

# Capitolo I

## 1 I deliri

Per poter meglio affrontare la folie à deux, nucleo centrale dell'elaborato, è necessario e doveroso comprendere prima i deliri. I deliri possono essere considerati come delle idee, false e incontestabili, o come convinzioni che non possono essere riferite al background dell'individuo (Freeman, 2007); il paziente tende quindi ad affermarle con forte convinzione (Oyebode, 2009; Hamilton, 1978). A livello soggettivo o fenomenologico esse non sono riconoscibili dalle convinzioni vere: il paziente riconosce la fantasia con riluttanza e fornisce delle ragioni al fine di provare le sue convinzioni vere, come una persona le fornisce per provare le sue idee (Oyebode, 2009); per esempio, più una convinzione è inverosimile, infondata, fortemente sostenuta, non condivisa da altri, angosciante e preoccupante, più è probabile che venga considerata un'illusione (Freeman, 2007).

Un osservatore esterno, però, riesce a discernere se una falsa convinzione sia dovuta da un'errata interpretazione dei fatti piuttosto che da un delirio. Ad oggi i deliri vengono spesso riportati nell'ICD-10, ma senza una vera e propria definizione (Oyebode, 2009; WHO, 2010). Significativo è il contributo di Kendler e collaboratori (1983) nel fornire delle dimensioni di gravità delle false convinzioni le quali, tuttavia, sono tra loro poco correlate:

- Convinzione: il grado di convinzione del paziente sulla realtà della credenza delirante;
- Estensione: il grado di coinvolgimento delle aree di vita del paziente nel delirio;
- Bizzarria: il grado in cui la credenza delirante si discosta dalla realtà consensualmente accettata in quella cultura;
- Disorganizzazione: il grado in cui la credenza delirante ha una consistenza interna, una logica e una sistematizzazione;
- Spinta: il grado in cui il paziente è preoccupato e coinvolto dalle credenze deliranti che esprime;
- Risposta affettiva: il grado di coinvolgimento emotivo del paziente in tali credenze;

- Il comportamento deviante che risulta dalla credenza delirante: alle volte i pazienti potrebbero agire in base ai loro deliri

Ci sono stati, naturalmente, molti commenti sui limiti delle definizioni delle convinzioni deliranti in generale, in quanto la maggior parte dei criteri non si applica a tutte le forme di delirio. Questa difficoltà deriva in parte da problematiche epistemologiche nel determinare il referente di un nome mediante un unico insieme di caratteristiche necessarie o sufficienti (Kripke, 1980).

## 1.1 Le tipologie di delirio

Sebbene i deliri non abbiano una definizione chiara possono comunque essere distinti in primari e secondari, dove per primari si vuole intendere che l'ideazione erronea non è una risposta a un'altra psicopatologia e, per secondari si comprendono quelle circostanze in cui la falsa credenza è comprensibile come una pervasiva alterazione dell'umore o in relazione alla propria cultura e quindi al background personale. Come detto, un delirio può svilupparsi sia nelle condizioni in cui tendono ad evolvere le altre idee (nel contesto di percezione, ricordo, atmosfera) sia essendo autoctono, sembrando spontaneo; queste quattro condizioni di percezione, memoria, umore e stato interno risultano indispensabili al fine di comprendere l'origine e i sottotipi dei deliri (Oyeboode, 2009).

Di essenziale caratterizzazione, per distinguere le due macro aree di questa psicopatologia, è la presenza di insuperabile incomprendibilità nei primari (il terapeuta tenterà di comprendere dall'esterno senza veramente essere in grado di esperire a livello empatico la condizione del paziente; non si può nemmeno comprendere il suo sviluppo) e la presenza di comprensibilità nei secondari qualora sia fornita una dettagliata anamnesi (Oyeboode, 2009).

