

“BRUCIAR D'AMORE”.

Declinazioni psicopatologiche dell'esperienza d'innamoramento

Primo Lorenzi

Può sembrare presuntuoso il proporsi di catalogare le varianti abnormi della esperienza passionale amorosa. E questo almeno per due ordini di motivi.

Il primo è semplicemente quello di pensare che l'enorme variabilità di una delle esperienze più soggettive e creative possa essere raccolta in alcuni preordinati contenitori categoriali. Non si può che concordare, almeno parzialmente, con questa obiezione, in quanto per poter trovare tratti comuni bisogna senz'altro fare operazioni di scotomizzazione talvolta molto ampie nell'espressività fenomenica delle esperienze osservate. Costringere cioè un'esperienza multiforme come quella amorosa in una sorta di “letto di Procuste” definito da alcuni «assi» comportamentali o esperienziali.

Ma ancora più presuntuosa è la seconda operazione che consiste nel tracciare una qualche linea di distinzione fra normalità e patologia della esperienza passionale amorosa. L'autore è pienamente consapevole della improponibilità di una simile cesura, almeno quando venga intesa come netta distinzione. Si cercherà pertanto di cogliere continuamente l'aspetto dimensionale del fenomeno ed il suo disporsi secondo un *continuum* che va dal consueto all'inconsueto ed al deviante. Tagli categoriali verranno il più possibile contenuti. Ed il più possibile motivati. Più

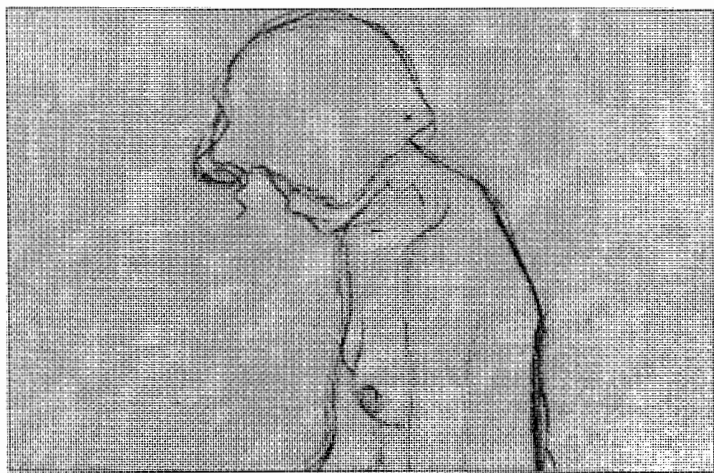
in generale, piuttosto che cercare confini netti fra esperienze normali e patologiche verranno indicati elementi di patologicità. Fra questi una particolare enfasi verrà fatta sulla flessibilità (normale) e una (potenzialmente patologica) rigidità di certe esperienze. Rischiose per la perdita di libertà connessa con il venir meno del potere di entrata ed uscita almeno da alcuni aspetti (ad esempio alcune declinazioni comportamentali) dell'esperienza stessa.

Dalla parte di questa pretesa c'è il dato, che non è pensiero originale o recente, di come ci si possa «ammalare d'amore». Così, ad esempio, l'idea che amore e follia siano strettamente legati è un tema molto visitato nel mito e nella letteratura, oltre che nel folklore e nelle credenze popolari. Valga brevemente ricordare la follia di Orlando, innamorato di Angelica, che percorre tutto il ciclo della *Chanson de geste*, fino ai nostri Bembo ed Ariosto. O ancora la follia di Lucia di Lammermoor nell'omonimo melodramma di Donizetti.

Del resto la stessa nascita della moderna psichiatria appare strettamente legata allo studio della psicopatologia delle passioni (Esquirol, 1805). E della passione amorosa in particolare. Così fino dalle origini del pensiero occidentale si è cercato di individuare quadri morbosi caratteristici in cui si può declinare una "patologia della passione amorosa" (cfr. tra gli altri, Lorenzi, 1994a; Vegetti Finzi, 1995).

Dal canto suo il pensiero medico ha storicamente evidenziato un tratto patogenetico che dalla passione amorosa in senso lato può condurre alla follia; ovvero, una specifica patoplasticità, nel senso che (fermo restando quanto detto prima) il coinvolgimento di esperienze passionali amorose all'interno delle più diverse condizioni cliniche potrebbe portare a espressioni fenomeniche assai caratteristiche.

La passione amorosa, anche quella più normale,



si articola, a nostro avviso (Lorenzi, 1995a), intorno a tre grandi nuclei esperienziali: *I* l'innamoramento, esperienza complessa sostenuta da uno stato di esaltazione passionale ed a temi ideici articolati sulla proiezione sull'altro di istanze personali molto idealizzate. E questo in assenza, o comunque senza il bisogno, di grossi riscontri oggettivi. Il tutto a proporre un processo di conoscenza dell'altro amato che, già fisiologicamente, si allontana dalle leggi della logica avvicinandosi invece alle esperienze mistiche ed agli "eureka!" psicotici; *II* la gelosia, cioè quel particolare sentimento che nasce dal doloroso timore che esista una minaccia esterna nei confronti della relazione che lega il soggetto all'altro amato. Questo sentimento ha come nucleo ideico centrale quello della fedeltà e dà luogo ad un vissuto depressivo nei confronti della perdita vera o minacciata dell'amore dell'altro, ma anche ad una protesta rabbiosa nei confronti della umiliazione che la sopraddeata perdita può comportare; *III* la «malinconia amorosa» a cui

si possono ricondurre tutte quelle condizioni connesse con le esperienze di frustrazione e di perdita che si danno allorquando ci si allontani, ci sia impedito il contatto o si perda l'altro amato (Lorenzi, 1995b).

Questi tre grandi nuclei ci possono permettere di ordinare i quadri clinici che attingono alla psicopatologia dell'esperienza passionale amorosa in tre grandi capitoli: 1° la patologia dell'innamoramento; 2° la gelosia patologica; 3° la malinconia amorosa. In questo lavoro verrà soltanto trattato il primo dei tre: quello delle possibili declinazioni psicopatologiche e cliniche della esperienza di innamoramento.

Verrà quindi discussa: 1. l'esperienza dell'innamoramento nei suoi nuclei costitutivi "fisiologici" e nei suoi tratti strutturali, convinti con Merleau-Ponty, che la patologia di una esperienza sia innanzitutto patologia dello "spazio" in cui essa si dà (Merleau-Ponty, 1945). Una volta delineate le caratteristiche di questo spazio si cercherà di cogliere i punti chiave da cui prendono le mosse le più tipiche declinazioni patologiche. Queste verranno separatamente descritte nei quadri clinici relativi, per cui si descriverà: 2. la sindrome dell'amante fantasma; 3. il delirio amoroso; 4. il delirio erotomanico; facendo seguire: 5. una breve conclusione.

1. *L'esperienza d'innamoramento*

L'innamoramento è una delle più tipiche esperienze passionali (Mullen, *et al.*, 1994; Lorenzi, 1997). Nel sentire dell'uomo occidentale l'esperienza dell'innamoramento viene spesso fatta coincidere con l'esperienza amorosa *tout court* (Johnson, 1987) tanto è che ci è assai difficile pensare come, in altre culture, l'esperienza amorosa si possa dare con altre coordinate. Tendenzialmente siamo portati a pensare che l'"amore romantico" sia l'unica forma di amore su cui matrimonio e relazioni sentimentali possono es-

sere costruiti. In alcune culture orientali, come quelle indiana e giapponese, possiamo trovare coppie che si amano con grande calore, dotate di una stabilità e devozione a cui però già è difficile pensare in termini di passionalità. Il loro non è un amore romantico come noi lo pensiamo, loro non pongono nella relazione i nostri stessi ideali ed aspettative. Soprattutto non sembrano porre il valore che noi poniamo all'aspetto soggettivo (all'essere innamorato) dell'esperienza privilegiando invece tangibili valori dell'altro "rivelati" nel particolare spazio costruito dalla relazione con il soggetto (Johnson, 1987).

Nella nostra cultura comunque, molto spesso, l'innamoramento è un prologo ineludibile di molte relazioni amorose di cui costituisce il retroterra soggettivo, che poi nella pienezza dell'esperienza amorosa si dispiega verso la ricerca di una conoscenza meno intuitiva dell'altro.

