

**“SABOTAGE DU DESTIN”:
PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA
DELLE SINDROMI PARANOIDI
NEI TOSSICOMANI**

G. DI PETTA
A. DI CINTIO
A. VALDEVIT
A. CANGIANO

*Dobbiamo applicare la psicoterapia al campo dei disturbi deliranti,
fino al confine con le psicosi schizofreniche*
E. Kretschmer (1918)

Dal travaglio dell'epochè scaturisce l'Altro
L. Calvi (1997)

I. INTRODUZIONE: L'ORIZZONTE DEI FENOMENI

La finalità di questo lavoro è mostrare, concretamente, come sia possibile curare la psicopatologia fenomenologica in senso *psicoterapeutico* nel peculiare contesto operativo di un servizio pubblico, con pazienti gravi (*tossicomani-psicotici*), attraverso il coinvolgimento emotivo¹ nella cura, sul piano umano, oltre che clinico, di un'*équipe* curante specificamente formata.

¹ Questa circolazione emotiva intensa è considerata, da Blankenburg (1992), uno dei distinguo più classici tra l'impostazione terapeutica di derivazione *psicoanalitica* e quella di derivazione *daseinsanalitica*.

Le storie cliniche riportate sono relative, infatti, a *persone* incontrate *visage-à-visage*² nel clima di una *frontiera*, sia territoriale, essendo la nostra Unità Operativa indovata nella periferia metropolitana a nord di Napoli, sia clinico-sanitaria, vagando queste persone nella *terra di nessuno* tra il Sistema della salute mentale, da una parte, e il Sistema delle dipendenze, dall'altra parte³. Nino, Enzo, Francesco e Gianluca sono utenti, pazienti, *uomini* che solo il *braccio di leva* fenomenologico ha consentito di liberare dalla trappola nosografico-categoriale della *doppia diagnosi* e di riagganciare al piano antropologico dell'*être-au-monde*, attraverso l'applicazione rigorosa del metodo psicopatologico-clinico, che ha guidato tutta l'*équipe* sia nell'affondo farmaco/psicoterapeutico, che nell'integrazione prospettica degli interventi.

La scelta di questi quattro *casi* clinici, inquadrabili, tutti, nello *spettro paranoide*, ha un suo significato preciso: da sempre, infatti, le sindromi paranoidi hanno rappresentato una sorta d'*elastico* nella categorizzazione nosografica e, al tempo stesso, una dimensione di *transito* nella concettualizzazione psicopatologica⁴. Per le sue caratteristiche di

² Nel senso speciale che Lévinas dà alla parola *volto*: «Noi chiamiamo *volto* il modo in cui si presenta l'Altro. Questo modo non consiste nel mostrarsi come un insieme di qualità che formano un'immagine. Il volto d'Altri distrugge ad ogni istante e oltrepassa l'immagine plastica che mi lascia». È nell'incontro con l'altro che si fa strada l'idea dell'infinito come evento a cui Lévinas dà il nome di *visage*, volto, sola prossimità in cui la relazione si gioca. L'altro, attraverso il volto, si espone direttamente, senza difese, al nostro sguardo, con la sua nudità dignitosa, e pertanto non è solo un dato, o un caso clinico su cui mettere le mani. L'altro, soprattutto in quanto paziente, mi guarda e mi riguarda e si disfa dell'idea che di lui ho in mente.

³ L'Italia è l'unico Paese occidentale ad aver riconosciuto, per motivi ideologici più che scientifici, autonomia a due ordini di patologie, quelle mentali e quelle da dipendenza, che trovano nel sistema neuropsichico e nelle relazioni persona/mondo le stesse basi fisio- e psicopatologiche. Le conseguenze di questa scissione nel sistema della cura sono disastrose. Molti tossicomani stanno sviluppando disturbi mentali e rimangono senza possibilità di cura, poiché i SerT non sono attrezzati in questo senso: molti pazienti psichiatrici, non più istituzionalizzati, stanno abusando di sostanze stupefacenti, senza che i DSM riescano ad arginare il fenomeno. Questa situazione configura un tragico problema etico, sanitario e di sicurezza sociale che, se non affrontato in chiave seriamente clinico-riabilitativa, rischia di riattivare svolte duramente repressive che porteranno, inevitabilmente, indietro le lancette della civiltà e dell'umanità dei trattamenti in psichiatria.

⁴ «Tale nozione presenta, ai nostri occhi, un grande valore euristico, se teniamo conto che i deliri paranoicali sembrano delineare un'area di transizione tra pensiero comune e pensiero delirante, in opposizione alle forme propriamente schizofreniche, in cui la disgregazione della personalità, le turbe strutturali del pensiero,

confine tra lucidità e follia, e per i fronti di ambiguità che apre, la paranoia ha sempre costituito la croce, ma in un certo senso anche la delizia, dei trattamenti psico- e farmaco-terapeutici in psichiatria (Callieri, 2009; Cardamone e Dalle Luche).

Le drammatiche esperienze tossicomani e psicotiche, vissute dalle persone le cui storie questo lavoro descrive, sono state incontrate, ad ogni modo, da parte dell'*équipe* curante, sul terreno vivo e *patico*⁵ della reciprocità duale e grupale⁶. Paradossalmente, proprio la *terra di nessuno*⁷ in cui Nino, Enzo, Francesco e Gianluca vagavano senza referenti, svuotati di dignità clinica e umana, ha dato alla nostra *équipe* l'opportunità e la *libertà* di giocare il tutto per tutto, con l'idea, rivelatasi per niente utopica, di arrivare a "sabotare"⁸ quattro troppo scontati *destini* umani, avviati al *binario morto* della cronicità irreversibile e progressiva, del deterioramento cognitivo e autistico, della politossico-farmaco-dipendenza, dei ricoveri multipli, della disabilità sociale e della carcerazione.

Il viraggio, nello stile di consumo degli stupefacenti, da oppiacei a sostanze eccitanti/allucinogene, sta costringendo, negli ultimi anni, sempre più i clinici ad approcciare questa strana tipologia di pazienti al confine tra psichiatria e dipendenze⁹. Per quanto concerne i casi da noi

l'apragmatismo autistico segnalano uno stacco pressoché completo dal pensiero e dal comportamento sociale accreditato» (Muscatello, Scudellari).

⁵ Da Straus a von Weizsaecker, con una grande ripresa di Aldo Masullo, quella del *patico* è una dimensione cruciale e ancora poco sviluppata in psicopatologia e in psicoterapia fenomenologica.

⁶ La gruppaltà a cui si fa riferimento in questo lavoro è la Gruppoanalisi del *Dasein*, o Gruppo *Daseinsanalitico*, così come è stato teorizzato da Di Petta (1996), centrato sull'applicazione dell'analisi del *Dasein*, oltre la coppia terapeuta-paziente, ad un insieme allargato ed eterogeneo di *pazienti gravi* ed *operatori*, i quali entrano in un assetto di radicale condivisione emotiva dell'esperienza (*alzo zero*). I pazienti psicotici prendono parte attiva all'esperienza di gruppo, con la loro presenza, a volte silenziosa e apparentemente distaccata, a volte intensamente comunicativa di vissuti deliranti-allucinatori.

⁷ Per la peculiare fascia di utenti che intercetta, al confine tra le competenze del DSM e quelle del SerT, la nostra Unità Operativa Giano gode di una certa extraterritorialità e di "mano libera" nella messa in atto di procedure di ingaggio e terapeutiche. Si lavora a taglio di strada, senza camice, in un contesto dove il clima dell'accoglienza è stato privilegiato rispetto alla burocratizzazione dei protocolli.

⁸ L'espressione "sabotaggio del destino" è di Ulrich Sonnemann (1969). Il termine "destino", qui, è inteso anche nell'accezione drammatica che vi dà Olievenstein nel suo testo *Le destin du toxicomane*.

⁹ Dai SerT e dalle UOSM vengono inviati alla nostra Unità Operativa pazienti poliabusatori, di varia estrazione socioeconomica e culturale, la cui richiesta di

trattati, oltre agli interventi di ordine tecnico (farmacoterapia) e al lavoro daseinsanalitico gruppale, si è mostrato essere decisivo, sia per l’aggancio che per la ritenzione in trattamento, il peculiare clima *fenomenologico* della presa in carico, in cui la *diurnità* è diventata la modalità coesistenziale fondamentale tra l’*équipe* e i pazienti coinvolti¹⁰. Molti di questi pazienti, come i casi descritti, giungono alla nostra osservazione con una diagnosi di *schizofrenia* o di *psicosi NAS*. Queste *mis-diagnosi*, così «come la diffusa esperienza della prassi della psichiatria ha dimostrato», indicano, in modo tragicamente evidente, «che senza la conoscenza e applicazione della psicopatologia ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita, superficiale, ridotta a mera elencazione di frammenti comportamentali e del tutto inconsapevole della singolarità delle persone» (Ballerini, 2009).

Di fronte allo *stallo* prodotto dalle pratiche terapeutiche precedentemente e caoticamente applicate (ricoveri, trattamenti ambulatoriali), la riconsiderazione di alcuni classici costrutti psicopatologici come, ad esempio, la *sindrome dell’automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto sensitivo* di Kretschmer, attualizzati e ricompresi in un prospettiva fenomenologica, ha consentito, alla nostra *équipe*, un più corretto inquadramento diagnostico e quindi la strutturazione di più adeguati piani di trattamento, con conseguenze assai sensibili sull’esito dei casi esaminati. Il ruolo centrale svolto dalle *allucinazioni*, in tutti i

aiuto concerne, oltre il problema della dipendenza, un cambiamento che sta accadendo “dentro la testa”, sconvolgendo l’esperienza di sé e la costituzione del mondo.

¹⁰ I modelli di riferimento, per questo tipo di esperienza *pilota*, finora pressoché unica sul territorio italiano, almeno in ambito pubblico, sono compatibili con le esperienze vissute, descritte, e concettualizzate a Kingsley Hall, da Ronald D. Laing, e a “Soteria-Bern”, da Luc Ciompi, per quel che concerne l’aspetto psichiatrico; per quel che concerne l’aspetto tossicologico, invece, i modelli di riferimento sono quelli del Marmottan a Parigi, la clinica per i tossicomani aperta nel 1971 da Claude Olievenstein (lo “psy des tox”) e il Centro di disintossicazione e recupero Magal, a Gerusalemme ovest, diretto da Moshe Kron, di cui ha scritto recentemente anche Grossman. Uno *strettissimo* rapporto di comunicazione tra operatore e utente, previo l’*azzeramento* delle dissimmetrie, e la ricerca di un *comune* orizzonte di senso antropologico, sul piano di una sofferta tensione coesistenziale, rappresentano gli elementi salienti di queste esperienze-pilota che, purtroppo, non hanno mai conosciuto la meritata diffusione. Numero critico di operatori e utenti, utenti gravi e rifiutati da altri sistemi/agenzie di presa in carico, operatori formati e motivati, disponibilità a correre il rischio del *fuori gioco* rispetto alle regole che normano le relazioni professionali in ambienti istituzionali *standard* sono tutti elementi caratterizzanti la peculiare *atmosfera* di questi luoghi che configurano, al di là della clinica, dei veri e propri *laboratori antropologici* o *campi antropici continui*, nel senso che S. Piro (1993) ha dato a queste espressioni.

quattro casi, nella creazione delle *condizioni di possibilità* del delirio, è ancora più *comprensibile* alla luce della rivoluzionaria lettura che ne ha dato E. Straus, e cioè di fenomeni che, sollevandosi dal mero piano percettivo¹¹, sono fortemente indicatori dei *fallimenti* o delle *preclusioni della reciprocità*, o di *variazioni patologiche del rapporto fondamentale io-e-l'altro*. Da questa impostazione diventa più chiara non solo la classica *sovrascrittura* del delirio (de Clérambault), ma, addirittura, la *gemmazione*, quasi per *continuità*, del delirio da un terreno allucinatorio così intriso di rapporto *io-mondo*.

Le obsolete *psicosi allucinatorie croniche* della Scuola francese (Gozzetti, 2009) si riprofilano, a nostro avviso, come realistica possibilità evolutiva di alcuni di questi percorsi umani e psicopatologici complicati dall'abuso di sostanze e lasciati sostanzialmente a se stessi, spesso senza una vera diagnosi (oltre la "Doppia diagnosi"), e, dunque, senza trattamento specifico.

Ad ogni modo, va ribadito che nessun *incontro*, seppur vissuto sul piano autenticamente umano, che voglia avere una *visibile* ricaduta terapeutica, è veramente possibile, e questo lavoro lo dimostra con evidenza, senza tenere conto di alcuni aspetti psicopato-semeiologici che rappresentano cruciali punti di reperi lungo quello *chemin de la vie*¹² che vede uniti, negli anni, quasi alla stregua di *viandanti*¹³, il clinico, il paziente e il loro duale temporalizzarsi, spazializzarsi e mondanizzarsi.

¹¹ «Le dichiarazioni dei pazienti circa le esperienze in stato di intossicazione mescalina consentono di riconoscere in tutta chiarezza che, per gli allucinati, non solo gli oggetti, ma anche i loro modi di apparire mutano, e che, con questi, mutano le forme più grandi dell'esperienza, dello spazio, del tempo» (E. Straus, 1935, trad. di F. Leoni).

¹² La psicoterapia fenomenologica va intesa come movimento (*percorso*), duale o plurale, vitale marcia di avvicinamento (*Lebensweg* o *chemin de la vie*), "essere nel cammino della vita" (Minkowski; Zutt: *être en marche de la vie*), *Iter vitale* (Cargnello; Bovi); lungo le vicissitudini della cura al clinico e al paziente tocca di rin-tracciare *rotte* percorse, fallite o mancate; ricostruire un possibile e co-esistentivo *progetto-di-mondo*. Tatossian, richiamandosi a Binswanger, parla di *communauté de la présence*, ovvero l'essere-insieme di terapeuta e paziente, dove il paziente va considerato sempre come un simile (*partenaire*) e va richiamato ad una nuova strutturazione della forma della Presenza (*forme de la Présence*).

¹³ Da *Homo viator* di G. Marcel. La storia della psicopatologia è legata al concetto di "via", sia che si parli di un metodo (*meta odos*: secondo la via), sia che si parli di *viaggi* o di *fughe* psicotiche. Callieri ricorda che la stessa vita umana ha la struttura della via, nel senso che è sempre un "da dove" e un "verso dove". Quindi, il viandante è una figura che non si lascia incorporare in alcun concetto, perché dispersiva, errante, imprecisabile. Il viandante è colui che va per la via, il suo non è un vero e proprio viaggio, in quanto il viaggiare è già avere un percorso da com-

II. ESPERIENZE TOSSICOMANI ED EMERGENZE PSICOPATOLOGICHE

L'emergenza e la diffusione, piuttosto ubiquitarie, nel corso degli ultimi anni, di evenienze psicopatologiche caratteristiche in un contesto di poliabuso di sostanze, stanno ponendo ai clinici notevoli problemi di diagnosi e, quindi, di trattamento, dei pazienti interessati¹⁴.

