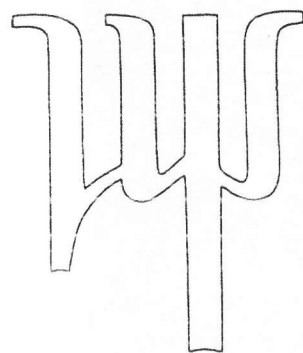


Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi

37

Tabù, delirio e allucinazione

A cura di *Luigi Baldari*



DISTURBI DEL PENSIERO: DAL MICRODELIRIO AL DELIRIO MANIFESTO

M. Guarneri, G. Pitti, C. Tolini

Il *pensiero* rappresenta quell'attività operativa della psiche che, attraverso processi di associazione, correlazione, integrazione, astrazione e simbolizzazione dei dati informativi, permette la valutazione della realtà e la formulazione di giudizi. Possiamo affermare, con una definizione d'ordine più generale, che il pensiero – fondandosi sull'attività rappresentativa, che si istituisce in assenza del referente concreto – costituisce quella *funzione della mente* la quale “permette che siano risolti i problemi in assenza dell'oggetto” (Corrao, 1981).

L'attuale impostazione psicopatologica dei disturbi del pensiero, ancor oggi articolata sulla base della classica distinzione jaspersiana tra *disturbi formali* e *disturbi del contenuto*, si fonda esclusivamente sull'individuazione di fenomeni di rilevanza “clinica” e tende a privilegiare la dimensione dell'*osservabile*, come peraltro si può cogliere nelle ultime edizioni del D.S.M., nelle quali tra i criteri previsti per la diagnosi di schizofrenia è riportata la presenza di alterazioni non del pensiero (*thought*), fenomeno della mente accessibile solo per via indiretta, ma del linguaggio (*speech*). La tendenza a privilegiare la dimensione dell'*osservabile* sottende anche le tre principali “vie di accesso” allo studio del pensiero indicate da Pancheri *et al.* (1999): l'*accesso clinico*¹, l'*accesso linguistico*² e l'*accesso sperimentale*³.

Tale tendenza, al di là dei problemi d'ordine epistemologico sollevati, appare però alquanto restrittiva se si accetta di includere, nel proprio campo di indagine, i fenomeni *dinamici* del funzionamento mentale. Quest'ultima scelta, orientata ad estendere l'indagine psicopatologica “oltre la clinica”, fino ad includere nell'area focale d'osservazione gli aspetti dinamici e relazionali, corrisponde, d'altra parte, ad una tendenza generale della cultura psichiatrica più recente ed è rintracciabile perfino nelle ultime edizioni dei DSM (cfr. DSM-IV, 1996; DSM-IV-TR, 2002), che prevedono, tra i criteri per la definizione del “disturbo mentale”, la presenza di due condizioni *non cliniche*, ovvero di *alterazioni del “funzionamento” psicosociale* e

¹ L'*accesso clinico* è basato essenzialmente sull'interazione medico-paziente e sulla comprensione della comunicazione verbale.

² L'*accesso linguistico* cerca di identificare le modalità formali di espressione dal punto di vista strutturale intrinseco.

³ L'*accesso sperimentale* cerca di studiare i processi cognitivi sottostanti alle alterazioni osservate nel prodotto linguistico.

di *sofferenza (distress) soggettiva*. Tali condizioni, che rimandano esplicitamente a perturbazioni della *sfera relazionale* e dei *vissuti soggettivi e intrapsichici*, sono – come è intuibile – di difficile obiettivazione e di dubbia *diretta osservabilità*.

Accogliendo e sviluppando tale tendenza generale, proponiamo una quarta *via di accesso* allo studio del pensiero, consistente in un diverso “vertice” d’osservazione che tiene conto appunto degli aspetti dinamici e relazionali.

Nell’indagare i problemi posti dal rapporto tra pensiero e realtà, facciamo soprattutto riferimento alla teoria del pensiero di Bion (1962), la quale è incentrata sul conflitto che si svolge tra un equipaggiamento innato, tendenzialmente orientato nell’uomo ad entrare in rapporto con la realtà e a conquistare la verità, scoprendo le nozioni essenziali e collocandole nel referente spazio-temporale, e un insieme di *impedimenti emotivi* che di continuo interferiscono nel raggiungimento di questo traguardo.

Riteniamo, pertanto, che il “vertice” da noi considerato offra i seguenti vantaggi.

