

IL SENSO DEL DELIRIO

Roberto Lorenzini

Scuola di psicoterapia cognitiva SPC

Corrispondenza

Roberto Lorenzini, via topino 24, 00198 roma

E-mail: roblore@libero.it

Riassunto

Il delirio non è esclusivamente un sintomo presente in alcune categorie diagnostiche, ma una vera e propria dimensione che attraversa tutta la psicopatologia e ha solide radici anche nel pensiero comune. La sua essenza consiste nell'impossibilità di cambiare. Un filo rosso unisce il normale atteggiamento confermazionista di tutti gli esseri umani, la testardaggine, l'autoinganno, la rigidità nevrotica e il delirio psicotico vero e proprio. La tendenza all'autarchia conoscitiva e alla manipolazione della realtà fino al totale distacco da essa costituisce un continuum e utilizza meccanismi di pensiero assolutamente comuni. Il delirio è psicologicamente comprensibile e connesso alla storia del soggetto e serve a spiegare un vissuto altrimenti incompatibile con gli schemi centrali riguardanti l'identità del soggetto. Tutta la dimensione delirante sta a protezione dell'identità. È possibile una psicoterapia del delirio psicotico. Mentre attualmente gli interventi sul delirio, sia farmacologici che psicoterapici sono orientati alla sua eliminazione come se si trattasse semplicemente di un sintomo senza significato, si propone una psicoterapia del delirio mirata alla comprensione del delirio come protettore della minacciata identità individuale per poterne poi costruire alternative. L'articolo è corredato di 14 schede per il lavoro in seduta e a casa con il paziente delirante.

Parole chiave: delirio, confermazionismo, autoinganno, psicosi, psicoterapia cognitiva, evolucionismo

THE SENSE OF DELUSION

Abstract

Delusion has not to be considered just as a manifestation of a wider disease, but it is an independent dimension, ranging from pathology to normality. It is mainly characterized from an inability to change that can be considered the common base of many behaviors, spreading over the whole spectrum of human functioning, from stubbornness and obstinacy to the more problematic psychotic delusion.

Delusion can be explained as a psychological mechanism strictly connected with the life of the subject and it is necessary to maintain a coherence in the identity of the person while facing intolerable events. In this view, Delusion is considered as a protection for the individual.

It is possible to cure the Delusion. While the present approaches, both psychological and pharmacological ones, focus on eliminating delusion as if it was a simple symptom of the disease, in this paper we propose a psychotherapy of delusion that aims to the comprehension and definition of it as a defense for the individual personality, and a subsequent reorganization of alternative strategies.

SOTTOMESSO MARZO 2018, ACCETTATO GIUGNO 2018

The paper provides 14 sheets for working with the patients, both in a clinical and in a domestic setting.

Key words: delusion, confirmationism, self-deception, psychosis, cognitive therapy, evolutionism

1. Introduzione: perché questo tema

Innanzitutto ho sempre ritenuto che un approccio che pone al centro soprattutto i processi di pensiero fosse il più idoneo ad affrontare un disturbo che ha proprio nel disturbo del pensiero la sua essenza (Arieti 1974; Bleuler 1911).

In secondo luogo per una scelta di campo. Nei 40 anni di questo meraviglioso lavoro ho più volte ringraziato Nostra Signora dell'Ansia che ci permette di mettere insieme il pranzo con la cena e di pagare i mutui ed ho anche capito come i disturbi cosiddetti minori possano portare a sofferenze indicibili, penso ad esempio al Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) e spingere al suicidio più di quanto non facciano i cosiddetti disturbi maggiori. Tuttavia quando immaginai, sulla scia di "Qualcuno volò sul nido del cuculo", di fare lo psichiatra mi immedesimavo nel gigante indiano muto che dopo aver pietosamente soffocato Jack Nicholson lobotomizzato dava la libertà ai matti sfondando la vetrata con un orinatoio divelto dal bagno, antesignano del Marco Cavallo di Basaglia e Beppe Dell'acqua che nel 1973 sfonda le porte del manicomio di Trieste, dando il via alla riforma psichiatrica, un'eccellenza italiana che tutto il mondo ci ha copiato. Inoltre, i matti veri, quelli da barzelletta mi sembravano molto più vari, originali e divertenti di coloro che non riescono a prendere l'ascensore, attraversare le piazze, parlare in pubblico, ecc. Per questo e perché ho vissuto in un tempo in cui, a raccontarlo oggi non sembra neanche vero, si investiva nel servizio, sono entrato nel dipartimento di salute mentale di Viterbo (Lorenzini 2013; 2006) dove ho lavorato come direttore dello stesso fino a che non sono andato in pensione, ormai dieci anni, fa tra pratiche burocratiche e gestionali da manager aziendale. Naturalmente al suo interno ho incontrato colleghi di diversi orientamenti anche più di moda del nostro tempo, toccando con mano quanto il modello epistemologico cognitivista "scopi-credenze", rispecchiando la Teoria della Mente di cui siamo dotati come specie, costituisca una sorta di esperanto comprensibile a pazienti, familiari e colleghi di altri orientamenti e professionalità, consentendo l'elaborazione di progetti terapeutici comprensibili e condivisi.