I casi clinici esaminati in questo lavoro sono stati tutti approcciati dalla prospettiva radicale della psicopatologia fenomenologica, che ci ha consentito di distinguere, in controtendenza alla generalizzazione dell'etichetta diagnostica di “psicosi”, alcune specifiche forme paranoidi, *non schizofreniche*, che, individuate al di là della *nebbia* e, adeguatamente curate, hanno consentito un assai soddisfacente riadattamento dei soggetti alla realtà nonché il loro reinserimento lavorativo¹⁵, centrato attorno ad un ricostituito *progetto-di-mondo*.

Dato, invece, il sistema “binario” della presa in carico esistente nel nostro Paese, caratterizzato dalla rete dei Dipartimenti di Salute Mentale *totalmente* separati dai SerT, i pazienti tossicomani *comorbili* psichiatricamente non trovano, a tuttoggi, un servizio unico di riferimento.

riere per giungere ad una meta e fare ritorno. Il cammino percorso dal viandante non consiste nell'andare e tornare, il viandante è semplicemente “andante via”, è colui che va per la via e va via, se ne va; il viandante è viandante in quanto tale perché è sempre all'inizio del suo cammino. Gli esempi della “via” come conoscenza sono presenti in tutte le epoche della cultura occidentale: la via dell'Essere in Parmenide, il mito della caverna in Platone, il viandante nel deserto dei Padri della Chiesa, il viaggio dantesco nei tre mondi ultraterreni, il cammino dello spirito hegeliano, la definizione di Heidegger dell'uomo come cammino verso ciò che si nasconde. L'uomo, sano o malato che sia, deve inoltrarsi verso una “via”, laddove il mondo gli appare falso, illusorio: la metafora è quella del deserto, ma sempre nel deserto egli trova la via verso la propria patria. Anche nell'Odissea di Omero il tema principale è il viaggio, il peregrinare di Ulisse attraverso mondi fantastici, terre sconosciute, grazie alle quali Ulisse si arricchisce, diventa sapiente.

¹⁴ Oggi le sostanze utilizzate dai pazienti di interesse psichiatrico hanno un'azione psicotico-mimetica dirompente (ketamina, amfetamine, ecstasy). La cocaina fumata (crak), ad esempio, trasforma l'*effetto tonico*, classico della cocaina tirata con le righe, che *sale* piano, nell'*effetto fasico*, per cui la sostanza *sale* al cervello di colpo, con uno *sballo* potente, definito “testata”, “capata”, dagli stessi pazienti. La conseguenza di quest'esperienza è un'eclissi del mondo esterno, a cui residuano una potente disforia e *sintomi paranoidei* di lungo corso.

¹⁵ La definizione di “doppia diagnosi”, sempre più utilizzata in questi casi, lascia del tutto insoddisfatti, poiché ipersemplicità e riduce la complessità dei quadri clinici ad una categorializzazione binaria, che, tuttavia, è difficilmente sostenibile, sia nella logica che nei fatti, dato l'indissolubile amalgama tra sostanze stupefacenti, eventi e contesti ambientali, struttura di personalità e sintomatologia psichiatrica.

Questo complica ulteriormente le cose, poiché il contatto con questi pazienti è spesso limitato alla fase di urgenza o di scompenso, con brevi ricoveri e dimissioni a cui, nei fatti, spesso non segue una reale *presa in carico* territoriale. Questo rende molto difficile lo sviluppo di una visione psicopatologica *prospettica*, cioè di decorso, oltre a frantumare l'intensità e la tipologia degli interventi. Infine, ognuno degli specialisti del settore tende ad inquadrare la sintomatologia emergente utilizzando i criteri etiopatogenetici e diagnostici a propria disposizione, spesso soffermandosi sulla superficialità di un'osservazione condotta in acuzie e sporadicamente.

Approccio psicopatologico alla "Doppia Diagnosi". Linee traccianti:

- ricondurre ad una sola unità di comprensione e di significato le esperienze psicopatologiche che si sviluppano in un contesto tossicomane e che, invece, in genere, vengono concettualizzate come scisse, sia nella fenomenica clinica che nei trattamenti;
- condividere dia-cronicamente, nel *day living* del diurno, con la soggettività del paziente, l'esperienza vissuta della malattia e del trattamento, soprattutto attraverso i momenti cruciali dei gruppi daseinsanalitici;
- rivalutare fortemente e *centralizzare il ruolo della psicopatologia*, sia nella comprensione della situazione vissuta dai pazienti, che come elemento diagnostico-prospettico di coordinamento e di interconnessione tra approccio psicofarmacologico, psicoterapeutico e riabilitativo;
- fare della psicopatologia fenomenologica l'asse portante e il sensore di rotta per tutto quel che concerne il trattamento psicoterapeutico delle dimensioni psicotiche.

Uno degli scopi fondamentali della psicopatologia di matrice fenomenologica è, infatti, quello di allargare, attraverso l'attenta osservazione clinica e, soprattutto, attraverso l'instaurarsi di una relazione empatica, la base di comprensibilità e di comunicabilità della sintomatologia psicotica, consentendo una *sottrazione progressiva di terreno* alla nosografia, da una parte, e, da un'altra parte, garantire la corretta coordinazione dell'attività terapeutico-riabilitativa, favorendo la reciprocità e lo scambio coesistenziale di esperienze vissute abnormi che, di per sé, sono impregnate di una forte connotazione autistica (Ballerini, 2006).

Di alcuni elementi psicopatologici *nucleari*, ad esempio, gli Autori hanno preso coscienza solo attraverso la *condivisione emozionale* dell'esperienza diurna *con* i pazienti e attraverso la conoscenza pro-

fonda dei loro percorsi storico-esistenziali e dei loro mondi, protratta lungo un *congruo* periodo di tempo. Superata, in altri termini, la fase acuta e raggiunto un accettabile livello di compenso sintomatologico, anche con l'utilizzo d'un'adeguata psicofarmacoterapia, ci si è ritrovati, con questi pazienti, non senza una certa sorpresa, da una parte di fronte a *costellazioni sintomatologiche ripetitive*, cristallizzate e refrattarie, che non mostravano ulteriori possibilità di flessione alla terapia farmacologica (tipo de Clérambault); da un'altra parte, invece, ci si è trovati di fronte ad aspetti di personalità straordinariamente suggestibili, vulnerabili, impressionabili e suscettibili di facile sviluppo psicotico (tipo Kretschmer). Tutti aspetti, questi, che venivano, ordinariamente, tenuti completamente *coperti* dalle sostanze d'abuso e dalla sintomatologia secondaria che si era sviluppata, nonché da *diagnosi preconfezionate* e chiuse, rispetto alle quali nessuno osava più avanzare ipotesi diverse.

Dalla rilevazione di questi elementi è nata una discussione interna al nostro gruppo, rispetto alla quale, particolarmente illuminanti e decisivi per la *controffensiva* terapeutica, si sono rivelati essere i due sopracitati e antichi costrutti psicopatologici:

- 1) “sindrome dell'automatismo mentale” di de Clérambault;
- 2) “delirio di rapporto dei sensitivi” di Kretschmer.

Non a caso, almeno nel campo delle tossicomanie, la sindrome di de Clérambault e il delirio sensitivo di Kretschmer sono venuti a rappresentare, per noi, le metafore dell'*organicità*¹⁶, da una parte (de Clérambault), e della *relazionalità* (Kretschmer) da un'altra parte.

Sulla base di questi criteri la riformulazione psicopatologica e critica della diagnosi, oltre che sul trattamento, ha finito per influenzare anche la prognosi, con inevitabili conseguenze sul *destino* degli stessi pazienti.

III. ASPETTI METODOLOGICI

I casi trattati sono stati tutti seguiti, *quotidianamente*, presso il Centro Diurno Giano per un periodo che va da un minimo di sette mesi (Francesco), ad un massimo di quattro anni (Gianluca). Hanno ricevuto tutti una valutazione psicopatologica tradizionale attraverso ripetuti colloqui

¹⁶ Data la presenza di sostanze d'abuso, infatti, non è da escludere che, in alcune costellazioni psicopatologiche, giochino un ruolo non secondario elementi *organici*, dovuti a modificazioni biochimiche delle aree cerebrali interessate dall'uso di sostanze.

clinici ed è stato loro somministrato il questionario FBF dei *Sintomi di base* (SB) (Huber; Süllwold)¹⁷ da psicologi debitamente formati. I casi descritti sono stati trattati farmacologicamente con *antipsicotici atipici e terapia sostitutiva oppiacea*; essi hanno preso parte alla terapia di gruppo ad orientamento fenomenologico (Gruppo daseinsanalitico; cfr. Di Petta, 2006) e sono stati seguiti in psicoterapia individuale dagli psicologi coautori di questo lavoro, supervisionati in un'ottica fenomenologica. Tre di questi pazienti sono, attualmente, in fase di accesso ad una borsa-lavoro finalizzata al reinserimento socio-lavorativo, mentre uno, Francesco, ha abbandonato il percorso terapeutico dopo soli sette mesi di trattamento. I componenti dell'*équipe* curante, nonché coautori di questo lavoro, sono tutti psicologi, formati a Padova con un orientamento fenomenologico. Tutti hanno svolto il loro tirocinio *post-lauream* presso il Centro Giano, continuando poi la frequenza come volontari/borsisti, partecipando all'VIII e al IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (2008-2009). Ognuno di loro ha preso parte a non meno di duecento sedute di Gruppi daseinsanalitici. L'approccio fenomenologico a questi pazienti è stato condotto seguendo una metodologia (*équipe, milieu* ambientale, rigorosa analisi psicopatologica, disvelamento e condivisione degli *erlebnisse* più patiti) in grado di realizzare una sorta di *epochizzazione* del delirio, ben oltre l'azione, fondamentale, ma, certo, limitata, degli antipsicotici. L'esclusione della diagnosi di *schizofrenia*, con la quale questi pazienti erano venuti alla nostra osservazione, oltre che sulla base dei parametri già discussi, è stata fondata sulla mancata percezione, sul piano *empatico* (Kraus), di almeno quattro elementi:

- 1) assenza di “perdita dell'evidenza naturale” (Blankenburg, 1971);
- 2) assenza di *rivelatività* nel delirio (v. Stanghellini e Ballerini);
- 3) assenza di “controtransfert” tipo *Praecox-gefuehl*¹⁸ (v. Ruemke; Barison, 1963; Rossi Monti);

¹⁷ L'FBF è un questionario di matrice fenomenologica che si compone di 98 *item* raggruppati in 10 dimensioni fenomeniche, ogni *item* prevede due alternative di risposta: SI – NO. Al soggetto è stato chiesto esplicitamente da parte dell'esaminatore, in caso di risposta affermativa, di *specificare se quel sintomo fosse correlato all'uso o all'effetto della sostanza o se invece fosse indipendente dalla sostanza*.

¹⁸ Sentimento di schizofrenicità (*praecox feeling*): perturbante avvertimento, da parte del clinico, di un disturbo nella percezione del paziente che ha di fronte in quanto totalità di persona. «L'attitudine interna del clinico, indotta dal paziente, è uno strumento di diagnosi molto sensibile e può essere di aiuto se noi fossimo più

4) assenza di nuclei autistici (v. Ballerini, 2002).

A nostro avviso questi elementi, squisitamente di ordine *eidetico*, rimangono, al di là dei classici *sintomi di primo rango*, degli utili indicatori d’esclusione o d’inclusione, pur in un contesto contaminato dall’assunzione di sostanze stupefacenti, di determinate esperienze psicotiche di evidente atmosfera schizofrenica.

L’evoluzione naturale di queste situazioni cliniche, tuttavia, lasciate senza comprensione, relazione e trattamento, pur non primitivamente di segno schizofrenico, sarebbe stata deficitaria, con indebolimento terminale, a lento estuario dentro il *mare magnum* delle psicosi di spettro schizofrenico.

Di seguito si tenterà di dare conto di quanto si possa avanzare, nel campo della psicoterapia dei pazienti gravi, associando il trattamento farmacologico ad un percorso di cura supportato dalla prospettiva psicopatologica¹⁹ e dalla presa in carico fondata sulla condivisione dell’esperienza²⁰.

IV. *IL TATTICO* E IL “CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO”:

L’AUTOMATISME MENTAL DI GATIAN DE CLÉRAMBAULT

La Sindrome dell’automatismo mentale di de Clérambault, come è noto, fu isolata dall’autore tra il 1920 e il 1926, come una componente fondamentale dei cosiddetti “deliri allucinatori cronici”.

Il soggetto che ne è affetto autopercepisce una serie di fenomeni elementari (motori, sensitivi, di pensiero) che, nonostante accadano e si verifichino nella sua esperienza interna, di fatto sono svincolati dalla sua propria volontà, pertanto gli appaiono incoercibili, non direzionabili, ripetuti, non correlabili a niente altro. È come se uno, a casa propria, avesse degli oggetti che, indipendentemente dalla propria volontà, sovvertono l’ordinamento dello spazio, cambiandosi di posizione, appa-

formati nel riconoscere i cambiamenti nella nostra attività interna» (Ruemke, 1941, cit. da Rossi Monti).

¹⁹ «In realtà, la teoria psicopatologica è l’orizzonte di legittimazione e di razionalizzazione del fare terapeutico in psichiatria» (Del Pistoia).

²⁰ L’evitamento della progressiva e processuale aggravante deficitaria o negativistica, spesso data dal ritiro sociale e dalla povertà relazionale, oppure l’evitamento di forme di paranoia divorante tutto il versante del funzionamento sociale, assume, in questi casi, il carattere di *sabotamento di un destino*, messo in atto consapevolmente, nel penoso *iter* nosodromico del paziente, da clinici psicopatologicamente formati.

rendo e sparendo. Questi fenomeni di automatismo hanno, infatti, un carattere autonomo, primitivo e neutro²¹, e, secondo l'Autore hanno valore diretto di lesione organica²².

«L'espressione "*automatisme mental*" (*Mental Automatism, Geistsautomatismus*) indica un concetto molto ampio e non inteso in modo univoco, seppure la sua natura "organica" e il suo carattere "primario" siano concordemente ammessi (de Clérambault, Nayrac, Levy-Valensi). Dal punto di vista psicopatologico l'automatismo mentale – che vien meglio specificato con l'attributo di "patologico" – viene concepito sia come meccanismo (di cui il soggetto non è cosciente) di "liberazione" di psichismi che si autonomizzano rispetto all'io, sia come "sentimento di automatismo", cioè di automatismo cosciente seppure non "criticato" dal soggetto (che non ne riconosce il carattere morboso)» (Bini, Bazzi, p. 455).