- a. Mentre la concezione aristotelico-scolastica ha imposto una visione del pensiero come di una funzione deputata a trattare dei “dati”, dei puri “contenuti” destinati a diventare futuri materiali intellettivi (Canestrari, 1993), secondo il “vertice” proposto, invece, la nascita e lo sviluppo del pensiero sono legati non solo all’elaborazione di “dati”, ma in primo luogo alla strutturazione di “rapporti”, di *nessi*. Secondo Freud (1911), infatti, il pensiero, originariamente inconscio, deriva dal costituirsi di *nessi* tra le varie impressioni sensoriali degli oggetti; le rappresentazioni ideative, così originate, divengono dati percettivi di coscienza quando si costituiscono altri *nessi* con le tracce mnestiche verbali. Se sono questi ultimi nessi ad essere attaccati, sarà problematico per il soggetto, come accade in alcuni disturbi nevrotici, accedere alla rappresentazione di parola. Se, invece, vengono attaccati i *nessi* tra le impressioni sensoriali degli oggetti, è impedita la costituzione stessa delle rappresentazioni ideative inconscie o rappresentazioni di cosa, residuandone oggetti parziali non integrati e un’esperienza frammentaria e scissa della realtà, sia esterna che interna. È, dunque, possibile riconoscere l’esistenza di un *continuum*, lungo il quale l’attacco dei nessi, esistenti a diversi livelli dello sviluppo del pensiero, può esitare in una maggiore o minore compromissione della funzione simbolica del soggetto e della sua capacità di entrare in relazione tanto con il mondo interno quanto con quello esterno. Viene a delinearsi, per questa via, una nuova e complessiva teoria sullo sviluppo e sul funzionamento del pensiero, in grado di render conto, secondo un vero e proprio *continuum*, delle diverse forme – “normali” o patologiche – che esso assume.

- b. Adottando la prospettiva suggerita, emerge una diversa concezione dei “disturbi del pensiero”, non più in rapporto con l’espressione clinica e con i risultati dell’analisi psicopatologica, ma piuttosto con le caratteristiche dinamiche del funzionamento profondo. Tali “disturbi del pensiero”, dinamicamente intesi, rappresentano infatti il correlato epifenomenico delle cosiddette “parti psicotiche della personalità” che Bion (1957) considera sempre presente, in ogni individuo e in misura più o meno prevalente, insieme ad una “parte nevrotica”. Quando prevale, nel funzionamento complessivo della personalità, la parte psicotica, sono pure prevalenti gli attacchi al legame (Bion, 1959), diretti nei confronti della realtà, della verità, di quelle funzioni psichiche sviluppate per costruire un legame con esse e, in definitiva, nei confronti delle emozioni e della vita stessa. Il funzionamento psicotico della mente tende infatti a sbarazzarsi della realtà, a non tenerne conto, attraverso onnipotenti attacchi al legame che contrastano, a qualsiasi livello, i processi di sviluppo e di integrazione. Per quanto concerne la funzione del pensiero, tali attacchi invidiosi e distruttivi saranno indirizzati nei confronti di quell’attività di legame che favorisce, in condizioni normali, lo sviluppo della capacità di formare rappresentazioni e si sostanziano soprattutto in “attacchi” rivolti al pensiero nella sua qualità di funzione della mente orientata a cogliere il reale, a tollerare la frustrazione, a trasformare la sofferenza, a favorire l’apprendimento dall’esperienza e, quindi, la conoscenza.
- c. Tale “vertice” dinamico consente altresì di accedere ad una prospettiva transnosografica, per effetto della quale “disturbi del pensiero” così intesi (Bion, 1962) possono essere colti e individuati nel funzionamento soggettivo, indipendentemente dalle categorie sindromiche chiamate in causa dal punto di vista psicopatologico. Sarà anzi possibile individuare uno spettro nell’ambito del quale – lungo un continuum – tali disturbi del pensiero potranno essere riconosciuti in forme nosografiche diverse, dal soggetto clinicamente nevrotico al soggetto clinicamente psicotico.
- d. La possibilità di individuare tali “disturbi del pensiero” dinamicamente intesi costituisce, inoltre, un utile *punto di repere* per lo studio e il trattamento di alcuni disturbi di personalità di tipo narcisistico o borderline, oggi di riscontro sempre più frequente. Si tratta spesso di organizzazioni di personalità (Bergeret, 1996) che talora possono essere relativamente compensate sul piano clinico, a volte perfettamente adattate dal punto di vista del funzionamento lavorativo, ma spesso con disturbi – più o meno clinicamente rilevanti – nella sfera relazionale e nell’adattamento sociale. Tale perturbazione della sfera socio-relazionale è spesso riconducibile ad un funzionamento caratterizzato, da una parte, dal

mantenimento di un certo esame di realtà (la capacità di distinguere ciò che appartiene alla realtà e ciò che appartiene alla fantasia non è fortemente compromessa) e, dall'altra, dal deterioramento del cosiddetto giudizio di realtà, concernente la facoltà di esprimere valutazioni e giudizi sulla realtà nel suo triplice versante esterno, interno e relazionale. Tale capacità è con evidenza fondata su un buon funzionamento del pensiero, che consenta ad esempio di stabilire nessi e relazioni che siano realistiche, coerenti e "vere".

