipanti alla ricerca. Infine, tutti gli individui erano pienamente consapevoli dello scopo dello studio. Tutte le procedure eseguite in questo studio che coinvolgono partecipanti umani erano conformi alla Dichiarazione di Helsinki del 1975 e conformi agli standard etici della Psicologia Italiana.

Partecipanti e procedura

I partecipanti (n=200) sono stati reclutati pubblicando un sondaggio online nei forum online italiani e nelle comunità dei social network (ad esempio Facebook). Un totale di 200 partecipanti volontari (dai 18 ai 69 anni) ha risposto al sondaggio online che ha richiesto circa 10-15 minuti per essere completato. Il periodo di raccolta dei dati si è protratto dal 25 maggio 2020 al 5

giugno 2020. I criteri di inclusione utilizzati per partecipare alla ricerca sono stati: (i) avere almeno 18 anni e (ii) comprendere la lingua Italiana.

Risultati

Statistiche descrittive del campione

In un primo momento sono state analizzate le caratteristiche socio-demografiche (di seguito approssimate all'unità) del campione (n=200) ed i partecipanti nel nostro studio erano così distribuiti: 74 partecipanti di genere maschile, 125 di genere femminile e 1 di genere altro. L'età media era di 37.7 con deviazione standard di ± 12.9 . Il livello di istruzione dei partecipanti era di 85 partecipanti con titolo Universitario, 104 con un titolo di Scuola Superiore e 11 partecipanti con un titolo di Scuola Media. Le statistiche descrittive degli item sono state le seguenti: BDI2 (depressione) media 22.4 con SD di ± 14.30 – CCS-12 (Cybercondria) con media di 26.5 con SD di ± 10.6 , - Scala di autovalutazione dell'ansia di Zung (Ansia) media di 25.7 con SD di 14 – HAQ (Ipocondria) media 29.6 con SD di ± 19.6 .

Analisi Fattoriale Esplorativa (EFA)

Per eseguire sia EFA che CFA, è stato diviso il campione in 2 sotto-gruppi casuali (100 per l'EFA e 100 per la CFA). Il primo è stato utilizzato per l'EFA, il secondo per la CFA. Inizialmente è stata eseguita una EFA (Howard, 2016) per capire il numero dei fattori da estrarre seguendo diverse linee guida, tra le quali: (i) gli autori maggiore di 1, (ii) la ECV (explained common variance); (iii) gli indici di buon adattamento al modello (come ad esempio Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA]); (iv) se vi fossero item che saturavano su più fattori e (v) la saturazione degli item sui/sul fattore $> .40$; (vi) communalities (h^2) $> .40$; (vii) se in un fattore è la percentuale di varianza osservata supera la percentuale di varianza casuale, il fattore viene mantenuto (Hair

JR, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL, 2014; Tabachnick BG, Fidell LS, 2013; Baglin, J., 2014); (vii) ispezione dello scree plot. Vista la natura non-normale della scala (ad esempio molti degli item andavano fuori dell'intervallo ± 1 di asimmetria e curtosi (Mardia KV, 1970), abbiamo utilizzato la Polychoric correlation con il metodo Parallel Analysis (PA) e Unweighted Least Squares (ULS) (Timmerman ME, Lorenzo-Seva U, 2011). L'unidimensionalità della scala, viene stabilita anche da altri criteri, come ad esempio, se sono stati soddisfatti i seguenti criteri: UNICO (congruenza unidimensionale $> .95$), ECV (varianza comune spiegata $> .80$) e MIREAL (media assoluti residui $< 0,30$). L'affidabilità dei dati è stata valutata da due indicatori: Alpha di Cronbach (1951) e Omega di McDonald (1999) e la replicabilità del costrutto e la qualità della soluzione fattoriale sono state valutate dall'indice G-H generalizzato con cut-off di $.70$ (Hancock GR, Mueller RO., 2001).