La scelta, poi, di approfondire teoricamente proprio la paranoia dipende dal suo essere, tra i disturbi gravi (schizofrenia e disturbi dell'umore in primis), quella con meno compromissioni biologiche (Cutting 1989); quantunque ritenga che anche queste due patologie non andrebbero lasciate ad una totale medicalizzazione caldeggiata dalle potenti multinazionali del farmaco della quale l'avanzata delle neuroscienze ci mostra la parzialità. Per questo mi piacerebbe sollecitare un orgoglio psicologico e invitare i colleghi giovani a studiare e proporre modelli per i disturbi gravi che superino il riduzionismo biologico che troppo spesso confina la psicoterapia ad un ruolo ancillare rispetto ai farmaci, semplice psicoeducazione per aumentare la compliance al "vero" trattamento, nonostante sia convinto che i farmaci siano a volte necessari, ma certamente convinto che non siano affatto risolutivi (Lorenzini e Sassaroli 2000).

Altre vicende personali e familiari che farebbero la felicità di uno psicoanalista mi hanno spinto a mettere questo tema al centro delle mie riflessioni, ma non vedo perché elargire queste gioie alla concorrenza ed allora torno al tema partendo dai massimi sistemi per darmi un tono e scendere poi via via alla pratica clinica di tutti i giorni, quella dalle mani sporche.

2. Dalla brodaglia ancestrale agli umani

Da quando nel brodo primordiale per caso - o se preferite per il disegno intelligente di un architetto - la cui possibile esistenza genera più problemi di quanti ne risolve, una molecola si replicò identica senza accorgersene per la totale assenza di specchi, lo scopo ultimo di tutti i viventi è essere al servizio della tirannica vita. I geni egoisti, come sostiene Dawkins (1976), fabbricano le specie e i singoli organismi come macchine al servizio della loro replicazione. Quando non funzionano li rottamano e sperimentano nuovi prototipi senza troppi rimpianti o campagne contro l'estinzione "via e avanti un nuovo modello!". Se lo scopo ultimo è la riproduzione, quello immediatamente penultimo è la sopravvivenza. Provate, infatti, a farlo da morti e scoprirete quanto sia scomodo, nonostante il nome, il famoso "rigor mortis".

I modi in cui si persegue questo scopo, penultimo della sopravvivenza, sono diversi da specie a specie e all'interno della specie umana, quella a cui fa psicoterapia la maggior parte di noi, si differenziano a seconda delle varie culture, delle diverse famiglie in cui si è nati e soprattutto dei singoli individui. Insomma gli esseri umani sono diversi tra loro per le diverse strategie che inventano costantemente per sopravvivere e dunque riprodursi nell'ambiente e nel tempo in cui gli è capitato di vivere.

Prole inetta non sa fare quasi nulla per cavarsela da sola e ha bisogno di un prolungato periodo di affiancamento con degli esemplari adulti che gli trasmettano informazioni su come funziona il mondo, su ciò che è buono e ciò che non lo è. A fronte di pochi programmi istintuali innati finalizzati a relazionarsi con i genitori, tali esemplari hanno un hardware formidabile con una potenza elaborativa straordinaria che consente loro mutevolezza e, dunque, adattabilità a situazioni molto diverse. Gli umani perseguono i propri scopi vissuti come desideri, bisogni e aspirazioni personali, nonostante siano al servizio della vita che li inganna facendoli sentire protagonisti per ottenere il massimo della compliance, arrivando persino a marcare con il piacere intenso quelle cose come mangiare e copulare che proprio non bisogna dimenticare, pena l'estinzione che all'individuo potrebbe pure non interessare, essendo comunque la sua assolutamente certa, ma alla specie sempre in competizione con le altre sembra disturbare parecchio. Per perseguire i propri scopi la specie umana ha sviluppato un sistema molto efficiente ed economico reso possibile dalla capacità di creare rappresentazioni mentali che consente un problem solving mentale permettendo così di lasciar morire le ipotesi sbagliate cambiando idea, invece di morire insieme ai propri errori (Bateson 1972; Beck 1988; Beck e Rector 2000).

In estrema sintesi, per funzionare l'uomo ha bisogno esclusivamente di una rappresentazione degli scopi ovvero gli obiettivi da raggiungere o stati desiderati e contemporaneamente di una mappa dell'ambiente e del suo stesso funzionamento. Per saltare un fosso devo avere qualcosa che mi attrae sull'altra sponda, una idea della larghezza del fosso e delle mie capacità atletiche. Tutto qui.

Tutto questo non implicherebbe ancora necessariamente una coscienza di sé. Gli animali funzionano anch'essi con una rappresentazione dell'ambiente, senza probabilmente avere bisogno di questa autoconsapevolezza che alcuni autori (Ligotti 2016), sulla scia della tradizione filosofica pessimista, considera un errore dell'evoluzione, perlomeno nelle forme così ipertrofiche che ha assunto nella specie umana, e causa di tutte le sofferenze che garantiscono a noi il lavoro e agli umani una sofferenza risolvibile solo con il suicidio o la morte naturale. Ma qui si aprirebbe un deragliamento troppo lungo su un altro tema.

