

IL DELIRIO SCHIZOFRENICO

ARNALDO BALLERINI

Ripensare la schizofrenia sembra essere uno dei compiti prioritari della psicopatologia clinica e nosografia psichiatrica di oggi, con i dubbi che molti di noi hanno sulla definizione e delimitazione del concetto stesso di malattia schizofrenica, sulla sua autonomia e i suoi limiti. E tuttavia ci confrontiamo nella prassi con una serie di pazienti che hanno una percepibile “somiglianza di famiglia” nel loro patologico modo di essere. “Somiglianza di famiglia” non è una espressione così *naïf* come potrebbe sembrare, visto che la impiega Wittgenstein (1977) ed è possibile base per una classificazione tipologica. Sono quei pazienti che tendono ad evolvere, in tempi lunghi o anche relativamente brevi, verso una grave perdita di competenza sociale e verso l’edificazione di un mondo personale ermetico. Se vogliamo conservare per queste persone il nome di “schizofrenici”, potremmo essere tentati di riproporre il pensiero di Ey (1954, 1955, 1960) per il quale il “processo” schizofrenico è il suo potenziale evolutivo verso l’organizzazione della vita autistica a partire da sindromi psicotiche diverse.

In questo contributo mi riferisco al rapporto che può esistere o no fra il delirare e quella sindrome che ancora possiamo chiamare schizofrenia.

Wolfgang Blankenburg (1971) scrive che alla ricerca fenomenologica e *dasein*-analitica è stato mosso il rimprovero di occuparsi soprattutto di psicosi produttive paranoide, ma ben poco di quelle evoluzioni che si rivelano fin dall’inizio assai più marcatamente deficitarie.

È vero che nella ricerca fenomenologica e dasein-analitica il delirio è stato ampiamente in primo piano, per i molti punti di appoggio che può offrire agli sforzi interpretativi del mondo schizofrenico,

Ma così come avviene per l'insieme della ricerca fenomenologica, anche l'attuale ricerca dasein-analitica tende a ritornare dal rapporto oggettivo con il mondo a un rapporto pre-oggettivo, dal rapporto predicativo a un rapporto ante predicativo.

Per parte sua Kimura Bin nella autobiografia dice: «Il mio sguardo si posava più sull'autismo che sul delirio, più sulla struttura dell'esperire che sul contenuto esperito e più sulla crisi della ipseità dell'Io nella *aida* con l'altro che sul disturbo dell'Io solipsistico» (1992).

Per questo autore gli esseri umani, e soltanto essi, hanno dovuto assumersi durante lo sviluppo il difficile compito d'integrare il divario fra due livelli di soggettività, fra una di specie e una individuale, fra membro di una società umana e un unico singolo sé. Dal punto di vista fenomenologico, la schizofrenia rappresenta una «patologia dell'essere se-stesso in relazione con gli altri» (Kimura Bin).

Certo è che l'accostamento delirio-schizofrenia è una delle *impasse* nelle quali ci ha storicamente trascinato il concetto di schizofrenia. Ma innanzitutto occorre osservare che il concetto di Delirio appartiene al circolo comunicativo e speculativo, all'universo semantico della psicopatologia, mentre il concetto di Schizofrenia a quello della nosografia. Non vi è mai stato, e forse non vi potrà essere, una sovrapposizione completa dei due ambiti, dei due campi di ricerca, che utilizzano "organizzatori" (A. Ballerini e G. Stanghellini, 1991) differenti e che si muovono in definitiva con scopi non identici, nonostante il progetto, che illumina l'opera di Kurt Schneider (1950), di fondare la categoria schizofrenia su esclusive basi di psicopatologia, quali i Sintomi di Primo Rango e fra questi il ruolo fondamentale della percezione delirante.

La grande sintesi di Kraepelin (1889) riuniva, come sappiamo, nella malattia *Dementia Praecox* quadri psicotici disparati, dalla ebefrenia alla maggior parte dei deliri, sul principio degli esiti in comune, assai fatalmente destinati ad una condizione cronica di disgregazione simil-demenziale, anche se tutt'altro che uguale alle demenze su base organica. Lo stesso Kraepelin ad un certo punto del suo pensiero distaccò le sindromi "parafreniche", in quanto trattasi di vistosi deliri cronici che tuttavia non evolvono verso uno stato di decadimento, né verso una pervasiva chiusura ermetica nel mondo personale.

Il principio ordinatore kraepeliniano era quindi che ad esito uniforme deve corrispondere un uniforme processo di malattia.

Nei cento anni seguiti una lunga serie di studi, molti dei quali di eccellente livello, è stata condotta sugli esiti della malattia di Kraepelin,

rifusa da E. Bleuler (1911) nel concetto di “gruppo delle Schizofrenie”. Anche se Bleuler non era molto più ottimista di Kraepelin circa gli esiti delle schizofrenie, lo spostamento di accento da lui operato sui meccanismi dinamico-psicologici del disturbo, e la sua idea che si trattasse comunque di una sorta di “demenza affettiva” e non intellettiva, incoraggiavano la verifica di possibilità prognostiche comportanti una reversibilità. Una delle più accurate valutazioni dei fattori influenzanti il decorso e gli esiti della schizofrenia è quella condotta molti anni fa nello studio internazionale sui decorsi-esiti della schizofrenia (WHO, 1979). Dei quarantasette probabili predittori analizzati il più potente predittore di cattivo decorso è la condizione pre-psicotica di scarsa integrazione nella vita sociale e sessuale. Non è difficile scorgere in questa constatazione empirica un richiamo agli eventuali tratti autistici nella personalità pre-morbosi.

Luc Ciompi concludeva definitivamente che non esiste una cosa definibile come specifico decorso della schizofrenia e scriveva: «Alla luce degli studi di lungo termine, ciò che è chiamato “il decorso della schizofrenia” somiglia più strettamente a un processo di vita aperto ad una grande varietà di influenze di ogni tipo più che a una malattia con uno specifico decorso» (Ciompi, 1986; trad. mia).

La defettualità che fu accettata quale carattere essenziale fino a ritenere che anche i pochi pazienti guariti, in particolare senza più fenomenica produttiva, ne recassero il segno (Kraepelin scriveva di “*Heilung mit Defekt*”: guarigione con difetto), è stata smentita quale decorso tipico.

Anche la tesi bleuleriana del disturbo associativo, quale fenomeno primario ed essenziale e caratterizzante le sindromi schizofreniche, si è rivelata assai vaga nella sua applicazione clinica, fino a dilatare, come in passato è avvenuto, i limiti della schizofrenia quasi *ad libitum*, in una sorta di evaporazione del concetto stesso. Il successivo tentativo, fortemente coerente metodologicamente e radicale nella sua linearità, è certamente stato quello di K. Schneider e del gruppo di Heidelberg di asserire che la diagnosi di schizofrenia è una diagnosi di stato e non di decorso, qualsiasi esso sarà, e che si fonda sulla psicopatologia jaspersiana, vale a dire sullo studio delle esperienze interne del paziente. È questo studio che ha portato ad individuare alcuni modi dell’esperire, alcuni *Erlebnisse* considerati tipici, e che sono stati tradotti a livello semiologico nei “Sintomi di I Rango”.