Tra tutti i diversi modelli che abbiamo esplorato nella nostra analisi, basandoci sui riferimenti descritti in precedenza, l'unico modello trovato che soddisfa i nostri requisiti è un modello ad un fattore, con i seguenti risultati: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test = $.84$; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = $.12$; Chi Square with 54 degrees of freedom = 67.471 ($p = 0.10$); Non-Normed Fit Index (NNFI; Tucker & Lewis) = $.96$; Comparative Fit Index (CFI) = $.97$; Goodness of Fit Index (GFI) = $.98$; Factor Determinacy Index = $.98$; Root Mean Square of Residuals (RMSR) = $.10$; Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) = $.11$; con saturazioni $>.50$ sul fattore. Gli indici per l'utilizzo unidimensionale per la scala comunque rimangono validi (UniCo = 0.97 , ECV = 0.86 , MIREAL = 0.25) e suggeriscono la possibilità di utilizzare la scala come unidimensionale (nello specifico, avere una somma degli item per misurare un fattore generale, in questo caso la Cybercondria). Questa struttura

differisce dalla versione originale presa come riferimento (McElroy et al., 2019) ma, ad esempio, anche nella versione tedesca di questa scala era differente dalla versione inglese (Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W. et al., 2016). Questo indica che ancora il costrutto e gli item, nelle versioni brevi della scala per la Cybercondria, non sono ancora ben definiti.

Analisi Fattoriale Confermativa (CFA):

Successivamente all'EFA, abbiamo eseguito la CFA (metodo ULS) sul secondo sotto-campione con i seguenti risultati: Comparative Fit Index (CFI) = 1.0; Tucker-Lewis Index (TLI)= 1.0, RMSEA 0.0 (p-value RMSEA =0.95, 90 Percent confidence interval - lower 0.00 - 90 Percent confidence interval - upper 0.048); Chi Square = 39.01 df =44 p=0.68, con covarianza nei seguenti termini di errore (dove x è la variabile): x1 e x3, x1 e x10, x3 e x6 , x3 e x10, x4 e x9, x5 e x12, x7 e x10, x8 e x10, x9 e x11, x11 e x12. Gli indici ottenuti erano sufficienti e tutti i caricamenti dei fattori erano elevati su tutti gli item ($\lambda_{ij} \geq 0.50$). Il modello tutto sommato funziona sufficientemente bene (vedi immagini 1).

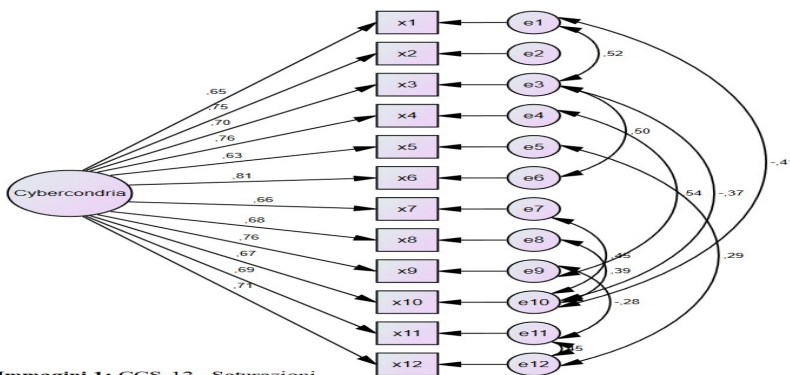


Immagine 1: CCS-12, Saturazioni

Validità di costrutto, criterio, nomologica ed Attendibilità del test

Dopo l'analisi del fattore di conferma, sono stati studiati diversi tipi di affidabilità (cioè coerenza interna) e validità (ovvero costrutto e validità convergente). In primo luogo, sono state testate la validità di costrutto e criterio (Cronbach, L. J., & Meehl, P. E., 1955). Il Test CCS-12 è correlato in maniera positiva e significativa al Test dell'Ansia con $r = .563$, con il test della Depressione con $r = .501$ e con il test dell'Ipocondria $r = .731$. Il test CSS-12, inoltre, è correlato in maniera positiva e significativa alla frequenza di ricerca di malattie sul web con $r = .417$ e con la ricerca dei propri sintomi sul web per capire a quale malattia possano corrispondere con $r = .592$. Tra l'altro è correlato in maniera molto debole alla qualità del sonno con $r = -.089$. Il Test CSS-12 è correlato in maniera negativa e significativa all'età con $r = -.215$ e con la qualità della vita percepita, con $r = -.287$. L'attendibilità del test è stata valutata tramite due indicatori: McDonald's ordinal Omega = 0.90, e Standardized Cronbach's alpha = 0.93. Tutti questi indicatori e relazioni sono sufficienti per avvalorare, in via esplorativa, la scala CSS-12 in italiano con una sola dimensione.