Tornando al focus del nostro tema, se la sopravvivenza è garantita dal meccanismo rappresentativo "scopi-credenze", è evidente come il costante aggiornamento delle mappe sulla

base dell'esperienza sia uno scopo trasversale e propedeutico a tutti gli altri, sempre attivo e fondamentale. È con l'esperienza individuale che si aggiornano le mappe ereditate dalla specie, dalla cultura e dalla famiglia di appartenenza. L'efficienza di questo processo è decisiva per il successo nel perseguimento degli scopi.

Secondo il falsificazionismo popperiano (Popper 1934, 1963, 1972) una revisione della mappa diventa necessaria soltanto quando un'aspettativa viene invalidata. È solo in quel momento che la costruzione soggettiva che ognuno di noi ha del mondo impatta con i "no" della realtà. Quando tutto va secondo le attese prevalgono i meccanismi confermazionisti e non avviene alcun apprendimento.

Di fronte ad una invalidazione, un fallimento previsionale, occorre invece necessariamente inventare una nuova teoria/mappa che dia ragione di tutto quanto già spiegava la teoria/mappa precedente che verrà, dunque, inclusa come un caso specifico in una teoria/mappa più ampia, che dia anche spiegazione dell'anomalia che è stata motivo di invalidazione.

3. Dal confermazionismo attraverso l'autoinganno fino al delirio

In altri termini la crescita della conoscenza è sempre attivata da un'invalidazione. Se è vero che ci piace molto e ci rassicura avere ragione è altrettanto vero che la nostra "Sapienza" cresce quando ci rendiamo conto di avere torto. Dirò più avanti che rendersene conto è un lusso che non tutti, chi ha un delirio ad esempio, possono permettersi; per farlo occorre avere delle costruzioni alternative. Questa dinamica del cambiamento costante è il fondamento della salute mentale e il suo opposto, "l'inerzia al cambiamento", può considerarsi una dimensione esplicativa di tutta la psicopatologia. In quella che potremmo chiamare, riecheggiando Freud, la "psicopatologia della vita quotidiana" il confermazionismo diventa facilmente testardaggine e, spesso, consolatorio autoinganno che, a dispetto della tanto sopravvalutata ricerca della verità, ci impegna moltissimo per ridurre gli affanni del vivere, potendo suonarsela e cantarsela secondo il proprio gradimento.

Affacciandosi nel territorio della psicopatologia troviamo la terra di mezzo delle antiche nevrosi dove, per dirla con Kelly (1955), una costruzione che si è dimostrata fallimentare continua ad essere utilizzata. È esperienza quotidiana di ogni terapeuta la difficoltà a modificare le credenze disfunzionali del paziente. Se ho chiarito a sufficienza quanto sia importante avere buone mappe, sarà altrettanto evidente quanto, per un sistema cognitivo, sia drammatico non averle o rischiare di perderle. Dunque l'invalidazione è ad un tempo croce e delizia dei sistemi cognitivi che sono deputati a fare previsioni per il raggiungimento degli scopi. Possiamo sinteticamente affermare che se l'elasticità e la possibilità di cambiare con l'esperienza sono garanzia di buon adattamento e salute mentale; di contro, la resistenza al cambiamento, l'inerzia cognitiva rappresenta una dimensione psicopatologica che attraversa la vita quotidiana, caratterizza l'esperienza nevrotica e trova la sua piena e compiuta espressione nel delirio che rappresenta l'ultima disperata possibilità di non perdere del tutto capacità previsionale sulla propria realtà quando una pesante invalidazione colpisce pilastri identitari ritenuti insostituibili (Garety 1992, 2003; Jaspers 1913). Se dovesse prenderne atto il soggetto non riconoscerebbe più se stesso ed il mondo in cui sta, finirebbe in una di quelle aree tabù che normalmente definiamo "impensabili", a cui si dice comunemente, quasi si preferirebbe la morte se non fosse anch'essa il prototipo dell'ignoto (Khun 1962; Lakatos e Musgrave 1970).

Quando una tale invalidazione si presenta alle porte ed è troppo massiccia perché i buttafuori dell'autoinganno possano respingerla o concedere l'ingresso dopo adeguato travestimento, il soggetto sperimenta una grande angoscia, quel particolare stato d'animo predelirante

(whanstimmung) in cui tutto sembra diverso, strano, sconosciuto, cangiante; né il mondo né sé stessi sono come prima. Da questa situazione estremamente sgradevole di incontenibile angoscia psicotica si esce con l'esperienza dell'eureka! L'intuizione delirante che nello stesso tempo restituisce prevedibilità riconfermando, a dispetto dei dati di realtà, le antiche costruzioni e fa perdere la consensualità con gli altri esseri umani, entrando in una "verità privata" nel doppio senso di "personale" e "mancante". Il soggetto può ricordare questa esperienza come il momento in cui "ha capito tutto" e ha sperimentato la soddisfazione che si prova quando si risolve un rompicapo; lo scenario che gli è apparso per quanto brutto e sgradevole diventa comprensibile secondo i suoi schemi, sensato. Da quel momento il soggetto si allontana dagli altri sentendo che essi non potevano capirlo e anche gli altri si sono distanziati iniziando a trattarlo come una persona strana e bisognosa di cure.