L’impatto che questo modo di pensare ha avuto ed ha nella clinica delle schizofrenie è enorme, per il rigore epistemico che lo connota, ed i “Sintomi di I Rango” sono entrati in ogni sistema diagnostico della schizofrenia; direttamente o camuffati. La psicopatologia schneideriana della schizofrenia esclude dall’ambito definitorio della schizofrenia sia

la linearità del decorso verso stati cronici, abolendo così almeno quello che era stato il “principio di Kraepelin” ed esclude inoltre il ruolo fondamentale che il disturbo delle associazioni aveva avuto nella definizione bleuleriana della schizofrenia e dei suoi esiti: «Gradi più leggeri di “scucitezza” (*Zerfahren*) nel pensiero e linguaggio possono esservi ovunque» scriveva K. Schneider (1950).

Ma era forse inevitabile che venisse poi mostrata la non-specificità assoluta dei fenomeni di primo rango ed in particolare come essi possano accadere in condizioni appartenenti al circolo della psicosi maniaco-depressiva, specialmente nei c.d. stati “misti” o rapidamente alternanti fra mania e melanconia.

Fallito lo sforzo di gran parte della psichiatria contemporanea di definire il disturbo schizofrenico secondo criteri operazionalizzabili che escludano al massimo la soggettività dell’osservatore nel tentativo programmatico di essere del tutto “ateoretici”, è prevalsa la tesi che nessun sintomo di per sé è patognomonico della schizofrenia e che la “schizofrenicità” deriva da un contesto globale percepito dall’osservatore e nel quale i diversi sintomi sono immersi.

Vale a dire che per quanti criteri sintomatologici si mettano insieme è il peculiare “modo di essere” schizofrenico che colora tipicamente i diversi sintomi. Quando ci si rivolge all’apprensione di globali modi di essere lo strumento all’opera è più quello antropofenomenologico che non quello di un elenco di criteri e sintomi. Tuttavia dobbiamo chiederci se l’approccio olistico – teso alla conoscenza intuitiva, una sorta di tipificazione pre-categoriale, dal quale per esempio provengono concetti come “mondo”, “autismo” – sia un puro sentimento soggettivo, o avviene da parte dell’osservatore una effettiva operazione di riconoscimento.

«La regola ermeneutica – scriveva H.G. Gadamer (1986/1993) – secondo cui bisogna comprendere la totalità sulla base del particolare, e viceversa, ha origine nella retorica antica, e l’ermeneutica moderna l’ha trasportata dall’arte del discorso a quella del comprendere. In entrambi i casi abbiamo di fronte a noi un rapporto circolare. L’anticipazione di senso con cui ci si riferisce alla totalità diviene comprensione esplicita grazie al fatto che le parti definite dalla totalità definiscono a loro volta questa totalità».

Questo è il tipo di progetto del quale avremmo veramente bisogno per declinare nella clinica della schizofrenia l’intuizione fenomenologica di E. Bleuler dell’autismo. Ma ad oggi è accaduto che l’essenza stessa dell’autismo, che ne fa una diversa e specifica maniera di essere, svanisce quando si è cercato di trascriverlo in categorie definitorie, in caratteristiche osservabili nell’ambito dell’esperienza naturale.

Parnas e Bovet (1991), ad esempio, si mostrano ben consapevoli di questo rischio metodologico quando scrivono che l'autismo si "disintegra" nel modello descrittivo-obbiettivistico della medicina e che "sfida" (*defies*) ogni formulazione operativa.

Sembra di essere condannati ad una sorta di circolo vizioso per il quale i sintomi con elevata affidabilità (valga l'esempio di determinate esperienze deliranti o allucinatorie) risultano non specifici, comunque secondari, e inoltre non necessariamente trasmettono l'essenza della patologia dello spettro delle situazioni schizofreniche; mentre fenomeni più globali, quali l'autismo, sembrano più specifici, e più precursori, ma perdono almeno in parte il valore di strumenti conoscitivi quando vengono declinati in sintomi oggettivo-comportamentali.

Naturalmente il paziente non comunica sull'autismo di per sé (che è un'intuizione eidetica dello psicopatologo, né più né meno come il melanconico non verbalizza la "includenza" e "rimanenza" – Tellenbach, 1961 – e la smagliatura della temporalità costituente).

Ma lo schizofrenico ci può far percepire la sua problematica posizione, il suo vissuto di insicurezza "*ontologica*" (e non semplicemente "ontico-esistenziale") rispetto alla naturalità degli altri e rispetto al *common sense* del mondo della vita.

Donata è una giovane donna che incontro regolarmente da anni in un rapporto che si sforza di essere psicoterapico. Essa ha avuto periodi di delirio (anche "bizzarro"), ma essenzialmente, al di là di questi "momenti fecondi", soffre per un grave disturbo schizotipico di personalità che ha condizionato i suoi modi di pensare e comportamenti, con una indifferenza emozionale a molti eventi e relazioni importanti ed assieme una bruciante iperestesia in altre situazioni. Donata mi ripete: «Ho sempre sentito gli altri come troppo lontani o troppo vicini... non riesco a capire in un rapporto fino a che punto si può essere vicini o lontani...». E per questa carenza dell'ovvietà della vita intersoggettiva, degli "assiomi della vita quotidiana", aggiunge: «Gli altri mi hanno preso in giro...»: ove già la non-confidenza si muta in diffidenza. In un'altra occasione dice: «...è come se non mi potessi lasciare andare con naturalezza con gli altri... come se mi osservassi sempre, e così mi stanco: mi sento sempre stanca perché devo pensarmi e costruirmi...».

Questa drammatica mancanza del paradigma pre-cognitivo e pre-verbale che si estrinseca nel *common sense*, investe assieme il Mondo ed il Sé, anche se la carenza di sintonia con il mondo quotidiano, l'evanescenza del "contatto vitale con la realtà", trova nell'autismo la sua punta più saliente proprio nel rapporto con le altre persone; è questo

aspetto che in definitiva permette di connotare la schizofrenia quale “*patologia dell’incontro*”.

Il concetto minkowskiano di “contatto vitale con la realtà” può essere ricondotto alla famosa asserzione di Husserl (1936): «Ciò significa che all’interno del flusso vitale dell’intenzionalità nel quale consiste la vita di un ego-soggetto, ogni altro ego è già da prima intenzionalmente implicato sulla strada dell’empatia e dell’orizzonte empatico».

D’altra parte è stato rilevato che la perdita dell’ovvietà intersoggettiva, che lascia lo schizofrenico o la persona pre-schizofrenica così spesso e drammaticamente in balia della deriva della “perplexità” e della “ipereflessività”, assume valenza patologica per la sua coatta sproporzione, per il suo coatto dilagare.

Se la “perdita dell’evidenza naturale” significa solo una perdita della giusta proporzione dialettica fra evidenza e non-evidenza, dialettica che fonda la normalità (Blankenburg, 1971) e se «il carattere patologico dell’epochè risiede nel perdere il contatto con la realtà storica e culturale» (Stanghellini, 1997), l’aspetto più netto della patologia consiste anche nell’essere-costretti-ad-essere in una dimensione, quale unica possibilità dell’essere. È l’autismo il fattore “*specifying*” di questi percorsi e ciò che in definitiva dà schizofrenicità ai sintomi schizofrenici, immergendo i fenomeni psicopatologici in quella particolare “atmosfera” tante volte richiamata a proposito della schizofrenia.

È in atto (cfr. Parnas et al., 1989 e 1998; Parnas J., 2012) un deciso sforzo della psichiatria fenomenologica, che si aggiunge a quello della psicopatologia di derivazione jaspersiana (cfr. Huber 1983; Huber et al., 1992; Kloesterkoetter 1988 e 1992), per identificare i segni iniziali della schizofrenia e pertanto permettere una diagnosi precoce del disturbo, anche sul presupposto che un trattamento precoce migliora la prognosi. Si può tuttavia osservare che per quanto riguarda le esperienze interne che costituiscono i Sintomi-Base di Huber (H.B.S.) si tratta di fenomeni che acquistano specificità psicotica soltanto attraverso la loro evolutività.