Perno di questo "prologo soggettivo" è la costruzione di un particolare spazio coscienziale (Merleau-Ponty, 1945) strutturato dall'attesa dell'amore, dal desiderio che aspira all'esperienza amorosa. Diceva Stendhal: «... non esisterebbe l'amore se non se ne parlasse» (Stendhal, ed. 1979). L'esperienza dell'innamoramento non nasce dunque dal vuoto, ma si struttura in uno spazio già costituito, dove il segno esterno può colpire parlando il linguaggio della seduzione e dell'incanto narcisistico. Proponendo cioè un dialogo in cui l'altro dice ciò che il nostro desiderio vuole che si dica. Molto spesso letture, fantasie, racconti, confidenze, ecc., contribuiscono ad infondere nell'animo questo atteggiamento di «attesa orientata» che può arrivare ad occupare gran parte della vita psichica. La costruzione di questo spazio coscienziale si può considerare come il primo momento dell'esperienza di innamoramento.

A questo segue il momento dell'“incontro”, che possiamo leggere come l'ingresso dell'“altro aspettato” nello spazio coscienziale costruito dall'attesa. Il “segno d'amore” non necessariamente ha i connotati della concretezza. Spesso quello che si dà è solo un “segno” che però permette di attrarre e concretizzare quanto si era costruito nella propria interiorità. Già fisiologicamente il segno esterno può essere solo lievemente ancorato alla realtà così che questa finisce per essere “pretesto” che trascende e suggerisce l'oggettività delle cose. In questo passaggio si può individuare un salto trasgressivo (per alcuni aspetti!) di ogni legge della logica comune, che molto ha che spartire con l'esperienza mistica (Nava, 1995). Il “salto” si svela con l'intensità della scoperta che quanto si anelava, e che precedentemente era assente, si è materializzato. Ed è vissuto come il superamento di una distanza che pareva un abisso. Con la percezione drammatica di aver superato ogni separazione; di una perdita di confine (Malinowski, 1976). Questo secondo punto è, prima di tutto, sostanziato da un vorticoso movimento di istanze proprie sull'altro, che così finisce per essere più sognato che francamente vissuto, più ideale che reale. Naturalmente questa immaginarietà dell'altro è tale solo se prendiamo la ragione come misura del reale, per cui tutto quello che sfugge alla presa razionale passa nell'immaginario. Nel vissuto di chi vive l'esperienza, questa logica è tutt'altro che accettata: la verità si apre senza intermezzi logici. Così, quando l'esperienza si esaurisce, questo particolare momento dell'esistenza può risultare staccato dalla continuità esistenziale per darsi in uno spazio “altro e magico”, ovvero in un momento “sacro” dell'esistenza (Lévy-Strauss, 1967).

Non si potrà non rimarcare, anche in questo secondo passaggio, la modestia della esperienza esterna, di contro all'importanza del moto soggettivo che



trova nell'incontro quasi una concretizzazione allucinata. Né si può non sottolineare la portata narcisistica di questo moto all'apparenza vorticosamente orientato verso l'altro. Ricordiamo che il concetto di narcisismo ha una grande apertura semantica con i relativi rischi di dispersione e confusione. In una accezione ampia designa tutto ciò che, nel funzionamento mentale, concerne il sentimento di integrità della persona e della stima di sé (Green, 1982).

Ora nell'esperienza di innamoramento si può

ravvisare una delle più tipiche espressioni di un tentativo di traduzione relazionale narcisistica. Infatti essa è speculare, tende a esaltare gli aspetti di uguaglianza con l'altro, a negarne le diversità ed a vedervi la propria immagine specchiata nei suoi aspetti più positivi (almeno secondo la scala di valore del soggetto). Di pari si scotomizzano le diversità (Kernberg, 1995). In questo possiamo intuire l'utilità ed il limite di questo secondo passaggio. La proiezione narcisistica dell'innamoramento è infatti necessaria a stabilire una uguaglianza ed una sovrapposizione con l'altro. Che è totale nella fase del "colpo di fulmine", ma dovrà mantenersi, come stabilizzante di legame, per tutto il periodo di vita della relazione amorosa, di cui costituisce un aspetto insieme fondante e permanente. Così anche nelle relazioni amoroze più antiche e stabilizzate la mancanza dell'altro (la sua assenza) può far riemergere una appetizione passionale che sembrava scomparsa ed era soltanto sopita.

A questo punto si è già costruita tutta la base soggettiva dell'esperienza passionale amorosa che ora (terzo punto) cerca di tradursi nella realtà attraverso una «spinta all'azione» (Clérambault, 1945) volta alla conferma esterna del vorticoso processo interno che si è descritto. Lo sbocco dell'esperienza di innamoramento va infatti fisiologicamente verso una direzione relazionale sia pure con le caratteristiche sopra descritte. Da qui l'importanza che l'altro mandi un segnale di disponibilità, di accettazione dell'interessamento dell'amante e che pertanto permetta al movimento soggettivo egotistico di strutturarsi verso una ricerca di mutualità affettiva e quindi verso una dimensione effettivamente dia-logica.

In questi tre passaggi possiamo individuare i momenti fondanti dell'esperienza di innamoramento.

Tabella 1

MOMENTI COSTITUTIVI DELL'ESPERIENZA DI INNAMORAMENTO

Costruzione dello «spazio dell'attesa orientata»

L'incontro con l'altro aspettato (ovvero un "segno" nello spazio dell'attesa)

La spinta all'azione orientata verso la ricerca di una mutualità affettiva

2. *La sindrome dell'amante fantasma*

La condizione clinica di cui ci andiamo ad occupare è stata segnalata in letteratura con il nome di «sindrome dell'amante fantasma» («Phantom Lover Syndrome») degli autori anglosassoni, cfr. Fisher, 1990; Seeman, 1971 e 1978; Lorenzi, 1997) ed inserita nell'ambito della patologia della passione amorosa. Pur in assenza di una chiara consapevolezza nosografica, casi clinici che vi si possono ricondurre compaiono in monumentali opere sulla patologia passionale come quelle di Pardoux (1613) e di Esquirol (1805).

In un'ottica di psicogenesi strutturale la condizione morbosa può essere derivata dal primo momento della fisiologica esperienza di innamoramento (v. tab. 1). Da quel momento cioè che si articola sulla «attesa orientata» di una epifania dell'amato.

Della fisiologica esperienza di innamoramento rappresenta, per certi versi una patologica estremizzazione, che, se da un lato può apparire grottesca, dall'altro permette quella "semplificazione" per cui gli eventi patologici ci consentono talvolta di leggere con più chiarezza la "consueta" realtà.

La sindrome ha un nucleo tematico caratterizzata da una pervicace passione amorosa indirizzata

verso persone sconosciute o appena intraviste. La passione si mantiene per anni (e talvolta per tutta la vita!) anche senza che l'altro ne venga a conoscenza, né che il paziente cerchi una qualche reciprocazione del sentimento. Tutto questo può renderla simile agli amori solitari del periodo adolescenziale (Seeman, 1978). Nella sindrome dell'amante fantasma però, la passione amorosa, acquisisce tutti i requisiti che già Cléarambault (1945) indicò come segni della sua patologicità. E cioè in primo luogo l'abnorme quantità e persistenza, ma soprattutto l'incoercibilità e l'assenza di ogni *feed-back* con la realtà, cosa quest'ultima che determina una profonda alterazione del rapporto Io-Mondo.

Tabella 2

ELEMENTI DI PATOLOGICITÀ NELL'ESPERIENZA PASSIONALE AMOROSA (secondo de Cléarambault)

Abnorme quantità della tensione passionale

Abnorme durata nel tempo

Tendenza verso l'incoercibilità dei contenuti ideici connessi con l'esperienza passionale

Perdita della capacità di confrontare con la realtà i contenuti ideici sorretti dallo stato passionale

La condizione morbosa perlopiù si dà in personalità distoniche e con organizzazione "borderline" che si aggrappano disperatamente a uomini (più raramente a donne) idealizzati in modo così irrealistico che è difficile averne un'idea in base alle descrizioni che essi stessi ci fanno (Seeman, 1978).

Proponiamo ora due casi clinici tratti dalla nostra casistica personale.

PAOLO. – Motivo della prima visita fu una crisi clastica reattiva ad una contrarietà esistenziale. Paolo era allora uno studente universitario fuori corso, di venticinque anni. Viveva con i genitori, già anziani (si sono sposati tardi e la madre lo ha avuto già oltre la quarantina).

Descritto come un tipo taciturno, con pochi amici, con pochi interessi, se non quello di stare a giornate intere a fantasticare, perlopiù chiuso nella sua stanza. Negli ultimi mesi aveva preso a dormire di giorno e la notte a vegliare immerso in esuberanti fantasie.