Il delirio che si va consolidando da quel momento iniziale, articolandosi, dettagliandosi, arricchendosi e confermandosi è, in sostanza, un enorme autoinganno a difesa dell'identità che scatta nel momento in cui una invalidazione, o perché troppo vasta e massiccia o perché a carico di un sistema povero di alternative o di capacità elaborativa (essere stupidi non è indispensabile, ma aiuta e andrebbero riconsiderate le antiche cosiddette "psicosi d'innesto"), rischia di lasciare il soggetto privo di capacità predittiva (Rossi Monti 1984, 2008). Di fronte ad una tale invalidazione inassimilabile, se gli schemi non sono in grado di accomodarsi piagetianamente alla nuova sconosciuta prospettiva, saranno loro a imporsi, asservendo i dati di realtà alla teoria da mantenere a tutti i costi. Del resto quando mai i fatti cambiano le teorie che siano le idee politiche, le passioni sportive o i fanatismi d'ogni genere? Sono piuttosto proprio le teorie a dare significato sempre identico ai fatti stessi. Pur di mantenere una residua comprensione del reale si rinuncia di buon grado alla verosimiglianza e alla consensualità con gli altri.

4. Le varie forme del delirio

Il delirio, che non troviamo soltanto nella paranoia, è una sorta di jolly euristico che si gioca quando si è perso tutto e non ci si capisce più niente (Kingdom e Turkington 1997; Stanghellini 2006).

Faccio alcuni esempi al di fuori della paranoia.

Il delirio situazionale lo abbiamo quando ci si trova di fronte ad un cambiamento drammatico, massiccio e improvviso della realtà (catastrofi, grandi traumi, lutti improvvisi) e pur comprendendolo razionalmente non si riesce a prenderne atto.

Il delirio cosiddetto olotimico, ovvero quello congruo con il tono dell'umore che si ha talvolta nel disturbo bipolare. Normalmente pensiamo che siano le idee di grandezza e onnipotenza a produrre l'innalzamento del tono dell'umore e, di contro, che i pensieri di colpa e di rovina determinino il down depressivo. Questo è certamente vero e costituisce un meccanismo di rinforzo e mantenimento, credo però che in taluni casi, con forte componente biologica o da abuso di sostanze, il primo movimento sia quello umorale e il delirio sia una spiegazione successiva che il soggetto si dà per dare senso a come si sente. L'explicanda è lo stato d'animo e il delirio la sua spiegazione.

Infine il delirio schizofrenico (Frith 1992) è la spiegazione delle dispercezioni e dei vissuti emotivi del soggetto in particolare rispetto al problema del confine e della differenziazione dall'altro.

Prima di esaminare più da vicino le caratteristiche del delirio paranoico e di proporre poi una strategia terapeutica, occorre ragionare sul perché il delirio sia fenomeno piuttosto raro (tra

il 2 e il 4% a seconda delle popolazioni) mentre le invalidazioni sono all'ordine del giorno per chiunque sia impegnato nel mestiere di vivere. Possiamo dire che su mille che subiscono invalidazioni, la maggior parte le ignorano serenamente e vanno avanti come se niente fosse sulla trafficatissima autostrada del confermazionismo, al massimo con qualche fastidio nevrotico quando le cose non tornano come vorrebbero (il mio straordinario professore di Psichiatria alla Sapienza Giancarlo Reda, padre di Mario, per spiegare la differenza tra nevrotici e psicotici diceva che per uno psicotico due più due fa ora 3, ora 4, ora 6, mentre per un nevrotico fa sempre 4, ma gli dà tanto fastidio), cinquanta imboccano la mulattiera dell'autoinganno garbatamente come tutti noi o così marcatamente da risultare ridicoli agli occhi degli altri, ma solo tre si inerpicano sull'impervio sentiero del delirio a denominazione d'origine controllata.

Come spiegare il fatto che non tutti deliriamo allegramente?

Potrei cavarmela con una soluzione analogico-quantitativa dicendo che dipende da un lato dalla centralità e dalla gravità dell'invalidazione subita e dall'altro dalla rigidità e mancanza di alternative del sistema, ma mi pare appunto un'ipotesi ad hoc che non spiega il delirio e semmai fa parte del mio delirio esplicativo del delirio.

Potrei anche rimandare ad una certa tendenza ereditaria a delirare che peraltro trova conferma negli studi di genetica, ma così facendo farei un salto di piano logico abbandonando quello psicologico sul quale mi ostino a muovermi.