(Un ricercatore di questo ambito – Kloesterkoetter, 1992 – ha mostrato che Sintomi-Base possono ad esempio persistere senza progredire ed allora esprimersi «[...] sotto forma di diversi deficit iniziali ed esperienze di depersonalizzazione nel tipo borderline; ma anche sotto forma di altri disordini di personalità o quadri clinici neurotiformi»). Similmente lo studio del gruppo di Parnas si rivolge a stati di depersonalizzazione-derealizzazione che sotto aspetti talora banali, o ancora espressi con il linguaggio del “come-se”, indicano alla illuminazione fenomenologica «un disturbo della relazione intenzionale basica, preriflessiva (preconcettuale) tra il Sé e il mondo» – così scrivevano Parnas et al. nel

1999. Già Schneider (1950) indicava alcuni disturbi dell'“*Erlebnis* dell'Io” come quelli a maggior specificità schizofrenica, anche se precisava che i disturbi del tacito sentimento della appartenenza a sé stessi dei propri vissuti (“*Meinhaftigkeit*” nella terminologia schneideriana; *belong to me* scriveva David Hume nel 1739) fossero sintomi evidenti soltanto quando la meità veniva vissuta come disturbata dagli altri, mentre Parnas si rivolge a più sottili fenomeni di “mancanza di presenza” nei propri atti psichici e nelle relazioni interpersonali. Da questo punto di vista queste abnormi “esperienze di Sé” sembrano contattare il nucleo generatore della schizofrenia. Ma anche così è il potenziale evolutivo che può marcare il passaggio da disturbi stazionari, ad esempio tratti schizotipici di personalità, al progredire verso una psicosi.

Del resto Binswanger (1956) ponendosi il problema di come la “stramberia” (un modo di essere per l'A. largamente sovrapponibile al concetto di autismo) possa divenire schizofrenica, scriveva che ciò è in base alla sua “entità”, al suo dilagare alla vita intera.

Tutti i sintomi indicanti un rischio di schizofrenia alludono al piano del difettoso costituirsi della ipseità nella intersoggettività.

In diversi degli studi più recenti (cfr. Parnas et al., 1982 e 1989; Parnas, 1999 e 2012) si sostiene che tracce del “complesso” rappresentato dall'autismo e inestricabilmente connesso “disturbo del Sé”, sono evidenziabili nella personalità pre-schizofrenica e nello spettro dei disturbi schizofrenici, e talora anche nei consanguinei non malati.

È inoltre chiaro che l'autismo, o le pre-condizioni di possibilità di esso, non equivalga solo ad un Io “ritirato dal mondo” ma ad un Io “sovrappaffato dal mondo”, proprio per la carenza di fondazione intersoggettiva che modula la naturalità, nel consenso come nel dissenso, del nostro rapporto con gli altri.

Sembra così che il problema dell'Altro sia la punta di *iceberg* della schizofrenia come della vulnerabilità schizotropica,

«L'altro – scriveva Blankenburg nel 1971 – il rapporto con l'altro, appare piuttosto [...] come un momento costitutivo che co-determina l'intramondanità e, di conseguenza, anche l'evidenza naturale del *Da-sein* umano.»

(Se noi consideriamo, ancora una volta con Blankenburg, l'autismo come costituito là dove un Io “empirico” tenta di supplire alla disfatta della fondazione dell'Io “trascendentale”, il percorso schizofrenico può nascere quando stati di coscienza psicotici si incontrano con la persona siglata da questa fragilità.)

Il problema che allora qui si pone è se i supposti nuclei basali di “schizofrenicità” imprimono il loro sigillo anche al fenomeno delirio nello schizofrenico, o se invece il delirare attinga alla comune matrice

dell'essere paranoideo e se quindi il delirio non solo è – con E. Bleuler – un sintomo “accessorio” della schizofrenia, ma anche aspecifico.

Come un gatto che si morda la coda, una volta ammessa l'esistenza di autentici deliri *primari* fuori della schizofrenia, ogni distinzione puramente clinica è pressoché impossibile, se non su basi convenzionali o che non riguardano la struttura del delirio, eccetto forse il criterio della “bizzarria”, il che però generalmente significa rinviare la distinzione alla presenza o assenza di vissuti di disturbo della coscienza dell'Io, più che al tipo di delirio. Con piena ragione Spitzer (1990) deve oggidi precisare che «Disorders of Experience are not Delusions».

Certo è che nella prassi lo psichiatra comincia a pensare ad un disturbo delirante schizofrenico quando emergono alcuni aspetti che danno un’“atmosfera” particolare al delirare. Questi aspetti spesso traspaiono attraverso contenuti deliranti che, ad esempio nell'ambito del tema della persecuzione, riguardano maggiormente gruppi anonimi, enti, agenzie, che singole identificate persone.

Ciò rinvia alla difettosa costituzione del Sé e dell'Altro come soggetti, e la omogeneizzazione e la relativa astrattezza dei persecutori riflettono non solo la loro inaccessibilità e distanza come singoli, ma sembra favoriscano l'affiorare di “elementi ontologici (universali)” prevalenti “a spese di elementi mondani” (Bovet e Parnas, 1993).

È ben noto che ovunque i contenuti tematici dei deliri sono variati come frequenza nel corso degli anni: ciò è stato in Italia ben documentato da Agresti (1959). Ove un tempo si faceva ad esempio più spesso riferimento alla possessione, alla magia, etc. ora si fa più spesso riferimento ai mezzi tecnici elettronici. Il cambiamento è in particolare evidente nel delirio schizofrenico, a differenza per esempio del delirio melanconico, a sottolineare ancora una volta il maggior gradiente di iscrizione, nell'arco evolutivo dell'esistenza del disturbo schizofrenico che concerne “la storicità del *Dasein*” (Binswanger, 1960), rispetto alla melanconia, cosicché – prosegue Binswanger – ogni schizofrenico ha, per così dire, la propria schizofrenia in rapporto alla sua storia di vita, e alle alternative che ne derivano, mentre il melanconico ha la melanconia di tutti i melanconici, soffre cioè di una generica minaccia di *deiezione* del *Dasein*, non nel senso di espulsione – prosegue Binswanger – ma in quello di un impantanamento senza alternative nel pur indispensabile piano biologico dell'essere, cosicché ogni possibile slancio ed iniziativa cessano di esistere e su tutto scende la cappa della pesantezza malinconica.

Intanto occorre forse distinguere fra “contenuti” e “temi” del delirio: sono i primi che culturalmente cambiano, mentre i secondi continuano

a rimandare al problema schizofrenico di fondo dell'alterata o carente fondazione della intersoggettività e della individuazione del Sé.

È questo che dà al delirio, che esprime e assieme tenta di sopperire a questa carenza, una "qualità metafisica" (Bovet e Parnas, 1993).

Alfred Kraus (1994) ha richiamato l'attenzione su come le idee deliranti a contenuto "tecnico" (un esteso intervento nel delirio di media tecnici) si trovino soprattutto nella schizofrenia e come ciò rimandi non solo ad una abnorme "permeabilità" della barriera Io-Mondo (e quindi alle esperienze di azione esteriore) ma anche alla deficitaria costituzione dell'oggetto e del soggetto, che sottende quel modo di delirare e che costituisce «un enunciato sullo stato mentale, più precisamente sulla alterazione delle operazioni della coscienza costituente» (Kraus).