Jaspers (1964) distinse i veri deliri o deliri propri dalle idee simil-deliranti. I primi vengono visti sotto la chiave dei deliri primari e le seconde dei secondari. Queste idee simil-deliranti sono riconducibili alle esperienze di vita, allo stato emotivo presente, alle credenze del gruppo di appartenenza e alla personalità e per questo comprensibili; i veri deliri, inspiegabili, non possono essere classificati e vengono divisi in:

- Deliri autoctoni (intuizioni deliranti): sembrano manifestarsi all'improvviso, non distinguibili a livello fenomenologico dalle idee improvvise normali; i pazienti e le persone normali presentano difficoltà nello spiegarne la comparsa. Con Schneider

(1959; 1980) avviene, inoltre, un cambio di terminologia volto a significare la subitanità della credenza delirante e per evitare possibili confusioni con le idee simil-deliranti: Wahneinfall, o intuizione delirante. Essendo un'intuizione subitanea, essa si verifica in un unico momento mentre la percezione delirante avviene in due (percezione e interpretazione erronea); questi due fenomeni sono autoriferiti e significativi per la persona che soffre.

- Percezioni deliranti (Wahnwahrnehmung): secondo Schneider (1949) si può considerare all'essenza della percezione delirante l'attribuzione ad un percetto reale un significato anormale, senza presentare una causalità emotiva o razionale comprensibile; si presenta come autoriferita, urgente, di grande significato per il paziente. Come sottolinea Oyebode (2009), però, questa percezione delirante, sebbene esperienza diretta di un significato relativo ad un particolare percetto normale, non si accorda con credenze già esistenti, ma genera nuovi significati. Infatti, gli organi di percezione rimangono inalterati e solo l'attribuzione del significato delirante conduce alla percezione delirante (Oyebode, 2009). Alla percezione e all'attribuzione seguono altri due stadi: l'oggetto diviene significativo in un campo di sensazioni ed è percepito (percezione visiva); l'oggetto è investito di un significato delirante. Questi due stadi non sono necessariamente simultanei e possono intercorrere anche lunghi periodi tra di essi (Oyebode, 2009).
- Atmosfera delirante: per il paziente che esperisce questa condizione il mondo inizia a cambiare in modo quasi impercettibile; tutto intorno sembra come sinistro, portentoso, peculiare, ignoto, indefinibile (Oyebode, 2009). Ciò che riconosce è di essere coinvolto in questo mutamento, ma non come. Potrebbe presentare una forma di premonizione che le parti della sua esperienza, al fine di rivelargli dei significati nascosti stiano per riunirsi. Appare significativo, perciò, non il contesto di comparsa di percezioni deliranti, bensì l'umore dell'atmosfera, o umore delirante; il paziente, si sentirà a disagio e in apprensione, mentre dopo la formazione del delirio vivrà uno stato di sollievo rispetto alla tensione dell'atmosfera delirante (Oyebode, 2009).
- Ricordi deliranti: si tratta di un'interpretazione insensata di un ricordo altresì normale; può essere anche definito con il termine di delirio retrospettivo, ossia per spiegare in termini deliranti un evento passato (Oyebode, 2009). Nel caso in cui il significato delirante sia attribuito ad una percezione normale che l'individuo ricorda si tratta invece di percezione delirante, in quanto mantiene inalterate le due caratteristiche necessarie

(rappresentazione della percezione e attribuzione di significato) (Oyebode, 2009). Bisogna evidenziare che non vi è un confine noto tra ricordo, percezione o intuizione delirante poiché quello che si può evincere dall'esperienza della persona è una descrizione dell'episodio psicotico; allo stesso modo non c'è distinzione netta tra evento normale, percezione o idea passati e ricordati con un'attribuzione anomala e tra evento delirante, percezione o idea passati ricordati con interpretazione delirante (Oyebode, 2009). Questo fenomeno, perciò, ha due linee interpretative. Il ricordo normale viene inteso erroneamente nel presente oppure il vero ricordo è un falso creato da un'interpretazione errata; questi due sono entrambi ricordi deliranti, e non è dato sapere in che quantità l'evento sia delirante o reale (Oyebode, 2009).