Ha avuto in passato qualche saltuario contatto con neuropsichiatri infantili e psichiatri, più per stranezze comportamentali che non per veri e propri sintomi clinici. Ha anche fatto un tentativo di terapia psicoanalitica interrotto alla seconda seduta. Da allora aveva rifiutato ogni ulteriore contatto psichiatrico. Questa volta aveva accettato per ringraziarsi i genitori dopo gli ingenti danni arrecati alla casa nella crisi clastica sopramenzionata. Sarà poi possibile instaurare un rapporto terapeutico abbastanza valido. Almeno fino a quando Paolo non avvertirà la relazione troppo foriera di cambiamenti del suo *status quo* esistenziale.

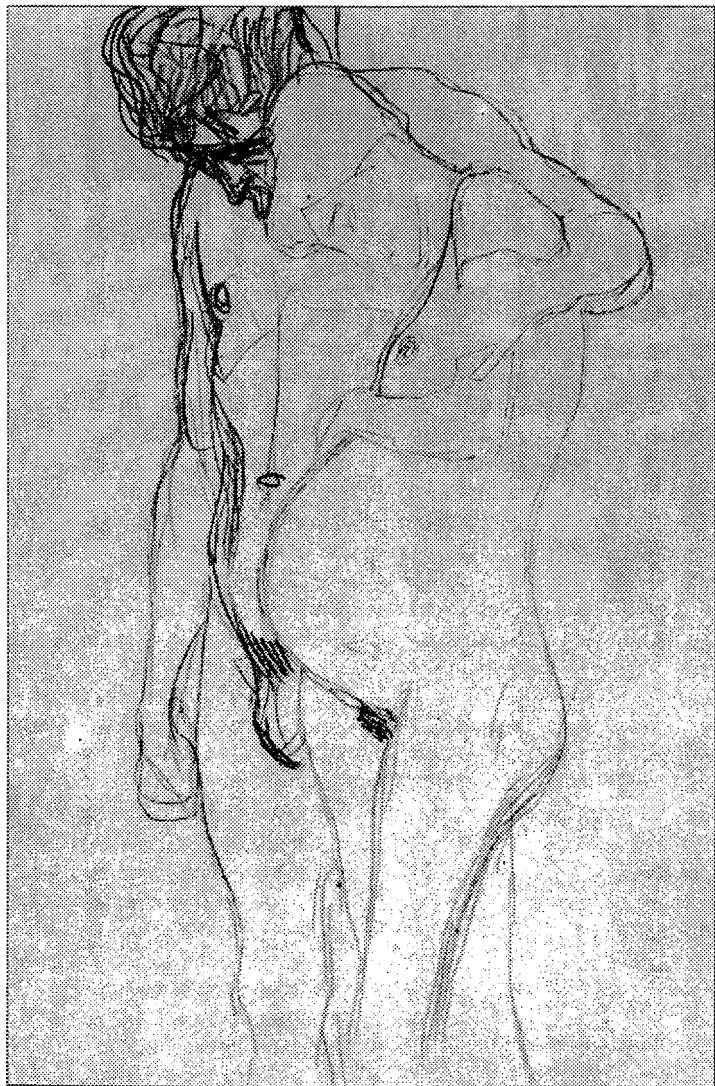
Nell'ambito di una interiorità complessa e molto bizzarra, Paolo un giorno descrisse il suo amore per Julie Christie, nato il giorno in cui aveva visto il film *Il Dottor Zhivago*. Da allora aveva raccolto immagini e interviste dell'attrice in un grande album che un giorno «permise», anche a chi scrive, di sfogliare. Nell'album veniva documentata la storia del suo amore, sentito, almeno in parte, come impossibile, ma insieme anche come unica ragione di vita.

In realtà il vissuto di impossibilità di una traduzione reale della sua storia amorosa è da considerarsi vero solo per i primi tempi. Dopo, Paolo aveva cominciato a sognare incontri con l'attrice amata e momenti di vita vissuta correlati anche da fantasie erotiche, cui allude costantemente, senza però mai parlarne apertamente. La donna amata è così presente ai suoi pensieri, così assidua nel suo spazio coscienziale, che sono assai frequenti fenomeni di tipo illusorio nei confronti di donne viste per la strada. Ha poi scoperto che con l'aiuto della cannabis si può mettere in contatto con lei, «... udirne la voce, respirarne l'odore, ... toccarne il corpo ...». Il «fumo» è diventato così un rito della sua vita e le esperienze dispercettive indotte dalla droga si sono fatte così vivide che non c'è più piena consapevolezza della loro artificialità.

Negli ultimi anni ha anche pensato di cercare di incontrarla ed ha fatto anche qualche progetto di «volare in America». Subito però naufragato di fronte alla difficoltà di organizzare il viaggio.

Talvolta si è aperta nella sua mente l'idea che anche lei potesse amarlo. Ha così sfiorato (con piacere, ma sempre rimanendo critico) la possibilità che lei potesse aver avuto parte nella costruzione del suo stesso amore e che ella stessa potesse cercarlo così come lui faceva.

ENRICA. – Orfana di padre, Enrica era cresciuta fra la madre e la nonna. Coccolata ed accudita in modo un po' asfissiante, ma senz'altro con la massima dedizione. Non aveva mai avuto un ragazzo. Fin da bambina argomento prediletto delle conversazioni con la madre e la nonna era il suo futuro matrimonio e l'uomo che sarebbe stato suo marito. Pian piano l'immagine di quest'uomo sognato si era sovrapposta a quella del padre morto ed ancora molto amato dalle altre due donne di casa.



Così la ragazza, che si negava ad ogni ricerca amorosa con i coetanei, viveva nell'attesa di quest'uomo dalle caratteristiche ogni giorno più precise e concrete. Con il tempo aveva finito per dedicare a questo pensiero il meglio (o comunque la parte più importante) del suo tempo. Fino a struggersi nel desiderio della sua manifestazione, del suo arrivo.

Un giorno queste fantasie e questi desideri si concretizzarono sull'immagine di un uomo politico straniero visto in tv. Da allora, e per anni, Enrica era letteralmente «vibrata ogni giorno d'amore per il suo uomo», aspettando le sue comparse in tv. E coltivando inoltre, in segreto, la speranza che, prima o poi, si sarebbe presentato alla sua casa a chiederla in sposa. O, alternativamente, per avere una travolgente e peccaminosa passione con lei.

Occasione della prima visita fu la partecipazione alla madre di almeno una parte delle sue fantasie, per anni tenute tutte per sé. La madre in un primo tempo aveva cercato di confutare e dimostrare l'irrealisticità dei sogni della figlia. Poi, di fronte all'irrigidito rifiuto di ogni considerazione di realtà, aveva pensato bene di consultare uno psichiatra.

Al momento della prima visita Enrica aveva trentuno anni. La sua "storia" durava almeno da tredici anni! Aveva un suo lavoro, che era un po' l'unica fonte di vita sociale. Nell'ambiente di lavoro veniva dipinta come un tipo molto riservato, ma disponibile.

Il rapporto terapeutico è durato circa un anno, senza che il quadro clinico fosse sostanzialmente cambiato. Le reazioni della madre ed i colloqui terapeutici avevano solo comportato un atteggiamento maggiormente guardingo da parte di Enrica nel partecipare ad altri le sue idee amorose che permanevano ed erano pervicacemente difese.

Come si è già detto, la sindrome dell'amante fantasma può essere messa in rapporto con il prologo

dell'esperienza di innamoramento. Con il momento cioè che è costruito dall'attesa e dal desiderio dell'epifania amorosa (primo punto – Lorenzi, 1998; Nava, 1995). Questo momento risulta permeato di soggettività: si dà e si costruisce prima ancora di ogni "oggettività" relazionale.

In verità, anche l'ambiente esterno vi porta il suo contributo: vedi i "suggerimenti" forniti da racconti, fantasie, motivi musicali, ecc. In quest'opera di agevolazione oggi i *media* informatici hanno una parte preponderante.

Poeti e scrittori hanno, da sempre, evidenziato e descritto il ruolo del contesto socio-culturale nel facilitare la costruzione di questo spazio soggettivo. In quest'ottica ci sembra quasi doveroso citare a mo' d'esempio alcuni versi della *Divina Commedia* (*Inf.*, c. V, vv. 127-138):

Noi leggiavamo un giorno per diletto / di Lanci-
lotta come Amor lo strinse; / soli eravamo e senza
alcun sospetto. / Per più fiate li occhi ci sospinse /
quella lettura, e scolorocci il viso; / ma solo un
punto fu quel che ci vinse. / Quando leggemmo il
disiato riso / esser baciato da cotanto amante, /
questi, che mai da me non fia diviso, / la bocca mi
baciò tutto tremante. / Galeotto fu il libro e chi lo
scrisse: / quel giorno più non vi leggemmo avante.