Caratteristica fondamentale dell'esperienza delirante "primaria", e dunque anche del delirare schizofrenico, è il manifestarsi in esso di un significato personale e rilevante, cui il soggetto annette il carattere dell'evidenza, del segno penetrante proveniente da una realtà più elevata, vissuto in un clima che all'osservatore, ma non al soggetto, appare di grande passività ricettiva verso i significati promananti dagli oggetti. In altre parole, se si vuole mantenere valida la distinzione tra "*delirio primario*", come nella schizofrenia, e "*deliroidi*", quale classicamente quello nella paranoia e dei disturbi affettivi, sembra necessario riferirsi esclusivamente al criterio dell'emergere (nel primo, nel delirio p.d.) del dispositivo antropologico della "rivelazione", come scomparsa della capacità di rendere tematico lo sfondo dal quale sorge il significato "fisognomico". Vale a dire, come impossibilità del soggetto di trascendere la propria visione del mondo e costituirsi scientemente come soggettività fungente.

Di nuovo il tema dell'*essere* è centrale nella schizofrenia, e ne può segnare il delirio, così come quello dell'*avere*, anche per la sua connessione con il significato di *dovere* nelle psicosi affettive.

Nel saggio *Phénoménologie différentielle de la perception délirante* Blankenburg (1995) confronta una famosa poesia di Rilke – *Torso arcaico di Apollo* – che termina con il verso: «Tu Rainer devi cambiare la tua vita», con la percezione delirante di un paziente schizofrenico che percepisce in un quadro banale il messaggio "la tua vita è cambiata". Blankenburg analizza le diverse possibilità del Sé nei due casi, l'elevata sensibilità in entrambi e la grande differenza nella capacità di elaborare.

Il problema di fondo è se esista, e quali caratteristiche abbia, una struttura dell'esser-delirante specifica dell'esser-schizofrenico. Chi, come me, pensa si debbano riconoscere sindromi deliranti "primarie" anche al di fuori della schizofrenia, risponderà che il delirio primario è strutturato sul fenomeno della "rivelazione" che appartenga o no a un

disturbo schizofrenico e che piuttosto l'atmosfera schizofrenica possa riconoscersi in alcuni contenuti del deliro, ai quali ho accennato. Cioè il dispositivo antropologico della "rivelazione", per il quale compaiono "verità" nuove alla coscienza, definisce forse più il delirio "primario" (il delirio p.d.), dal "deliroide", incentrato invece sul dispositivo della "conferma" di un irrigidito stato affettivo e sulla intolleranza alla ambiguità, più che definire un delirio specificamente schizofrenico. Tuttavia le analisi di Kraus (1982 e 1983), cui si deve l'illuminazione del dispositivo antropologico della "rivelazione", delineano un modo di essere nel delirio, che certo si avvicina più di altri ad un mondo delirante quale è più tipicamente presente nello schizofrenico. Kraus ha sottolineato come queste differenze nei vari modi del delirare siano particolarmente evidenti nei confronti della "certezza delirante"; nel maniaco-depressivo essa è siglata dalla "intolleranza all'ambiguità", che è strutturale, assieme alla iperidentificazione con le norme, nella persona del *typus* pre-melanconico e che si traduce, nel delirare in un disturbo dell'umore, nell'adozione di una unilaterale maniera di pensare; mentre la "certezza delirante" nello schizofrenico ha precisamente i caratteri della rivelazione, in quanto appaiono "nuove formazioni sostitutive della realtà". Se è vero che il tema della specificità dei deliri nella schizofrenia è tuttora una questione controversa (Bovet e Parnas, 1993), noi possiamo dunque ricercare una certa specificità in quanto può essere riflesso nel delirio dei tratti di fondo, degli aspetti costituenti, della persona schizofrenica. Non di rado poi, idee deliranti che sembrano più peculiarmente schizofreniche emergono nell'ambito del problema delle proprie origini e identità (Ballerini, 2005). Il delirio a trama genealogica può tuttavia rinviare a sindromi paranoiacali e paranoidi diverse, e se sono rare oggidi le grandi costruzioni paranoiacali di genealogia e quindi di identità che alienisti del passato descrissero – non mancavano falsi discendenti dello Czar, falsi napoleonidi etc. –, tuttavia l'area problematica delle origini è coglibile espressamente o di sfondo in molti percorsi schizofrenici.

È in questo contesto che possono affacciarsi esperienze e fenomeni allusivi al problema centrale dello schizofrenico di poter ottenere in ogni occasione successiva, cioè sul filo di una temporalità *antefestum*, la costituzione di un'identità dell'io fondata su essere se stessi anche nella dimensione intersoggettiva, correndo tuttavia ad ogni scelta i rischi di essere alienato al non-Io. Di nuovo il tema dell'essere è centrale nella schizofrenia, e ne può segnare il delirio.

Il delirio e le allucinazioni rappresentavano per E. Bleuler i sintomi "accessori" più importanti delle schizofrenie, quelli che «danno l'impronta caratteristica al quadro patologico esterno» (E. Bleuler,

1911). Per l'A. il delirio schizofrenico è costituito da “un ammasso disordinato di idee deliranti, un caos delirante”. Le idee deliranti schizofreniche avrebbero quindi i caratteri di essere non sistematizzate, spesso “indeterminate e nebulose”, cariche di contraddizioni e impossibilità, e quasi mai ne discenderebbero dei comportamenti ad esse adeguati. E. Bleuler sottolineava il rapporto tematico del delirio con desideri e timori della persona e il rapporto formale con il fenomeno nucleare della “dissociazione”, che anzi «la scissione della personalità si manifesta in modo spettacolare nel rapporto fra idee deliranti e il resto dello psichismo» che non partecipa al delirio, cosicché delirio e realtà non si escludono ma coesistono incongruamente, anche quando dovrebbero escludersi a vicenda. Benché E. Bleuler precisi che molte idee deliranti emergono “primitivamente” alla coscienza, tuttavia sottolinea come “errati tentativi di spiegazione” di più primarie esperienze schizofreniche possano condurre ad idee deliranti. «Per esempio – scrive E. Bleuler – il delirio di essere trasparente si giustifica col fatto che tutti conoscono i pensieri del paziente [e] le migliaia di sorprendenti vissuti del paziente offrono molte occasioni per queste spiegazioni deliranti» (E. Bleuler).

È questo un punto significativo per il nostro argomento perché si riferisce ad abnormi esperienze (i disturbi della “coscienza dell'Io” – Jaspers, 1913-1959) considerate assai tipiche della schizofrenia o almeno del modo di funzionare schizofrenico della mente, che comporterebbe una rottura di ciò che sono stati indicati come “confini dell'Io”, rottura che è il nucleo delle esperienze psicotiche di “influenzamento”, di “azione esteriore”, di essere cioè il proprio corpo e la propria mente il bersaglio di forze esterne. Sono fenomeni ben noti e più volte esemplarmente descritti, ad esempio da Jaspers (1913), da Schneider (1950), da Minkowski (1966), con puntualizzazioni diverse.

Io ho ricordato queste comuni nozioni psicopatologiche perché sembra oggi di essere largamente intrappolati nell'equivoco fra disturbi della jaspersiana “coscienza dell'Io” e delirio. È bene ripetere che il delirio è una particolare inferenza, uno speciale modo forse del percepire (Matussek, Blankenburg) certo del conoscere e del credere, che riguarda la realtà esterna (anche nei deliri a tema corporeo strutturati – diversa è la situazione del delirio “nascente” – in definitiva è il corpo come oggetto, “il corpo che ho”, il *Körper*, ad essere coinvolto).