## **1.2 All'origine del delirio**

L'interrogativo alla base dello studio dei deliri è inerente alla loro origine. Questo permette di analizzare fino a che punto essi si discostino o siano in linea con le normali credenze, per definizione e, nell'eventualità essi siano tali, porre un esame delle loro modalità di sviluppo ed espressive (Oyebode, 2009). Partendo da questo presupposto, il pensiero di Jaspers (1964) prevedeva il delirio come fenomeno primario implicante un'alterazione globale della consapevolezza della realtà; la credenza alterata, quindi, coinvolge e impegna l'attività concreta, il comportamento e i significati intrinseci degli oggetti portando ad una completa alterazione dell'esperienza di realtà. Il mondo del paziente risulta così investito di nuovi significati e perciò la realtà è sita nell'interpretazione, o nel significato dato agli eventi a ragione della credenza erronea primaria (Oyebode, 2009).

Grazie all'apporto di Brockington (1991) sono stati delineati una serie di fattori coinvolti nella formazione del delirio: disturbo del funzionamento cognitivo; influenze del temperamento e della personalità; mantenimento dell'autostima; ruolo dell'emotività; risposta a un disturbo percettivo; risposta alla depersonalizzazione; sovraccarico cognitivo.

Seguendo questo filo logico si andò a delineare la concezione della percezione delirante come una chiave di comprensione della natura dell'esperienza delirante (Oyebode, 2009). Seguì, poi, anche la considerazione inerente all'atmosfera delirante: essa è primaria, nasce per cause ignote e risulta in un riassetto dei significati del mondo del paziente, il quale, nella sua vana ricerca di risposta al suo problema di comprensione, giunge infine al delirio; per la persona

infatti, è più semplice sopportare la certezza della credenza alterata, piuttosto che l'insicurezza dell'atmosfera. Per Jaspers (1964), a causa della malattia in sé, avviene una mutazione della personalità che permette di gettare le basi per un'atmosfera delirante che, a sua volta, darà alla luce l'intuizione delirante.

A seguito di queste teorie si assume che il delirio possieda due caratteristiche: primario e incomprensibile. Questo può, inoltre, essere paragonato all'esperienza della realtà che per Jaspers (1964) risulta essere primaria. Questa esperienza può anche avere un'implicazione di tipo simbolico oltre l'evento stesso poiché la credenza simbolica inerente all'evento e le percezioni risulta modificata nel delirio, perché la persona non agisce obbligatoriamente in base alla spinta del disturbo; in altri termini l'atmosfera delirante non è una "conditio sine qua non" per l'intuizione delirante che potrebbe presentarsi anche da sola (Oyebode, 2009).

Secondo Oyebode (2009) alcuni autori, come Bleuler, hanno rinunciato a spiegare il delirio, ritenuto del tutto incomprensibile e, alcuni hanno ripiegato la loro attenzione sull'alterazione dell'affettività, un'espressione primaria rispetto alle su citate atmosfera e intuizione, in quanto il contenuto della paranoia varia nel singolo caso, essendo importanti le convinzioni cariche di affetti che variano a livello dimensionale (Freeman, Garety & Kuipers, 2001): essere convinti di meritare un qualsiasi danno è un aspetto centrale del contenuto del delirio impiegato per rilevare i livelli di angoscia ma non il tipo di paranoia coinvolta. Per Bleuler (1950) l'esaltazione affettiva conduceva alla perdita della facoltà associativa, permettendo così lo scaturire del delirio; riteneva, soprattutto per pazienti schizofrenici, esserci una situazione di affettività estrema che essi stessi non riuscivano a esprimere.

