

## CAPITOLO 4 IL DELIRIO VISTO DA VICINO

Andrea Ballerini, Mario Rossi Monti e Giovanni Stanghellini

### 1. Introduzione: il *situativo* e la psichiatria comunitaria

Le trasformazioni sociali e culturali e l'evoluzione dei contesti e dei modelli di assistenza psichiatrica sono alle origini della metamorfosi di alcuni quadri psicopatologici. Si pensi alle patomorfosi dell'isteria: si spengono le "luci della ribalta" sugli anfiteatri della Salpetriere, mentre gli ambulatori sono sempre più affollati di disturbi somatoformi di natura conversiva, che stanno alle grandi crisi isteriche descritte da Charcot come un quadro minimalista ad una vasta tela espressionista. Sono sempre più rare le forme catatoniche di schizofrenia – la cui causa è "spesso da attribuire al medico" (Wyrsh 1949) – ed in relativo incremento quelle paranoide. La parola fa aggio sull'espressività del corpo e questo fenomeno sembra corrispondere ad un radicale mutamento socio-culturale (Laszlo e Stanghellini 1993) e di paradigma conoscitivo: dalla clinica fatta con l'occhio e centrata sul visibile, a quella imperniata sull'ascolto empatico del mondo interno del paziente.

Il delirio<sup>1</sup> rappresenta il prototipo di sintomo psicopatologico rispetto

<sup>1</sup> Nel presente capitolo non sarà trattato il problema del delirio dal punto di vista strettamente psicopatologico, né sotto il profilo del suo significato diagnostico. Per questi aspetti, si rimanda ai tradizionali manuali di psichiatria generale.

al quale la metamorfosi del modello di assistenza e del contesto di osservazione hanno comportato un radicale mutamento del paradigma psichiatrico e delle caratteristiche del fenomeno osservato. "L'ambiente del manicomio - scriveva Jaspers (1913) - crea un mondo [...]. L'ordine che vi regna determina il quadro che assumono le malattie". La psichiatria comunitaria, in virtù di una spiccata inclinazione per la dimensione del situativo<sup>2</sup> come indice teorico e pragmatico del superamento dei seipimenti manicomiali, assiste ad una trasformazione nella clinica del delirio. Se è vero ciò che scrive Luciano Del Pistoia, che "lo scandalo manicomiale è la tipica espressione di una psichiatria che ha smarrito il suo statuto immaginario, pluridimensionale, dinamico e ricco di tensioni e che ha creduto lecito ridursi, in modo morto, cosale, ad un aspetto particolare di se stessa, notoriamente il suo aspetto medico" (Del Pistoia 1991), bisogna anche specificare che ciò che il territorio restituisce al sapere psichiatrico è una più articolata genealogia (e conseguentemente terapia) del fenomeno psicopatologico, centrata sulle categorie del mondo della vita, cioè il luogo, il tempo e la relazione.

## 2. Il luogo: molteplicità dei punti di osservazione

L'assetto della psichiatria comunitaria non può essere inteso semplicemente come un assetto esterno: esso è in primo luogo un assetto interno, cioè la disponibilità ad una visione dei fenomeni psicopatologici che contempli molteplici punti di osservazione. Se il modello manicomiale può essere paragonato ad un modello fotografico, il lavoro sul territorio somiglia più ad una sala di montaggio cinematografica dove si integrano immagini, dialoghi e colonna sonora. Nella psichiatria comunitaria, infatti, si ambisce ad integrare tra loro prospettive - si potrebbe anche dire riduzioni - diverse sul paziente e la sua malattia: la prospettiva psicopatologica, quella biografica (la sceneggiatura) ed il contesto che fa da sfondo relazionale (paragonabile alla scenografia).