Le largamente misteriose, indescrivibili se non in negativo (Schneider, 1950) esperienze di azione esteriore, di crisi o perdita della “meità”, della “intimità dell'Io”, non sono significati o giudizi o credenze espressi sul mondo, ma, appunto, immediate esperienze, del tutto inverificabili intersoggettivamente e non-analizzabili formalmente, né più né meno che le asserzioni del tipo “mi sento triste” o “mi sento stanco”.

Come scriveva già E. Bleuler da ciò possono soltanto derivare “spiegazioni deliranti”, che in verità mi sembra abbiano diversi caratteri del “deliroide”, cioè sono comprensibilmente ed emotivamente deducibili dalla abnorme esperienza che le motiva. Poiché si tratta di fenomeni considerati tipicamente schizofrenici, il connotarli come “deliri” inquina irrimediabilmente il campo della ricerca sul rapporto schizofrenia-delirio.

Per esempio il D.S.M. IV (1994) nei Criteri Diagnostici per la Schizofrenia, a proposito dei “sintomi caratteristici” dei quali è richiesta la presenza di due o più per la diagnosi, nota che ne è sufficiente uno, se i deliri sono “bizzarri”; e al glossario specifica che “bizarro” è un delirio il cui contenuto sia totalmente implausibile, ed è evidente che le esperienze di influenzamento, e le convinzioni più o meno esplicative che ne possono derivare, sono totalmente implausibili. Del pari il manuale diagnostico I.C.D.-10 (1993) specifica la necessaria presenza per la diagnosi di schizofrenia di almeno uno dei seguenti sintomi: eco, inserzione, furto o diffusione del pensiero; “deliri di controllo” (del proprio corpo, azioni, pensieri o sensazioni); deliri di altro tipo ma “assolutamente non plausibili”. E anche nel caso del I.C.D.-10 quindi le esperienze di alterazione della “coscienza di attività dell’Io” (Jaspers) o della “*Meinhaftigkeit*” (Schneider) restano in primo piano nel valutare come schizofrenico un delirante.

È possibile riprendere il tema dei rapporti tra delirio come “conferma” e invece come “rivelazione” ponendo particolare attenzione ai processi che conducono all’attualizzarsi dei significati, come proponevamo Stanghellini ed io (1992). Il mutare dei rapporti tra soggetto ed oggetto – che sul piano antropologico è coglibile nelle vicissitudini della proporzione tra il prendere e l’esser presi dal mondo (*mondificazione*) – può essere analizzato dal punto di vista della “coscienza di attività dell’Io” nel costituirsi dei significati oggettuali e della direzionalità dei significati esperiti, e cioè del luogo che il soggetto vive come origine di tali significati. Esiste nella normalità una proporzione fra il senso di essere l’autore dei significati del mondo e ciò che gli oggetti mondani sembrano rivelarci da soli, e ogni esaltazione o giudizio fissato sposta la proporzione, ma è soltanto alla drammatica ed estrema evanescenza della coscienza di attività dell’Io, nella passività totale, oggettiva non soggettiva, che può realizzarsi quel *Diktat* dei significati che sostanzia il vero delirio primario, cioè non derivabile né dalla struttura di personalità né dal situativo nel quale la persona che delira è venuta a trovarsi: da qui la “incomprensibilità”, nel senso di impossibilità alla immedesimazione di un osservatore nel delirio. Caratteristica fondamentale dell’esperienza delirante “primaria”, e dunque del delirare schizofreni-

co, è il manifestarsi in esso di un significato personale e rilevante, cui il soggetto annette il carattere dell'evidenza, del segno penetrante proveniente da una realtà più elevata, vissuto in un clima che all'osservatore appare di grande passività ricettiva verso i significati promananti dagli oggetti. In altre parole, se si vuole mantenere valida la distinzione tra "delirio primario", come nella schizofrenia, e "deliroide", quale classicamente quello nella paranoia, e dei disturbi affettivi, sembra necessario riferirsi esclusivamente al criterio dell'emergere (nel primo, nel delirio p.d.) del dispositivo antropologico della "rivelazione", come scomparsa della capacità di rendere tematico lo sfondo dal quale sorge il significato "fisiognomico". Vale a dire, come impossibilità del soggetto di trascendere la propria visione del mondo e costituirsi scientemente come soggettività fungente.

La coniugazione fra delirio e schizofrenia, pur così clinicamente importante, è sempre stata connotata dall'ambiguità:

1) se da un lato la metamorfosi delirante dell'esistenza appare centrale nello schizofrenico, esistono intriganti sindromi considerate schizofrenie sub-apofaniche, senza cioè la manifestazione del delirio;

2) dall'altro non sembra che il delirio possa esaurirsi sul terreno della schizofrenia, e la nosografia propone una gamma di disturbi non schizofrenici connotati dal delirio: dal contributo fondamentale di Kretschmer (1918), alle sindromi paranoide "psicogene" della nosografia scandinava (Retterstol, 1966).

In passato invece è stata espressa l'opinione più radicale che ogni forma di disturbo psicotico delirante appartenga (forse con la eccezione di un piccolo gruppo di tipici paranoici) al circolo della schizofrenia; al polo opposto per autori come ad esempio Henderson e Gillespie (1944) ogni disturbo psicotico paranoide, incluso ciò che viene comunemente definito come "schizofrenia paranoide", dovrebbe essere separato dal disturbo schizofrenico, e Meissner (1981) ha sottolineato dal punto di vista struttural-dinamico la divaricazione fra il "processo schizofrenico" e il "processo paranoide".

Attualmente le linee più comuni di separazione fra schizofrenia e sindromi paranoide si basano sulla presenza-assenza di deliri "totalmente implausibili o bizzarri", di gravi disturbi del corso del pensiero, e su di una valutazione diversa da sistema a sistema nosografico del tema delirante e di eventuali allucinazioni (A. Ballerini, 1989).

Non hanno retto in modo assoluto nella clinica psichiatrica contemporanea le asserzioni di Schneider (1950) per il quale «esse [le Percezioni Deliranti, cioè percezioni in sé normali alle quali il delirante attribuisce un significato incomprensibilmente personale] sono sempre un

sintomo schizofrenico, pur non essendo sempre, senza eccezione, un segno di ciò che comunemente si chiama in clinica schizofrenia». Di seguito peraltro Schneider sfuma questo relativismo nosografico espresso nell'ultima parte della frase citata. A ben vedere l'operazione che l'autore compie è duplice: da un lato delinea i caratteri formali che danno al fenomeno della percezione delirante il suo "straordinario significato diagnostico" (Schneider) nella individuazione del vero delirio e nella sua delimitazione psicopatologica rispetto alle reazioni deliroidi della personalità ad avvenimenti o su basi affettive, dall'altro considera che se di "vero" delirio si tratta, allora siamo in presenza di un fenomeno appartenente alla schizofrenia. Così per anni la Percezione Delirante è stata una sorta di criterio del criterio: il criterio di definizione del Delirio p.d., e questo a sua volta il criterio di definizione della Schizofrenia.

