

Stratagemmi contro-deliranti

Matteo Rampin ¹

Abstract

Al principio di tutte le cose è la lotta. La lotta è il conflitto tra volontà opposte. Obbedisce alla logica di guerra. La logica di guerra si articola su due livelli: tattico e strategico. Il livello tattico riguarda gli eventi della singola battaglia; in terapia vi corrisponde ciò che accade nella singola seduta. Il livello strategico riguarda gli eventi di tutta la guerra, ossia della successione delle varie battaglie; in terapia vi corrisponde l'intero svolgersi della terapia, ossia della successione delle sedute. L'articolo approfondisce l'uso degli stratagemmi contro-deliranti.

¹ *Psicoterapeuta affiliato al Centro di Terapia Strategica, sede di Mestre, Venezia, Italia*

Al principio di tutte le cose è la lotta. La lotta è il conflitto tra volontà opposte. Obbedisce alla logica di guerra. La logica di guerra si articola su due livelli: tattico e strategico. Il livello tattico riguarda gli eventi della singola battaglia; in terapia vi corrisponde ciò che accade nella singola seduta. Il livello strategico riguarda gli eventi di tutta la guerra, ossia della successione delle varie battaglie; in terapia vi corrisponde l'intero svolgersi della terapia, ossia della successione delle sedute.

Il principio fondamentale della logica di guerra è: se vuoi A punta a B, il suo opposto. Stiamo quindi parlando di approccio indiretto e di logica dello stratagemma.

Possiamo distinguere due livelli di stratagemma terapeutico. Lo stratagemma tattico, ossia quello utilizzato nella singola seduta (prescrizione), si basa sullo spostamento dell'attenzione.

Lo spostamento dell'attenzione è usato per esempio nella prescrizione del Diario di Bordo, per gli attacchi di panico: il paziente deve compilare una lista dettagliata di dati durante l'attacco, e questo fa sì che la sua attenzione venga distratta dall'attacco stesso. A sua volta lo spostamento dell'attenzione si ottiene con:

- focalizzazione dell'attenzione (cattura suggestiva del paziente);
- attrazione su un bersaglio interessante (la compilazione di un Diario di Bordo, non di un diario qualsiasi) e che impegna l'attenzione (il Diario di Bordo comprende una lista di dettagli);
- sottrazione dal punto critico (cioè dal fatto che compilare un Diario durante l'attacco di panico è molto difficile); la lista di informazioni minuziose richieste dal Diario di Bordo;
- distrazione dalla distrazione (si giustifica la prescrizione del Diario di Bordo dicendo che esso è uno strumento diagnostico che serve a contare quanti attacchi ha il paziente tra una seduta e l'altra).

Il secondo livello è lo stratagemma strategico, ossia la costruzione di direttrici di comportamento secondo la logica dello stratagemma, che coprano tutto l'arco della terapia e indirizzino la scelta, seduta per seduta, dello stratagemma tattico. Il concetto di stratagemma strategico nasce dallo sviluppo dello stratagemma tattico, sviluppo che si è reso necessario per estendere il modello di terapia breve evoluta a disturbi diversi da quelli fobico-ossessivi, come i disturbi del comportamento alimentare o il delirio.

Il delirio è il sintomo psicopatologico più grave. Esso è anche l'esempio migliore di costruzione della realtà mentale. Nel delirio vi sono due paradossi.

Il primo paradosso del delirio è che esso è la costruzione mentale più facile da identificare come patologica, e quindi è la costruzione mentale che viene più facilmente contestata o confutata dagli altri elementi della rete relazionale del paziente. Infatti è una costruzione mentale poco adattata alla realtà condivisa dagli altri: una fobia è plausibile, un attacco di panico ha correlati fisiologici dimostrabili, una depressione spesso ha validi motivi per esistere. Fobie, panico, depressione sono solo esagerazioni quantitative di esperienze universali, mentre il delirio è un'alterazione qualitativa del modo di funzionare della mente.

Il secondo paradosso del delirio è che proprio il fatto di essere confutabile con immediatezza, il fatto che sia confutabile da tutti, lo fa diventare più rigido; più confutiamo un delirio, più il delirante rafforza il suo delirio. Quindi per de-costruire (smontare) il

delirio non si deve partire dal fatto che è poco adattato alla realtà degli altri, altrimenti lo si rafforza di più.

La definizione classica di delirio è: “convinzione personale falsa, basata su un’inferenza non corretta riguardante la realtà esterna e fermamente sostenuta nonostante quanto quasi tutti gli altri ritengono e senza tenere conto di quanto costituisce un’incontrovertibile e chiara evidenza del contrario”.

La mente del terapeuta traduce questi criteri diagnostici in risposte dettate dalla logica lineare (convenzionale).

DEFINIZIONE TRADIZIONALE	MENTE DEL TERAPEUTA
Convinzione personale falsa	noi abbiamo convinzioni vere
Inferenza non corretta sulla realtà esterna	noi abbiamo inferenze corrette; esiste una realtà esterna
fermamente sostenuta nonostante quanto tutti gli altri ritengono	esiste un “noi” di cui il paziente non fa parte
senza tenere conto della incontrovertibile e chiara evidenza del contrario	cerco di dimostrare il contrario al paziente

Queste risposte si traducono in comportamenti che contribuiscono alla costruzione del delirio che il terapeuta vuole de-costruire.