Potrei anche analizzare tutti i meccanismi che mantengono il delirio spacciando una descrizione o, peggio, un'etichettatura nominalistica come fosse una spiegazione. Abitudine molto frequente e, incredibilmente, per molti soddisfacente, per cui per spiegare la difficoltà di un soggetto a parlare in pubblico o ad avvicinare un partner si dice "perché è timido" o - peggio - "insicuro" (panacea per tutte le spiegazioni), convinti di aver fatto un passo avanti nella comprensione del problema. Questo fenomeno di ottundimento critico non è da prendere sottogamba perché spesso le diagnosi sono di questa categoria.

Solo un po' più elegantemente potrei rifugiarmi in una spiegazione evolucionistica sostenendo che nei periodi di stabilità che sono di gran lunga i più lunghi nella storia della specie e in quella individuale, il confermazionismo e l'inerzia cognitiva, che Cloninger (1994) chiama "Persistenza", siano un fattore adattivo, mentre nei rari periodi di cambiamento sia più adattiva la polarità opposta della creatività che Cloninger chiama "Ricerca della novità", motivo per cui per affrontare la routine della quotidianità è meglio avere accanto un tedesco, ma se si deve andare incontro a imprevisti e novità è meglio affiancarsi ad un napoletano.

Tutte queste ipotesi esplicative sul perché solo alcuni delirino provocano a me terribili sommovimenti intestinali e mi fanno temere incontenibili conseguenze per cui a mio avviso è chiaro che di ciò si dovrà occupare chi viene dopo di noi, io mi fermo qui dicendo che "il delirio è in continuità col pensiero normale, è una potenzialità presente in ciascuno, consistente nel rifugiarsi in una realtà privata quando non si hanno gli strumenti per comprendere e fronteggiare la realtà che ci si para innanzi". Siccome, però, in attesa che i giovani studino e ci rendano desueti e vintage le nostre spiegazioni, i pazienti bussano alla nostra porta qualcosa si dovrà pur fare e dunque ritorniamo alla paranoia e a che farne.

5. Riconoscere il delirio

Iniziamo dal problema della diagnosi o più semplicemente del distinguere un paranoico, operazione non sempre facilissima (sono spesso persone ad alto funzionamento sociale e lavorativo presenti invisibili tra noi), evidenziando quali siano falsi e veri spartiacque tra il

pensiero normale e il delirio.

La prima affermazione che si può discutere è che il delirio affermi cose false al contrario del pensiero normale che dice il vero (si usa dire, infatti, per indicare un paziente psichiatrico che “il cervello non gli dice il vero”). Questa distinzione non è affatto dirimente: abbiamo tutta una serie di credenze errate che non sono affatto deliri ma semplicemente errori, ignoranze, stupidità. Di contro alcuni deliri possono rispecchiare la realtà. Ad esempio è noto il delirio di gelosia degli alcolisti che frequentemente diventano impotenti e per salvare la loro idea di virilità attribuiscono la mancanza di rapporti al tradimento della partner (meglio cornuti che impotenti). Tali individui diventano pesanti, molesti e, dunque, frequentemente effettivamente cornuti il che non li rende meno deliranti ma semplicemente sono deliranti e cornuti in comorbidità.

Un secondo presunto spartiacque è lungo la dicotomia “bizarro/comune”. Non è vero che tutte le credenze bizzarre siano deliranti, basti pensare alla maggior parte di quelle religiose che affermano cose francamente inverosimili e, al contrario molti deliri (gelosia e persecuzione), si riferiscono a evenienze della vita possibili e straordinariamente comuni. Infatti nel DSM 5 (APA 2013) la bizzarria non rientra tra i criteri diagnostici. Una terza caratteristica identificata da Jaspers (1913) (forse il più acuto psicopatologo dei tempi moderni) è l'inderivabilità, intendendo che il delirio è scollegato dalla storia e dal mondo psicologico del soggetto quasi fosse una produzione estranea, parassita della vita mentale. Personalmente ritengo, presuntuosamente, che tale affermazione dipenda da un bias osservativo di Jaspers che per scrivere il suo affascinante “Psicopatologia generale” (1913), che ancora affascina e merita di essere letto, si chiuse per tre anni insieme ai pazienti nel manicomio di Heidelberg. L'unico modo di vedere pazienti ricoverati da anni in un contesto isolato in cui i legami tra i temi deliranti e la loro vita reale erano andati perduti nel tempo (affascinante il caso ripreso poi da Jung, di una paziente che ripeteva da decenni un'unica stereotipia comportamentale apparentemente senza senso che invece era il gesto tipico del calzolaio, mestiere del suo fidanzato, dopo la cui precoce morte lei era impazzita); in Italia, invece, dopo la legge 180 abbiamo avuto la fortuna di osservare i deliri allo stato nascente e nel contesto in cui prendono forma e hanno significato, al punto che il loro ruolo compensativo e consolatorio di un'identità ferita è talmente evidente da sembrare spesso un aneddoto inventato apposta per motivi esemplificativi didattici.