Naturalmente la questione, come molte questioni nosografiche in psichiatria, potrebbe essere considerata un problema di convenzioni e solo sotto questo profilo ha senso dire che è stata dimostrata la presenza di deliri autentici, con caratteristiche formali di "primarietà", anche al di fuori del disturbo schizofrenico o precisare che «la sintomatologia delirante in se stessa non è in grado di produrre gruppi omogenei, riguardo il decorso e la prognosi» (Berner et al., 1984). Per questi A. in effetti la sola analisi, anche strutturale e non solo tematica, del delirio non può condurre a delimitazioni diagnostiche e ciò può avvenire solo accostando il fenomeno delirio alla sintomatologia di sfondo ("*background symptomatology*") che lo accompagna e all'interno della quale esso si attua. In accordo al concetto bleuleriano di schizofrenia e alle tesi di Janzarik (1959) sul modello della "coerenza struttural-dinamica", i sintomi schneideriani di primo rango, e fra questi la percezione delirante, sono considerati da Berner e collaboratori di per loro privi di specificità nosografica: altrimenti – essi scrivono – andrebbe perduta ogni capacità predittiva della diagnosi di schizofrenia. Criterio quest'ultimo che è tuttavia assai inficiato dalla dimostrata grande variabilità di decorso nella schizofrenia.

La tesi che cerco di proporre è che, se vogliamo mantenere il concetto di specificità del delirare schizofrenico, è più convincente riferirci a studi di fondo sulla "persona" dello schizofrenico, sul suo globale modo di essere, i suoi modi strutturali ed evolutivi di funzionamento, che non a singoli sintomi. Del resto una mai cancellata proposta della psicopatologia è di fare riferimento alla "totalità" della persona dello schizofrenico per dare un significato anche diagnostico ai singoli fenomeni, che solo così diventano "sintomi schizofrenici".

Wyrsh (1949 e 1960) scriveva che lo "specifico stile schizofrenico di essere" è più che la somma dei singoli sintomi presi assieme, e

Weitbrecht (1957) asseriva che egli non conosceva un singolo sintomo psicopatologico specifico di una determinata psicosi. Kraus (1983) sottolinea, in accordo a Rumke (1950), che «senza la coloritura schizofrenica, fenomeni catatonici o deliri, per esempio, non hanno nulla a che fare con la vera schizofrenia».

Ma cosa è mai questa coloritura, o atmosfera che dà schizofrenicità ai sintomi schizofrenici, *ivi* compreso l'eventuale delirio ?

Se è vero che il tema della specificità dei deliri nella schizofrenia è tuttora una questione controversa (Bovet e Parnas, 1993), noi possiamo ricercare una certa specificità in quanto può essere rifratto nel delirio, come forma e contenuto, dei nuclei di fondo, degli aspetti costituenti, della persona schizofrenica. Del resto il progetto della psicopatologia antro-po-fenomenologica è di illuminare aspetti essenziali dei modi di essere psicotici, globali perché al di là di singoli sintomi. Anche se l'impiego di questa modalità intuitiva di conoscenza non ci esime da una verifica attraverso i dati empiricamente verificabili, vale a dire mediante i sintomi: niente infatti ci garantisce che le nostre intuizioni globali, di "essenza", siano sempre giuste. Inoltre l'operazione di delineare come prioritario il "chi è", "come è" e "in che mondo è" (Cargnello, 1966) una data persona comporta varie conseguenze:

1) una relativizzazione della priorità assoluta data dalla psicopatologia classica alla forma rispetto al contenuto nello studio del delirio, ricercando come alcuni contenuti si saldino a determinate forme dell'esperire;

2) un superamento non solo del concetto della schizofrenia come malattia naturale, omologabile ad un "ente di natura", ma anche del progetto di coglierla, se non in maniera convenzionale, attraverso serie di sintomi categorizzabili, quali appunto il delirio e la percezione delirante;

3) una maggiore considerazione per il modello, di derivazione antro-po-fenomenologica, che pone al centro il problema del rapporto, patogenetico nelle psicosi, fra esperire abnorme e possibilità di atteggiarsi e prendere posizione della persona nei confronti del proprio esperire; o, che è quasi lo stesso, porre al centro della definizione della schizofrenia il problema della "vulnerabilità";

4) considerare la possibilità di una definizione dell'area dei disturbi schizofrenici più partendo dal "negativo" che dal "positivo-produttivo", ove per negativo non si intendano gusci comportamentali quali i "sintomi negativi", ma un persistente e forse preesistente "difettoso accordo pre-concettuale con il mondo" (Bovet e Parnas, 1993), variamente indicato dalla psicopatologia fenomenologica. Indicato come "perdita del contatto vitale con la realtà" (Minkowski, 1927 e 1966), o come "in-

consistenza della esperienza naturale” (Binswanger, 1957), o come “perdita della evidenza naturale” (Blankenburg, 1971), e che può essere interpretato come espressione della vulnerabilità schizotipica.

5) rassegnarsi a pensare lo specifico della schizofrenia come basato su fenomeni che possono apparire vaghi e forse aspecifici.

La situazione è ben esemplificata dal concetto, centrale in questo ambito, di “autismo”. Dopo E. Bleuler e soprattutto Minkowski tale concetto è stato elaborato – come ho già ricordato – come il nucleo fondamentale, il luogo matriciale della schizofrenia e della sua specifica connotazione diagnostica. È possibile che questa particolare fragilità nella costituzione dell’Altro – che si indica come autismo e che «riposa su una possibilità d’essere fondamentale co-costituente il *Dasein* umano, una possibilità d’essere che comporta un significato patologico soltanto quando essa si emancipa dal contesto vivente delle altre possibilità [...]» (Blankenburg, 1971) – sigli in maniera specifica i sintomi schizofrenici ed *in primis* il delirio dello schizofrenico?

Tutta la *vexata quaestio* dei caratteri peculiari del delirio schizofrenico non ha – ripeto – evidentemente senso se non in una nosografia che elenchi a lato del “disturbo schizofrenico paranoide” un “disturbo delirante”, tuttavia siglato da formalmente autentico delirio primario e distinto quindi da sviluppi di personalità. E quest’ultima distinzione è ancora affidata allo strumento del “comprendere” della psicopatologia tradizionale e all’“incomprensibile” che attiene alla definizione stessa di “Percezione delirante”, per frequente o no che sia il rilievo di tale fenomeno.

Vi è nei grandi raggruppamenti tassonomici suggeriti, quasi secondariamente, dalla psicopatologia, un nucleo di verità che riguarda in effetti più il centro, il “tipo ideale” dei disturbi, che i loro confini. Questo è vero anche per il concetto di schizofrenia o almeno per i suoi limiti: pregnanti illuminazioni fenomenologiche ne colgono il centro, ma lasciano nell’ombra i suoi confini; mentre esaustivi studi empirico-categoriali tendono a definirne i confini, che però mantengono un alone di convenzionalità, non tagliando certo la natura ai suoi snodi, e forse sopra tutto mancano il nucleo della “schizofrenicità” come tale.

Il problema che allora qui si pone è se tale supposto nucleo di “schizofrenicità” imprime il suo sigillo anche al fenomeno delirio nello schizofrenico, o se invece il delirare attinga alla comune matrice dell’essere paranoide e se quindi il delirio non solo è – con E. Bleuler – un sintomo “accessorio” della schizofrenia, ma anche aspecifico.

Come un gatto che si morde la coda, una volta ammessa l’esistenza di autentici deliri primari fuori della schizofrenia, ogni distinzione pu-

ramente clinica è pressoché impossibile, se non su basi convenzionali o che non riguardano la struttura del delirio, eccetto forse il criterio della “bizzarria”, il che però generalmente significa rinviare la distinzione alla presenza o assenza di disturbi nella coscienza dell’Io, più che al delirio.