Discussione

Lo scopo del presente studio è stato di effettuare una prima indagine esplorativa sulla scala di misura denominata Cyberchondria Severity Scale short form (CSS-12; McElroy et al., 2019). Nello specifico, sono state esaminate le proprietà psicometriche mediante le Analisi Fattoriale Esplorativa e Confermativa su un campione di 200 persone rispetto al modello originale, dai nostri risultati mediante l'Analisi fattoriale, si evince come il miglior modello (rispetto al nostro campione reclutato) è stato quello composto da un solo fattore con aggiunta della

covarianza tra i termini di errore per alcuni variabili presenti (vedi sezione CFA per dettagli). Questa differenza esiste anche nella versione tedesca della scala (Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K., 2016), la quale è composta da 15 item e 5 fattori. Nel nostro caso, abbiamo solo un fattore, riconducibile alla misura della Cybercondria.

Valutando la scala nel suo complesso, tutti gli indici di attendibilità e di costruito risultano molto soddisfacenti. Infatti, il test CCS-12 a un fattore correla positivamente al test dell'Ansia, della Depressione in maniera significativa e con la frequenza di ricerca di informazioni di sintomi e malattie su Internet. Questo dato era stato già confermato da diverse ricerche (ad esempio, Vismara et al., 2020). La continua ricerca dei sintomi o delle malattie online, infatti, può innescare nel tempo dei pattern comportamentali che possono aumentare sia i livelli di ansia che quelli di depressione, andando ad interferire con la vita quotidiana senza che il soggetto ne sia inizialmente consapevole (Vismara et al., 2020). Difatti, il disturbo della Cybercondria è stato concettualizzato piuttosto di recente e uno dei suoi aspetti più importanti è quello metacognitivo, dove si evidenziano credenze di positività ed utilità, sia di pericolosità e incontrollabilità (Fergus TA, Spada MM., 2018). Inoltre, la correlazione con l'Ipercondria è medio-alta, anche se non perfetta. Questo indica che, come già sottolineato da Eoin McElroy et al. (2019), ipercondria e cybercondria sono, in quanto ad aspettative, due costrutti correlati ma possono essere studiati e quantificati in maniera differente.

Questo studio presenta, tuttavia, alcuni limiti: (i) la numerosità ridotta del campione, sia per quanto concerne l'AFE che la CFA; (ii) la natura self report dei test presentati tramite form online; (iii) l'assenza di una analisi fattoriale confermativa. Possibili future ricerche, con la selezione di un

campione più rappresentativo, potranno prendere in considerazione le altre possibili soluzioni fattoriali trovate e verificarle tramite analisi fattoriale confermativa.

Conclusioni

Il rapido sviluppo delle nuove tecnologie ha portato inevitabilmente alla luce nuove patologie dovute all'eccessivo o erraneo utilizzo delle fonti documentali disponibili. La cybercondria, ad oggi, rappresenta una delle varianti più diffuse di ipocondria e i sintomi ad essa correlati possono definirsi invalidanti. Lo studio di questa patologia è ancora in corso, soprattutto in Italia. Sebbene l'osservazione clinica, la valutazione ed il colloquio orientino per la diagnosi, la necessità di una valutazione testologica si è resa imprescindibile. La Cyberchondria Severity Scale (CSS), nella sua forma estesa (Marino, C, Fergus, TA, Vieno, A, Bottesi, G, Ghisi, M, Spada, MM, 2020) è, al momento, la scala più utilizzata, seppur soggetta a numerose revisioni. Nel nostro Paese, la forma italiana è ancora oggetto di studio. Il nostro lavoro, analizzando la forma ridotta del CSS, ha supportato l'utilizzo della scala CSS-12 a una dimensione basandosi su 200 risultati ottenuti tramite selezione casuale dei partecipanti e al momento, quindi, riteniamo il CSS-12 un iniziale e potenziale valido strumento (quantitativo) a disposizione della ricerca in territorio italiano. Future ricerche dovranno approfondire e chiarire quanto trovato in questa prima analisi ed indagare quale modello sia il più appropriato con una dimensione campionaria più elevata.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

DSM 5. Arlington, VA. Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Cortina, Milano 2014.