Automatismo mentale:

Ideoverbale: sindrome basale o nucleare. Voci di vario tipo, generalmente minacciose, acustico-verbali; tutta la gamma di allucinazioni e pseudoallucinazioni, eco del pensiero, furto;

Piccolo automatismo: parassitismo, coartazione, passività e interferenza, estraneità del pensiero, ideazione imposta;

Sensitivo: allucinazioni visive, gustative, olfattive e cenestesiche.

Parassitismo di percezioni anormali, formicolio, irritazioni, prurito;

Motorio: impressioni cinestesiche, soprassalti, movimenti forzati, imposti.

²¹ «Automatismo mentale si riferisce a processi psichici vissuti dal soggetto, ma non riconosciuti come suoi, e attribuiti ad un'azione estranea: tali sono le allucinazioni, i furti del pensiero, e gli ecofenomeni» (Galimberti, p. 122).

²² Rifacendosi alle ampie teorizzazioni jacksoniane, de Clérambault era convinto che intossicazioni potessero liberare attività normalmente tenute sotto controllo di centri inibitori gerarchicamente preposti e quindi svincolarle, cosicché esse potessero assumere carattere di automatismi ad insorgenza apparentemente spontanea o comunque non voluta. De Clérambault era convinto, pertanto, che gli automatismi mentali avessero, per questo loro carattere meccanicistico, una forte componente organica, quindi biologica.

L'automatismo mentale configura, secondo Jaspers, un disturbo della *coscienza dell'Io*, o, secondo Schneider (1950) dell'*appartenente a me*. È, in sostanza, una sindrome meccanicistica, parassitaria, estremamente disturbante il mondo interno dei pazienti. De Clérambault aveva dedotto le sue osservazioni su questi casi lavorando alla prefettura di Parigi (1920), dove vedeva persone intossicate dall'assenzio, etere e idrato di cloralio. Per de Clérambault, dunque, gli automatismi avevano molto a che fare con il substrato organico, e cioè con quello che A. Ballerini (2009) definisce l'*impersonale biologico*. L'Io critico del paziente – questo è un aspetto cruciale ai fini del nostro lavoro – assiste impotente all'automatismo e, come sostiene de Clérambault, ci *sovrascrive* il delirio. Nino ed Enzo, le cui storie cliniche saranno descritte di seguito in modo particolareggiato, sono stati inviati alla nostra osservazione con diagnosi di *schizofrenia o psicosi NAS in tossicodipendente*. Ad un'accurata e prolungata nel tempo valutazione psicopatologica ci si è resi conto, però, che i *confini dell'Io* e la *coscienza di sé* di questi pazienti non erano frantumati e non si ravvisavano *deficit* cognitivi. Cionondimeno il loro funzionamento sociale (DSM IV-TR) era gravemente compromesso. In realtà, come è emerso lungo il percorso della cura, Nino ed Enzo soffrivano, di fatto, di sintomi psicotici elementari e caratteristici, *non responder* a nessun trattamento con antipsicotici. Questa quota di sintomatologia residua (tale da configurare addirittura una presenza *altra* dentro il proprio spazio mentale) è stata ascritta, da noi, ad una sorta di *automatismo mentale* su base presumibilmente organico-tossica (da uso prolungato di sostanze).

V. NINO (1980): IL “CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO”

Si presenta alla nostra osservazione a gennaio 2008. Il dato saliente nella storia è la scomparsa del padre per cause ignote (fuga, rapimento, delitto?) quando Nino aveva 26 anni. L'esame psichico evidenzia un atteggiamento abbastanza collaborativo, ma privo di spontaneità e d'iniziativa. L'espressione appare distaccata ed indifferente, il comportamento è adeguato, i movimenti rallentati. L'eloquio è trattenuto, l'umore è depresso, coartato; il pensiero, privo di evidenti incongruità, è inibito, evasivo, con idee di influenzamento (si sente comandato). Sono presenti *allucinazioni* visive, più marcate quelle uditive, commentanti, imperative, denigratorie e conversanti. Il fenomeno più eclatante, tuttavia, è caratterizzato dalla *presenza di musica, canzoni, brani, spezzoni di sigle di cartoni animati*, avvertiti insistentemente nelle orecchie, a volte fin dal risveglio, al mattino. All'età di tredici anni ha iniziato ad utilizzare THC, per poi proseguire con cocaina, amfeta-

mine, ecstasy e kobrett²³. L'ultima assunzione di sostanze risale a tre anni fa. Al questionario FBF si rileva un punteggio finale di 39/98, le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: percezione complessa 8/10, perdita del controllo 5/8, linguaggio 5/10, sovrabbondanza di stimoli 5/10. L'esordio della sintomatologia psichiatrica risale al rientro dal servizio militare, intorno ai 20 anni, caratterizzato da allucinazioni acustiche (voci imperative e commentanti), visive (mistiche), con idee deliranti non sistematizzate. A seguito delle prime cure (clozapina) ha smesso le sostanze e attraversato una fase di remissione sintomatologica della durata di qualche anno, con discreto inserimento socio-lavorativo. Quindi è ricaduto nelle sostanze ed è riesplora la sintomatologia che, con gli antipsicotici, si è attenuata, ma non è più rientrata²⁴. Nino, a partire dalla recidiva psichiatrica, non ha più abusato di sostanze. Attualmente riferisce di sentirsi come un "canarino in gabbia", cioè incastrato in questo mondo pieno di voci, di immagini terrifiche e di musiche spurie, che lo tormentano. Prova, ma a volte inutilmente, a non prestare attenzione alle allucinazioni acustiche, che, nonostante ciò, prendono in alcuni momenti il sopravvento. Si sente, così, estraneo, distante dal mondo, fuori da se stesso, e deve rinchiudersi nella sua stanza per ritrovare un po' di tranquillità. Sente che il suo "cervello" è comandato da un'entità esterna, ma, allo stesso tempo si chiede: «Il cervello può parlare da solo?». Si domanda, inoltre, se queste esperienze siano "normali e reali". Si isola in questo suo mondo già troppo popolato, tanto affollato da non rendergli possibile lo stare in mezzo agli altri. C'è già troppa confusione nella sua testa, per poter ascoltare le voci degli altri reali. Si direbbe quasi che l'esperienza di depersonalizzazione diventi l'unico modo per assicurarsi una dimensione di tranquillità e lontananza da un mondo invasivo e di per sé estraneo. Ha avuto tre relazioni sentimentali, l'ultima durata sette mesi, conclusasi nel 2001. È stata tentata, da noi, per alcuni mesi, una terapia con *antipsicotici tipici* e *atipici* insieme, che non ha ottenuto sostanziali effetti sulla sintomatologia produttiva. Anzi, il paziente, nel tentativo di sottrarsi all'invasione allucinatoria, ha iniziato a frequentare meno il Centro, chiudendosi in un nuovo ritiro. A questo punto si è deciso di utilizzare la buprenorfina. Il paziente ha avuto un sostanziale beneficio, è più vivo, più attivo e in alcuni giorni la sintomatologia allucinatoria scompare del tutto; ad ogni modo, anche quando è presente, egli riesce maggiormente a controllarla. Questo significa che partecipa con maggiore costanza alle attività del Centro, sente che sono diminuite molto le *paranoie*. Attualmente il paziente è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

²³ Eroina fumabile.

²⁴ Neanche la clozapina ha fatto più effetto in questa ricaduta.

NINO:

- Decostruzione della diagnosi di *schizofrenia*;
- Terapia farmacologica mirata; utilizzo di oppioidi di sintesi (buprenorfina);
- Riconoscimento di sintomi elementari, automatici, incoercibili;
- Isolamento e circoscrizione dell’“automatismo mentale”, descritto soggettivamente come un “fastidio nel cervello”, “un rumore di fondo”, “cervello che parla”;
- Mutamento di atteggiamento complessivo dell’*équipe*;
- Relazione *intensa e coinvolgente* con il paziente fondata sulla condivisione emotiva;
- Da allucinazioni ad allucinosi a pseudoallucinazioni, a rappresentazioni mentali;
- *Insight* sull’origine intrapsichica del “rumore di fondo”;
- *Disancoraggio della sovrascrittura delirante*;
- Incremento delle strategie di *coping*, e della *compliance* al trattamento;
- Spostamento del *focus* attenzionale dalla sintomatologia parassitaria alla propria persona come risorsa;
- Ridimensionamento della inalterabilità e della ineluttabilità del disturbo;
- Reinserimento sociale in “borsa lavoro”.

È stata, nel lungo incontro con Nino, decostruita la diagnosi di *schizofrenia*, attraverso un paziente e lento ingaggio *a tu per tu*, ed un notevole coinvolgimento emotivo. La svolta, in questo caso, sta nell’aver isolato e circoscritto l’*automatismo mentale*, che Nino descrive come un *fastidio nel cervello*, un *rumore di fondo*. Siamo riusciti a *disancorare*, a poco a poco, la *sovrascrittura delirante* (influenzamento e persecuzione), cioè a *staccarla* dal piano allucinatorio, incrementando la *compliance* al trattamento, lavorando, quindi, sulla persona come risorsa e, ridimensionando, alla fine, l’ineluttabilità del disturbo.

Nino a poco a poco, sincronicamente a quanto accadeva dentro l’*équipe*, ha smesso d’enfatizzare questo *rumore di fondo* del cervello che polarizzava tutta la sua esistenza, riconoscendolo come parte di sé, ed ha migliorato la propria capacità di stare nel mondo. Egli ha avvertito il miglioramento dicendo che, dentro di lui, le *paranoie* stavano *perdendo di forza*. Un ruolo fondamentale, quale stabilizzatore e “rifasizzante” cerebrale, in questo caso è stato giocato dall’azione farmacologica di un oppioide di sintesi, la buprenorfina, che normalmente il paziente non avrebbe dovuto prendere in quanto non dipendente da op-

piacei. È come se la buprenorfina fosse andata, attraverso l'attivazione del sistema oppioide, a migliorare l'area neurotrasmettitoriale del *danno organico* procurato dalla lunga esposizione a sostanze stupefacenti. Solo la concettualizzazione psicopatologica dell'automatismo mentale e della sua resistenza al trattamento antipsicotico convenzionale, tuttavia, ha consentito e legittimato l'*add on* di buprenorfina al *trattamento antipsicotico*, che è stato poi notevolmente ridimensionato e semplificato. Durante i gruppi daseinsanalitici molto spesso Nino ha verbalizzato, condividendolo emotivamente con gli altri, la sua disperazione, il suo non farcela più, il suo essere dilaniato dall'intrusione parassitaria di materiale estraneo. Fin quando ha destituito di *estraneità* e *persecutorietà* questo materiale.

Nel giro di un anno, un anno e mezzo, in seguito al lavoro concentrico fatto su di lui, Nino è passato dallo stigma di psicotico "nuovo cronico", ritirato nella propria stanza, impregnato di neurolettici, a persona vivace, con sorriso sulle labbra di "gigante buono"²⁵, capace di apprezzare le relazioni e d'impegnarsi in un orizzonte lavorativo.

VI. ENZO (1969): *IL TATTICO*

Si presenta alla nostra osservazione ai primi del 2006, già in trattamento psicofarmacologico e con importanti precedenti psichiatrici e giudiziari. È vigile, discretamente orientato nel tempo e nello spazio, meno nella persona; emergono tematiche di depersonalizzazione e di derealizzazione; l'aspetto è trascurato, l'atteggiamento è scarsamente collaborativo, persecutorio: Enzo si copre con il cappuccio di una felpa; l'espressione è allarmata; la mimica è rigida; l'eloquio è esitante, il tono della voce duro; il pensiero è rallentato, con idee di riferimento e persecuzione; sono presenti *allucinazioni uditive*, l'affettività è coartata, appiattita. Il questionario FBF evidenzia un punteggio totale di 64/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: linguaggio (9/10), pensiero (9/10), perdita degli automatismi 9/10; perdita del controllo 7/8; depressività e sovrabbondanza di stimoli 8/10. Enzo ha una storia di poliabusatore: THC, alcol, eroina e cocaina per via endovenosa. Il mondo di Enzo è popolato da nemici, da complotti, e lui è costretto alla fuga dall'*assedio*; il corpo è controllato dalla "satellarietà", continuamente preservato dagli sbalzi termici, "igienizzato" ed "energizzato". È stato nello spazio, la polvere spaziale gli è entrata nel naso, conserva questi detriti in un cellophane all'interno della giacca. Un patrimonio di milioni di euro gli è stato rubato, così come anche i suoi sentimenti. Non può essere ucciso perché è, ormai, un

²⁵ Nino, oltre ad essere robusto, è alto 1,9 m, e il suo sorriso, quando è riaffiorato sulle sue labbra, è di straordinaria dolcezza.

robot che si nutre di cibi artificiali. Enzo descrive momenti in cui avverte un “indebolimento mentale”, in cui è sopraffatto dalle *allucinazioni*. Il *Tattico* è una figura allucinatoria sottoforma di voce, artefice e tiranno di questo destino; presenza che costantemente critica Enzo, gli intima di suicidarsi e fare del male a chi gli sta accanto, e connota la sua quotidianità di fatica e sofferenza. In opposizione Enzo, man mano, *ha dato voce* anche alle parole delle “dottoresse” (*Am, Sve, Ing, Mauritana*), presenze allucinatorie benevole che lo consigliano, e gli “leggono i pensieri”. Agganciato fin dall’inizio con estrema delicatezza, risponde bene al trattamento con antipsicotici e frequenta il Centro con assiduità, interagisce positivamente con gli altri utenti e con gli operatori, sviluppa mansioni di responsabilità in cucina. Nonostante il miglioramento, la sintomatologia dispercettiva non subisce una remissione completa. Il *Tattico* è un ospite abituale delle sue notti. Le voci diventano, invece, un *sottovoce*, quando ha la sua *debolezza mentale*²⁶ le voci prendono il sopravvento. È attualmente coinvolto in un progetto di borsa lavoro.