Vi sono peraltro almeno due modi per indagare il problema della specificità del delirare schizofrenico: nella immediatezza dei fenomeni clinici, oppure nella loro evoluzione. Su questa seconda strada – un ritorno essenzialmente ad Ey (1952, 1954, 1960) – si considera che la schizofrenia esista non all’inizio, ma alla fine di una evoluzione psicotica. La schizofrenia si andrebbe cioè costituendo lungo un percorso psicotico in quanto la persona cessa di costruire il suo mondo in comunicazione con gli altri per perdersi in un pensiero autistico «c’est-à-dire dans un chaos imaginaire» (Ey, 1960). La schizofrenia da questo punto di vista è «une espèce d’un genre, celui des psychoses délirantes chroniques» (ibid.): una variante evolutivamente grave delle psicosi deliranti. La sua essenziale struttura delirante comporta ogni forma di delirio, di esperienza delirante primaria, ma la sua caratteristica è data dalla elaborazione autistica del delirio, cosicché esso si tradurrà in un linguaggio sempre più astratto e simbolico, formalmente incoerente, permeato di pensiero magico, e sempre più chiuso in un universo ermetico e labirintico – scrive Ey. Ed è questa evoluzione che definisce la schizofrenia, per cui è assai a rischio di arbitrio cercarne fin dall’inizio segni caratteristici se non indiziari. Il potenziale evolutivo verso la schizofrenia per l’autore si può innestare in sindromi psichiatriche diverse, anche in rapporto alla efficacia o no dell’approccio terapeutico, cosicché in un corretto progetto terapeutico – egli scrive (1960) – «on laisse moins de schizophrénies se constituer», più che garantirne alcune.

Il delirare quindi diverrebbe un delirare schizofrenico quando in evoluzioni psicotiche particolarmente gravi e sfortunate si avvolge, si racchiude su se stesso in un impenetrabile groviglio di astrazioni ed ermetismi, che siglano la sopravvenuta disgregazione e chiusura della persona in un mondo proprio, in un *idios kosmos* senza quasi più comunicazione verso il mondo interpersonale comune. Quando cioè quella “patologia della coscienza”, alla quale appartengono ancora la maggior parte delle esperienze deliranti, è evoluta in quella “patologia della personalità” che è l’esistenza interamente autistica.

Ma nell’immediatezza, per così dire nell’analisi trasversale di un delirio e prescindendo dalla sua evoluzione, è possibile cogliere degli aspetti caratteristici che indichino fin dall’inizio la “schizofrenicità” di quel delirio? Una possibile risposta è il tentativo di ricercare nel delirio gli aspetti formal-tematici che rinviano ad aspetti specifici della vulnerabilità pre-schizofrenica. In qualche modo i segnali di quella tendenza

al delirio “ermetico” che AA. come Ey rilevano alla fine, o lungo il costituirsi, di quella particolare regressione della persona che indicano come schizofrenia.

È stato più volte sottolineato come non di rado i temi deliranti esprimano idee e preoccupazioni che appartengono alla personalità pre-delirante, cosicché «[...] il delirio appare spesso prendere le mosse da idee normali o di normale apparenza» (Strauss, 1991). Riprendendo un esempio assai classico, Strauss (1991) paragona lo stato pre-psicotico della persona ad un cristallo con predisposte linee di frattura, lungo le quali potrà rompersi se vari fattori, biologici-psicologici, esistenziali-sociali, contribuiranno ad attualizzare il delirio. Si torna così, anche nella ricerca di aspetti particolari del delirio schizofrenico, alla personalità pre-morbosa, vale a dire alla vulnerabilità.

Non di rado poi, idee deliranti che sembrano più peculiarmente schizofreniche emergono nell’ambito del problema delle proprie origini (Ballerini, 2005). Il delirio a trama genealogica può rinviare a sindromi paranoiacali e paranoidi diverse, e se sono rare oggidi le grandi costruzioni paranoiacali di genealogia e quindi di identità che alienisti del passato descrissero, tuttavia l’area problematica delle origini è coglibile espressamente o di sfondo in molti percorsi schizofrenici.

P., un giovane schizofrenico seguito da me per anni, asserisce, appoggiandosi ad intuizioni e percezioni deliranti, di «esser nato da un fantasma» e si chiede: «Chi sono? come se gli altri mi avessero nascosto la mia vera identità», o asserisce di esser nato da una speciale “incorporea” congiunzione fra suo nonno e sua sorella, di tre anni maggiore di lui: ed è questa nascita che fonda tutta la sua esistenza come peculiare, di fatto oscillante fra il divino ed il persecutorio.

C., da anni affetto da grave disturbo schizofrenico, esce spesso di casa la notte per passare le ore in solitudine sulle colline circostanti, nel buio e in attesa. In attesa che i suoi veri genitori, cioè esseri extraterrestri dai quali discende, lo vengano a prendere con qualche macchina volante.

È possibile fare dei vissuti di filiazione una sorta di griglia di sindromi psichiatriche diverse. Guyotat (1980) distingue due grandi aree psicotiche: quella di tipo I, corrispondente alla schizofrenia, dove – schematizzando – tutto si gioca in ordine alla discendenza-differenziazione dalla madre, e quella di tipo II, corrispondente a disturbi affettivi o schizoaffettivi, ove la problematica si situa riguardo al padre. In prospettiva un certo tipo di pensiero delirante sulle origini, che non riguarda nascite da padri diversi e più nobili, come può avvenire in deliri vicini al polo della paranoia, ma la problematica stessa dell’esser nati, e che contatta quello che Racamier (1980) individua come punto nodale dell’immaginario

schizofrenico (il “fantasma di autogenerazione”), conterrebbe la possibilità di dirci qualcosa sul momento costitutivo della schizofrenia. Un particolare tipo di delirio sulle proprie origini e identità, e così diverso dal romanzo paranoico, diviene un discorso sulle origini del delirio e ci parla della struttura dal quale promana. Cioè le declinazioni tematiche del delirio sulle origini ci confrontano, nella differenza fra esser figli di qualcun altro rispetto al padre legale ed invece esser figli di se stessi, con livelli sempre più profondi di inderivabilità e sempre più vicini al problema ontologico dell’essere come soggettività.

Dunque il contenuto o i frammenti di contenuto di un delirio, e la loro inestricabilmente connessa forma, possono parlarci di quella catastrofe ontologica, della crisi del “chi” e non soltanto del “come” del mondo e del soggetto, che sembra centrale in quei disastrosi percorsi psicotici che chiamiamo schizofrenia.

Molti di noi non hanno mai creduto o non credono più che si possa definire la schizofrenia soltanto attraverso sintomi “oggettivabili” e convenzionali, e a ciò si accompagna una grande cautela nel far diagnosi di schizofrenia, soprattutto da parte di chi non identifichi schizofrenia e delirio primario.

E tuttavia possiamo forse trovare indizi premonitori, o macerie dopo la catastrofe, più che nel fenomeno delirio in generale, in particolari aspetti tematico-formali del delirio, che segnalano la crisi dell’ovvietà del fondamento ontologico del Sé e del Mondo, vale a dire della ipseità nella intersoggettività.

Il punto essenziale qui è per lo schizofrenico la possibilità, lungo il filo di una temporalità antefestum, di raggiungere nel futuro la possibilità di un Io capace di essere se-stesso nella dimensione intersoggettiva, evitando il rischio di alienazione al non-Io.