Qui ben si evidenzia quanto il poema d'amore (la storia di Lancillotto e Ginevra) possa aver contribuito alla "costruzione" del sentimento in ciascuno dei due amanti.

La costruzione (anche sociale!) dello spazio dell'attesa amorosa prelude all'"incontro amoroso" (secondo momento). Momento in cui il moto soggettivo si salda con un dato di realtà, magari anche minimale. Nel consueto sviluppo dell'esperienza passionale tutto tende verso questo incontro. Ed è proprio

l'incontro che nella sindrome dell'amante fantasma viene a mancare. Lo «spazio dell'attesa» rischia così di riempirsi con fantasticherie che, col tempo, possono acquisire la concretezza di una neorealtà. Questa "concretezza fantastica" finisce per bastare: in essa, che fisiologicamente è solo un momento, si esaurisce tutta l'esperienza. Al punto che viene meno quell'impulso all'azione che tanta parte ha nella fisiologia (e nella patologia!) della passione amorosa (Esquirol, 1805; Clérambault, 1945). Così queste persone finiscono per amare senza chiedere niente in ritorno. Nemmeno quella che è la richiesta minima di chi ama: l'essere riconosciuti dall'altro amato.

I casi portati sono paradigmatici. Infatti in entrambi l'*entourage* ed i *media* informatici suggeriscono la tematica amorosa e soprattutto il desiderio dell'amore. Pensiamo al cinema per Paolo; all'ambiente familiare ed alla tv per Enrica. Questa "pressione mediatica" non è però poi molto diversa da quella a cui tutti solitamente siamo sottoposti. Qui entrano in gioco le caratteristiche di personalità dei nostri due pazienti, entrambi con evidenti tratti schizoidi ed evitanti che comportano, da sempre, difficoltà di rapporto con la realtà a tutto vantaggio di una ruminazione interiore isolata e tendenzialmente autistica. Così l'esperienza amorosa si blocca al suo prologo, al momento cioè della preparazione interiore del terreno in cui l'altro deve comparire. E lo "spazio coscienziale" costruito per l'incontro finisce per riempirsi di qualcosa di interno: di una concretizzazione di una fantasia che non ha nemmeno bisogno di un concreto "segno" esterno. Lo spazio coscienziale costruito per l'incontro diventa così il mezzo per fuggire la realtà o per cercarne una nuova ed esclusivamente soggettiva.

Dal punto di vista psicopatologico le idee inerenti l'amante fantasma appaiono come credenze solita-

rie, accompagnate da una forte componente affettiva, che ha il suo primo fattore di abnormità nella capacità di crescere a dismisura fino a dominare la vita dei pazienti. Si tratta cioè di idee con le caratteristiche formali delle "idee prevalenti" (Mc Kenna, 1984).

Nel prosieguo del tempo le idee concernenti l'altro amato tendono a rendersi sempre più autonome fino a sfiorare le caratteristiche formali di vere e proprie idee deliranti che si situano nel contesto esistenziale del paziente con una modalità di tipo parafrenico (Kraepelin, 1915). Entrambi i pazienti infatti vivono un «tempo del delirio» in cui si abbandonano al loro sogno d'amore, ed un «tempo della realtà» che permette loro di portare avanti molte delle incombenze della vita sociale (vedi Enrica). Il loro «equilibrio» psichico sembra essere dato dal mantenimento di una distinzione fra i due momenti.

3. *Il delirio amoroso*

Anche la realtà clinica del «delirio amoroso» – o «amore delirante» – può essere, in un'ottica di psicogenesi strutturale, derivata dal fisiologico innamoramento. Ricordiamo come il comune innamoramento possa essere visto come una forma di «delirio fisiologico» (Stendhal, 1979) o una «psicosi temporanea» (Freud, 1906). L'infatuato vive infatti una esperienza che ha le caratteristiche formali di una vera e propria «intuizione delirante». Partendo talvolta da infinitissimi dati di realtà (un accenno della voce, un movimento delle mani, un pensiero, uno sguardo, ecc.) si arriva a presupporre la conoscenza (e l'intuizione è spesso assai persistente) dell'essenza prima dell'altro. Si vive l'esperienza di una conoscenza totale ed immediata, di una "illuminazione" con i tipici connotati della atemporalità ("... l'ho sempre amato"; "... l'ho sempre conosciuta"). Come nelle esperienze deliranti, a questa prima intuizione, può seguire una ricostruzione di realtà con talvolta catastrofiche redi-

stribuzioni di senso (Conrad, 1958), così da arrivare ad inglobare eventuali nuovi dati in costruzioni del tutto falsate. I dati vengono selezionati per scegliere solo quelli che sono utili alle costruzioni del soggetto: alcuni vengono accantonati, ad altri viene data amplificazione, altri ancora invece vengono silenziati. Evidenze opposte a quelle che si vuol costruire semplicemente rifiutate. Nella fisiologica esperienza di innamoramento questo si dà mantenendo un confronto con la realtà che permette un continuo rimaneggiamento e quindi una flessibilità dei contenuti ideici sorretti dalla stato passionale. Come vedremo esemplificati nei casi clinici che di seguito proponiamo è proprio questa capacità di rimaneggiamento delle idee connesse con la primitiva intuizione che nel delirio amoroso viene a mancare.

Così, se nella sindrome dell'amante fantasma l'alterazione psicogenicamente rilevante è da individuarsi nel primo momento dell'esperienza di innamoramento (quello dell'attesa orientata) che viene come raggelata ed impedita nell'evolversi verso gli altri due passaggi, nel delirio amoroso l'esperienza riesce ad evolversi anche al secondo momento (quello dell'incontro), ma qui si arena evitando il passaggio verso il terzo momento (quello della ricerca di una mutualità passionale) e dell'effettivo confronto con l'altro reale.

Così anche in questa condizione l'esperienza amorosa sembra "impantanarsi" nella sua dimensione egotistica precludendo un valido confronto con la realtà esterna. Siccome la spinta verso una dimensione dialogica è sostanziale alla stessa realtà dell'esperienza passionale amorosa viene costruita una "neo-realtà" che permette, per così dire, una dimensione dialogica senza dialogo.

ALDO. — Uomo brillante nella sua professione di avvocato e nella vita sociale. Con una certa fama di

Don Giovanni, simpatico, estroverso. Non ha precedenti psichiatrici. Si è perdutamente innamorato di una donna un po' più anziana di lui, divorziata con un bambino. L'amore è stato "a prima vista". Ci dirà poi «l'ho vista e me ne sono innamorato». Descrive la donna come pura, bellissima, «scultrice piena di fantasia», piena di estro e brio. «Incapace di malizia alcuna». In realtà l'amata è persona di dubbia moralità. Lavora nel mondo della moda, ma più come accompagnatrice "tuttofare" che come ideatrice. Le varie persone che parlano di lei la descrivono come abbastanza rozza e un po' volgare, molto "facile" nel concedersi anche prezzolatamente.

In un primo momento sembra proprio una sbandata. Tutti sono convinti che la storia finirà non appena Aldo "aprirà gli occhi". Ma non è così. La passione si fa sempre più violenta e tenace. L'ondata idealizzatoria nei confronti della donna non cessa, anzi si fa sempre più marcata. Addirittura Aldo arriva a magnificarne la linea dinastica ipotizzando "quarti" di nobiltà. Commissiona anche una ricerca di archivio con il chiaro intento di documentare quello che per lui è una certezza. Una volta la sorprende in compagnia di un uomo, semisvestita, in un luogo appena appartato: le giustificazioni che lei gli dà sono credute alla lettera. Arriva a spendere molti dei suoi soldi per sistemare dei beni della donna. Poi la sposa. La passione non scema minimamente, al punto che ogni attimo di vita pare non aver senso senza di lei. Trascura il lavoro, rompe via via con gli amici, i parenti, con chiunque cerchi di inserire elementi di realtà in una passione che appare sempre più cieca. Diventa manifesto che la donna ormai si sta approfittando di lui. Ottiene la firma sul suo conto bancario e il giorno stesso lo prosciuga. Si fa comprare un pezzo di terra attigua alla casa da poco ristrutturata, facendolo pesantemente indebitare.

In breve Aldo si carica di debiti. Dopo averla sorpresa molte volte con altri, ella stessa gli confessa di avere amanti e che non lo vuole più. Aldo sembra accettare il dato, ma continua ad amarla. Si arrangia per un po' nel tentativo di trovare giustificazioni al comportamento di lei, che ne salvino l'immagine. Talvolta ricorrendo a motivazioni implausibili ed alquanto bizzarre: perché sarebbe stata chiamata da un grande artista per le sue sculture, tanto da non poter più avere tempo per lui... Oppure, perché avrebbe dovuto dedicarsi completamente al proprio bambino, peraltro da anni "scaricato" alla vecchia madre.