ENZO:

- Il comportamento del paziente è, adesso, perfettamente adeguato, pur permanendo “automatismi” ideo-verbali e sensoriali;
- Il delirio di influenzamento (tipo Ségla) è stato costruito sull’irruzione passiva e meccanica, sull’imposizione del flusso allucinatorio;
- Il paziente è posseduto da una “personalità seconda” (de Clérambault), che egli chiama: *il Tattico*;
- Incistamento e non diffusione del delirio attraverso i varchi allucinatorio-deliranti;
- Lucidità, capacità intellettuali, apertura al mondo reale discretamente conservata;
- Non si persegue un’atteggiamento psicofarmacologico a tutti i costi *eradicante*;
- Verosimilmente il *danno cerebrale* da sostanze si coagula nella produttività allucinatoria e parassitaria svincolata da tutto;
- Carattere “bizzarro” di alcune tematiche della fase acuta: *schizofrenia evitata*;
- Ricomprensione delle tematiche allucinatorie trattate dentro la *Meinhaftigkeit*;
- Intenso lavoro di condivisione emotiva e di *disingaggio interpretativo*;
- Reinserimento sociale in “borsa lavoro”.

²⁶ Si tratta, qui, di quella particolare esperienza psicotica tematizzata da Janzarik (1979) con il termine di “insufficienza dinamica”.

Anche in questo caso il paziente è in trattamento, oltre che con antipsicotici, con un oppioide di sintesi, il metadone, che il paziente stesso non dismette poiché si rende conto che il problema attuale non è caratterizzato più dalla dipendenza da sostanze, bensì dalla necessità di mantenere un equilibrio timico stabile rispetto alla marcata azione di disturbo della componente allucinatoria meccanica²⁷. Attualmente il paziente è molto bene integrato nella vita del Centro Diurno e sta per accedere ad una borsa lavoro. La componente allucinatoria meccanica non è più in grado, in altri termini, d'alimentare deliri interpretativi, perché è stata ricompresa nella *Meinhaftigkeit*. La relazione con l'*équipe* curante è fortissima. Per certi aspetti Enzo è diventato, in questi anni, il simbolo del Centro Giano. Venne ingaggiato, nella fase iniziale, una mattina d'inverno abbastanza drammatica, in cui con l'accendino stava dando fuoco a tutte le locandine affisse sui muri del SerT. L'accostamento e il *contatto* da parte di membri della nostra *équipe* consentirono di evitare il TSO.

I primi mesi di rapporto con Enzo sono stati molto difficili. Il suo versante paranoide era, infatti, attivissimo. La terapia farmacologica è stata *mediata* e contrattata da una psicologa che *entrava in contatto*, attraverso Enzo, con le altre *dottoresse allucinatorie* di cui solo lui si fidava. Molto si è giocato con la riabilitazione nel laboratorio di cucina, a cui Enzo si è progressivamente appassionato. In questi anni sono stati a poco a poco risolti i numerosi procedimenti penali a carico di Enzo, per comportamenti ritenuti socialmente pericolosi da lui messi in atto quando non era in trattamento. Enzo aveva subito, per il passato, diversi ricoveri in cliniche psichiatriche convenzionate, dalle quali era uscito con una diagnosi secca di *schizofrenia paranoide*. Enzo è stato protagonista, con il suo mondo allucinatorio, di svariati incontri di Gruppoanalisi del *Dasein*, in cui ha condiviso con gli altri partecipanti, su piani intensamente affettivi, la propria drammatica esperienza di *ostaggio* del *Tattico*.

²⁷ In questi casi l'oppioide di sintesi (buprenorfina o metadone), somministrato quale terapia sostitutiva per l'astinenza e la stabilizzazione della dipendenza da oppiacei, va completamente svincolato dai parametri tossicologici e va utilizzato secondo linee guida di ordine psicopatologico. Il salto di questo passaggio è responsabile di scompensi, suicidi, ricadute o agiti frequentissimi in pazienti di questo genere.

VII. L’“ULTIMO SAMURAI” E IL “DORMIENTE INFERIORE”: IL
SENSITIVES BEZIEHUNGSWAHN DI ERNST KRETSCHMER

Si è mostrato, dunque, come l’approccio psicopatologico sia capace di interfacciare, nei casi descritti in cui è stato ravvisato l’automatismo di de Clérambault, l’*impersonale biologico*. Ora si tenterà di mostrare come lo stesso approccio cerchi di interfacciare con l’*individuale storico*. Condividendo, infatti, con questi pazienti particolarmente delicati e difficili, lo spazio e il tempo del Diurno, sono stati rintracciati alcuni *percorsi di senso*, che, ad un certo punto, sono apparsi essere coerentemente *genetici* del delirio.

La scuola francese colloca il delirio di rapporto sensitivo (*Sensitives Beziehungswahn*) tra i deliri d’interpretazione. Quindi, fondamentalmente, lo considera una diramazione della paranoia. Il tema delirante, qui, è a contenuto di riferimento, e si impianta in soggetti *supersensibili* come reazione a un contesto traumatico. Il delirio, cioè, si sviluppa a seguito di un evento particolare ed ha carattere di *rapporto*, poiché vissuto dal soggetto come l’esperienza cruciale al centro del rapporto con una persona o con un gruppo.

Il *deliroides sensitivo* è stato collocato, storicamente, come forma di passaggio tra nevrosi e psicosi. Il tentativo degli psicopatologi, infatti, è sempre stato quello di distaccare, dalla tetra paranoia (Kraepelin), alcune forme ad evoluzione più benigna.

I tentativi di Wernicke (autopsicosi circoscritte sulla base di idee prevalenti, 1894)²⁸, Friedmann (paranoia mite, 1908)²⁹, Gaupp (paranoia abortiva, 1938)³⁰ vanno tutti in questo senso. Kretschmer porta, tuttavia, in seno a questa tendenza, un contributo decisivo approfondendo lo studio della personalità premorbosa, definendola, per l’appunto, *sensitiva*.

Il “delirio di rapporto sensitivo” (Kretschmer), in questo senso, è ben distinto sia dalla paranoia di Kraepelin che dalla schizofrenia di Bleuler. Secondo Kretschmer neppure tra *sviluppo* e *processo* esiste una netta demarcazione poiché «esistono tutte le forme di transizione, tutte le più svariate combinazioni causali tra fattori processuali e psicologici». *Ambiente scatenante, evento-chiave e personalità sensitiva* rappresentano, per Kretschmer, il *tripode* caratteristico per la diagnosi di *delirio sensitivo*.

²⁸ Per i riferimenti bibliografici v. *Paranoia*, di B. Callieri e C. Maci.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

Forme descritte da Kretschmer:

- isteriforme con amnesie psicogene e stati crepuscolari;
- ossessiva con impianto transitorio di fenomeni coatti;
- neurasteniforme con una concomitante sintomatologia di esaurimento;
- dissociativa acuta con quadri similschizofrenici ma di rapida guarigione; catatoniforme rapidamente transitoria.

La descrizione della *personalità sensitiva* fu fatta, da Kretschmer, poiché egli aveva colto, in alcuni individui, delle caratteristiche molto particolari. Si trattava di soggetti con una *grande sensibilità* agli stimoli esterni, i quali *entravano* massicciamente nel loro spazio interiore, ma non ne *uscivano*. Tendendo a riservare dentro questi stimoli, questi soggetti si trovavano a dover smaltire un ipercarico emotivo. Soggetti timidi, inadeguati, interpretativi, scrupolosi, perfezionisti. C'è, nella loro storia, un *evento chiave*: queste persone parlano di qualcosa che, ad un certo punto, nella loro vita, li scopre, li denuda, che li fa *vergognare*, che li fa render conto di quanto sono piccoli, insufficienti, di quanto hanno sbagliato. Questo evento viene, tuttavia, enfatizzato, esaltato, e tutto il loro mondo rimane come *sospeso* a questo evento. Quando tali personalità sviluppano un delirio, questo delirio è come un sasso che cade nello stagno, è *concentrico*, ha a che fare con questo evento, che per loro ha mutato il corso della loro vita. L'aspetto delirante, però, non si sviluppa se, accanto a questa componente, che potremmo definire *ipostenica*, cioè di *sensività*, non c'è anche una componente *stenica*. Sono soggetti, questi, che, sembrerebbe strano a dirsi, non hanno solo il *ventre molle* (Ballerini, 2009), ma hanno anche una *corazza*, cioè sono soggetti combattivi, che, in qualche modo, poi, sono pronti a fare il grande atto d'orgoglio, a dimostrare di essere *uomini*. Sono soggetti sensibili, delicati ed, al tempo stesso, orgogliosi, testardi. È più chiaro, ora, il senso del tripode, cui si accennava prima, formato dal *carattere sensitivo*, dal *contesto*, che, ad un certo punto, non volge a loro favore, e dall'*evento chiave*, che li smaschera. C'è, in ogni caso, una *vergognosa* esperienza di insufficienza all'origine della malattia, che concerne, soprattutto, le sconfitte *etico-sessuali*. Qui si sono divise due scuole di pensiero: la scuola di Heidelberg tende a non considerare deliranti questi pazienti, poiché se li si riesce a *comprendere* non ci si trova più al cospetto di un delirio primario; la scuola di Tubinga, invece, tende ad allargare la comprensione anche in ambiti che potremmo definire primari.

Ballerini e Rossi Monti (1990), sviluppando l'impostazione di Tuinga, sostengono che, a ben vedere, *nuclei kretschmeriani* affiorano anche in altri deliri, sebbene diversi da quelli sensitivi, ed una volta percepiti, nel *rapporto terapeutico*, possono diventare una specie di *guado*, su cui appoggiare i piedi tra le due sponde dell'incomprensibilità. Questo è un elemento fondamentale per innestare, così come è nel nostro intento, la psicoterapia sulla *slitta* della psicopatologia. *Entrare nel mondo del delirio, rintracciando una continuità di senso, che lega carattere, storia dell'individuo, esperienza vissuta ed ambiente, diventa una via privilegiata di accesso alle sindromi paranoidi* (Ballerini, Rossi Monti, 1990).

Per alcune sostanze d'abuso, invece, forse, possiamo parlare di una sorta d'imprevedibile “effetto Kretschmer”: molti *allucinogeni*, infatti, non producono delle vere e proprie allucinazioni, ma sono sostanze che *svelano* la mente, *liberano* (effetto *psico-litico*, *psichedelico*, *entactogeno*) contenuti angosciati legati a pregresse o fantastiche esperienze traumatiche. Gli stupefacenti, in altri termini, inducono dispercezioni, ripescando memorie traumatiche o producono un'allucinazione del ricordo. Queste allucinazioni allarmano il soggetto, che, in una prima fase, riconduce l'esperienza alterata all'assunzione di sostanze, poi, invece, dopo un po', il soggetto si convince che qualcosa è veramente cambiato, *interpreta* e collega tra loro le allucinazioni. Iniziano così, dentro di lui, i *deliri sistematizzati*, a cui segue uno *sviluppo paranoide*, poi, in alcuni casi, il deterioramento schizofrenico.

Dovremo essere in grado, in qualche modo, di *smontare* questa sequenza, riconducendo il soggetto alle origini psicogenetiche del delirio.

VIII. FRANCESCO (1974): L'“ULTIMO SAMURAI”

Accede al nostro Servizio nel febbraio '08, già in trattamento farmacologico. L'esame psichico evidenzia: trascuratezza nella cura della persona; irrequietezza motoria, tremori; apatia, atteggiamento negativistico, umore depresso, incontinenza emotiva; eloquio rallentato, pensiero prolisso e tangenziale con idee deliranti di inadeguatezza e svalutazione di sé, di riferimento e persecutorie; idee suicidarie, dispercezioni uditive e visive riferite solo sotto effetto di LSD. Inizia a diciassette anni l'utilizzo di sostanze con THC, poi passa all'LSD, funghi, cocaina, popper. Il paziente attribuisce ad un *bad trip*³¹ (*scomparsa del soffitto e visione del cielo*) la sua attuale condizione, i suoi *deficit* mnestici e l'isolamento relazionale in cui si trova. Dalla somministrazione del questionario FBF emerge un

³¹ “Cattivo viaggio”: esperienza dispercetiva indotta da LSD a contenuto terrifico.

punteggio totale di 35/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: pensiero 5/10, perdita degli automatismi 5/10, anedonia ed ansia 5/10. Da cinque anni il paziente frequenta una palestra e pratica Aikido, con due amici con i quali condivideva l'utilizzo di THC. Per Francesco il Centro Giano è «l'ultima spiaggia, per la quale ha strappato un biglietto di sola andata». Dice di essere *straziato* da un dolore senza nome, ed aggiunge di sentire un *giudice* interno che proviene da se stesso, che lo valuta e lo controlla. Francesco ha, sulla superficie dorsale dell'avambraccio destro, una costellazione di cinque bruciature di sigarette. Durante un incontro di gruppo, racconta che si è procurato tali lesioni per contrastare un dolore proveniente «da un groviglio di mostri che ha nello stomaco». Francesco si lascia molto toccare e suggestionare dalle storie e dalla sofferenza altrui, tant'è che si lascia andare spesso, e senza controllo, ad una “emorragia” di lacrime. La personalità di Francesco appare caratterizzata da una sensibilità estrema, a tratti esasperata: eventi o parole, anche ordinarie o apparentemente insignificanti, producono, dentro di lui, una risonanza emotiva profonda, sfociante nel pianto, che lo porta a ripiegarsi su se stesso e a sottrarsi al confronto e alla relazione con l'altro. Un profondo senso d'inadeguatezza e d'inferiorità associato alla perdita della speranza di essere compreso, contribuiscono a far sì che Francesco si abbandoni ad uno stato di prostrazione, di perdita, quasi ad una inerte deriva esistenziale. C'è un punto, in quest'uomo, dolorosamente vulnerabile, che egli cerca, a tutti i costi, di tenere nascosto. La *vergogna* è quella di essersi drogato, pur provenendo da una famiglia *per bene*, e, soprattutto, quella di essersi trovato, ad un tratto, completamente *nudo*, indifeso; l'*evento chiave* è rappresentato dallo *scoperchiamento* del tetto di casa. Questo scoperchiamento del tetto, indotto dall'acido lisergico, diventa la metafora dello svelamento di tutta la sua inadeguatezza. Il suo *essere-nel-mondo* da drogato diventa, insieme, la sua disfatta etica e la sua disfatta umana.

FRANCESCO:

- Condivisione, ricompattazione emotiva e sostegno;
- L'intuizione del “Kretschmer” è una scoperta che tranquillizza l'*équipe* di fronte alla continua caduta del tono dell'umore, fin quasi al disfacimento psichico;
- Evitare il cortocircuito inutile di farmaci-sintomi: le catastrofi sensitive non rispondono agli *antidepressivi*;
- Trattamento con *antipsicotici atipici e stabilizzatori*;
- Aspetto astenico (sensibilità) e aspetto stenico (Aikido) come elementi propulsori del *delirio*;

- La vergogna di essersi drogato in una famiglia borghese, di essere inadeguato, di essere così nudo e indifeso. L'evento chiave è lo scoperchiamento del tetto;
- Da “evento” puntiforme (*Bad trip* da *LSD*) a situazione generalizzata (*essere-nel-mondo-di-un-drogato*).