- Avia MD, Ruiz MA (2005) "Recommendations for the Treatment of Hypochondriac Patients". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 35 (3): 301–13. doi:10.1007/s10879-005-4322-3.
- Baglin, J. (2014) Improving Your Exploratory Factor Analysis for Ordinal Data: A Demonstration Using Factor. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 19(5), 2.
- Bailey, R., & Wells, A. (2013) Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327-337.
- Bailey, R., & Wells, A. (2015) Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 34, Pages 8-14, doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005.
- Bailey, R., & Wells, A. (2016). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 78, 43-50.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International journal of behavioral medicine*, 23(5), 595-605. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9549-8>
- Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011) The role of health anxiety in online health information search.

Cyberpsychology, behavior, and social networking, 14(10), 613-618.

- Beaton, Dorcas & Bombardier, Claire & Guillemin, Francis & Ferraz, Marcos (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*. 25. 3186-91. [10.1097/00007632-200012150-00014](https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996) Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 78(2), 490-498.
- Cronbach L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16:297–334.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955) Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Fergus, T. A. (2014) The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*; 28:504–510.
- Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2018) Moving toward a metacognitive conceptualization of cyberchondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of anxiety disorders*, 60, 11-19.
- Ferrando, P., & Lorenzo-Seva, U. (2017) Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29, 236–240. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981) Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.

- Fox, S., Duggan, M. (2013) Health online. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Ghisi, M., Flebus, G., B., Montano, A., Sanavio, E., & Sica, C. (2006) Beck Depression Inventory – II (BDI-II) Manuale. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali.
- Goldberg, R. J. (2007) Practical guide to the care of the psychiatric patient (3rd ed.). St. Louis, Mosby.
- Hair JR, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. (2014) Multivariate data analysis. 6th. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hancock G., R., Mueller R., O. Rethinking construct reliability within latent variable systems. In Cudek R, Du Toit S, Sörbom D (Eds.). Structural equation modeling: Present and future. Lincolnwood: Scientific Software, 2001.
- Howard M. C., (2016) A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? International Journal of Human-Computer Interaction, 32:1, 51-62, DOI: 10.1080/10447318.2015.1087664.
- IBM Corporation (2017) IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Innamorati, M., Lelli, M., Aiello, S., Di Lorenzo del Casale, F. L., Russo, S., & Ferrari, V. (2006) Validazione convergente e discriminante della versione italiana della Zung Self-Rating Depression Scale. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 12(3), 343.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996) The health anxiety questionnaire. British journal of health psychology, 1(2), 137-150. doi:10.1111/j.2044-8287. 1996. tb00498.x

- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A., Strogatz, D., (2017) The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *J Public Health Manag Pract.*; 23(4):380-387. doi:10.1097/PHH.0000000000000366.
- Mardia, K., V. (1970) Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*; 57: 519–530.
- Marino, C., Fergus, T., A., Vieno A., Bottesi G., Ghisi, M., Spada, M., (2020) Testing the Italian version of the Cyberchondria Severity Scale and a metacognitive model of cyberchondria. *Clin Psychol Psychother.*; 1– 16. <https://doi.org/10.1002/cpp.2444>.
- McDonald R., P., (1999) *Test Theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McElroy E., Shevlin M. (2014) The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*; 28:259–265.
- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019) The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, behavior and social networking*,22(5),330–335.doi.org/10.1089/cyber.2018.0624.
- Melli G., Bailey R., Carraresi C., Poli A. (2018) Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Volume25, Issue2 March/April, Pages 263-271. doi:10.1002/cpp.2159.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Bailey, R., (2016) The role of metacognitive beliefs in health anxiety, *Personality*

and Individual Differences, Volume 89 Pages 80-85
doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.006.