Una notte assume una quantità imprecisata di benzodiazepine, alcool e barbiturici. Viene salvato per miracolo. Sarà conosciuto da chi scrive al risveglio da un lungo coma tossicologico. Accetta le cure, le terapie, accetta di delegare altri a disbrigare ogni rapporto con la consorte. Ciononostante continua ad amarla e soprattutto ad evitare ogni ridimensionamento della figura di lei. Riprende la sua vita, ma senza lo slancio di prima. Frequenta altre donne, ma non può fare a meno di paragonarle all'altra. E, di fronte a lei, tutte le altre quasi scompaiono.

CARLO. - Giornalista di circa trent'anni, con precedenti psichiatrici nell'anamnesi personale per oscillazioni timiche soprattutto in senso depressivo, ma anche con alcuni episodi di eccitamento. In trattamento con carbonato di litio ormai da molti anni con relativa stabilizzazione della patologia affettiva. Ha una organizzazione della personalità che potremmo facilmente inquadrare in asse II del DSM-III-R come «disturbo borderline di personalità».

Ha sempre avuto difficoltà nei rapporti interpersonali e massimamente con il sesso femminile. In particolare, anche in condizioni di eutimia, non sa modulare l'"apertura" verso l'altra: di fronte a don-

ne disponibili ed estroverse si ritira in sé indispettito ed impaurito. Di fronte a donne schive e ritirate si fa intraprendente, ma la sua intraprendenza viene facilmente vissuta da queste come invadente o addirittura sfrontata.

Durante un servizio giornalistico gli viene presentata una ragazza, *speaker* presso una radio locale. Se ne innamora subito, di un amore travolgente. La intuisce bellissima, coltissima, disponibilissima, ma ancor più «capace come nessun'altra di capirlo». Dopo qualche giorno le scrive una appassionata (ed un po' farneticante) lettera d'amore che non riceve risposta. Allora le telefona. Lei, alquanto sgarbatamente, lo liquida immediatamente. Ma l'amore di Carlo non si arresta. Passa tutto il tempo ad ascoltare la radio dove lei lavora. E questo anche la notte, nella speranza che possa essere messa in onda una qualche rubrica da lei condotta. Non passa giorno che non si rechi nella città dove ella vive, nei dintorni della sua casa o della radio dove ella lavora, nella speranza di vederla. Non si sogna nemmeno lontanamente di rivolgerle la parola, essendo ben presente il ricordo della telefonata. A volte si consuma nel pianto e nell'autocommiserazione per l'unico amore, senza possibilità, della sua vita. Fa continuamente sogni ad occhi aperti che poi si guarda bene dal confrontare con la realtà. Finisce così per costruire una immagine ed una storia della ragazza che risponde solo ad un suo bisogno interiore. Ogni tanto "osa" spedire delle lettere in cui, oltre al rammarico per l'amore non corrisposto, fa riferimento a fatti della vita di lei che sono solo nella sua mente. Arriva poi ad immaginarsi che lei ricambierà il suo amore solo se lui potrà compiere certe cose, abbastanza difficili in sé. Ai fallimenti fanno seguito lunghe lettere dove cerca di giustificarsi ed espone critiche sulla esosità delle "pretese" di lei.

Discontinua anche la terapia con sali di litio (sono passati tre anni dal "colpo di fulmine"). Scivola così in una grave crisi depressiva che ne comporta il ricovero. Al miglioramento del quadro timico fa seguito una piena ripresa della passione amorosa, per cui il padre «per curiosità» decide di andare a far visita alla ragazza. La trova sposata con un figlio ed incinta di un altro, consapevole dell'amore di Carlo di cui confessa di cestinare direttamente le lettere ormai da anni. Informato di tutto ciò Carlo si guarda bene dall'accettarlo ed in breve riprende la sua carriera di amante senza speranza. Così nega il matrimonio ed i figli della donna, continua a avere fantasie bizzarre sulla vita di lei (che però condizionano, come nessun'altra cosa, la sua esistenza), riprende a scrivere proflui di lettere farneticanti...

L'esperienza passionale dei nostri due pazienti si avvicina molto a una comune infatuazione, di cui conserva tutte le caratteristiche formali, differenziandosi però per la presenza di un po' tutti gli attributi di patologicità della passione stessa (Clérambault, 1942 - v. tab. 2). Ricordiamo, in primo luogo, sia nel caso di Aldo che di Carlo, il notevole aumento quantitativo della passione che desta, sin dall'inizio, preoccupazione nell'*entourage* di entrambi i pazienti. E ancora l'abnorme persistenza e incoercibilità dell'ondata idealizzatoria. Inoltre, fin dalle prime battute, è presente in entrambi i casi una netta tendenza ad evitare il confronto fra alcune idee (particolarmente sostanziali allo stato passionale) e la realtà. In specie quando questa si pone come potente disconferma delle idee in questione.

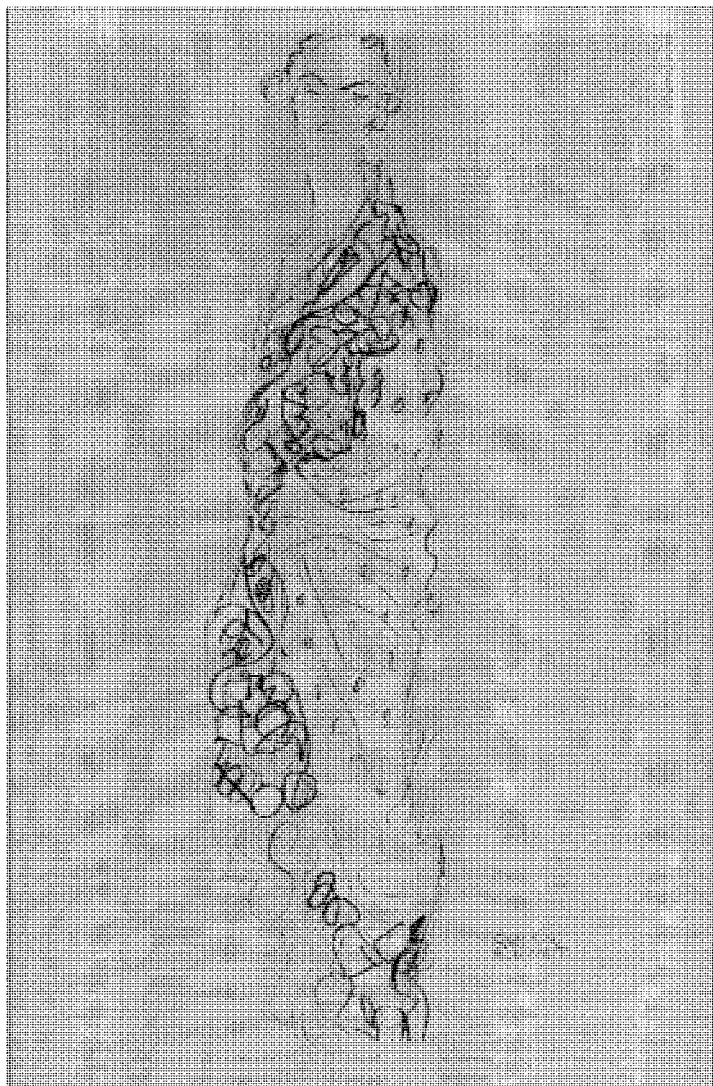
In un primo momento la condizione clinica dei nostri pazienti può rientrare in quell'ambito di confine con la franca psicopatologia, che è dato dalle cosiddette "idee prevalenti", tipiche di personalità ab-

normi o di particolari contesti esistenziali (Mc Kenna, 1984). Le idee amorose dei nostri pazienti appaiono affini nel contenuto, sorrette da uno stato affettivo molto intenso (la passione amorosa appunto), tale da influenzarne pesantemente sia il funzionamento personologico, che la condotta. Queste idee, almeno nelle fasi iniziali, sono "comprensibili" (Jaspers, 1913) nella loro motivazione affettiva, ma già appaiono scarsamente accessibili alla critica. Con il passare del tempo questa problematica accessibilità alla critica diventa patente inaccessibilità. Nel frattempo le idee funzionali alla tensione passionale si amplificano fino a perdere contatto con la realtà. Entrambi i nostri pazienti si smarriscono nella frenetica ricerca di indizi atti a confermare le idee amorose. Idee che si danno già preventivamente per scontate e che vengono pertanto a costituire una modalità di contatto con la realtà tipicamente delirante.