Francesco rappresenta, per certi versi, il segno della trasformazione, verificatasi negli ultimi anni, dello stile di consumo di stupefacenti e l'impatto che questo ha avuto in termini sociali e psicopatologici. Quella di Francesco è una famiglia borghese, con genitori professionisti e i fratelli di Francesco sono tutti ben inseriti socialmente. Lo stigma del *drogato*, in questa famiglia, è quello del *perdente*, del *degenerato morale*, dello *stupido*. Francesco, come molti altri suoi coetanei, non utilizzando l'eroina endovenosa, riteneva di non sviluppare alcuna dipendenza. Le sostanze che utilizzava lui, le cosiddette *club drug* o *dance drug*, lo distinguevano dai drogati da strada e lo contrassegnavano più come uno sperimentatore di percezioni, piuttosto che come un volgare e qualunque *tossico*. Le cose, naturalmente, non sono andate così. Oltretutto si è verificato, almeno per Francesco, il crollo della struttura e della tenuta psichica rispetto alla realtà. Francesco si è ritrovato, alla fine, non solo *tossico*, ma privo di mondo, di cura, di progetto, di amori, di amici e, soprattutto, privo della considerazione della famiglia. Per una famiglia borghese rivolgersi ad un servizio pubblico delle dipendenze, nel Sud è ancora una *vergogna* e, in qualche modo, anche una *colpa*. La sintomatologia di Francesco lascia stupefatti. Un *lago di lacrime* e ogni tentativo di ricostruzione si trasforma in un supplizio di Sisifo, poiché, dopo un po', tutto crolla di nuovo. Francesco si sostiene e si distrugge fumando quantitativi industriali di “canne”³², che, in qualche, modo vanno anche ad interagire con gli altri farmaci. Anche qui l'intuizione di nuclei kreschmeriani, in una versione isteriforme, ha ad un certo punto tranquillizzato l'*équipe*, soprattutto rispetto alle improvvise catastrofi sensitive di Francesco. Il suo trattamento si è interrotto perché Francesco, recuperato un provvisorio stato di benessere, dopo soli sette mesi di diurno, ha deciso di non frequentare più. Da informazioni acquisite ci risulta che sia ricaduto nell'uso di cannabinoidi e che il suo stato psichico sia peggiorato. Il suo maestro di Aikido è stato ricoverato in psichiatria con un TSO.

³² Spinelli, quindi a base di THC.

IX. GIANLUCA (1974): IL “DORMIENTE INFERIORE”

Accede alla nostra osservazione nel 2005. Il contatto con lui è preceduto dalla visita della sorella, che lo descrive come reduce da una permanenza a Londra di otto anni, anche se al momento vive rinchiuso in casa. Si stabilisce un primo contatto con il paziente durante una visita domiciliare. L'esame psichico evidenzia: aspetto trascurato, atteggiamento chiuso e diffidente, umore appiattito, pensiero incongruo e rigido, con fenomeni di influenzamento, furto, eco, trasmissione, lettura, riferimento. È presente un articolato delirio di persecuzione, con *allucinazioni* visive e uditive, il linguaggio è povero, le frasi brevi e spezzate. Dai venti ai ventotto anni ha vissuto a Londra assumendo molteplici sostanze d'abuso (ecstasy, funghetti, ketamina, LSD, THC, psilocibina). Dal questionario FBF (autosomministrato) emerge un punteggio totale di 23/98. Aree critiche: pensiero 6/10 e memoria 4/10. Il mondo vissuto di Gianluca è caratterizzato dalla seguente situazione: lui è al centro di un enorme complotto, si sente piccolo, meschino, impotente, manovrato e in pericolo con tutta la sua famiglia. Gianluca vive in un mondo di casta, diviso in due grandi categorie: i *Dormienti* o non ebrei; gli *Altri*, i Dominanti, di origine ebraica. I *Dormienti*, per maleficio o per difficoltà genetiche di ritardo mentale, sono destinati ad essere schiavi per tutta l'esistenza degli *Altri*. I *Dormienti*, solo apparentemente esseri umani *pieni*, sono assoggettati a vivere una vita di secondo piano, senza poter mai ascendere di grado, dediti a soddisfare le esigenze e gli ordini dei *superiori*. Gli *Altri*, invece, possiedono dei poteri in grado di controllare e sfruttare i *Dormienti*, ed hanno una conoscenza eccelsa dei segreti della vita. Durante l'adolescenza, Gianluca è stato sorpreso, un giorno, sotto la doccia, dal constatare quanto i suoi genitali, ma in particolare, i suoi testicoli, fossero piccoli, rispetto a quelli dei compagni. L'idea, successiva, che tutti potessero vedere questi testicoli piccoli, gli ha attraversato la mente come una scossa vergognosa ed insostenibile. Lui, inoltre, è l'ultimo figlio di genitori anziani, ignoranti, piccoli di statura, miserabili. Gianluca ha costruito, sulla propria vulnerabilità e dopo un uso massivo di stupefacenti allucinogeni, un sistema, quello dei *Dormienti*, che, in qualche modo, giustifica e legittima questa sua antica e vergognosa scoperta. C'è lo strapotere del *sentimento di vergogna*, che, in questo caso, non è stato solo generatore di delirio, ma è stato, anche, un potente alimentatore del bisogno di sostanze stupefacenti. Gli stupefacenti hanno avuto, prima, un effetto *coprente* e, poi, un effetto *smascherante* la vergogna originaria. I suoi stessi testicoli sono molto piccoli, quasi inesistenti, affinché egli non possa procreare lasciando proliferare la razza dei *Dormienti*. Quando le persone che circondano Gianluca cercano di aiutarlo vengono “controllati” da un'entità “diabolica”, che ne assume le coscienze e agisce per farlo *ristagnare* nella sua apatia, e nell'ineluttabilità della sua condizione di *sottomesso*. Il controllo dei persecutori è esercitato costantemente a distanza. Tutte le azioni intraprese vengono boicottate. Gianluca si è frequentemente distaccato dal Centro e durante uno di questi ritiri ha tentato il suicidio in-

gerendo quaranta compresse di un *antipsicotico atipico* con cui era in terapia. Nel tempo tutta questa sintomatologia è abbastanza rientrata, grazie ad un enorme lavoro svolto sul filo della relazione personale. È stato motivato ad assumere buprenorfina come stabilizzatore del *sistema oppioide*. Attualmente Gianluca è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

GIANLUCA:

- L'intervento ha sottratto il paziente alla chiusura autistica;
- Relativa conservazione dell'io a fronte di un funzionamento sociale crollato;
- Il lavoro di condivisione, supporto emozionale e motivazione è continuo;
- Sono venuti in primo piano gli aspetti di sofferenza legati alla personalità sensitiva;
- Lo strapotere del sentimento di vergogna (Ballerini, 2009) come generatore del delirio ma anche come alimentatore del bisogno di sostanze;
- Il Centro diventa il campo dove si scontrano le forze ostili: i controllori e la speranza di essere accettato;
- Sta per accedere ad una borsa lavoro.

La Salute mentale competente per territorio, in questo caso, si era addirittura rifiutata di andare a fare la visita domiciliare poiché aveva raccolto, dal racconto disperato della sorella, la notizia dell'utilizzo di stupefacenti in anamnesi. Se il nostro Dipartimento delle dipendenze non fosse stato dotato d'un'Unità Operativa specifica, il destino di Gianluca sarebbe stato *segnato*. L'intervento e, soprattutto, la relazione che ne è conseguita, hanno sottratto Gianluca alla chiusura autistica e alla progressione schizofrenica, di cui Gianluca reca tutte le stigmate. Anche in questo caso abbiamo trovato un Io relativamente conservato, rispetto ad un funzionamento sociale crollato. C'è stato un grosso lavoro di condivisione, a mano a mano che sono venuti in primo piano gli aspetti legati alla personalità sensitiva («Ci vorrebbe troppo tempo e troppa vergogna per affrontare tutto quello che devo affrontare» – dice Gianluca). Il Centro è diventato il campo dove si sono scontrate le forze ostili e la sua speranza di essere accettato; anche il Centro, dunque, è entrato nel campo delirante. Ci sono giornate in cui Gianluca non ce la fa a venire, e quando non viene pensa che noi siamo i famigerati *controllori*. Con questi pazienti l'equilibrio è tenuto e perso continuamente, però, di fatto, in questo caso, siamo intervenuti, in qualche modo, tardi e, nono-

stante ciò, ancora c'è la possibilità di rintracciare dei percorsi genetici. Gianluca ha affrontato la sua ritrosia verso il mondo recitando un monologo a teatro durante una trasferta a Trieste del nostro Centro. Per i suoi lineamenti fissi, d'apparente, ieratica saggezza, viene soprannominato, dagli altri pazienti del Centro, l'*azteco*.

Spesso, nel gruppo daseinanalitico, Gianluca finisce per interpretare il ruolo dello psicotico congelato come nel *giardino delle statue di sale* (Del Pistoia, 1997).

X. DELIRIO E DESTINO

L'osservazione "diadromica"³³, cioè attraversante longitudinalmente il corso del tempo, in tutti i casi descritti, si è rivelata essere *fondamentale* per i dati psicopatologici rilevati e per la realizzazione di un efficace percorso di cura. L'acquisizione di una prospettiva psicopatologica coerente, in altri termini, ci ha consentito di *minare* la cronificazione delle *pseudo-diagnosi* precostituite sulla base dei soli sintomi produttivi:

1) Nino ed Enzo sono caratterizzati da una protratta esperienza di abuso di sostanze che ha generato sintomi allucinatori *persistenti e resistenti* al trattamento farmacologico, sui quali i soggetti hanno *sovrascritto* una semantica delirante;

2) Francesco e Gianluca sono caratterizzati da *personalità sensitive* nelle quali l'esperienza allucinogena ha rievocato un vissuto traumatico che ha finito per soverchiare le risorse dell'io e per *generare* un delirio concentrico all'evento.

Al di là delle diagnosi preconfezionate da DSM-IV, l'analisi *psicopatologico-strutturale* ha intercettato, dunque, queste quattro persone lungo il frastagliato e certo non lineare decorso di una psicosi delirante-allucinatoria cronica, ovvero caratterizzata dalla presenza persistente di un *delirio allucinatorio cronico*, pur senza la disgregazione di tutta la personalità e di tutta l'esperienza della realtà, cionondimeno totalmente lesiva sul piano del funzionamento sociale.

Che fine hanno fatto, allora, nella psichiatria contemporanea, questi due importanti costrutti psicopatologici classici: la *sindrome dell'automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto dei sensitivi* di Kretschmer?

³³ Nel senso caro a S. Piro.

Sembrerebbe, infatti, che gli ultimi decenni di psichiatria pragmatica, ossequiosa ai criteri operazionalizzati e convalidati da dati di ordine statistico-epidemiologico, ne abbiano fatto piazza pulita³⁴.

Questo lavoro ha mostrato, invece, come, quasi incredibilmente, proprio questi *antichi* costrutti, fatti risonare grazie ad un clima impregnato di sguardo e di ascolto fenomenologici, siano tornati estremamente utili in una pratica istituzionale difficile, centrata sulla presa in carico di pazienti tossicomani-psicotici. Tali costrutti, di fatto, hanno aiutato concretamente l'*équipe* curante, oltre che sul versante comprensivo, anche, e soprattutto, sul versante terapeutico. «La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, il corpo, il racconto e il Sé), e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione “impersonale-biologica” e quella “individuale-storica” nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi» (Ballerini, 2009).

Dalla psicopatologia alla psicoterapia. Passaggi metodologici:

- applicazione *rigorosa* del metodo psicopatologico alla pratica clinica;
- attualizzazione di alcuni classici organizzatori psicopatologici;
- *ingaggio* della psicopatologia tra l'*impersonale biologico*, da una parte – in questo caso le sostanze d'abuso – e l'*individuale-storico* (Ballerini, 2009), cioè i percorsi genetici della personalità sensitiva, ritrovata nella compagine di deliri ben costruiti sul piano paranoideo;
- utilizzazione del potente *significato modulante delle emozioni* (Ballerini, Rossi Monti), nella *diurnità* tra operatori ed utenti;
- “messa in scacco” del delirio;
- implementazione della psicoterapia fenomenologica nei confronti delle esperienze e delle sindromi paranoidee.

³⁴ Si tratta di elementi semiologici molto ricchi di spunti relazionali, e quindi terapeutici, ancora vivi, certo, nell'impostazione di clinici della vecchia generazione, ma del tutto privi di risonanza, invece, nei clinici della nuova generazione, cresciuti ben lontani dalla psicopatologia classica, di cui la fenomenologia rappresenta, per opinione condivisa, la migliore tradizione.

Il primo passo verso la “messa in scacco” del delirio è consistito, allora, nella sua *de-processualizzazione* e nella sua *ricontestualizzazione* secondaria.

Il delirio, sostanzialmente, è stato colto, in tutti i casi clinici esaminati, non tanto e non più come elemento *primario*, quindi *processuale* e *inderivabile*, quanto, piuttosto, nei casi di *automatismo*, come una *reazione (comprensibile) del soggetto di fronte ad una irruzione allucinatoria*, indotta dalle sostanze, che il soggetto stesso, ad un tratto, non ha potuto più legittimare e controllare, se non *interpretando* e ricollocando i dati dell’esperienza allucinatoria in un *nuovo* orizzonte di significato. Nei casi dei *sensitivi*, invece, il delirio è stato *ricondotto* a pieno nella matrice *personologico-individuale-storica* della persona, colta come un *essere-a-modo-proprio-nel-mondo*.

Di fatto, come si può arguire, si è proceduto ad una sorta di *smontaggio* del delirio, che – riconcettualizzato da *inderivabile* e, quindi, *incomprensibile*, a *derivabile* e, quindi, *comprensibile* – è diventato, alla fine, aggredibile e modificabile dalla relazione (psico)terapeutica *duale* e di *gruppo*.

Una volta identificate le fonti (psico)genetiche del delirio (complessi automatici o nuclei sensitivi) si è andati a circoscriverle e a ridimensionarle, in modo tale da *togliere piede, tagliare terreno e alimentazione alla deliriogenesi*.

Ne è derivato, nel tempo, un vero e proprio *decadimento* dell’impianto delirante ed un immediato e progressivo miglioramento del rapporto con la realtà. Il delirio, in altri termini, è stato *messo e tenuto in scacco*, cioè circoscritto, incistato, *clivato* dal piano allucinatorio e *ridotto* nei termini ipotetici di una possibile, ma non più così certa, *versione del mondo*.