La possibilità di disporre di molteplici punti di osservazione allarga il campo di analisi del fenomeno *delirio*. Il punto di vista psicopatologico così come emerge dalle ricchissime e dettagliatissime analisi compiute in ambiente asilare, può apparire privo di dimensioni fondamentali per la comprensione e la terapia, come appunto la storia personale del paziente - intesa anche come mondo dei valori e delle credenze personali - e la rete di relazioni socio-familiari e di credenze collettive in cui è immerso. Il rischio delle analisi del fenomeno delirante nello spazio avulso dalle relazioni della persona sociale del delirante è quello di una degenerazione estetizzante,

<sup>2</sup> Per il concetto di *situazione* si veda il capitolo 3.

assai più improbabile sul territorio, laddove il richiamo ad elementi di realtà è pressoché costante.

Ciononostante, va in primo luogo ricordata la centralità del punto di vista psicopatologico sul delirio, pur nella sua accezione debole di semplice punto di riferimento, "boa di galleggiamento per la navigazione clinica" (Schneider 1971). Sono note le recenti ricerche sul significato diagnostico del delirio - e complessivamente dei cosiddetti *sintomi di primo rango* - già considerato come pietra angolare per la diagnosi di schizofrenia (Koehler 1979, Mellor 1982). Oggi, la maggior parte degli autori è concorde nell'affermare la scarsa sensibilità e specificità in chiave di attribuzione nosografica dei sintomi di primo rango, ed in specie del delirio. Non per questo si deve pensare alla inutilità dello strumento psicopatologico, cioè dell'attento e partecipe ascolto dei sintomi dell'esperienza espressi dal paziente: il rischio, infatti, di non disporre di saldi punti di riferimento psicopatologici è quello di rifluire su posizioni pre-psicopatologiche e quindi ricorrere ai soli dati dell'osservazione comportamentale, o a concetti epistemologicamente assai meno affidabili rispetto ai sintomi dell'esperienza ai fini dell'inquadramento clinico, come quelli inerenti al concetto di "struttura psicologica", al tipo di relazione (che con i familiari, poi, è sempre "simbiotica"...) ecc.

L'analisi psicopatologica è il primo punto di contatto con il mondo del paziente, cioè con il suo mondo interno e con la rete di relazioni che esso intrattiene con il suo contesto. Il vertice psicopatologico è la porta d'accesso alla storia di vita ed allo sfondo relazionale del paziente. Questa visione globale, "permette non solo di riconoscere meglio alcune situazioni di vita espresse nel delirio in forma mascherata, ma anche di cogliere quegli aspetti della storia personale che il discorso delirante ha la funzione di negare, di occludere, proprio con la sua struttura compatta e monolitica. La semiologia del delirio può ora andare aldilà di una dimensione puramente simbolica, semantica, e avvalersi di un punto di vista pragmatico, da cui evidenziare il valore d'uso e le implicazioni relazionali degli enunciati deliranti nella trama dei rapporti interpersonali che circonda il paziente. Riportato nel suo scenario naturale il delirio chiama in causa altri personaggi" (De Martis e Bezoari 1987).

In questo senso si può affermare che la psichiatria comunitaria ha favorito una autentica ristrutturazione del campo di esperienza del delirio. Ciò ha comportato il poter trascendere le due dimensioni tradizionali della psicopatologia dei fenomeni deliranti: (a) quella diagnostica, inerente al sistema della psicopatologia clinica (Schneider 1971), e riduttivamente interpretata nell'intreccio perverso tra psicopatologia e nosografia in auge nella psichiatria anglosassone, all'interno della quale il sintomo *delirio* può finire per assumere esclusivamente significato di attribuzione ad una categoria nosografica; (b) quella dell'interpretazione simbolica, per la quale il

significato ed il mistero del delirio possono essere racchiusi e risolti nelle dinamiche pulsionali intrapsichiche.

Il modello territoriale, pur mantenendo il vertice psicopatologico per il discernimento delle caratteristiche formali e contenutistiche del delirio (e dunque cogliendone l'alienità ed il radicale patologico, senza negare quello universale antropologico), vede confluire e diluirsi il delirio in una realtà assai più complessa di quella individuale ed artificiale quale era quella incistata nel *claustrum* manicomiale<sup>3</sup>. Rinunciando a contenere il delirante con la *doppia mandata* manicomiale, si rinuncia a contenerne il delirio, il quale situato in un sistema aperto si apre ad un ventaglio assai più ampio di significati e di possibilità interpretative. Il delirio, non più amputato del suo contesto, è sempre meno il sintomo di una malattia, e sempre più il campo psichico entro il quale si compie la mediazione tra la malattia, la persona ed il suo mondo. Ciascun sintomo psicopatologico non è un segno che rimanda in linea retta ad una disfunzione, ma è l'esito di una terapia che il paziente compie su se stesso: in questo senso, il territorio consente di toccare con mano ciò che era stato intuito dalla psichiatria fin dai primi anni del Novecento<sup>4</sup>.