Un altro autore ancora, Kretschmer (1927), mise in luce il rilievo della personalità sottostante e, nello specifico, descrisse la personalità premorbosa sensitiva delle persone che mantengono dei complessi di grande pregnanza affettiva e che possiedono limitate capacità espressive delle emozioni; si tratta, infatti, di persone guidate dai loro forti sentimenti sessuali e che presentano deficit nel comunicare la loro passione e a relazionarsi con gli altri. Questi individui sono altamente coscienti delle regole sociali e sono fortemente controllati dal Super-io e, nonostante la loro rigidità e sospettosità, riescono ad esprimere con facilità le idee sensitive di riferimento. È possibile che col verificarsi di un'esperienza chiave, in determinate contingenze e circostanze di vita, queste idee di riferimento si strutturino in deliri di riferimento (Kretschmer, 1927). L'esperienza chiave qui nominata presenta due qualità fondamentali: deve avere carattere di appropriatezza, si configurerà come l'idea dominante rispetto alle aree conflittuali della persona; deve verificarsi in un momento di significativo disagio e turbamento emotivo, al fine di predisporre il substrato psichico per l'evento catastrofico.

Oltre a queste spiegazioni, sono stati avanzati dei tentativi di fornire un significato comprensibile per tutte le tipologie di delirio, sia in termini di esperienze interiori e soggettive sia del background sociale (Oyebode, 2009). Inoltre, risulta fondamentale la considerazione di Westphal (Fish, 1967): se si sapesse ogni cosa inerente al paziente, allora si potrebbe far luce sui suoi cambiamenti di opinione inerenti sé stesso e le nuove credenze, e il terapeuta sarebbe in grado di fornire una spiegazione dell'errata credenza fortemente sostenuta.

Laing (2002), seguendo la corrente di autori che ricercavano la spiegazione del delirio nei contesti sociali, considerava la fuga nella follia una difesa necessaria contro un'altresi famiglia distruttiva. Secondo Colby (1977), invece, tra quattro teorie volte a spiegare i fenomeni paranoidei risultò più appropriata e consistente quella che poneva le basi del rapporto vergogna-umiliazione. Infine, Winters e Neale (1983) ritenevano che le teorie sul pensiero delirante sviluppassero due temi cardine: motivazione e difettualità. Il primo spiega il manifestarsi dell'evento al fine di rendere conto delle esperienze percettive insolite o per ridurre stati psichici negativi. Il secondo implica dei deficit fondamentali di tipo attentivo-cognitivo che risultano nel delirio.

Secondo Roberts (1991) è plausibile attribuire la formazione, elaborazione e mantenimento dell'evento psicotico a molte influenze causali convergenti, ognuna delle quali presenta un grado diverso di partecipazione. Di conseguenza il processo di ragionamento su come arrivare a delle conclusioni inerenti a un evento esterno sembra essere alterato negli individui che sono affetti da delirio. Da ciò Garety (1991) sviluppò il suo modello. Il modello fonda sull'ipotesi che vi sia una causa comune nella modalità abnorme di elaborare le informazioni per quelle persone che manifestano alterazioni del ragionamento e della percezione; l'incapacità di applicare le conoscenze ottenute in precedenza sulle regolarità del mondo, la quale comporta un eccesso di informazioni immediatamente disponibili, potrebbe costituirsi come un fattore scatenante il delirio. Questo modello mette in evidenza le anomalie presenti nei processi di pensiero associati ai deliri di pazienti schizofrenici. Secondo questa teoria, i processi di giudizio implicati nella formazione delle credenze erranee comprendono tre componenti:

- a) Aspettativa pregressa che possano essere alterati dalle emozioni;
- b) Disponibilità di informazioni contingenti, in condizione di essere colte dalle percezioni soggettive;
- c) Natura delle particolari distorsioni o stili di elaborazione delle informazioni.

Ne consegue che, se le distorsioni percettive prevalessero sul ruolo dell'informazione distorta allora, si avrebbe una ristrutturazione dei meccanismi di elaborazione (Garety, 1991); se i deliri dovessero essere secondari rispetto al fenomeno allucinatorio, non si dovrebbe incorrere in un'alterazione dei processi di ragionamento.