Come in tutti i deliri i nostri pazienti a volte si mostrano insensibili all'evidenza fornita dalla realtà. In altri momenti questa "sensibilità" sembra apparire, ma allora vengono adottati test di realtà non appropriati, oppure l'attenzione viene centrata solo su alcuni dati che confermano l'idea delirante, ignorando tutti gli altri (Sacks *et al.*, 1974).

Richiamando la distinzione jaspersiana fra deliri primari e secondari (deliroidi), in entrambi i nostri casi possiamo rilevare le caratteristiche di «secondarietà» indicate da Jaspers (Jaspers, 1913). Infatti (a differenza di quello che si verifica nel delirio erotomanico tipico), le idee deliranti sono derivabili psicologicamente da un dato psicologico abnorme (la abnorme passione amorosa) e da una particolare situazione ambientale (come quella data appunto da una "tempestosa" relazione amorosa).

Il delirio amoroso si sostanzia dunque : a) di una abnorme esperienza passionale (per quantità e dura-



ta della passione stessa); b) di convincimenti e giudizi che, pur "comprensibili" nell'ambito della particolare condizione emotiva del paziente, non possono essere accettati nella normatività dell'*entourage*; c) di una impermeabilità pressoché totale da parte del paziente ad un fecondo confronto fra la sua visione del mondo e la realtà esterna.

Il delirio amoroso è da tenere ben distinto dal delirio erotomanico (o sindrome di de Clérambault), che sarà trattato nel prossimo paragrafo. E questo per quanto segue: 1) una differenza del nucleo tematico: non "l'altro mi ama" (delirio erotomanico), ma "io amo l'altro perché ha certe caratteristiche (deliranti)" (delirio amoroso); 2) il fatto che il delirio erotomanico si presenta con le caratteristiche di delirio tipico («primario» secondo Jaspers). Il delirio amoroso ha invece manifeste caratteristiche di secondarietà e può pertanto essere considerato un «deliroido».

Inoltre il quadro clinico si distingue dal comune "colpo di fulmine" non tanto per i contenuti (sostanzialmente identici), ma: 1) per la patologicità della passione così come definita da de Clérambault (v. tab. 2); 2) per l'acquisizione delle caratteristiche di un delirio secondario.

4. *Il delirio erotomanico (sindrome di de Clérambault)*

Il delirio erotomanico, comunemente noto come sindrome di de Clérambault, è un quadro clinico caratterizzato da un delirio strutturato, e spesso anche assai elaborato, il cui nucleo tematico è dato dal convincimento delirante di essere amato da un'altra persona (Clérambault, 1942).

Nella sindrome di de Clérambault "pura" questo convincimento si instaura in modo improvviso, immediato, con le caratteristiche della intuizione delirante che poi si stabilizza in un florido delirio (Balduzzi, 1956; Lorenzi, 1994b).

Lo sviluppo del delirio è tipico: l'altro, preso da amore travolgente per il paziente, metterebbe in atto una serie di accorgimenti volti a segnalare la propria dedizione e a suggerire modi e meccanismi di contatto. In questo passaggio (dalla prima intuizione delirante a tutta una serie di nuove percezioni ed intuizioni) si snoda un copioso delirio che talvolta viene ad assumere un andamento narrativo "epico" con progressiva comparsa di nuovi personaggi. Si viene a costruire cioè un delirio *en raseau*, che progressivamente finisce per invadere tutto il mondo del paziente (Clérambault, 1942).

Solitamente, anche se non esclusivamente (Taylor *et al.*, 1983), si tratta di donne di modesta origine, mentre gli oggetti d'amore sono quasi sempre uomini più vecchi e di più alto livello sociale (Ellis *et al.*, 1985). Le pazienti sostengono tenacemente che l'altro è stato il primo a innamorarsi e a mandare messaggi di disponibilità amorosa. Spesso la paziente descrive il modo elaborato, ma a suo dire evidente, con cui la tresca amorosa è stata portata avanti. Talvolta questi mezzi comunicativi possono apparire sorretti da logiche condivisibili: strizzate d'occhio, sorrisi ammiccanti, doppi sensi, telefonate, ecc.; altre volte invece appaiono decisamente bizzarri ed improbabili: telepatia, trasmissione di comunicazioni e pensiero tramite la tv, microfoni ed altoparlanti, macchine speciali, ipnosi (Enoch *et al.*, 1991). La paziente perlopiù tende a negare un suo coinvolgimento passionale, almeno all'inizio, per proporre un'immagine di sé come di persona che «ha finito per innamorarsi» solo per le protratte insistenze ed offerte amorose dell'altro. Ferma rimane comunque la convinzione che l'opera di seduzione dell'altro non si sia mai interrotta e questo si traduce in comportamenti nei suoi confronti che possono avere anche delle declinazioni legali (Lorenzi, 1997; Zona *et al.*, 1993).

La prima sistematizzazione del delirio erotomanico è da ascrivere a E. Kraepelin. Questi, dopo avere descritto la paranoia ed averla distinta dalla ciclotimia e dalla *dementia praecox*, ne indicò nella erotomania una delle forme tipiche. Per l'esattezza come una delle forme caratterizzate da deliri di grandezza (Kraepelin, 1915).

Tabella 3

PARANOIA (Kraepelin)

Con deliri di persecuzione

Con deliri di grandezza

Nell'ambito dei deliri di grandezza vengono a loro volta distinti dei deliri di tipo:

- a) erotomanico
- b) genealogico
- c) degli inventori
- d) ipocondriaco

Dopo Kraepelin la sistematizzazione della erotomania trova in de Clérambault un altro inevitabile punto di riferimento. Questi riprende il problema così come classificato da Kraepelin per arrivare a distinguere nei casi di erotomania due realtà cliniche: 1) una forma detta «pura», o «primaria», caratterizzata da un inizio improvviso, dall'assenza di altri elementi psicopatologici come allucinazioni, e da una evoluzione tematica caratteristica del primo nucleo delirante; 2) una forma «secondaria» ad altri quadri

morbosi (forme affettive, schizofrenia) in cui l'esordio è più subdolo, il tema delirante non è unico e talvolta non è nemmeno centrale. Inoltre possono esistere accanto al delirio erotomanico altre tematiche deliranti, allucinazioni e disordini formali del pensiero (Gillet *et al.*, 1990; Guirguiss *et al.*, 1991).

Dopo i contributi di de Clérambault il quadro morboso è rimasto nella letteratura internazionale compreso fra queste due polarità: o una variante della paranoia come indicato da Kraepelin, o una entità clinica a sé stante come descritto da de Clérambault (Segal, 1989; Rudden *et al.*, 1980 e 1990; Raskin *et al.*, 1974). Nella quarta edizione del D.S.M. l'erotomania viene inserita fra i disturbi deliranti, senza accettazione della bipartizione voluta da de Clérambault e pertanto proponendo un sostanziale ritorno a Kraepelin (American Psychiatric Association, 1993). In questo riproponendo più in generale una visione nosografica dei disturbi deliranti che finisce per sovrapporsi ampiamente al concetto kraepeliniano di paranoia.

Tabella 4

DISTURBI DELIRANTI (secondo DSM IV)

di tipo erotomanico

di tipo grandioso

di gelosia

di persecuzione

di tipo somatico

di tipo misto

di tipo non specificato

Anche per questa condizione clinica proponiamo due casi tratti dalla nostra casistica personale.

LAURA. — Al momento della prima osservazione Laura aveva ventisei anni. È accompagnata dai familiari che si sono rivolti ad un consulto psichiatrico dopo che, ormai da mesi, la paziente passava gran parte del suo tempo a letto pensando ad un suo «amore sfortunato». Lunghi periodi di chiusura assoluta si alternavano con crisi di pianto in cui esprimeva rabbia e risentimento nei confronti di uno psicologo da cui era stata in trattamento sette anni prima. Questi veniva accusato dalla paziente di «averla costretta» ad innamorarsi di lui, ad avere una storia con lui, per poi defilarsi di fronte ad una conclusione positiva dell'intreccio.

La paziente è di estrazione sociale modesta, nubile, ha una scolarità medio-inferiore. Attualmente è disoccupata. In passato ha svolto vari tipi di lavoro dipendente, sempre con mansioni assai modeste.

Nell'anamnesi c'è un precedente psichiatrico: circa sette anni prima della nostra osservazione. Si parlò allora di una "sindrome depressiva" che fu trattata prima con antidepressivi triciclici e neurolettici poi con una psicoterapia ad indirizzo sistemico. Nel corso di questa, la paziente conobbe lo psicoterapeuta che sarebbe poi diventato l'oggetto del delirio erotomanico.