Il fenomeno *delirio* ha luogo nello spazio dell'intersoggettività e con essa si articola in maniera assai complessa. Lo spazio intersoggettivo è l'ambito naturale (e operativo) della psichiatria comunitaria, e d'altra parte è il contesto teorico ed etico della psicopatologia di ispirazione antropofenomenologica. I prodromi deliranti sono colti dal registro antropofenomenologico – indipendentemente da qualsiasi riferimento etiopatogenetico – come crisi dell'intersoggettività, cioè dissoluzione del dialogo tra la persona ed il mondo. A questo fanno riferimento formule come *perdita del contatto vitale con la realtà* (Minkowski 1927), *inconsistenza dell'esperienza naturale* (Binswanger 1960), *crisi globale del senso comune e perdita dell'evidenza naturale* (Blankenburg 1971)<sup>5</sup>. Inoltre, l'autoreferenzialità del delirante – che si dispiega paradigmaticamente nel delirio di rapporto sensitivo (Kretschmer 1918) – si riferisce ad una distorsione della dimensione intersoggettiva che spesso rimanda a situazioni – come tranches di rapporto io-mondo – specifiche, ricorrenti e identificabili. Globalmente, infine, il fenomeno *delirio* è interpretabile come il tentativo di modificare in maniera autoplastica il

<sup>3</sup> A questo proposito, si vedano i classici lavori di J. S. Strauss (1969) e di Koehler (1979) sulla dimensionalità dei sintomi psicopatologici, cioè sull'assenza di nette cesure categoriali tra esperienze normali e patologiche e sull'esistenza, viceversa, di un continuum esperienziale che unisce i sintomi di primo rango a vissuti non di rango psicopatologico. Su questo tema, si segnalano, inoltre, Ballerini e Rossi Monti (1990) e Stanghellini e Ballerini (1992).

<sup>4</sup> Per un *excursus* della ricchissima letteratura al proposito, si veda il capitolo 5.

<sup>5</sup> Una esaustiva *review* sul problema dell'autismo in chiave fenomenologica è stata compiuta da Parnas e Bovet (1991).

proprio essere-nel-mondo (Bovet e Parnas 1993), di fronte all'assenza di contatto vitale con la realtà: modificare la propria visione del mondo, essendo quest'ultimo (alloplasticamente) non modificabile.

### 3. Il tempo: dal delirio come "quadro" psicopatologico al "percorso" delirante

Con il passaggio da una organizzazione ospitalocentrica come quella manicomiale ad un'ottica comunitario-territoriale si è realizzato un cambiamento di prospettiva, non solo topografica, ma anche temporale<sup>6</sup>. Nel claustrum manicomiale il tempo è congelato ed il paziente fissato ad un momento del suo percorso, a guisa dei dannati dell'inferno dantesco, ciascuno immortalato nel gesto che lo ha perduto, o nel suo contrappasso, e perennemente costretto a replicarlo<sup>7</sup>. In ospedale psichiatrico, per "riaprire il caso" è necessario situarlo nella rete delle sue relazioni, recuperare la storia personale tramite un "processo di ridenominazione e riscrittura in una linea genealogica" (De Martis e Petrella 1984). Si tratta di rileggere a fondo le cartelle, raccogliere le testimonianze del personale, ascoltare il paziente financo a colludere con le sue fantasie onnipotenti di autogenerazione e rigenerazione e fantasie paranoicali di radicale contrapposizione - nell'impresa *sovrumana* rappresentata da questo progetto - al mondo esterno all'istituzione. Chi ha tentato questa strada per *resuscitare* un paziente manicomiale dall'oblio del *sepimento* che è anche *sedimento asilare* (Ballerini 1991) è giunto - per sua stessa ammissione - alle soglie di un grandioso "delirio genealogico di gruppo" (De Martis e Petrella 1984). L'obiettivo è il passaggio dalla individuazione di un quadro psicopatologico a quella di un percorso<sup>8</sup> psicopatologico per ristorizzare la patologia del paziente, dunque restituire al paziente la sua storia ed infine la sua identità, in un circolo virtuoso che coinvolge la ristorificazione, la individuazione e la formulazione di un progetto di vita.