Questo modello cognitivo all'origine dei deliri, però, non è il solo rilevante. Un'alternativa psicologica è derivata dalla teoria dell'attribuzione sociale. Infatti, secondo Kaney e Bentall (1992) i pazienti deliranti attuano delle attribuzioni globali, stabili, esterne in modo eccessivo per gli eventi negativi, come le generalizzazioni cognitive e, attribuzioni stabili e globali interne, in modo eccessivo per gli eventi positivi, come il locus of control interno. Queste attribuzioni vengono applicate per non ascrivere gli avvenimenti negativi, dei quali sono vittime, a sé stessi; questo comportamento riluttante nell'attribuire gli eventi negativi si presenta anche se giudicassero il comportamento altrui, evitando di assegnare questi avvenimenti alle vittime. Quindi, i deliri di persecuzione presentano una funzione protettiva contro l'abbassamento dell'autostima (Bentall, 1993). I pazienti affetti da delirio tendono ad applicare una valutazione differente alle loro affermazioni causali, e la differenza dai pazienti, invece, depressi è tale da sovrastare quella tra le affermazioni causali; la differenza, quindi, tra un delirante e un altro individuo nel comprendere l'internalità degli eventi (positivi o negativi) non rispecchia le differenze tra le loro affermazioni causali, bensì quelle tra le loro attribuzioni di significato alle loro stesse affermazioni (Oyebode, 2009).

I deliri, dunque, si presentano come legati al significato personale e al confine del sé. Lo studio inerente alle attribuzioni è stato ampliato con l'impiego di prove ovvie e prove neutre sullo stile attributivo (Oyebode, 2009). Le prove ovvie, trasparenti, mostrano un locus of control esterno riguardo le conseguenze negative, ma nei test più sensibili questa attribuzione risulta essere superficiale; viene mostrata un'attribuzione a cause interne. Questa spiegazione supporta ancora di più l'ipotesi avanzata del delirio come persecutorio il quale attua una funzione di difesa contro sentimenti sottostanti la bassa autostima (Lyon, Kaney & Bentall, 1994; Oyebode, 2009). Quest'analisi della psicopatologia venne sostenuta da uno studio clinico. Al fine di approcciare questa ricerca, occorre fare un passo indietro e presentare brevemente la tesi sviluppata da Roberts (1991): i deliri, nel contesto della sofferenza schizofrenica, non sono un aspetto della malattia in sé ma, una risposta adattiva a ciò che per l'individuo costituisce la rottura psicotica. In questo studio sono stati messi a paragone pazienti deliranti cronici con pazienti deliranti e in remissione e, con due gruppi non clinici (Oyebode, 2009).

È stato riscontrato che: i deliri persecutori erano comuni ad entrambi i gruppi clinici; quelli di tipo erotico, grandioso e implicantanti conoscenze speciali appartenessero per la maggior parte ai

deliranti cronici. Sono state rilevate, inoltre, delle differenze significative tra i due gruppi di pazienti: i pazienti con deliri cronici presentavano punteggi più elevati riguardo al significato positivo della vita e minore a proposito di depressione e ideazioni suicidarie. Questo gruppo di pazienti aveva, dunque, un'elevazione nei punteggi inerenti gli scopi e i significati della vita; la costruzione delle credenze erranee, così, risultava essere un modo adattivo di affrontare la mancanza degli scopi, la solitudine, la disperazione, il senso d'inferiorità, l'isolamento e consapevolezza dolorosa della rottura delle relazioni e procura un nuovo senso d'identità, un'esperienza di libertà, una demarcazione di limiti e responsabilità, di protezione dalle rotture passate, un passaggio da noia, depressione, preoccupazione e paura a sentimenti vitali e pacifici (Oyebode, 2009).

A questo proposito, per meglio comprendere i deliri, risulta utile l'impiego della seguente tabella messa appunto da Freeman (2007) al fine di riportare la multidimensionalità della natura degli stessi:

**Tabella 1** The multi-dimensional nature of delusions

CHARACTERISTIC OF DELUSIONS	VARIABILITY IN CHARACTERISTIC
UNFOUNDED	For some individuals the delusions reflect a kernel of truth that has been exaggerated. It can be difficult to determine whether the person is actually delusional. For others the ideas are fantastic, impossible and clearly unfounded.
FIRMLY HELD	Beliefs can vary from being held with 100% conviction to only occasionally being believed when the person is in a particular stressful situation.
RESISTANT TO CHANGE	An individual may be certain that they could not be mistaken and will not countenance any alternative explanation for their experiences. Others feel very confused and uncertain about their ideas and readily want to think about alternative accounts of their experiences.
PREOCCUPYING	Some people report that they can do nothing but think about their delusional concerns. For other people, although they firmly believe the delusion, such thoughts rarely come into their mind.
DISTRESSING	Many beliefs, especially those seen in clinical practice, are very distressing but others can actually be experienced positively. Even some persecutory delusions can be associated with low levels of distress.
INTERFERES WITH SOCIAL FUNCTIONING	Delusions can stop people interacting with others and lead to great isolation and abandonment of activities. Other people can have a delusion and still function at a high level including maintaining relationships and employment.
INVOLVES PERSONA REFERENCE	In many instances the patient is at the centre of the delusional system. However friends and relatives can be involved and some people believe that everybody is affected equally.



Ad oggi, oltre ai fattori di formazione dell'episodio psicotico portati da Brockington, è necessario categorizzare i deliri secondo cinque caratteristiche (Martinotti, Di Giannantonio & Janiri, 2015):

- Congruità/Incongruità del tema del delirio con l'umore;
- Carattere bizzarro o meno del tema del delirio;
- Presenza/Assenza di disturbi dello stato di coscienza;
- Sistematizzazione o meno della tematica delirante;
- Estensione del delirio alla vita psichica della persona o a sono un suo settore.

Di fatti la percezione delirante è preceduta da uno stato d'animo focalizzato su un'estraneità inquietante, questo stato è meglio definito come stato d'animo delirante o Wahnstimmung, il quale è come una caserma in preparazione alla percezione di tipo delirante.

Tra gli stati d'animo e i vissuti psicotici, questi usati per il compimento di significato, Martinotti e colleghi (2015) indicano:

- Perplessità: si tratta di uno stato d'animo prolungato, la cui centralità è la presenza di un dubbio angosciante; la persona è impossibilitata ad esprimere il proprio giudizio sull'esperienza della vita interna e esterna. In questa costellazione vi è incertezza, opacità. Il momento della perplessità precede in ordine logico la riorganizzazione paranoidea, la quale si istituisce prima dello strutturarsi paranoide Io-Mondo, così da rendere impossibile differenziarla dalla Wahnstimmung. Di contro, manca il dispiegamento storico, l'atteggiamento discorsivo, il distacco reciproco e i rilievi attribuiti ai significati; prevale una presenza frammentaria, il procedere dell'azione anch'esso frammentario, uno scrutinamento del pensiero, il cadere degli scopi, il fermarsi e il ripartire. viene a mancare così la caratteristica del mondo di essere manipolabile o *Zuhandenheit*, l'aspetto modale che trasforma la persona in *homo faber*, in azione.
- Wahnstimmung: stato d'animo delirante, tipico dell'esordio della schizofrenia. È associata a modifiche apportate alla coscienza dell'Io e al sentimento di giudizio della realtà. Vi è un'ambigua e consistente tonalità degli affetti con turbamenti, senso di trasformazione del mondo, autoriferimento, perplessità, minaccia che incombe. Il paziente percepisce il dissolversi di punti fissi di riferimento che lo ancorano al mondo, il quale diverrà indefinito, mutevole, entrando nella perplessità. Viene distrutta l'esperienza vissuta come sensazione della distruzione della vita e del mondo. Questa

condizione è un pre-stadio di percezione e intuizione deliranti, emersa come sforzo di dare un senso all'atmosfera.