- Melli, G., Coradeschi, D., Smurra, R. (2007) The Italian version of Health Anxiety Questionnaire: Reliability and factorial analysis. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. 13. 37-48.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., et al. (2012) Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*; 26:189–196.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985) A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189.
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015) Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): replication and extension with bifactor modeling. *Journal of anxiety disorders*, 31, 58-64.
- R Core Team. (2014) R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing.
- Rennis, L., McNamara, G., Seidel, E., et al. (2015) Google it!: urban community college students' use of the internet to obtain self-care and personal health information. *College Student Journal*; 49:414–426.
- Rosseel, Y. (2012) Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of statistical software*, 48(2), 1-36.<https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Selvi, Y., Turan, S. G., Sayin, A. A., Boysan, M., & Kandeger, A. (2018) The Cyberchondria Severity Scale

(CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and Hypnosis (Online)*, 20(4), 241-246.

- Starcevic, V. (2017) Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V., Berle, D. (2013) Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*; 13(2):205-213. doi:10.1586/ern.12.162.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013) *Using Multivariate Statistics*, 6th Edn. Northridge. CA: California State University.
- Timmerman, M., E., & Lorenzo-Seva, U. (2011) Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological methods*, 16(2), 209.
- Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020) Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 152-167.
- White, RW., Horvitz, E., (2009) Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*; 27:23 doi.org/10.1145/1629096.1629101.
- Zung, W., W., (1969) A cross-cultural survey of symptoms in depression. *American Journal of Psychiatry*, 126(1), 116-121.
- Zung, W., W., (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 12(6), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0).

FrancoAngeli

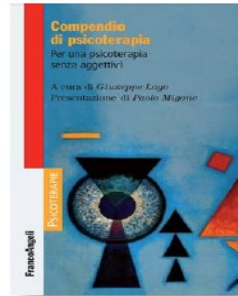
La passione per le conoscenze

A cura di *Giuseppe Lago*

COMPENDIO DI PSICOTERAPIA

Per una psicoterapia
senza aggettivi

Presentazione di *Paolo Migone*



Per saperne di più clicchi qui

Finalmente un testo di psicoterapia senza aggettivi.

Pensiamo che nel terzo millennio sia venuto il momento di offrire agli addetti ai lavori, ma anche alle persone interessate e impegnate in discipline affini, uno strumento di orientamento generale e di lavoro di base.

Per realizzare questo obiettivo, abbiamo cercato di impostare un *common ground* di nozioni e conoscenze, il più condivisibile da parte dei principali indirizzi della psicoterapia attuale. Ci siamo proposti di presentare una metodologia il più possibile trasversale, senza dimenticare il paradigma di provenienza di molti di noi, cioè la psicoanalisi. L'influenza di cui abbiamo tenuto conto, però, riguarda la stessa influenza che ciascuno psicoterapeuta riceve durante la sua formazione, dal più antico metodo di cura attraverso la relazione. Sullo sfondo del percorso storico della psicoanalisi, abbiamo assimilato tutto il meglio che ci può derivare da altri indirizzi nati dopo di essa.

Questo libro vuole essere un manuale di agile consultazione per lo psicoterapeuta clinico del nostro tempo. Non siamo interessati a occupare lo spazio limitato di un'appartenenza a un paradigma. Siamo altresì impegnati nell'espone le basi metodologiche dell'intervento di psicoterapia, a cominciare da una solida impostazione diagnostica della personalità e da una necessaria verifica dell'*outcome*, ovvero dei risultati di un intervento che vorremmo contribuire a sottrarre all'autoreferenzialità dei metodi carismatici e allo schematismo dei metodi riduzionisti.

Giuseppe Lago, psichiatra, psicoterapeuta, dirige dal 2004 l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicomotricità Integrata (IRPPI) (www.irppiscuolapsicoterapia.it), scuola di specializzazione riconosciuta dal MIUR. Nel 2006, ha pubblicato *La psicoterapia psicomotricità integrata: le basi e il metodo* (Alpes Italia). Nel 2014, ha pubblicato, per Castelveccchi, *L'illusione di Mesmer*. È vicedirettore della rivista dell'IRPPI *Mente e Cura* (www.menteecura.it).