L’intervento terapeutico, messo in atto dall’*équipe* curante, in modo integrato, complanare e individualizzato ha puntato, nei primi due casi, al *clivaggio* del delirio, cioè alla disarticolazione di questo delirio, che dal paziente era stato *sovrascritto* e *allacciato* alla componente allucinatoria (de Clérambault), attraverso la neutralizzazione del versante interpretativo. Negli altri due casi, invece, il trattamento ha puntato alla ricomprensione della matrice (psico)genetica del delirio, accompagnando il paziente nel *cuore* stesso dell’insostenibile dimensione della vergogna (Kretschmer).

È massimamente evidente, ora, il ruolo giocato, in questa operazione, dalla riconcettualizzazione psicopatologica, nel senso che, senza l’intuizione e la conoscenza della sindrome di de Clérambault e del de-

lirio di rapporto di Kretschmer, questa operazione, nei puri termini del DSM IV, non sarebbe stata in alcun modo possibile³⁵.

A questo punto è maggiormente chiaro che, in tutti e quattro i casi esaminati, il funzionamento sociale dei soggetti era crollato non tanto per la supposta disintegrazione dell'io o per le sopraggiunte deficitarie cognitive o negatività (come ritenevano i precedenti psichiatri curanti), quanto, piuttosto, per l'effetto “domino” di un pensiero delirante, il quale, pur non *primario* o *rivelativo*, stava, cionondimeno, compromettendo a mano a mano tutto *l'esame di realtà*. Poiché o *primario*, o *secondario*, un delirio alla fine è sempre un delirio, e come tale tende, in ogni caso, a distaccare il soggetto dalla realtà, per sostituire quest'ultima progressivamente con un'altra realtà. Per non parlare del ruolo giocato dalle sostanze d'abuso, prima nella genesi delle sintomatologie, poi nella copertura delle stesse³⁶.

Un'altra acquisizione di senso per noi è stata che, sul limitare della *psicosi organica*³⁷, come dimostrato dai casi descritti di “de Clérambault”, è possibile, cionondimeno, l'*incontro*.

Il riconoscimento dell'automatismo mentale, infatti, ci ha consentito di capire che il disturbo irritativo dei centri psicosensoriali, gestito farmacologicamente e non oltre un certo limite, non vieta affatto di strutturare una profonda relazione empatica con il paziente. In questi casi lo spazio allucinatorio, cioè il piedistallo su cui il paziente, secondo de Clérambault, aveva costruito la statua del delirio, è stato riconosciuto, delimitato, condiviso e, ad un certo punto, addirittura concretamente *conteso*³⁸ da figure reali, vive, amiche³⁹. Fino a quando il paziente non lo ha ricompreso dentro l'area del sé.

³⁵ È evidente come la psicopatologia finemente descrittiva abbia fornito la sponda, il guardamano, il supporto per tutta una serie di passaggi e di articolazioni, grazie soprattutto alla sua struttura multi *stratificata* (Scheler), laddove il piano monodimensionale, benché multiassiale, del DSM IV, non avrebbe fornito appigli.

³⁶ Di fatto è evidente, in questi casi, come la sovracomponente delirante è in grado d'impedire, in entrambe le ipotesi, un rapporto adeguato con la realtà, anche a fronte di un Io relativamente integro (effetto nebbiogeno del delirio). Cosa che, invece, un po' più difficilmente accade nelle sindromi paranoidee senza abuso di sostanze.

³⁷ Ovvero di fronte ai casi di Nino ed Enzo, in cui la quota psicotica allucinatoria era veramente non sopprimibile, e come tale probabilmente correlata ad un danno cerebrale minimo da poliabuso cronico di stupefacenti.

³⁸ Quando la nostra collega psicologa *media* con Enzo il numero di gocce di antipsicotico che deve prendere ogni mattina, consultandosi con le dottoresse ING, SVE e AM, sta in qualche modo attuando il discorso della *prassi mimetica* di Calvi, con un'interpretazione inedita di questa nozione. Ella, cioè, diventa *una* delle dottoresse amiche di Enzo e si consulta con loro, attraverso la mediazione di

L'espressione "*sabotage*", utilizzata nel titolo di questo lavoro, potrebbe sembrare enfatica ed iperbolica rispetto alle pratiche della cura che, nella *routine* dei servizi, vengono messe in atto. Lo stesso dicasi per il termine *destino*. In questo senso, evidentemente, come già alludeva la poetessa/filosofa Maria Zambrano, il *delirio* è, in qualche modo, un *destino*. Anzi, forse, il delirio è il destino. Ma, a ben vedere, non è così. O, almeno, laddove s'intervenga con rigorosi criteri psicopatologici, non è sempre così.

I soggetti descritti – soprattutto Nino, Enzo e Gianluca – tutti senza congrui appoggi familiari, senza servizi sociali di riferimento, intossicati da sostanze stupefacenti, sono stati ingaggiati e "incontrati" lungo i binari di una pseudo-*processualità*, al termine della quale la schizofrenia diventa, se non il nucleo di partenza, se non il *core* psicopatologico del disturbo, una sorta di estuario o di delta, o, continuando la metafora del binario, un tragico capolinea. Un porto delle nebbie, una notte, in cui *tutte le vacche* purtroppo, alla fine, *diventano nere*. Uno dei punti critici, infatti, è proprio questo. Sebbene l'analisi psicopatologica progressiva abbia smantellato la preconfezionata e preconcepita diagnosi di schizofrenia, tutta l'area del funzionamento socio-lavorativo dei soggetti era, e sarebbe continuata ad essere, grandemente minata, come se realmente essi fossero *schizofrenici cronici processuali*. Né l'intervento farmacologico, per quanto corretto e adeguato, sarebbe bastato, da solo, ad arginare il percorso/processo psicopatologico.

L'aspetto centrale del "*sabotage*" concerne, dunque, innanzitutto, come è già stato evidenziato, il salto dal binario processuale (delirio) ad un mosaico psicopatologico più fluido (deliroide). Il primo passo, dunque, è stato quello d'applicare il rasoio psicopatologico (Rossi Monti, Stanghellini, 1996)⁴⁰ alla confusione. Grazie all'allargamento

Enzo, mentre, di fatto, resta anche la dottoressa (buona) di carne ed ossa ancorata alla realtà.

³⁹ La voce femminile, la dolcezza, l'amichevolezza della collega infiltrata nel mondo allucinatorio di Enzo si sono innestate sulla percezione di amicizia, protezione e sostegno delle dottoresse allucinatorie, necessarie controparti positive del *Tattico*, fino a quando esse sono scomparse, poiché Enzo aveva nuovi amici di cui fidarsi. Come a prenderlo lentamente in consegna.

⁴⁰ «Abbiamo a questo proposito parlato di *rasoio psicopatologico* cercando di mostrare come nella comunità degli psicopatologi si praticino due fedi distinte e contrapposte: da un lato vi sia chi sostiene che il rasoio psicopatologico è in grado di distinguere, senza fare ricorso a criteri extra-sintomatologici (come il decorso o lo sfondo in cui si collocano i sintomi), tra fenomeni psicotici schizofrenici e non (affettivi o dell'area paranoicale, ad esempio). Dall'altro invece c'è chi al contrario sostiene l'indistinguibilità di fenomeni psicotici occorrenti nel contesto di diverse sindromi psicopatologiche o comunque l'inservibilità del criterio puramente

dell'orizzonte comprensivo così ottenuto si sono potuti effettuare, poi, un'appropriata stabilizzazione *tossicologica* con farmacoterapia *oppiacea* e il forte ridimensionamento di aree sintomatologiche discrete di marca psicotica. La ricontestualizzazione del quadro psicopatologico in termini di maggiore comprensibilità ha avuto, dunque, una ricaduta immediata sull'operatività⁴¹ terapeutico-riabilitativa.

XI. PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA “DUALE” E “GRUPPALE”

La *psicoterapia*, in questo caso praticata con pazienti gravi in un servizio pubblico, è di ordine fenomenologico, poiché strettamente legata, come è stato mostrato, a vettori di indirizzo e ad ordinatori di senso francamente ed esclusivamente psicopatologici (Ballerini, 2009).

sintomatologico per porre la diagnosi differenziale, ad esempio, tra una psicosi schizofrenica paranoide ed una psicosi maniaca. Volendo riproporre l'esempio classico della percezione delirante, coloro che sostengono la efficacia del rasoio psicopatologico portano come argomento la diversa articolazione di questo fenomeno psicotico in contesti nosografici diversi. Da un lato la percezione delirante tipicamente schizofrenica sarebbe caratterizzata dal dispositivo antropologico della rivelazione, mentre quella rilevabile nel contesto di una psicosi affettiva sarebbe contrassegnata dal dispositivo antropologico della conferma. L'esperienza schizofrenica di rivelazione è caratterizzata dall'emergenza di un elemento di novità che si staglia sproporzionatamente e si impone sullo sfondo della biografia del soggetto con la quale non ha alcun rapporto di continuità apparente, almeno dal punto di vista del soggetto stesso. La rivelazione cioè apre le porte di un mondo nuovo. L'esperienza delirante della conferma invece non è vissuta con il crisma della novità e della sorpresa (dell'*Eureka*) bensì come l'ennesimo avvenimento della vita vissuta che suggella quanto il soggetto già sa di se stesso: nel caso del melancolico la colpevolezza, nel caso del maniaco la grandezza. Seguendo questa falsariga e sulla base di un approccio fenomenologico all'analisi del sintomo, Alfred Kraus (1994) ha proposto un criterio psicopatologico centrato sull'analisi puramente formale (non sul contenuto) dell'esperienza delirante capace di distinguere trasversalmente tra delirio propriamente schizofrenico e fenomeni deliranti non schizofrenici e cioè inerenti alle psicosi affettive e paranoicali» (Rossi Monti e Stanghellini, 1999).

⁴¹ Il riconoscimento di aspetti nucleari relativi ai costrutti “de Clérambault” e “Kretschmer”, poi, non deve affatto indurre a ritenere che i soggetti fossero meno gravi, e che sono migliorati semplicemente perché era stata sbagliata la diagnosi (non erano veri schizofrenici... perciò sono migliorati). All'accettazione essi erano già in trattamento farmacologico antipsicotico e i quadri clinici erano molto confusi, i soggetti demoralizzati, alterati, ma soprattutto deliranti e allucinati, nonché preda di *craving* per stupefacenti.

Quando si *sgonfia* la vela del delirio, finalmente, rimangono le piccole voci, sottofondo e sottovoce, di cui il malato stesso sorride, o rispetto a cui torna ad essere *perplesso*. Qui la dimensione della *perplexità*, che Callieri considera la *cifra* della crisi dell'intersoggettività, della capacità di costituire l'altro, della *Vertrauen* husserliana, diventa, invece, paradossalmente, una tappa fondamentale del *ritorno*, o dell'uscita dal delirio. Il segno del *guado* (Ballerini, 2009), cioè del passaggio verso la riva della realtà condivisa. Se è vero, infatti, che la *perplexità*⁴² è crisi dell'intersoggettività, il delirio, invece, è una realtà completamente *altra* e *impermeabile*; pertanto, se la *perplexità* è un passo indietro rispetto alla realtà, la stessa *perplexità*, a ben vedere, rispetto al delirio, configura un passo avanti, ovvero un passo in uscita. Poiché, in un *continuum* di transizione (Koehler; Klosterkoetter), la *perplexità* si trova in mezzo, tra la realtà e il delirio.

Psicoterapia fenomenologica delle sindromi paranoidi:

- Agganciare il paziente, incrementare l'essere nella relazione duale (*être-à-deux*; *Mit-Dasein*);
- contenere l'angoscia, lavorare sulla comprensione psico-genetica del delirio, isolare gli automatismi;
- tentare di stabilire il confine di contatto tra la *persona* e il *delirio*;
- valorizzare i passaggi, le transizioni, il *continuum* nel senso della reversibilità;
- togliere combustibile al delirio: attenuare la disforia, legata a rabbia, vergogna, colpa;
- delimitare e ridurre il delirio dentro la breccia aperta dalle allucinazioni;
- clivare il piano interpretativo dal piano dispercettivo;
- lasciar "seccare" il versante delirante, una volta deconnesso da quello allucinatorio, o da elementi personologici suscettibili;
- affrontare la *perplexità* in uscita dal delirio: stare vicini nello smantellamento delle convinzioni, nel caos tra il già e non ancora;
- sostenere il paziente nel rinvenimento di un nuovo senso (*sensus communis*, *common sense*, *Gemeinsinn*);

⁴² «La *perplexità* [...] indica in modo singolarmente efficace il dissolversi e il destrutturarsi dell'univocità della comunicazione con l'altro-da-sé; dall'alterità all'alienità» (Callieri, 2001).

- ampliare l'*insight* su *automatismi* e *sensitività*, come elementi propri e non estranei;
- sostenere il paziente nel ritorno al mondo e nella costruzione di mondo;
- attualizzare la speranza di poter finalmente *essere-con-qualcuno-nel-mondo*.

Stare nella perplessità, *con* il paziente psicotico, rimanergli presso, a volte per mesi, o per *anni*, non è certo facile per il terapeuta. *Flottare*, in un certo senso, con la coscienza del paziente, mantenere indefinito l'orizzonte dei significati, attendere⁴³, mentre si cerca di giuntare monconi di fili spezzati, tracce d'intenzionalità interrotta, tra aderenze deliranti e residui di realtà, tra freddo, silenzio, polvere e accensioni di guizzi improvvisi. I minuti, nella stanza del colloquio, diventano quasi gocce di piombo, l'angoscia dell'indeterminato – quello che Callieri (1978) chiama *unkanny* – è tremenda, ed è forte la tentazione, da parte del paziente, ma anche, talvolta, da parte dell'estenuato terapeuta⁴⁴, di scivolare verso le abbandonate certezze deliranti, pur di ridurre l'angoscia. La tanto faticata *Partnerschaft* tra clinico e paziente rischia, a questo punto, di andare mille volte in pezzi, anche perché sia gli automatismi che la vergogna vengono destituiti da bracci di leva e considerati niente altro che espressioni della propria vulnerabilità. Ma tutto è estremamente faticoso e angoscioso: meglio il nichilismo autistico o l'amplesso delirante a questa sorta *parto distocico della vita*. Qui, allora, si sente, forte, il timbro della *Sfida*⁴⁵. Questo, in altri termini, è il momento in cui più determinante e cruciale si fa il ruolo giocato da

⁴³ “*Seinlassende*”, dice Binswanger, ovvero mettersi in un atteggiamento che tende ad una comprensione non interventistica, ad un silenzio privo di voce (*Lautlos*), un qualcosa che ha a che fare, da un lato, con l'abbandono all'essere di Heidegger, la *Gelassenheit*, da un'altra parte con le lenta ripresa di quella *fiducia* husserliana, dove incontro dopo incontro si coltiva la speranza che l'esperienza continui (o riprenda) ad esistere nel medesimo stile costitutivo che, in questo caso, aveva prima dell'irruzione del patologico.