- Esperienza di fine del mondo: nella *Weltundergangserlebnis* tendono a raggrupparsi contenuti di sfondo più o meno apocalittico. Si pone come un *Erleben* di significato in quanto il paziente avverte attorno a sé e risuonare in sé delle modificazioni così radicali tanto che non può non credere che tutto debba essere capovolto/cancellato. Dalla perdita di significato nell'atto percettivo si passa a quella del mondo nella sua interezza, per giungere all'angosciante vissuto di fine del mondo. Un *Erleben* di significato deriva dallo scioglimento dei significati noti della persona.
- Delirio primario: Jaspers (1913) lo definì come una convinzione erronea caratterizzata per la chiara irragionevolezza del fenomeno, l'assoluta certezza soggettiva e l'inaccessibilità a critica e ragionamento. Questo è infatti una convinzione altamente rigida, personalmente valida, di tipo privato e privativo. La certezza non viene intaccata dall'esperienza soggettiva e dalle prove contrarie ad essa. Il paziente la considera un sapere.
- *Gemacht*: o *agito* in tedesco, indica la fase in cui la persona vive come se si trovasse nel mondo del teatro, la trama della vita e i personaggi sono soggetti ad una regia dittatoriale, la quale toglie ad ogni evento il carattere di possibilità, trasformandolo in necessità, in un concatenamento di causalità deliranti.

Il processo atto a formare il delirio secondo Martinotti, Di Giannantonio e Janiri (2015) si articola come segue.

Nella fase iniziale, perplessità, l'esperienza del corpo diviene grandemente bloccata, frammentata, non solo sotto la forma di personalizzazione somato-psichica ma anche di coscienza situazionale.

Nel secondo e terzo evento di esperienza di fine del mondo e *Wahnstimmung*, la struttura dell'esperienza porta con sé la necessità di essere investita di significati, privi di valore in rapporto ad altre impostazioni di significato, che si rendono misura e controllo, ma incarnano di per sé la significatività assoluta.

Nell'esperienza delirante primaria jaspersiana, l'intenzione di significato si divide dal correttore, perdendo quindi la sua autoregolazione derivata dall'adeguatezza dell'oggetto percettivo.

Infine, nel *Gemacht* la passività e l'imposizione come esperienze sono centrali; l'esperienza diverrà rivelazione, certezza pura.

La ricerca di una concretizzazione delle tematiche è considerata come una conseguenza dell'insicurezza fondamentale dovuta alla Wahnstimmung (Martinotti, Di Giannantonio & Janiri, 2015). Il significato delirante risulta essere implicito, come intenzione di significato nell'atmosfera minacciosa dell'insicurezza.

Sembrano essenziali, alla comprensione del suo sviluppo, le cinque fasi proposte da Conrad (Alessandrini & Di Giannantonio, 2013; Oyebo, 2009; Martinotti, Di Giannantonio & Janiri, 2015):

- I FASE → Trema (Paura): ansia inquietudine atmosfera delirante; l'umore delirante costituisce un pieno cambiamento nella percezione del mondo;
- II FASE → Apofania (Rivelazione): abnorme coscienza di significato; ricerca del nuovo significato / Anastrofia (Rivolgimento): vissuto di essere al centro del mondo; insorgenza della psicosi;
- III FASE → Fase apocalittica: scioglimento delle esperienze, irruzione di immagini archetipe, decadono linguaggio e pensiero;
- IV FASE → Fase di consolidamento: l'Apofania viene arrestata; si verifica la realtà dei vissuti; si formano un nuovo mondo e impostazione psicologica fondati su significati deliranti;
- V FASE → Stato residuale: il potenziale energetico tende a scemare; tendenza a riflettere; presenza di possibili residui deliranti.

Il processo psicotico può interrompersi ad ognuna delle cinque fasi, ripercorrere le precedenti o muoversi in avanti, in modo estremamente rapido, tanto da non riuscire a seguire il passaggio (Martinotti, Di Giannantonio & Janiri, 2015).

### **1.3 I contenuti deliranti**

I deliri possono spaziare grandemente nei loro contenuti ma, nonostante le loro tematiche infinitamente varie, essi presentano delle caratteristiche generali. Le fenomenologie dei deliri tendono a essere dettate dal tipo di malattia che affligge la persona mentre i loro contenuti sono dettati dai background sociali, emotivi e culturali (Oyebo, 2009). Infine, con l'uso sempre più diffuso delle tecnologie, sempre più pazienti arrivano a descrivere deliri di controllo riferiti ad internet (Oyebo, 2009).