Per quanto ricostruibile anamnesticamente l'episodio depressivo era stato reattivo ad una delusione amorosa e caratterizzato da idee di vergogna, fallimento e rovina, oltreché da una ricca ideazione autoriferita. Erano stati presenti forti sentimenti di rabbia nei confronti dell'ex-fidanzato il cui ricordo, ad un certo punto, era stato investito da un vero e proprio alone persecutorio.

La risposta al trattamento (con psicofarmaci ed

una psicoterapia ad indirizzo sistemico), fu assai buona. Anamnesticamente si può ipotizzare che la paziente abbia avuto un rimbalzo ipomaniacale in uscita dal disturbo depressivo. Tant'è che si disse guarita e interruppe sia la terapia farmacologica che la psicoterapia. A detta della madre smise contemporaneamente di pensare all'ex-fidanzato.

In base alla ricostruzione che abbiamo poi fatto con la paziente, in realtà, già da allora, aveva cominciato a pensare al dottor X (chiameremo così lo psicoterapeuta). Le era sembrato (allora le era solo «sembrato») che lui avesse una particolare simpatia per lei: nelle sedute la difendeva dalle critiche della madre e del fratello, le sorrideva, una volta «le aveva strizzato l'occhio». X era bello, potente, carismatico. Anche gli altri terapeuti sembravano avere una chiara sudditanza nei suoi confronti. Si era sentita molto importante per il fatto che «lui» le dedicatesse il suo tempo e lei si era sentita «quasi in obbligo» di stare velocemente meglio.

Quando aveva deciso di interrompere la terapia «lui» l'aveva salutata con calore e «l'aveva abbracciata». Le aveva detto «... arrivederci... ma non qui... altrove!».

Da qui «capì» che non era solo simpatia, ma anche amore e dei più appassionati. Decise di attendere che si facesse vivo pensando che «come psicologo» potesse anche avere a disposizione dei mezzi speciali per comunicare con lei.

Ed infatti ben presto notò che una certa macchina passava sotto le sue finestre, ne imparò a riconoscere il rumore. Notò poi che questa passava in continuazione (si trattava di una Uno bianca). Il rumore del motore talvolta cambiava. Pensò che questo dovesse avere un qualche significato ed imparò a decifrarlo «in senso psicologico». Poi vide che alcune tv locali trasmettevano programmi di consulenza psico-

logica. Imparò a leggere i messaggi che «fra le righe "lui" le mandava». In breve arrivò a notare che in tv anche i conduttori le si rivolgevano direttamente e certamente su indicazione del dottor X. Anche il telefono serviva per le sue comunicazioni, bastava solo essere in grado di decifrare...

In breve maturò la convinzione che "lui" non si potesse rivelare a lei in modi più consueti perché era sposato e con figli. Poi perché lei, di bassa estrazione, poteva essere di ostacolo alla sua carriera. Infine «capi» che lui l'aveva eletta fra tutte per vivere una storia d'amore eccezionale. Allora cominciò a capire che lui le mandava messaggi attraverso i fotoromanzi, le telenovelas, gli speakers radiotelevisivi. Quando i messaggi erano buoni e lusinghieri erano giorni di gioia, altrimenti passava anche intere giornate a piangere e languire.

Progressivamente la sua vita sociale, già modesta, si inaridì completamente. Inoltre cominciò ad avvertire che i familiari la stavano ostacolando nel suo amore per cui un giorno «non si poté trattenere» e aggredì la madre. E questo fu il motivo della prima visita psichiatrica.

Dopo alcuni mesi di terapia con tioridazina (300 mg/die) e amitriptilina (30 mg/die), insieme con una serie di colloqui di sostegno psicologico volti a riportare le tematiche deliranti ad un livello di relazionabilità e comunicabilità verbale, la paziente migliorò arrivando a trovare una distanza emotiva rispetto alle tematiche erotomaniche della cui veridicità rimase comunque fermamente convinta. Continuò saltuariamente a telefonare al dottor X evitando comunque di parlargli. Riprese ad uscire di casa, non ebbe più manifestazioni aggressive nei confronti della madre, ma rimase convinta che ella non era d'accordo con questo suo amore (ed in questo non aveva tutti i torti!).

NADA. – La signora Nada è giunta alla osservazione clinica quasi venti anni fa in seguito ad un ricovero coatto presso una accettazione psichiatrica della Toscana. Aveva allora trentotto anni. Proveniva da uno dei paesi inurbati dell'interland di una città di quella regione. Gestiva con il marito un negozio.

Nell'anamnesi non risultavano precedenti psichiatriche, né – a detta del marito – «...aveva mai fatto pensare che potessero esserci dei problemi di tipo nervoso».

Nel corso di una lunga serie di colloqui che quotidianamente punteggiarono il suo ricovero, fu possibile ricostruire come la paziente avesse sviluppato un florido delirio erotomanico, ormai da molti anni.

Cerchiamo di ricostruirne lo sviluppo. Dopo il matrimonio e i due figli la vita della paziente era diventata casa (cioè lavoro!) e lavoro (cioè lavoro!). Eppure era stata (ed era!) una bella donna con molti corteggiatori e molte prospettive di promozione sociale ove la sua bellezza poteva giocare un ruolo. Invece aveva sposato «per amore» un uomo di un livello sociale inferiore al suo! Inoltre dopo la nascita dei due figli anche il rapporto con il marito quasi non esisteva più: anche se stavano «sempre insieme» non avevano «mai tempo da dedicare a loro stessi».

In questo contesto la paziente «aveva notato» un poliziotto che continuamente passava davanti al suo negozio con la sua gazzella, si fermava per ore a sorvegliare (almeno questo le era sembrato in un primo momento) l'ingresso di una banca prospiciente il suo negozio. Era un bell'uomo che «...si muoveva con fare importante».

Un giorno «all'improvviso» entrò nel suo negozio con il direttore della banca che ella conosceva bene. Quel giorno, anzi «nell'istante in cui entrò» capì che «lui le aveva messo gli occhi addosso da tempo e che ora era folle di lei». Così tutta la realtà



acquistò un nuovo ordine, un nuovo significato. Ora si spiegava le lunghe permanenze davanti al suo negozio, la sorveglianza, le occhiate...

Lui continuò anche dopo a fare le stesse cose. Lei non ebbe mai l'occasione di scambiare con lui una sola parola. Ma anche questo le divenne chiaro: c'era qualcuno che gli impediva di dichiararsi apertamente! Lui continuava a comunicare con lei tramite sguardi, ammiccamenti, poi con un codice personale che lei aveva ben imparato a conoscere. Ad esempio se parcheggiava l'auto da una certa parte voleva dire che la trovava bella, se viaggiava senza il berretto che anche lei lo doveva amare...

Con questo tipo di messaggi cominciò anche «a farle capire» chi impediva che il loro amore si realizzasse. Ma non fu mai chiaro fino in fondo! Le fece capire che c'erano di mezzo "servizi segreti" (e non solo quelli italiani! ma anche la CIA e, da alcune allusioni, capì che non era escluso il KGB). Lui era un personaggio ben più importante di quanto non apparisse, forse in contatto con i Grandi del Mondo. La Thatcher (era in corso la guerra delle Falkland) non condivideva la sua passione e vi si opponeva con tutti i mezzi... In breve il delirio aveva preso un'andatura epica e si espandeva con una sua forza e coerenza interna, acquisendo di giorno in giorno un dato nuovo che arricchiva e complicava tutta la situazione.

Nel frattempo ella, che all'inizio si era quasi opposta all'amore di lui (in fin dei conti era sposata!), aveva finito per innamorarsene a sua volta. Prima appassionatamente, poi anche con rabbia disperata: doveva arrivare ad una conclusione, lui non si poteva "gingillare" con tutti i suoi problemi, ma doveva arrivare ad un chiarimento con i suoi superiori.

Ma lui non lo faceva! E lei se ne doleva e si arrabbiava ogni giorno di più. Finché (ed erano passati quasi due anni dal giorno che lui era entrato nel suo

negozio) non decise di prendere l'iniziativa lei. Uscì dal negozio dopo essersi ben truccata e lo affrontò, prima a parole, poi con offerte erotiche arrivando anche a mostrargli il suo seno denudato. Infine lo aggredì rimproverandogli tutte le sue inconcludenze.