L'ultima caratteristica rappresenta, a mio avviso, il più solido spartiacque e si può riassumere con il termine “incriticabilità” ovvero il fatto che non c'è alcun fatto che possa far cambiare idea al delirante; si ha la netta impressione di cozzare contro un muro di gomma, la stessa sensazione che si prova di fronte ai credenti di molte fedi e ai fanatici in genere, entrambe esperienze il cui confine con il delirio è molto sfumato. Per dirlo in modo più preciso ed elegante con la terminologia popperiana, possiamo affermare che una credenza è delirante quando la classe dei suoi potenziali falsificatori è vuota.

6. La teoria della clinica

Se il delirio è un inceppamento del normale meccanismo di crescita della conoscenza attraverso l'esperienza, perché il sistema incontra una invalidazione dei costrutti centrali dell'identità e, non essendo in grado, per i motivi più vari di accomodarli, è costretto, per non perdere previsionalità sulla realtà, ad assimilare forzatamente i dati ai vecchi schemi, ribadendoli con l'aggressività, che secondo la definizione di Kelly (1955) è “il tentativo di estorcere validazioni ad una credenza già dimostratasi fallimentare”; la terapia consisterà sostanzialmente nel riattivare il normale ciclo dell'esperienza agendo su due aspetti distinti procedurale e contenutistico:

- da un lato si tratterà di correggere gli errori procedurali dei bias confermazionisti (Piattelli-Palmarini 1995) e di sviluppare la metacognizione attraverso la consapevolezza dell'aspetto congetturale di ogni conoscenza per disinnescare tutti i meccanismi di mantenimento delle credenze deliranti (Lorenzini 2012).
- dall'altro di identificare le rigidità nei costrutti identitari e arricchirli in modo da rendere pensabile ciò che non lo era, operazione che mi piace chiamare, in omaggio a Jung, "la costruzione dell'Ombra" in modo da eliminare il ruolo di salvavita che rende il delirio indispensabile.

7. La relazione terapeutica

Inutile dire che prima di tutto questo occorre creare una buona relazione terapeutica, operazione non semplice con una persona delirante e che diventa impossibile se il terapeuta viene percepito come minaccioso e fatalmente incluso nel delirio stesso qualora tenti di attaccarne il contenuto da subito a testa bassa. È importante tenere a mente che il delirio è un salvagente per evitare il naufragio nel caos; è quanto di meglio il soggetto è riuscito a fare per mantenere un minimo di prevedibilità e coerenza nel suo mondo.

Si dovrà, dunque, accogliere pienamente la sofferenza del paziente sospendendo, però, ogni giudizio sul contenuto del delirio stesso. Un breve esempio chiarirà il concetto. Un giovane si rivolse al Centro di Salute Mentale (CSM) perché non sopportava più di non essere creduto da nessuno circa il fatto di essere Noè (Lorenzini 2016). Gli dissi che capivo, per averla sperimentata personalmente, la sofferenza di non essere creduto dalle persone più care e su questo avremmo potuto lavorare, poco mi importava se fosse o meno Noè. È chiaro che l'aggancio e la compliance sarebbero stati più solidi se gli avessi detto di credergli, ma presto sarei stato impegnato con lui, martello in mano e chiodi tra le labbra, nella costruzione dell'Arca o inviato a ricercare la coppia di unicorni per non ripetere gli errori passati.

8. Identificazione e costruzione dell'Ombra

Il secondo passaggio è quello di identificare l'evento scatenante che ha reso necessario il rifugiarsi nel delirio e quale sia stato il costrutto identitario invalidato.

Per questo si può utilizzare la **scheda 1** a due punti sia in seduta che come compito a casa

- elementi irrinunciabili della tua identità "*io sono uno...*" *autocaratterizzazione*
- eventi che possono aver minacciato quel modo di vedere te stesso nell'anno precedente allo star male

Scheda 1 – "*L'impensabile e lo scompenso*"

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Come sono io• Eventi che possono aver minacciato questo modo di vedermi... .. |
|---|

Una volta identificato il centro dolente dell'identità, colpito dall'invalidazione che ha rischiato di far precipitare il soggetto in una sua area impensabile o tabù, occorre lavorare per renderla pensabile. Di seguito propongo schede per compiere questo percorso.

Per addomesticare il *mostro* dal quale si fugge il primo passo è identificarlo esattamente e

dargli poi un nomignolo sia per rendere più rapida la comunicazione che per oggettivarlo e forse ridicolizzarlo con la **scheda 2 – “Il mostro”**

- Descrizione accurata della situazione temuta (capolinea del laddering dell’orrore)
- Nomignolo in codice attribuito al mostro.

(Ad esempio il mostro solitudine e abbandono lo potremmo chiamare “Robinson”, quello della povertà “San Francesco”. Naturalmente possono essere più di uno e più o meno correlati)

Nell’avvicinamento al *mostro* è bene procedere con cautela e inizialmente in riferimento ad altri piuttosto che al paziente stesso.

Può essere utile la **scheda 3 – “Osservarlo da lontano”**

A) Persona reale che conosci che lo ha sperimentato:

- come trascorre il suo tempo?
- quali attività può fare?
- quali sono i suoi pensieri?
- come si sente?

B) Quando nella tua vita sei andato vicino a situazioni analoghe: ti è certamente capitato nella vita di trovarti in una situazione un po’ simile?