Privato il paziente del suo contesto e della sua storicità, in ospedale psichiatrico si assisteva frequentemente ad una sorta di incistamento del delirio, ad un adattamento plastico del manicomio che si richiudeva attorno al delirio, favorendone una cronicizzazione spesso silente. Eliminando quegli elementi di realtà che forniscono la materia storica del delirio - dunque,

<sup>6</sup> La dimensione temporale del lavoro nel territorio si esprime attraverso la dimensione della continuità terapeutica e lo sbocco nella progettualità riabilitativa. Si rimanda al capitolo 2 e al capitolo 6.

<sup>7</sup> Dobbiamo l'immagine a Del Pistoia et al. (1989).

<sup>8</sup> Sul concetto di *percorso psicopatologico* si vedano Laszlo e Stanghellini (1993) e Stanghellini (1992c).

da un lato il carburante, ma dall'altro anche il limite oggettivo ed il punto di reperi nel reale – il manicomio colludeva con la disposizione a delirare. In tal senso, se all'interno dell'istituzione il delirio veniva plasticamente incistato, nel territorio viene invece mantenuto il terreno di coltura del delirare: il valore conflittuale, lo stridore ed il contrasto che il delirio esprime restano eclatanti. "La coscienza si determina infatti – scrive il filosofo Max Scheler (1947) – esclusivamente nella primitiva re-flexio della sensazione, e cioè sempre in occasione di una resistenza: ogni coscienza si fonda sulla sofferenza". Questo attrito tra il delirio e la realtà condivisa continua a testimoniare la potenziale storicità del delirio: il lavoro nel territorio è tenere aperta questa situazione conflittuale, che nel manicomio veniva chiusa, opponendosi alla separazione del paziente dal suo ambiente familiare e dai modelli culturali contemporanei, e opponendosi altresì all'adeguarsi dell'ambiente circostante al contesto morboso (come avviene nella *folie à deux*). Infatti, "la possibilità di accogliere la malattia in un modello culturale accettato tanto dal paziente quanto dal suo ambiente natale, consente al malato di conservare continuità nella sua esistenza nella comunità" (Risso e Boeker 1964).

#### 4. La relazione: condivisione del delirio, tra collisione e collusione

Nel modello della psichiatria comunitaria il delirio non è solo sintomo psicopatologico, ma è il terreno di incontro con il paziente. Un terreno comune che deve essere prima acquisito e poi mantenuto. In questo senso, si rende necessario incentivare, sostenere l'esprimersi del delirio – abbiamo tutti in mente entro quali limiti – fornire del combustibile al fine di individuare dei punti di riferimento conoscitivi sui quali tessere la relazione terapeutica. Se nel delirio si cerca un punto di contatto privilegiando l'ambito della comprensibilità piuttosto che quello dell'alienità, esso si presenta come una specie di chimera mitologica. Da un lato, infatti, ci mostra il proprio radicale antropologico in quanto esprime, seppure in maniera cifrata, le "angosce primordiali dell'uomo" – come i deliroidi olotimici, secondo Schneider (Schneider 1971) – ed i quesiti metafisici ultimi (come i deliri schizofrenici secondo Kepinski 1974). Dall'altro, si appalesa nella propria valenza puramente psicopatologica, come esito della mediazione tra una vulnerabilità di base ed i meccanismi di compenso messi in atto intenzionalmente o meno dalla persona<sup>9</sup>. Nella relazione terapeutica, di volta in volta l'uno o l'altro aspetto si prestano come punti di incontro e come punti di reperi onde articolare il delirio con la storia di vita del paziente.