⁴⁴ Qui si consuma quella che Benedetti (1997) ha definito la *sfida esistenziale* nella psicoterapia dei pazienti psicotici: il sé del terapeuta non può assolutamente rimanere intatto di fronte alla frantumazione dell'*altro-da-sé* che sta *di-fronte-a-sé* e che è il paziente. Di fatto il terapeuta deve, in qualche modo, *sbriciolare* il proprio versante di contatto con il paziente per offrirgli la possibilità, successivamente, di “costruire per frammenti” quello che è andato perduto.

⁴⁵ «Sfida psicopatologica (*psychopathologische Herausforderung*): che avviene tra due reciproci sfidanti. Lo psicoterapeuta con la sua esistenza personale totale e il paziente psicotico, con le sue forme esistenziali, le situazioni limite e le trasformazioni morbide della sua esistenza» (Barison, 1994).

tutto il *milieu* ambientale nel fornire al paziente (ma anche allo stesso terapeuta)⁴⁶, *disidentificatosi* dal delirio, una sorta di *calco*, un'identità provvisoria, vaga, buona eventualmente per tutte le misure, un *salva-condotto* nel mondo fatto, a sua volta, di altri profili umani, che cominciano a stagliarsi nella nebbia, ma che sono ancora nebbiosi. Il tutto in un clima che non ti chiede mai troppo, dove, a tua volta, puoi anche vagare, sostare, andare, interagire con chi ti pare o startene chiuso a contemplare l'infinito dei possibili.

Dei passi avanti sostanziali vengono fatti, ancora, nel corso del gruppo daseinsanalitico. Oltre alla presa in carico individuale, infatti, in cui il singolo clinico lavora con il singolo paziente aiutandolo passo dopo passo, un passo avanti e un passo indietro, il gruppo daseinsanalitico lavora sullo strato germinativo del soggetto, liberando tutte le sue valenze più *patiche* e dandogli la possibilità di *esternalizzare*, questa volta in maniera condivisa, *attiva*, e non *passiva*, il mondo delirante-allucinatorio. Che è, in fondo, un modo per renderlo più vulnerabile, quindi "spappolabile", per relativizzarlo, ma, soprattutto per *condividerlo* e per riassumerlo, successivamente, in sé, un pezzettino alla volta, maggiormente metabolizzato.

Gruppo daseinsanalitico (Cangiano A., in Di Petta, 2009, p. 229):

24/07/07, Centro Giano, h. 14.30: in mezzo al gruppo è stato invitato Enzo, davanti a lui un vuoto, pieno di percezioni abnormi. «C'è il *Tattico*», entità malevola, che lo denigra e lo incita a farsi del male. Enzo è teso, ha lo sguardo fisso sul vuoto/pieno davanti a sé. Il cuore mi palpita. L'aria si satura di angoscia quando Enzo, invitato dal conduttore, inizia a situarsi-verso (*être-au*) il *Tattico*⁴⁷. Parole spezzate, attraversate dalla paura. Eppure bisogna affrontare la parte peggiore che *ognuno di noi* si porta dentro. Potrà mai Enzo riassumere il *Tattico* in se stesso? Intanto il conduttore, alle spalle di Enzo, per un po' assume le sem-

⁴⁶ «L'incontro che vuol essere terapeutico non si sottrae al dolore, lo accetta, ne viene permeato asimmetricamente, il terapeuta ne esce pervaso, il paziente sollevato: è un lavoro, duro, ed è lavoro, perché c'è fatica» (Gozzetti, 1998).

⁴⁷ «Se io giro intorno ad un oggetto, moltiplico le prospettive sotto cui lo vedo. Una nuova prospettiva non solo completa, ma relativizza anche, nello stesso tempo, tutte le precedenti. Solo il *lasciar giocare* le diverse prospettive permette la percezione della struttura dello spazio dell'oggetto visto; ciò costituisce una tappa essenziale nel percorso di comprensione dell'oggetto come qualcosa di reale. Husserl parlava di *Abschattung* (adombramento)» (Blankenburg, 1992).

bianze del *Tattico*, è persecutorio⁴⁸, lo *costringe* a guardare nell’abisso. Ma, al tempo stesso, non ha il profilo temibile del *Tattico*. «Vorrei abbracciarti, Enzo, ma vorrei, in questo abbraccio, abbracciare anche il *Tattico* che tu ti porti dentro, addosso e dietro». Nell’abbraccio con il conduttore Enzo abbraccia la parte più necessaria e inaccettabile di sé: abbraccia il *Tattico*. Siamo tutti spossati. Enzo sembra più tranquillo. Abbiamo tutti, *con-Enzo*, incontrato finalmente il *Tattico*⁴⁹.

La sequenza descritta mostra un primo passaggio cruciale, in cui il terapeuta invita il paziente a *dare forma* al cospetto di un gruppo di *altre* presenze umane, alla sua allucinazione terrificata. Il *Tattico*, in altri termini, viene *snidato*⁵⁰ dall’ombra e ridotto a *presenza* tra le *presenze*. La mediazione del conduttore è fondamentale, il *Tattico*, di fatto, *passa* per lui, nel senso che, una volta evocato fuori da Enzo, è lì non soltanto per Enzo (*pour-soi*).

Si lavora, in qualche modo, lentamente ed artigianalmente, alla ricostruzione, pezzo per pezzo, di quella perduta reciprocità o *Noità* (Binswanger, 1942), la *Betweenness* su cui molto ha scritto Callieri (1998).

Gruppo daseinsanalitico (Di Petta, in Di Petta, 2009, p. 330):

27/09/07, Centro Giano, h. 14.30: Enzo è seduto in mezzo al gruppo, io sono dietro di lui. L’ho invitato ancora ad incontrarsi con il *Tattico*, a provare a dargli del TU⁵¹. Dargli del tu è un modo di ridurre la distanza, sia per me che per Enzo, entrambi nudi, adesso, davanti a questo essere

⁴⁸ È, questa, quella che Benedetti (1976) definisce “contro-identificazione”, nella quale, come sottolinea Blankenburg (1992), «prima che possiamo aspettarci dal paziente che stabilisca un contatto visivo, o addirittura guardi con i *nostri occhi*, dobbiamo tentare noi innanzitutto, anche se ci è difficile, di vedere con i *suoi occhi*».

⁴⁹ «Niente di tutto questo sarebbe potuto accadere se non avessimo compiuto una radicalissima *epochè* delle nostre sovrastrutture sociali, culturali, professionali, arrivando al limite di esserci come totale trasparenza» (Calvi, 1998).

⁵⁰ Qui la sfida psicoterapeutica assume quella tonalità che Benedetti (1992) definisce la *battaglia*, o la lotta con il demone, mettendo in luce «il fascino di una psichiatria che conferisce allo psichiatra compiti da cavaliere del Graal: la difesa armata del malato contro il demone della malattia» (Barison, 1994).

⁵¹ «Ci sono giorni in cui la mia malinconia non mi consente neanche di dare del Tu a me stesso» (Kierkegaard).

terrifico, padrone delle sue notti, dis-positore della sua stessa vita⁵². Gli suggerisco, sostenendolo, che forse è giunto il momento di cambiare nome al *Tattico*. Enzo mi chiede *come* chiamarlo. Ma è lui solo, adesso, che deve deciderlo. Io posso solo *esserci*, più vicino possibile⁵³ a lui. Siamo entrambi soli, ma gli altri sono il perimetro della realtà. Io tocco le sue spalle. Enzo è curvo, scruta nel vuoto davanti a sé. Dopo qualche minuto di interminabile silenzio, sceglie: «Lo chiamerò E n z o!» La *commozione* è di tutti⁵⁴. Ci alziamo, ci abbracciamo forte. Non trattengo il pianto sulla sua spalla⁵⁵. Ci teniamo, a lungo. È quasi lui, adesso, che tiene me, fiaccato dal freddo e dal buio che ho sentito portandomi a ridosso dell'allucinazione che ingombra la sua solitudine. Non siamo più, adesso, *psichiatra e paziente*. Solo uomini⁵⁶. Il *mondo comune* come in un'eclissi di sole, si è sovrapposto al mondo allucinatorio. Ora è caldo. Qualcosa di nuovo si muove, è nato⁵⁷, nella nostra *co-scienza*.

In questa ulteriore sequenza viene affrontato il secondo passo, che è quello della riassunzione del *Tattico* nello spazio interno di Enzo, ovvero il transito del *Tattico* dall'esterno dove agiva come personalità seconda, all'interno, dove viene, in qualche modo, ricompreso come una parte di sé. È un passo avanti nella ricomposizione della frattura con la realtà. E nel riposizionamento della direzionalità dei propri processi di pensiero, una sorta di recupero della dimensione di padronanza di sé.

Lo sforzo *umano*, oltre che clinico, del terapeuta, qui è massimo, nell'accesso comunicativo all'essere diverso dell'altro, così come è stato tematizzato da Blankenburg (1992) e da Barison (1992).

⁵² Siamo, qui, «*Am Rande des Abgrundes*», dice Benedetti, 1992, e cioè *sull'orlo dell'abisso*, oppure, con un'altra sua icastica espressione «nelle fauci del drago».

⁵³ L'atmosfera dell'incontro IO-TU-NOI, qui, intrisa di "con", si estende, paradossalmente, anche al *Tattico*. Il *Tattico*, uscendo dall'agguato della notte e portato in pieno giorno al cospetto di tutti, con un tratto intenzionale di legame così forte con Enzo e con il terapeuta, in questo caso, diventa da *alienus alter*. In un certo senso si fa, da *persecutorio*, elemento reciprocante, *terzo*, di questo *duale Wir Selbst* della coppia terapeuta-paziente.

⁵⁴ «Lo stupore segnala l'esordio dell'incontro [...]» (Calvi, 1998).

⁵⁵ La commozione del terapeuta sgorga dalla percezione che il paziente palpita nel contatto come un essere che si sente nuovamente *vivente* (*Sichdarsleben*, Binswanger).

⁵⁶ Si è, in qualche modo, vissuta, dall'una e dall'altra parte, quella peculiare esperienza di mutamento che Blankenburg (1992) definisce il "proprio diventare altro".

⁵⁷ «L'incontro dello psichiatra con il malato è amore (nella specifica modalità dell'empatia), in quanto ripete, eideticamente, l'incontro della madre con il neonato» (Calvi, 1998).

XII. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Il primo grosso lavoro compiuto dall'*équipe* del nostro Centro, quindi, è stato sull'*aggancio*. I soggetti hanno percepito, da subito, entrando in contatto con il Centro, non un freddo clima da ambulatorio sanitario, ma una sorta di vera e propria *casa* che li ospitava. Solo la *visione eidetica* delle esperienze psicopatologiche matriciali (Calvi, 2006), tuttavia, e ad un certo punto del percorso, non subito, ha cominciato ad orientare il trattamento, che è stato calato sempre in un clima di fondamentale condivisione dell'esperienza tra *équipe* curante e paziente, nell'atmosfera di una *radicale empatia* (*ibid.*). In questa fase il *milieu* emozionale della *diurnità* ha consentito di cogliere e di sviluppare gli elementi salienti e critici dall'avviluppamento di una dimensione sinistramente persecutoria, di riferimento e auto-centrata, caratterizzata anche da esperienze o aggressioni dirette contro il corpo o contro il pensiero dei pazienti stessi.

Tutti gli elementi dispercettivi che turbano l'elementare e basica esperienza del senso comune dei soggetti erano stati, dagli stessi, a poco a poco incorporati nel blocco ideoaffectivo di una realtà immaginaria. La scoperta che il delirio stesso esisteva solo dentro le parentesi delle voci, nel caso della prevalenza degli automatismi alla de Clérambault, oppure che il delirio era configurato come un alone, nel caso della prevalenza degli aspetti kretschmeriani, concentrico all'evento, si è rivelata *decisiva*, il colpo di timone che ha invertito la rotta, lo *scambio* che ha consentito l'uscita dal tetro binario processuale.

Nello spazio del corpo, della testa e del pensiero di questi pazienti, si esercitavano azioni incoercibili e parassitarie, ascritte addirittura ad una personalità seconda. Il delirio, tuttavia, era rimasto piuttosto incistato, non essendosi mai aperto nel dominio del fantastico o dell'immaginario, se non dalla prospettiva consentita dalla feritoia allucinatoria o dalla vergogna indicibile. Tutto lì e non oltre lì. Lasciati a se stessi, ad ogni modo, questi pazienti erano in corso di progressione verso il delirio cronico sistematizzato, complicato dall'azione patogena ma al tempo stesso “auto-terapeutica”, proprio poiché nebbiogeno delle sostanze d'abuso.

Le sindromi paranoidi appartengono, in qualche modo, ad un *continuum* di cui ad un estremo c'è la personalità, all'altro estremo la schizofrenia, e noi dobbiamo avere la capacità di capire in che punto di questo *continuum* si situa il paziente paranoideo che abbiamo di fronte. La psicosi paranoide, al di là di una sua definizione manualistica e nosografica, *costituisce*, per il soggetto che la vive, da una prospettiva fe-

nomenologica e psicopatologica, un'esperienza assai complessa, variegata e connotata di un fortissimo carattere di ambiguità.

Tale ambiguità costitutiva è reperibile in una serie di considerazioni a doppio binario, di seguito evidenziate, di straordinario valore ai fini dell'instaurarsi di un proficuo percorso psicoterapeutico o, più in generale, di cura:

1) la dicotomia *comprensibile/incomprensibile*, di matrice jaspersiana, trova, paradossalmente, proprio nella paranoia la sua barriera più fragile. Gli studi effettuati da Arnaldo Ballerini e da Mario Rossi Monti (1990), infatti, a partire dal delirio di rapporto dei sensitivi di Kretschmer, hanno allargato di molto il guado attraverso la comprensibilità e l'accessibilità delle psicosi paranoide nelle quali sia reperibile, da qualche parte, un elemento di sensitività. Va da sé che, essendo la sensitività un qualcosa di impressibile dall'esterno, fin dove si estende il suo riflesso è reperibile una derivabilità e, quindi, una comprensibilità, in termini jaspersiani, dell'esperienza stessa. Anche il riconoscimento, che si deve a de Clérambault, che il delirio si sovrascrive all'automatismo allucinatorio come tentativo del soggetto di interpretare quanto di abnorme gli sta accadendo, è un elemento portante del discorso terapeutico.