COSTRUZIONE DEL DELIRIO

La tua convinzione è falsa
(il paziente prova un senso di estraneità, e ansia che si alimenta retroattivamente con lo spavento e l’ansia degli “altri”)

Il tuo modo di ragionare è errato
(etichettamento: sei pazzo aumentano l’estraneità e la paura)

isolamento (contrapposizione “paziente – TUTTI gli altri”)
agiscono varie dinamiche sistemiche
confutazione (come risposta alla confutazione, il paziente aderisce sempre più all’idea originaria; la confutazione aggiunge nuovi elementi all’ideazione).

Secondo la logica strategica (indiretta) non dobbiamo combattere gli elementi del delirio come viene definito tradizionalmente, ma, ribaltandone il carattere di profezia autoavverantesi, affrontarli indirettamente (utilizzarli).

DEFINIZIONE	MODELLO TRADIZIONALE	MODELLO STRATEGICO
Convinzione personale falsa	noi abbiamo quella vera	noi non abbiamo quella vera
Inferenza non corretta sulla realtà esterna	noi abbiamo inferenze corrette esiste una realtà esterna	non esiste una realtà indipendente dal nostro modo di vederla
fermamente sostenuta nonostante quanto tutti gli altri ritengono	differenza angosciante da quanto dicono quasi tutti gli altri	noi non la confutiamo
senza tenere conto della incontrovertibile e chiara evidenza del contrario	gli altri non solo non accettano ma anche cercano di dimostrare il contrario	noi non cerchiamo di dimostrare il contrario

Si deve quindi smontare punto per punto il nostro costrutto mentale classico del delirio: dobbiamo agire sulla nostra costruzione mentale di che cosa sia la costruzione mentale che chiamiamo delirio.

COSTRUZIONE	DECONSTRUZIONE
La tua convinzione è falsa (senso di estraneità, spavento che si alimenta retroattivamente con lo spavento degli altri)	accetto la tua convinzione (alleanza terapeutica, riduzione dell'ansia)
Il tuo modo di ragionare è errato (etichettamento: sei pazzo aumenta l'estraneità, e la paura) isolamento (io – tutti gli altri) dinamiche sistemiche confutazione (aderisce sempre più all'idea originaria aggiunge nuovi elementi)	ragioni bene (prossimità antropologica, recupero della dignità, riduzione ansia) rottura delle dinamiche espulsive e dei vantaggi utilizzazione (rottura dell'equilibrio)

La logica dello stratagemma viene applicata al livello strategico e al livello tattico. Al livello strategico stabilisce alcune direttrici:

- 1) la lotta deve essere diretta contro la sofferenza e non contro il delirio: “eliminare il delirio” è uno scopo ideologico. La nostra realtà è altrettanto inventata quanto quella del paziente delirante; la differenza sta nel diverso grado di consuetudine delle metafore che usiamo per costruire il modello del mondo, e nel fatto che la costruzione fatta dal paziente delirante è fonte di sofferenza per lui o per altri. Se l’obiettivo è ridurre o eliminare la sofferenza (e non il delirio), disponiamo di un elevato grado di libertà che altrimenti non avremmo. Per esempio un delirio

erotomanico in un religioso può essere trasformato in un'ideazione mistica (di tentazione), più funzionale all'esistenza del paziente. Ciò può tradursi persino nel rifiuto di occuparsi del delirio e affrontare altre cose, per arrivare al delirio indirettamente.

- 2) Non basta ridurre la sofferenza e poi andarsene, bisogna creare supporti nelle retrovie e consolidare le postazioni raggiunte: la riduzione o eliminazione della sofferenza hanno senso se si riesce a raggiungere un nuovo equilibrio (sul lavoro, in famiglia ecc.).
- 3) Esistono i "pericoli della vittoria": un'avanzata troppo rapida si traduce in una sconfitta, perché non c'è il tempo materiale per consolidare le postazioni raggiunte. Non si deve cedere alla fretta che è dettata dal nostro disagio davanti al delirio.
- 4) Esiste sempre una dose di rischio nel trattamento del delirante senza il ricorso ai farmaci, che va valutato accuratamente, tenendo presente che una dose di rischio non può essere eliminata, e se non la tolleriamo è un problema nostro e non del paziente.

La logica dello stratagemma applicata al livello tattico stabilisce i seguenti obiettivi:

- 1) creare alleanze (con il terapeuta);
- 2) modificare le dinamiche del sistema relazionale;
- 3) modificare il grado di certezza della convinzione;
- 4) frustrare i vantaggi offerti dal sintomo.

Praticamente, le tecniche consistono rispettivamente in:

- 1) entrare nel delirio;
- 2) interrompere le tentate soluzioni (congiura del silenzio, diario delle idee paranoiche, rituale familiare, antropologo);
- 3) inserire il tarlo del dubbio, rinforzare altri aspetti;
- 4) esasperare i sintomi, rivolgerne la logica contro se stesso.

Quest'ultimo punto è il più spettacolare e creativo. Si basa sul principio di aggiungere per togliere, cioè aggiungere qualche elemento al quadro presentato dal paziente per poi portarlo al collasso. È come salvare uno dall'annegamento afferrandolo e immergendolo di più, in modo che sarà lui stesso a liberarsi e ritornare a galla.

Bibliografia

Rampin, M., Nardone, G. (2002), *Terapie apparentemente magiche. L'analisi illusionistica dello stratagemma terapeutico*, Milano, McGraw-Hill

Inirizzo per richiesta di ristampe:

Matteo Rampin

Centro di Terapia Strategica

Mestre, Venezia, Italia

madbotte@tin.it