In questa prospettiva, la funzione terapeutica si articola, in primo luo-

<sup>9</sup> Sul concetto di *vulnerabilità* si veda il capitolo 5.

go, nell'ascolto partecipe non giudicante del delirante, nell'offerta di uno spazio comunicativo per esprimere qualcosa al limite dell'inesprimibile, in sospenso sull'abisso dell'isolamento autistico. Scrive Zapparoli (1988): "abbiamo infatti il duplice compito di favorire la comunicazione con la parte non psicotica della personalità del paziente, da un lato, ma anche di accettare, dall'altro, che il delirio possa essere utilizzato dal paziente allo scopo di comunicarci i suoi bisogni". Il presupposto della comunicazione del tema delirante è la sospensione del giudizio - che è stata una conquista psicopatologica fondamentale - affinché il paziente si senta accolto senza pregiudizi di natura morale o gnoseologica.

Un secondo punto è la capacità di mantenere aperta una situazione permeata di ambiguità, come è quella - paradigmatica - del paziente che delira di persecuzione, ma si rivolge al medico piuttosto che alla polizia. Se il delirio si fonda su rigide dicotomie ed è una sorta di fantasia che uccide tutte le altre fantasie (Racamier 1983)<sup>10</sup>, è fondamentale tollerare e rispettare - anzi, talora introdurre - germi di ambiguità. Ogni elemento di ambiguità è un'occasione propria che va amplificata, non sopita o inchiodata, messa con le spalle al muro da una logica raziocinante. Spesso, esplicitando drasticamente la diversità del proprio punto di vista si cerca di evitare il rischio di restare irretiti dal canto delle sirene, cioè di essere trascinato nel colludere con la psicosi. Esplicitare precocemente la diagnosi al paziente, talvolta, esprime questa paura di collusione. Ma, ovviamente, mantenere aperto uno spazio di ambiguità nel rapporto con il paziente non equivale necessariamente a mantenere tale ambiguità dentro di sé, riguardo alla diagnosi e al giudizio di malattia.

D'altra parte, è ancora più chiaro che una vera e propria collusione con il delirante è altrettanto esiziale, poiché ignora le esigenze di mediazione che l'esserci e l'esprimersi del delirio incarnano: "Allercarsi aprioristicamente con le ragioni del delirio e avallare l'attribuzione di valenze persecutorie all'ambiente esterno significa, infatti, misconoscere le esigenze di mediazione e di integrazione che il paziente psicotico esprime nei confronti della realtà, proprio attraverso il delirio, e aggrava invece la condizione scissionale e la lacerazione di cui egli soffre" (De Martis e Bezoari 1987).

##### 5. Il delirio nella comunità: la persona del delirante e la sua malattia

Nella relazione con il delirante, il rischio è dunque infilarsi in una serie vicoli ciechi. Il primo fra questi è quello della collisione tra la propria visione del mondo e quella del paziente. Un'ottica oggettivante, banalmente

<sup>10</sup> "Delirio: qualunque sia l'onnipotenza che un delirio rivela, esso comunque suggella il limite che il pensiero impone all'onnipotenza" (Racamier 1983).