2) La dicotomia *personalità/sintomo*. Il carattere di reattività della paranoia, o per lo meno di alcune esperienze paranoide sul terreno della vulnerabilità, opposto a quello di endogenicità, va ad allargare i margini del contrasto che la persona, schneiderianamente, esercita contro la malattia, da una parte, e da un'altra parte il rapporto all'ambiente, considerato a questo punto sia come fattore patoplastico che come contesto da cui può partire la cura. Questo implica che, al di là delle sostanze d'abuso, come nei nostri casi specifici, al di là dei sintomi produttivi, è sulla persona *in primis* che non bisogna mai smettere di agire, sia come individui che come mondo.

3) la dicotomia *ideativo/affettivo*, di matrice kraepeliniana, è scarsamente sostenibile, ormai, negli stati paranoide, per una serie di motivi. Recuperando la tematica della *Stimmung* (intonazione affettiva) cara alla psichiatria romantica tedesca, essi tendono a situare l'origine del delirio paranoide più in un'esperienza *pre-verbale*, fortemente impregnata da un sentire teso, e al tempo stesso vago, che nella scansione di una logica intessuta di falsi sillogismi. In quest'ottica (Dalle Luche, 2009) la paranoia, più che un disturbo del pensiero logico *sensu strictiori*, si caratterizzerebbe per essere un'esperienza totalizzante e

fortemente impregnata di suggestioni, intuizioni, sensazioni, impressioni, credenze, fedi e quant'altro (da idea falsata della realtà a falsa idea o pseudoidea o, addirittura, “non-pensiero”). Da non sottovalutare, a questo proposito, l'aspetto del contenuto dell'esperienza paranoide, che è un contenuto fortemente impregnato di affettività e di passionalità, come nel delirio di gelosia o di angoscia, o come nel delirio persecutorio o di veneficio. Da qui l'accento posto in terapia sugli elementi patici più che cognitivi.

4) la dicotomia *dubbio/certezza*. Anche questo aspetto è fortemente suggestivo di ambiguità. Laddove, infatti, nella paranoia, paradossalmente, proprio la struttura del dubbio diventa matrice della certezza, al tempo stesso accade che la dimensione della sospettosità non si esaurisce mai, altrimenti si esaurirebbe l'ontogenesi stessa della paranoia. È come se, in un certo senso, il dubbio e la certezza si autoalimentassero in un circuito ripetitivo ma perennemente insaturo, che proprio per questo sembra lasciare più di qualche spazio all'intervento terapeutico. In particolare l'area semantica della *perplexità* (Callieri, 1990) diventa una zona di sosta fondamentale all'uscita dal delirio. Una zona vulnerabile, certo, ma che deve diventare sostenibile, grazie alla relazione terapeutica, per evitare la tentazione interpretativa.

5) la dicotomia *reversibile/irreversibile*. Date le attuali possibilità di trattamento, si apre una prospettiva diversa, anche rispetto al trattamento di situazioni cliniche apparentemente drammatiche, ma che, se ricondotte al loro alveo di origine, si mostrano caratterizzate da una sorta di “gravità” a tempo, nel senso che come brevemente si sono innescate e sono insorte, così altrettanto brevemente si ridimensionano e rientrano. Questo porrebbe ancora un discrimine tra le esperienze psicotiche che maturano in un contesto di alterazione grave della personalità e quelle di tipo processuale. Ma impone di andare a rivedere tutto ciò che forse troppo frettolosamente si è rubricato come processuale, poiché si tende a considerarlo non ulteriormente rimaneggiabile e modificabile.

6) La dicotomia *destrutturazione/conservazione* dell'io. Si è sempre asserito che la differenza della psicosi paranoica con la schizofrenia paranoide consiste nella relativa conservazione della struttura dell'io nella prima *versus* la frammentazione dell'io tipica della seconda. Va detto, a questo punto, che probabilmente l'esperienza paranoide, proprio coagulando la soggettività contro l'ostilità degli altri e del mondo, diventa un elemento coesivo e frenante, quindi centripeto,

rispetto alle rimanenti forze centrifughe che disperdono il campo nella frantumazione schizofrenica.

Questi pazienti ci danno la possibilità di pensare che, contrariamente a quanto asserito dall'impostazione nosografica di matrice anglosassone, la paranoia non è affatto caratterizzata da una sintomatologia discreta e lineare, che si può quantificare o categorizzare, né tantomeno collocare senza margini di perplessità nella sfera di pertinenza ideativa o del pensiero.

I dati raccolti con l'FBF, e il *visioning* clinico e la valutazione dell'esperienza paranoide con l'addizionale complessità dell'abuso di sostanze stupefacenti, consentono di aprire decisamente la paranoia alla dimensione heideggeriana e binswangeriana del *mondo*.

Pertanto, più che di paranoia, si deve parlare di *esperienza* o di *mondo paranoide*, nei quali il soggetto vive uno stato modificato di coscienza, e di conseguenza esperienze percettive e ideative alterate, che rimangono, cionondimeno, largamente interrogabili dalla psicopatologia fenomenologica e, soprattutto *modificabili*, psicoterapeuticamente (Barison, 1992), nel senso di una riapertura a quella che Blankenburg (1991) ha magistralmente definito prospettività⁵⁸ (*Perspektivität*), andata in pezzi con l'avvento del delirio.

Questo deve porci la questione, anche e, forse, soprattutto, etica (cfr. Dalle Luche), della completa *rifondazione* del trattamento dei pazienti gravi nei servizi pubblici su basi psicopatologiche⁵⁹ e fenomenologiche come *condicio sine qua non* dei percorsi riabilitativi e di cura.

Di qui in avanti la strada, grazie all'immenso lavoro dei clinici pionieri che ci hanno preceduto, soprattutto sullo sfondo dell'analisi del

⁵⁸ «La prospettività costituisce, in sostanza, la nostra possibilità fondamentale di prendere posizione nel mondo con la consapevolezza dell'esistenza di un numero illimitato di visioni alternative alla nostra. Ecco che acquista senso il prendere possesso attivamente e spontaneamente delle prospettive mutevoli in modo da conservare una distanza non solo dagli oggetti, ma anche da se stessi. La libertà di scegliere un mondo è così vincolata alla causalità delle prospettive sotto cui la realtà si presenta al soggetto e al trascendimento costante della realtà del soggetto stesso. Il delirio, invece, si costituisce proprio a partire dall'incapacità di tollerare questa ambiguità di fondo della percezione: la contraddizione tra immanenza e trascendenza, come ben evidenzia Merleau Ponty nel 1946» (Quaranta).

⁵⁹ «L'indagine psicopatologica resta l'unico (l'ultimo) strumento per definire i rapporti tra persona e malattia e dircene qualcosa, l'unico modo per non praticare e agire (anche in senso psicodinamico) una psichiatria volutamente cieca rispetto ai più diversi livelli della realtà, con l'alibi della ateoreticità e della neutralità» (Dalle Luche).

Dasein come è stata concettualizzata da Binswanger e da Blankenburg (1992), è completamente aperta.

Ed è tutta in salita.

Ma questa rimane, allo stato delle cose, una delle vie praticabili e possibili verso la libertà e la vita, sul sinistro crinale che vede, dall'altra parte, la dipendenza come destino e la demenza come orizzonte.

E questo sarebbe veramente grave, e triste, dopo tutte le conquiste dolorosamente e gioiosamente fatte sul terreno smottante delle esperienze psicotiche, per troppo tempo fissate allo stigma della processualità incomprensibile, irreversibile e indeformabile.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A.: *La paranoia sensitiva*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 77-86. 2009 (Op. cit.)
- ... : *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Boringhieri, Torino, 2002
- ... : *Dal caso clinico all'approccio terapeutico*. Figline Valdarno, IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica, giugno 2009 (inedito)
- Ballerini A., Rossi Monti M.: *La vergogna e il delirio. Un modello delle sindromi paranoidee*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- Barison F.: *Nuove considerazioni sul Praecoxgefuehl*. PSICH. GEN. ETÀ EVOL., 1963, 1: 1-7
- ... : *Benedetti e la sfida esistenziale della psicoterapia*. COMPRENDRE, 1994, 7: 143-150
- ... : *Expériences de “psychothérapie” dans une psychiatrie inspirée de Heidegger*. COMPRENDRE, 1992, 6: 9-18
- Benedetti G.: *Der Geistesranke als Mitmensch*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1976
- ... : *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Cortina, Milano, 1997
- Bini L., Bazzi T.: *Trattato di psichiatria*. Masson, Milano, 1974
- Binswanger L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschliche Daseins* (1942). Reinhardt, München, 1962
- Blankenburg W.: *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Enke, Stuttgart, 1971
- ... : *Wahn und Perspektivität*. Enke, Stuttgart, 1991. Tr. it. parziale di V. Quaranta: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-32
- ... : *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6:19-28
- Bovi A.: *Wohnungswechsel und Geisteskrankheiten*. NERVENARZT, 1967, XXXVIII: 251-256

- Callieri B.: *Perplexity. Psychopathological and phenomenological notes*, in *Analecta Husserliana*, vol. VII: *The human being in action* (a cura di A.J. Tuminiecka). Dordrecht, 1978
- ... : *Il piano interpersonale dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 25-35
- ... : *La perplessità. Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, 137-149. Ediz. Univ. Romane, Roma, 2001
- Callieri B., Maci C.: *Paranoia. Passione e ragione*. Anicia, Roma, 2008
- Calvi L.: *Il piano eidetico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 37-46
- ... : *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005
- ... : *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*. Mimesis, Milano, 2007
- Cardamone G., Dalle Luche R.: *La paranoia, psichiatria e antropologia*. ETS Pisa, 2009
- Cargnello D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966
- Ciampi L.: *Affektlogik*. Klett, Stuttgart, 1982
- Dalle Luche R.: *Il piano etico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 47-60
- De Clérambault G.: *Psychoses d'automatisme et syndrome d'automatisme*. ANN. MÉD.-PSYCHOL., 1927, 4: 50-63
- Del Pistoia L.: *Il giardino delle statue di sale*. Pacini Fazzi, Lucca, 1997
- ... : *Per capire la psicopatologia fenomenologica*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 158-177
- Di Petta G.: *Il mondo tossicomane: fenomenologia e psicopatologia*. F. Angeli, Milano, 2004
- ... : *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia dell'esperienza condivisa*. Franco Angeli, Milano, 2009
- ... : *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e presa in carico integrata: l'approccio fenomenologico*. Ed. Univ. Romane, Roma, 2009
- Galimberti U.: *Dizionario di psicologia*. UTET, Torino, 1992
- Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69
- ... : *Le psicosi deliranti croniche*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 89-95. 2009 (Op. cit.)
- Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M.: *Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)*, ed. it. a cura di C. Maggini e R. Dalle Luche. ETS, Pisa, 1992
- Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). UTET, Torino, 1969
- Huber G.: *Psychiatrie. Systematischer Lehertext für Studenten und Ärzte*. Schattauer, Stuttgart, New York, 1981
- Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936). Einaudi, Torino, 1965
- Grossman D.: *La mia notte tra i giovani drogati che provano a ritrovare se stessi*. La Repubblica, 11-06-09

“Sabotage du destin”: *psicoterapia fenomen. delle sindromi paranoidi nei tossicomani*

- Janzarik W., *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart, 1979
- Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1964
- Klosterkötter J.: *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin, 1988
- Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schizophrenia. Question Concerning Clinical Boundaries* (1979), in Kerr A., Snaith P. (a cura di): *Contemporary Issues in Schizophrenia*. Gaskell, London, 1986; Heidelberg-New York, 1988
- Kierkegaard S.: *Diario*. Bur-Rizzoli, Milano, 1996
- Kraepelin E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Barth, Leipzig, 1913
- Kraus A.: *The significance of empathy for the diagnosis of schizophrenia and melancholia*. COMPRENDRE, 2004, 14: 79-85
- Kretschmer E.: *Der Sensitive Beziehungswahn* (1918). Springer, Berlin, 1954
- Laing R.D.: *L'io diviso* (1960). Einaudi, Torino, 1969
- Lévinas E.: *Totalità e infinito* (1961). Jaca Book, Milano, 1990
- Marcel G.: *Homo viator* (1944). Borla, Roma, 1980
- Masullo A.: *Paticità e indifferenza. il melangolo*, Genova, 2005
- Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. Gallimard, Paris, 1966
- Muscattello C.F., Scudellari P.: *Paranoia e Dintorni*. COMPRENDRE, 1999, 9: 37-44
- Olievenstein C.: *Le destin du toxicomane*. Fayard, Paris, 1984
- Piro S.: *Antropologia trasformazionale. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*. Angeli, Milano, 1993
- ... : *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*. Idelson, Napoli, 2001
- Quaranta V.: *Introduzione e nota alla traduzione italiana*, in Blankenburg W.: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-10
- Rossi Monti M.: *Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di schizofrenia*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 325-345
- Rossi Monti M., Stanghellini G.: *Psychopathology: an edgeless razor?* COMPR. PSYCHIATRY, 1996, 3: 196-204
- ... : *Psicopatologia della Schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999
- Ruemke H.C.: *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox Gefühl"*. ZENTR. GES. NEUROL. PSYCHIAT., 1942, 102: 168-174
- Serieux P., Capgras J.: *Les Folies Raisonantes et le Délire d'Interprétation*. Alcan, Paris, 1909
- Scheler M.: *Gesammelte Werke*. Francke, Bern-München, 1950
- Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950). Città Nuova, Roma, 1983
- Sonnemann U.: *Existence and therapy. An introduction to Phenomenological Psychology and Existential Analysis*. Grune & Stratton, New York, 1954
- ... : *Negative Anthropologie. Vorstudien zur Sabotage des Schicksals*. Reinbek 1969. Frankfurt a.M., 1981 (2 Aufl.)

G. Di Petta, A. Di Cintio, A. Valdevit, A. Cangiano

- Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Stanghellini G. et al.: *FBF. Questionario dei Sintomi-Base*. Manuale, OS, Firenze, 1991
- Straus E.: *Psychologie des menschlichen Welt, Gesammelte Schriften von E.S.* Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1930
- ... : *Vom Sinne der Sinne* (1935). Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1956
- Süllwold L.: *Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen*, in Böker W., Brenner H.D. (a cura di): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto, 1986
- Tatossian A.: *La Phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979
- Weizsaecker von V.: *Pathosophie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Goettingen, 1956
- Zambrano M.: *Delirio e destino* (1952). Raffaello Cortina, Milano, 2005
- Zutt J.: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1963

UO Speciale di Comorbilità Psichiatrica
Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 2 Nord
Centro Diurno Giano
Via Libero Bovio, 1
I-80020 Casavatore (Na)