Quando questo non accade, il giudizio di realtà può essere variamente compromesso. Tuttavia, essendo meno pregiudicato in questi soggetti l'esame di realtà, la compromissione del giudizio di realtà non sarà tale da determinare la formazione di costrutti francamente deliranti, come si osserva in pazienti clinicamente psicotici, ma si sostanzierà invece nel lento e insidioso convergere dei disturbi del pensiero dinamicamente intesi verso la costruzione di "false teorie", spesso pervicacemente sostenute, che presentano caratteristiche differenziali rispetto al "delirio" della psicopatologia classica.

Nel glossario annesso alla classificazione dei disturbi mentali, il DSM-IV-TR (2002) definisce così il *delirio*: "Falsa convinzione basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, che viene fermamente sostenuta contrariamente a quanto tutti gli altri credono e a quanto costituisce prova ovvia e incontrovertibile della verità del contrario. La convinzione non è di quelle ordinariamente accettate dagli altri membri della cultura o sub-cultura della persona (per es., non è un articolo di fede religiosa). Quando una falsa convinzione riguarda un giudizio di valore, viene considerata delirio solo allorché tale giudizio risulta così estremo da sfidare la credibilità". Nella definizione esposta si possono precisamente riscontrare i tre criteri che consentirebbero di definire il *delirio* secondo la psicopatologia classica jaspersiana: il criterio della *certezza soggettiva*, che fa riferimento alla straordinaria convinzione con la quale le idee deliranti vengono sostenute e mantenute; il criterio della *incorreggibilità*, cioè il fatto che tali idee non sarebbero influenzate dall'esperienza concreta e da confutazioni stringenti; il criterio, infine, della *falsità del giudizio*, concernente l'impossibilità del contenuto.

A tali criteri jaspersiani, Pancheri *et al.* (1999) aggiungono un quarto criterio che avrebbe la funzione di supportare e coadiuvare i tre criteri precedenti nella valutazione diagnostica. Tale quarto criterio fa riferimento alla *condizione "autocentrica"* della convinzione delirante, cioè alla caratteristica per la quale l'idea delirante attiene spesso a "convinzioni e certezze che riguardano l'esperienza del Sé, nella sua unicità fisica e psichica (rapporto del Sé con se stesso) [e] convinzioni che concernono la relazione tra il Sé intrapsichico e il mondo esterno (rapporto del Sé con il mondo esterno)" più che "convinzioni che appaiono come valutazioni, interpretazioni e giudizi sul mondo esterno e che apparen-

temente non coinvolgono il Sé del soggetto se non in maniera marginale (interpretazioni del mondo)” (Pancheri *et al.*, 1999).

Sulla base dei quattro criteri illustrati, la differenza tra “false teorie” e deliri può essere posta nei seguenti termini:

- esiste in primo luogo una differenza che comporta una minore *intensità* e *gravità* in ordine ai criteri della certezza soggettiva e dell’incorreggibilità: si tratta infatti di “false teorie” spesso sostenute con una certa convinzione e relativamente resistenti alle critiche altrui. Tuttavia, la convinzione e la resistenza alle critiche sono appunto meno intense e meno gravi che nel delirio;
- ugualmente valido per le false teorie è il carattere “autocentrico” delle convinzioni sostenute: esse, infatti, riguardano sovente la sfera socio-relazionale del Sé;
- non vale, invece, per le false teorie il criterio della “impossibilità del contenuto”. Si assiste infatti, in quest’ambito, al configurarsi di costrutti ideativi che, in modo diametralmente opposto, appaiono spesso verosimili e presentati in modo tale da sollecitare la condivisione da parte altrui: le false teorie, infatti, ripercorrono frequentemente il sentiero dei luoghi comuni e delle convinzioni accreditate, allo scopo di suscitare nell’interlocutore un atteggiamento di approvazione e di immediata condivisione e al fine di arrestare così, e di impedire, un’ulteriore indagine. In questo modo, tale teoria non è smascherata nel suo carattere di falsa costruzione e riesce a preservare la propria funzione di barriera contro la conoscenza e contro il contatto con la propria verità emotiva.