medicalizzante il delirio nella sua univoca veste di sintomo psicopatologico implica spesso questo tipo di contrapposizione che porta ad una precoce frantumazione del rapporto. Il secondo vicolo cieco è quello che potremmo chiamare del congelamento, per cui non appena si sia formato un abbozzo di rapporto ci si sente già pronti ad esplicitare il proprio punto di vista sulle esperienze e le credenze del paziente. Spesso, ciò che accade è comunicare al paziente che si crede che le sue esperienze siano vere, ma che noi le vediamo come riconducibili alla sua realtà interna, piuttosto che allo statuto della realtà esterna. Questo può condurre ad una relazione che prosegue indefinitamente su due binari paralleli. Si realizza un armistizio sul piano cognitivo sulla idiosincronicità del delirio, ma la dinamica di empatia-sentimento di alienità resta preclusa e così anche il calore a cui si può fondere terapeuticamente la distanza tra il medico e il delirante. Il terzo vicolo cieco è la collusione, cioè l'essere risucchiato, affascinato, ipnotizzato e paralizzato di fronte al delirio, senza poterne prendere le distanze adeguate a una relazione autenticamente terapeutica. In talune situazioni, specie se il contatto con il paziente si estende per lunghi periodi o nell'arco dell'intera giornata - come nelle strutture intermedie, ad esempio - il rischio è essere investito dall'onda d'urto del delirio che colpisce chiunque circonda il paziente. Il rischio del *burn-out* degli operatori che sono a contatto per tempi lunghi con la persona delirante (e non soltanto con il suo delirio) è andare alla deriva oscillando continuamente tra l'immagine psicopatologica del delirio - che coglie questo fenomeno come sintomo - e l'immagine legata alla vita quotidiana del paziente, ai contenuti di questa che il delirio esprime trasfigurandoli, ai personaggi che alimentano la sceneggiatura della storia. In questo caso, la difficoltà di mantenere una posizione flessibile e oscillante - che richiede l'assunzione scambievolmente ora dell'uno, ora dell'altro paradigma - espone al rischio di un cortocircuito.

Ciascun vicolo cieco fin qui descritto è caratterizzato da un modello statico di rapporto, da una relazione senza futuro. Tenendo conto di queste categorie, il rapporto con il delirante può essere considerato su due livelli: (a) *collusione-collisione*: sono due facce della stessa medaglia, che è l'agire. La collisione è agire il *no*, la collusione è agire il *sì*. Il congelamento è una situazione intermedia in cui si è inaridita l'ambiguità vitale della relazione con il delirante e lo scopo del rapporto rimane esclusivamente quello del mantenimento dello *status quo*. (b) *condivisione*: è l'atteggiamento aspettante, fondato sul condividere uno spazio comune che è il delirio come terreno d'incontro reso fertile dal seme dell'ambiguità. È necessario porsi come osservatore partecipe, vicariando ed incentivando la parte osservante del sé - la cosiddetta *parte sana* della persona del delirante - situandosi lungo la linea d'ombra tra il mondo comune e quello delirante. Per far questo, bisogna condividere con il delirante il radicale di sofferenza esi-



stenziale immanente al delirio, il suo significato antropologico che rimanda – come si è detto – alle angosce primordiali dell'uomo ed ai suoi quesiti metafisici, il suo essere espressione deformata di una vulnerabilità psicopatologica.

Il confronto con il paziente delirante, quindi, deve attuarsi all'interno di un modello antropologico e non all'insegna della seduzione o del duello, che pure restano costituenti irrinunciabili del rapporto. In assenza di questa integrazione che abbiamo definito *antropologica*, il modello del duello può condurre ad uno "scontro carico di aggressività tra operatori che sostengono il loro diritto a curare, malgrado risulti loro incomprensibile ciò che vogliono curare, e gli utenti psicotici che sostengono il loro diritto a delirare, cioè a mantenere come loro prerogativa l'esistenza di un nucleo di incomprensibilità" (Zapparoli 1988). Il modello antropologico vede la follia come una possibilità immanente all'essere uomo, quindi la relazione terapeutica è attraversata da una tensione conoscitiva interessata che si fonda sull'attesa dello schiudersi, del rivelarsi nell'altro di qualcosa che mi concerne. In questo senso, l'atteggiamento antropologico è il cardine di elementi essenziali dell'assetto territoriale della cura del delirio, che è fondata sull'empatia e sulla continuità terapeutica, quest'ultima intesa come capacità di attendere, di astensione da un intervento precipitoso, di rifiuto di svolgere la funzione di *giardiniere della follia* (Zarafian 1989). Tutto ciò presuppone il prestare alla persona del delirante un credito di senso, fondato sulla fiducia dell'esistenza di una parte osservante del sé, sulla assunzione di principio che la persona non è riassunta dal proprio delirio, poiché anzi il delirio è una ricostruzione di senso in una situazione di apparente destituzione di senso.