BIBLIOGRAFIA

- Agresti E. (1959): *Studio delle varianti cliniche dei temi e dei contenuti deliranti in epoche diverse. Confronto dei vari tipi di delirio a distanza di circa un secolo*. RIVISTA DI PATOLOGIA NERV. MENT., 80: 845-865
- American Psychiatric Association (1994): *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV ed. (DSM-IV)*, tr. it.. Masson, Milano, 1995
- Ballerini A. (1999): *Esiste una specificità del delirio schizofrenico?*, in Rossi Monti M., Stanghellini G. (a cura di): *Psicopatologia della schizofrenia*, pp. 13-29. Cortina, Milano
- ... (2005): *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi*. Giovanni Fioriti Editore, Roma

- Ballerini A., Stanghellini G. (1991): *Organizzatori Nosografici e Organizzatori Psicopatologici*, in *Nosografia e Transnosografia*. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Psichiatria, Siena, 21-23 marzo 1991
- Berner P. et al. (1984): *Course and Outcome of Delusional Psychoses*. PSYCHOPATHOLOGY, 17: 28-36
- Binswanger L. (1956): *Tre forme di esistenza mancata*, tr. it.. Il Saggiatore, Milano, 1964
- ... (1957): *Essere nel mondo*, tr. it. parziale. Astrolabio, Roma, 1973
- ... (1957): *Schizophrenie*. Neske, Pfullingen. Tr. it. parziale ne: *Il caso Ellen West e altri saggi*. Bompiani, Milano, 1973
- ... (1960): *Melanconia e Mania*, tr. it.. Boringhieri, Torino, 1971
- Blankenburg W. (1971): *La perdita della evidenza naturale*, tr. it.. Cortina, Milano, 1998
- ... (1995): *Phénoménologie différentielle de la perception délirante (Une étude sur l'événementialité psychotique)*. L'ART DU COMPRENDRE, 3: 47-83
- ... (1997): *Rapport non délirant à la réalité et délire*, in *Vulnérabilité et destin: Phénoménologie de la schizophrénie*, Marseille, 28-30 juin 1997. L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE, 62, 2: 285-297
- Bleuler E. (1911): *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, tr. it.. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985
- Bovet P., Parnas J. (1993): *Schizophrenic delusions: A phenomenological approach*. SCHIZOPHR. BULL., 19: 579-597
- Cargnello D. (1966): *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano
- Ciampi L. (1986): *The natural history of schizophrenia in the long term*, in Kerr A., Snaith P. (eds.): *Contemporary Issues in Schizophrenia*, pp. 445-450. Gaskell, London
- Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici* (1993), I.C.D.-10. Masson, Milano, 1995
- Ey H. (1954): *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer, Paris
- ... (1955): *Groupe des schizophrénies*, in *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37282. A-10
- Ey H. et al. (1960): *Manuel de psychiatrie*. Masson, Paris
- Gadamer H.G. (1986-1993): *Verità e metodo*, tr. it.. Bompiani, Milano, 1996
- Henderson D.K., Gillespie R.D. (1944): *A Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*. Oxford University Press, London
- Huber G. (1983): *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 54: 23-32
- Huber G. et al. (1992): *La diagnosi precoce di schizofrenia negli stadi-base prepsicotici*, in Stanghellini G. (a cura di): *Verso la Schizofrenia*, pp. 89-104. Idelson Liviana, Napoli

- Hume D. (1739): *Of personal Identity*, in *A Treatise of Human Nature*, I, IV. Clarendon Press, Oxford, 1978
- Husserl E. (1936): *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, tr. it.. Einaudi, Torino, 1965
- ... (1950): *Meditazioni cartesiane e Discorsi parigini*, tr. it.. Bompiani, Milano, 1989
- Janzarik W. (1959): *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Enke, Stuttgart
- Jaspers K. (1913, 1956): *Psicopatologia Generale*, tr. it.. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1965
- Kimura B. (1992): *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, tr. it.. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2005
- Klosterkoetter J. (1988): *Basissymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Kraepelin E. (1889): *Trattato di psichiatria*, tr. it.. Vallardi, Milano 1907
- Kraus A. (1982): *Identity and psychosis in the manic-depressive*, in De Koning A.J.J. e Jenner F.A. (eds.): *Phenomenology and Psychiatry*. Academic Press, London-Toronto-Sidney
- ... (1983): *Schizoaffective psychoses from a phenomenological-anthropological point of view*. PSICHIATRIA CLINICA, 16: 265-274
- ... (1994): *Phenomenology of the Technical Delusion in Schizophrenics*. J. PHENOMENOL. PSYCOL., 25: 51-69
- Kretschmer E. (1918): *Der sensitive Beziehungswahn*. Springer, Berlin, 3 Aufl. 1954
- Meissner W.W. (1981): *The Schizophrenic and the Paranoid Process*. SCHIZOPHRENIA BULL., 7, 4: 611-31
- Minkowski E. (1927): *La schizofrenia*, tr. it.. Bertani, Verona, 1980
- ... (1966): *Trattato di psicopatologia*, tr. it.. Feltrinelli, Milano, 1973
- ... (1997): *Au-delà du rationalisme morbide*. Editions l'Harmattan, Paris
- Parnas J.: *The core Gestalt of schizophrenia*. WORLD PSYCHIATRY, XI, 2: 67-69, June 2012
- Parnas J., Jorgensen A. (1989): *Pre-morbid Psychopathology in Schizophrenia Spectrum*. BRITISH J. PSYCHIATRY, 155: 623-627
- Parnas J. et al. (1998): *Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions*. NEUROL. PSYCHIAT. AND BRAIN RESEARCH, pp. 97-106
- Parnas J. e Bovet P. (1991): *Autism in Schizophrenia Revisited*. COMPR. PSYCHIATRY, 32, 1: 7-21
- Racamier J.P. (1980): *Gli schizofrenici*, tr. it.. Cortina, Milano, 1983
- Retterstol N. (1966): *Paranoid and Paranoiac Psychoses*. Scandinavian University Books, Stockholm

- Rumke H.C. (1950): *Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirantes*, in *Psychopathologie des délires*. Herman, Paris
- Schneider K. (1950): *Psicopatologia clinica*, tr. it. della IV ed.. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004
- Spitzer M. (1990): *On defining delusions*. COMPR. PSYCHIATRY, 31: 377-97
- Stanghellini G. (1997): *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano
- Stanghellini G., Ballerini A. (1992): *Ossessione e Rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino
- Strauss J.S. (1991): *The Person with Delusions*. BRITISH J. OF PSYCHIATRY, 159, 14: 57-61
- ... (1992): *The Person-Key to Understanding Mental Illness: Towards a New Dynamic Psychiatry*, III. BRITISH J. PSYCHIATRY, 161, sup. 16: 19-26
- Tellenbach H. (1974): *Melancholia*, tr. it.. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975
- Weitbrecht H.J. (1957): *Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome*. FORTSCHR. NEUROL. PSYCHIAT., 25, 41
- Wittgenstein L. (1977): *Pensieri diversi*, tr. it.. Adelphi, Milano, 1980
- Wyrsh J. (1949): *Die Person des Schizophrenen*. Haupt, Bern
- ... (1960): *Klinik der Schizophrenie*, in Gruhle H.W. et al. (hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg

Una prima stesura di questo testo fu presentata alle Quinte Giornate Psichiatriche Ascolane, 12-15 maggio 2004, Ascoli Piceno (disponibile al sito www.psychiatryonline.it/node/1705).