Andrea ha quarantotto anni, è un insegnante che per diversi anni ha vissuto al nord e si è recato più volte all’estero “per cercare moglie”. Ha già fatto un’analisi di cinque anni e aveva tentato, all’età di ventitre anni, di iniziare un’analisi, ma la interruppe dopo poco tempo. L’attuale analisi inizia subito dopo la morte della madre ottuagenaria.

Fin dal primo colloquio, Andrea afferma che il padre gli avrebbe impedito di frequentare una scuola per manager, scuola che – a suo dire – avrebbe cambiato la sua vita. Conseguentemente, il padre sarebbe responsabile della sua infelicità.

Nel prosieguo dell’analisi, il contenuto di tale teoria si rivela falso in quanto il padre gli avrebbe invece consigliato di iscriversi alla facoltà di Economia e di fare successivamente un master per manager. Peraltro, Andrea, seppure con fatica, ha concluso gli studi universitari in Economia con ottimi voti, ma, trasferitosi al nord, non ha fatto la scuola per manager, accettando invece una supplenza come insegnante e non si è mai occupato dell’azienda familiare.

Non ha mai avuto una vera relazione con una donna, ma ha un’intensa attività sessuale con donne di razza diversa o di ceto sociale inferiore, che svaluta e disprezza.

Tuttavia, quel che più importa è l'uso che egli fa della "teoria" in quanto tutti gli insuccessi attuali in campo lavorativo, affettivo e sociale sono considerati effetti nel presente di quella causa "prima" (il consiglio dato dal padre).

La forza della "teoria" è tale da precludere qualsiasi approfondimento o da impedire l'indagine e qualsiasi forma di sviluppo e di conoscenza.

Andrea porta il seguente sogno: "Il cimitero si allungava fino ad unirsi al centro storico del paese".

Nel sogno unisce il mondo dei vivi e il mondo dei morti: un tutt'uno. Trasforma l'uno nel mondo dei "morti-vivi", l'altro nel mondo dei "vivi-morti" e così annulla la differenza tra passato e presente.

Un giorno, in seduta, Andrea riferisce di aver visto un puntino rosso muoversi dentro il salotto e di aver considerato quel puntino come la presenza protettiva della madre morta. Sarebbe stato difficile per me capire cosa potesse essere questo puntino rosso se, pochi giorni prima, mio figlio, con un puntatore laser, non avesse fatto uno scherzo ad un amico che abita nell'edificio di fronte. L'amico, vittima dello scherzo, era rimasto turbato da questa "presenza" fino al momento nel quale gli ho comunicato l'origine del punto rosso.

L'affermazione di Andrea che i genitori proteggono dall'al di là può essere accettata e condivisa, soprattutto se si è credenti, e può apparire quindi verosimile. Tuttavia, quanto più è andata avanti l'analisi, tanto più è diventato chiaro che la teoria della protezione genitoriale si costituiva quale referente concreto che lo autorizzava a non assumersi la responsabilità delle scelte della propria vita. Inoltre, la credenza della presenza terrena della madre protettiva viene collocata dal paziente non in una dimensione trascendente, come accade nella prospettiva di una credenza religiosa, ma anch'essa in una dimensione immanente.

Così come il sogno riportato annulla la distanza fisica "orizzontale" tra mondo dei vivi e mondo dei morti, il microdelirio della protezione genitoriale annulla la distanza "verticale" tra dimensione trascendente e dimensione immanente.

Infine, mentre il delirio manifesto si pone completamente in primo piano, come alla ricerca continua di impossibile conferme, il microdelirio invece, come il caso illustrato ben evidenzia, sembra avere un carattere "privato" e sembra nascondersi tra le pieghe di una semplice convinzione.

Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV*. Tr. it. Milano: Masson.
2. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Tr. it. Milano: Masson.
3. Bergeret J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Parigi: Dunod (trad. it.: *La personalità normale e patologica*. Milano: Cortina, 2002).

4. Bion W.R. (1957). Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica. In: Bion W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1994.
5. Bion W.R. (1959). Attacchi al legame. In: Bion W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1994.
6. Bion W.R. (1962). Una teoria del pensiero. In: Bion W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1994.
7. Canestrari R. (1993). *Psicologia generale e dello sviluppo*. Bologna: Edizioni CLUEB.
8. Corrao F. (1981). Il modello trasformazionale del pensiero. In: Corrao F. *Orme*. Vol. I. Milano: Cortina, 1998.
9. Freud S. (1911). Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. *Opere*, 8: pp. Torino: Boringhieri, 1989.
10. Pancheri P. et al. (1999). Pensiero. In: AA.VV. *Trattato italiano di psichiatria*. Vol. I. Milano: Masson.