- Ti ricordi come l’hai affrontata,
- cosa facevi e come stavi?

Il passo successivo prevede un avvicinamento in immaginazione alla situazione temuta e può essere utilizzata la **scheda 4 – “Immaginarlo”**

Immaginati nella situazione temuta:

- Che faresti?
- come sarebbe concretamente una tua giornata? Devi riempire ventiquattr’ore, non basta dire che sarebbe orribile, cosa faresti?

Per prendere le distanze dalla paura del *mostro* e aumentare la motivazione alla terapia che in questa fase è certamente dolorosa è utile ricostruire la storia di apprendimento e valutare i costi sostenuti fino ad allora nella vita del paziente per evitare le aree tabù utilizzando le schede 5 e 6.

Scheda 5 – “Come me lo sono messo in testa”

Apprendimento:

- dove hai imparato che tale situazione è davvero mostruosa, come te lo sei messo in testa?
- Sono stati insegnamenti familiari e/o esperienze personali?
- È possibile che fosse valido allora ma non più oggi?

Scheda 6 – “Quanto mi costa”

Prova a fare un bilancio di quanto ti è costato e della fatica che hai fatto in tutta la tua vita passata per tenerti lontano da questo mostro e leggi il racconto “Il colombre” di Dino Buzzati (1956).

Un ulteriore passaggio è la conoscenza nel mondo reale del *mostro* temuto per scoprire che il diavolo non è poi così brutto come lo si dipinge. È utilizzabile la scheda 7 per l’esposizione

Scheda 7 – “Conoscenza ed esposizione”

- Vai alla ricerca di libri, sia saggi che romanzi, in cui si parla della situazione in questione allo scopo di conoscerla meglio e renderla, di conseguenza, meno spaventosa.
- Immagina piccole situazioni concrete simili, anche se di entità minore, al mostro di cui ti stai occupando e prova a sperimentarle realmente, sarà faticoso ma potrai scoprire che il diavolo non è così brutto come lo si dipinge.

Dopo aver lavorato su queste 7 schede è possibile dover ricominciare per un altro giro, perché naturalmente non è affatto detto che il *mostro* sia uno solo anzi, spesso sono una famiglia per cui questo percorso va ripetuto per ciascuno dei mostriciattoli.

Dopo aver finalmente sgombrato il campo da aree tabù è ora possibile immaginare un progetto esistenziale nuovo, più autentico e personale, utilizzando la scheda 8 che utilizza alcuni esercizi presi a prestito dall’ACT:

Scheda 8 – “Riscrivere la storia e immaginare un futuro senza vincoli”

Ora che i *mostri* che ti facevano fuggire dalla realtà per paura di incontrarli li hai un po’ addomesticati, prova a raccontarti un’altra narrazione su come possono essere andate le cose. Ma soprattutto prova a immaginare un futuro, un nuovo progetto di vita, libero dalla paura dei *mostri* alla ricerca della tua personale felicità.

Aiutati con i seguenti esercizi:

1. immagina sul letto di morte, elenca le cose per cui ti pentirai di aver sprecato troppo tempo ed energie
2. e le cose a cui rimpiangerai di averne dedicato troppo poco
3. cosa vorresti ci fosse scritto sulla tua lapide
4. prova a scrivere 7 tuoi desideri profondi

9. Attacco ai meccanismi confermazionisti di mantenimento del delirio

Una volta reso pensabile l’impensabile, ci si può dedicare a smontare pian piano i meccanismi confermazionisti che mantenevano il delirio, sempre con cautela e favorendo il decentramento, riferendo inizialmente quanto si va scoprendo ad altri.

Di seguito delle schede utili per i singoli *bias* che possono essere utilizzate sia in seduta che come homework.

Scheda 9 – “L’avvocato e le possibili spiegazioni alternative”

È importante che le alternative le consideri come un puro esercizio teorico; sono solo ipotesi destituite di ogni fondamento che non mettono in discussione la verità delle tue convinzioni:
descrizione evento

- spiegazione consueta tua (forse delirante?)
- spiegazione alternativa di ...
- spiegazione alternativa di ...
- spiegazione alternativa di ...
- Se lo stesso evento fosse capitato ad un altro (identificalo) quali spiegazioni ti sarebbero sembrate possibili?

Scheda 10 – “Ti piace vincere facile” è utile per rendersi conto dell’assenza di falsificatori

Idea presunta delirante o giudicata tale dagli altri
.....

Fatti che se si verificassero ti convincerebbero che è falsa

1.
2.
3.

Se non ci sono fatti, non vale, stai giocando sporco

Scheda 11 – “Esame di coscienza inverso” serve per favorire uno spostamento dell’attenzione selettiva

Idea solita che si vuole mettere in discussione: _____

Conferme di giornata: _____

Disconferme di giornata: _____

Scheda 12 – “Ricordi scomodi” è dedicata alla memoria e all’oblio selettivi

Presunta idea delirante: _____

Ricordi anche piccoli che non si conciliano con l’ipotesi?

1.
2.
3.

Ipotesi alternative che meglio darebbero ragione di quei ricordi _____

Con la **Scheda 13 – “Chi cerca trova legami e coincidenze inesistenti”** per mostrare come sia facile trovare legami e coincidenze apparentemente significative.

Immagina che il complotto di cui ti senti vittima sia gestito separatamente da persone per te significative e identificale precisamente.

Ora, per ciascuno di essi trova degli elementi che lo colleghino con qualcosa presente:

- nel tuo soggiorno
- nell'ultimo libro che hai letto
- nell'ultimo film che hai visto
- al tuo migliore amico
- al tuo terapeuta

Scheda 14 – “*A piccoli passi tutto diventa credibile*” per mostrare come costruendo possibili scenari intermedi ciò che è del tutto impossibile diventa verosimile

A mente fredda stima quanto è probabile un'invasione italiana da parte della Svizzera: %...?

Ora immagina i seguenti scenari intermedi:

Salvini dichiara la secessione della Padania, in seguito dai servizi si rifugia a Lugano dove viene catturato sul lungolago e chiede asilo politico al Canton Ticino;

Vendola da Bari si indigna per la perdita dell'integrità nazionale e chiama a raccolta tutti la sinistra;

Buffon si mette alla testa di un movimento riunificazionista;

Ora datti da fare tu con tutti gli altri passaggi necessari fino alla caduta di Berna e al trasferimento a Roma della statua di Guglielmo Tell;

... ma non farlo su altro che si finisce per crederci e l'impossibile diventa possibile

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Arieti S (1974). *Interpretation of schizophrenia*. Tr. it. *Interpretazione della Schizofrenia*. Feltrinelli Editore, Milano 1978.
- Beck AT (1988). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio Editore, Roma.
- Beck AT, Rector NA (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy* 54, 291-300.
- Bleuler E (1911). *Dementia Praecox oder der Gruppe der Schizophrenien*. Tr. it. *Dementia Praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- Buzzati D (1956). *Il colombre ed altri cinquanta racconti*. Edizioni Mondadori, Milano.
- Carboni F, Chiarini G, Civitelli G, Lorenzini R, Naticchioni C, Piras L, Scorzino A, Sgamellotti AR (2013). *Matti Persi, Matti ritrovati*. Cantagalli Editore, Siena.
- Chadwicick P, Birchwood M, Trower P (1997). *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*. Astrolabio Editore, Roma.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO.
- Cutting J (1989). *Psicologia della Schizofrenia*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Dawkins R (1976). *The selfish gene*. Tr. it. *Il gene egoista*. Mondadori Editore, Milano 1979.
- Frith CD (1992). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

- Garety PA (2003). The future of psychological therapies for psychosis. *World Psychiatry* 2, 3, 147-52.
- Garety PA (1992). Making sense of delusion. *Psychiatry* 55, 282-291.
- Jaspers K (1913). *Psicopatologia Generale*. Tr. it. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
- Kelly GA (1955). *The Psychology of Personal Construct*. Norton, New York. Tr. it. *La Psicologia dei costrutti personali*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
- Kingdon D, Turkington D (1997). *Psicoterapia della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kuhn T (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Tr. it. Einaudi Edizioni, Torino 1969.
- Lakatos I, Musgrave A (1970). *Critica e crescita della conoscenza*. Tr. it. Feltrinelli Editore, Milano 1978.
- Ligotti T (2016). *La cospirazione contro la razza umana*. Il saggiatore Edizioni, Milano.
- Lorenzini R (2013). *Storie di terapie*. Alpes Edizioni, Roma.
- Lorenzini R (2012). *Autoterapia del delirio*. State of Mind Editore, Milano.
- Lorenzini R (2016). *Trame di vita intrecciate: pazienti e operatori della salute mentale*. Alpes Edizioni, Roma.
- Lorenzini R, Coratti B (2008). *La dimensione delirante*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lorenzini R, Sassaroli S (2000). *La mente prigioniera*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lorenzini R, Sassaroli S (1992a). *La verità privata*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Lorenzini R, Sassaroli S (1992b). *Cattivi pensieri: i disturbi del pensiero paranoico, schizofrenico e ossessivo*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Lorenzini R, Sassaroli S (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rossi Monti M (2008). *Paranoia, Scienza e Pseudoscienza: la conoscenza totale*. Fioriti Editore, Roma.
- Popper K (1934). *Logik der Forschung*. Springer-Verlag, Vienna. Tr. it. *Logica della scoperta scientifica*. Einaudi Edizioni, Torino 1970.
- Popper K (1963). *Conjectures and Refutations*. Routledge and Kegan Paul, London. Tr. it. *Congetture e confutazioni*. Il Mulino Edizioni, Bologna 1972.
- Popper K (1972). *Objective Knowledge. An Evolutionary Approach*. Clarendon, Oxford. Tr. it. *Conoscenza oggettiva*. Armando Editore, Roma 1973.
- Rossi Monti M (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rossi Monti M (1984). *La Conoscenza Totale*. Il Saggiatore, Milano.
- Stanghellini G (2006). *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina Editore, Milano.