Dopo aver corso anche un certo pericolo (eravamo negli anni del terrorismo!) fu soccorsa e "placcata" da un nugolo di poliziotti e portata di forza alla nostra Accettazione psichiatrica dove arrivò in uno stato di grave agitazione psicomotoria.

Sottoposta a "trattamento sanitario obbligatorio" e trattata con grosse dosi di neurolettici (butirofenoni e fenotiazine), migliorò abbastanza velocemente. Arrivò a criticare alcune sue considerazioni sui servizi segreti e sul complotto internazionale, ma restò sempre ferma nel difendere la verità dell'amore che il poliziotto aveva per lei, unitamente al fatto che lui per primo si era innamorato ed aveva portato avanti un corteggiamento serrato.

In entrambi i casi clinici si evidenziano tutte le caratteristiche indicate come criteri di definizione del delirio erotomanico (Clérambault, 1945): 1) esiste un delirio di rapporto amoroso; 2) con una persona di rango sociale più alto (o supposto tale) rispetto a quello del paziente; 3) il paziente è fermamente convinto che sia stato l'altro ad innamorarsi per primo; 4) e che per primo abbia fatto delle *avances*; 5) l'esordio è improvviso; 6) c'è una permanenza nel corso del tempo dell'"oggetto" amoroso, nel senso che non c'è una tendenza a cambiare l'altro da cui si crede di essere amati; 7) il paziente tende a fornire spiegazioni sul comportamento paradossale dell'altro e queste spiegazioni rendono talvolta estremamente efflorescente la costruzione delirante stessa; 8) il decorso è cronico; 9) non si hanno allucinazioni.

Se noi leggiamo anche questa condizione clinica

in quell'ottica di "psicogenesi strutturale" che abbiamo assunto come nostro paradigma di riferimento sulla patologia dell'innamoramento, possiamo vedere come, anche qui (come già per il delirio amoroso), viene a difettare il terzo momento della costruzione dell'esperienza amorosa, ovvero la ricerca di una mutualità affettiva, di un confronto della propria coscienza passionale con la realtà dell'altro.

In entrambi i casi proposti esiste quella "attesa orientata" che abbiamo indicato come primo momento dell'esperienza stessa dell'innamoramento. A differenza di quanto avviene nella sindrome dell'amante fantasma (e come invece avviene nel delirio amoroso) esiste anche il momento dell'incontro. Il terzo momento invece (quello della ricerca di una reciprocazione e confronto passionale) è, in questo caso, semplicemente dato per scontato. Addirittura presupposto nella misura in cui una delle caratteristiche della condizione è che l'altro amato sarebbe stato il primo ad essere preso da passione per il soggetto.

Più specificatamente nel caso di Laura una personalità con chiari aspetti di sensitività (nel senso kretschmeriano - Kretschmer, 1918) aveva da sempre coltivato fantasie ad occhi aperti a contenuto sentimentale. Al punto che lo stato di "appetizione amorosa" (di attesa orientata) era una costante della sua esistenza. In questa cornice arrivano i segni di equivoca disponibilità dello psicologo. Ce ne potrebbe essere di che illudersi. Ma la paziente fa qualcosa di più: presuppone che lo psicologo sia preso da amore per lei (vero nucleo delirante primario che non verrà mai messo in dubbio). Da qui anche la consequenziale delega a lui di ogni *avance* amorosa e l'inizio di un cammino interpretativo che porta alla florida costruzione delirante.

Nel caso di Nada siamo di fronte ad un tipico

esempio di quello che de Clérambault (1945) chiamava *orgueil sexuel* frustrato. La nostra paziente aveva una chiara percezione della sua oggettiva bellezza e delle opportunità che questa le poteva dare nella vita. Lo scacco più grosso della sua esistenza era proprio venuto dal fallimento in questo senso e dalla percezione delle occasioni perdute. In altre parole si era dolorosamente resa conto di aver dedicato la sua bellezza (e sacrificato le opportunità ad essa connesse) al marito e questi le aveva accettate quasi come cosa dovuta. Negli ultimi tempi addirittura con indifferenza. Da qui era nata quell'attesa orientata di un amore che portava con sé anche l'idea di una valorizzazione e di un riscatto personale e sociale. Forse è proprio la prima figura carica di risalto che entra in questo spazio coscienziale a dare concretezza a tutte le costruzioni connesse con il desiderio di riscatto e di appagamento passionale. Nada non cerca alcun confronto con la realtà semplicemente perché trasferisce all'oggetto d'amore i suoi sentimenti (e poi via via anche i suoi timori e le sue aspirazioni) e quindi anche il compito di quella ricerca di mutualità sentimentale verso cui evolve l'esperienza dell'innamoramento.

5. Conclusioni

Le tre condizioni cliniche che abbiamo illustrato portano alle estreme conseguenze i momenti che strutturano e fondano la comune esperienza dell'innamoramento. In questo processo di estremizzazione possiamo cogliere un portato "naturalmente" riduzionistico e semplificatorio. Così l'ampia possibilità di modulazione dell'esperienza amorosa sembra irrigidirsi in stilemi monotoni e quasi precostituiti (vedi la similarità fra loro dei bozzetti clinici riportati come illustrazione dei singoli quadri morbosi).

Il paradigma genetico-strutturale ci permette di cogliere un *continuum* psicogenetico fra esperienza

normale e patologica. Così come gli attributi di patologia descritti da de Cléarambault (vedi tab. 2) ci consentono orientative cesure.

L'effetto combinato di questi due punti di riferimento ci consente di derivare ognuna delle tre condizioni cliniche dall'arresto del consueto decorso evolutivo dell'esperienza passionale. Ora alla fase dell'attesa orientata (sindrome dell'amante fantasma), ora alla fase dell'"incontro" egotistico (amore delirante e erotomania).

Da un punto di vista clinico e psicopatologico formale siamo di fronte rispettivamente ad un delirio primario (erotomania), ad un deliroide (delirio amoroso) ad un quadro sorretto da idee prevalenti che si possono sviluppare fino a franchi deliri nella sindrome dell'amante fantasma. L'affrontare le tre condizioni in un'ottica tematico-contenutistica permette di aggiungere alle pure formulazioni diagnostiche un "più di senso", un portato esplicativo ed euristico che ci appare senz'altro utile sia per la comprensione del singolo paziente che delle forze in gioco nella evoluzione della comune esperienza passionale amorosa.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*, Washington D.C., 1993.
- BALDUZZI, E., *Un caso di erotomania passionale pura secondo Cléarambault*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1956, n. 80, pp. 407-410.
- CLÉARAMBAULT, G.G. DE, *Les Psychoses Passionelles*, in CLÉARAMBAULT, G.G. DE, *Oeuvres psychiatriques*, Presses Universitaires de France, Paris, 1945.
- CONRAD, K., *Die beginnende schizophrenie*, Thieme, Stuttgart, 1958.
- ELLIS, P. e MELLISOP, G., *De Cléarambault syndrome, a nosological entity?*, «Br. J. Psychiatry», 1985, n. 146, pp. 90-93.
- ENOCH, M.D. e TRETOWAN, W.H., *Uncommon Psychiatric Syndromes*, Butterworth & Heinemann, Oxford, 1991.

- ESQUIROL, J.E.D., *Delle passioni* (1805), trad. it. a cura di M. Galzigna, Marsilio, Venezia, 1982.
- FISHER, M., *Personale Love*, Duckworth, London, 1990.
- FREUD, S., *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1906), trad. it., Boringhieri, Milano, 1979.
- GILLET, T., EMINSON, S.R. e HASSANYEH, F., *Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up*, «Acta Psychiat. Scand.», 1990, n. 82, pp. 65-69.
- GUIRGUISS, W.R., *Pure erotomania in manic-depressive psychosis*, «Br. J. Psychiatry», 1981, n. 138, pp. 139-140.
- GREEN, A., *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*, Les Editions de Minuit, Paris, 1982.
- KRAEPELIN, E., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Barth, Leipzig, 1915.
- KERNBERG, O., *Love Relations*, Yale University Press, New Haven, 1995.
- KRETSCHMER, E., *Der Sensitive Beziehungswhan*, Springer, Berlin, 1918.
- JASPERS, K., *Psicopatologia generale* (1913), trad. it., Il pensiero scientifico, Roma, 1964.
- JOHNSON, R.A., *The Psychology of Romantic Love*, Penguin, London, 1987.
- LORENZI, P. (1994a), *Su alcune caratteristiche dell'esperienza passionale*, «Neurologia, psichiatria e scienze umane», 1994, n. XIV, 6, pp. 1023-1030.
- LORENZI, P. (1994b), *Sindrome di de Clérambault e delirio erotomanico*, «Rassegna di studi psichiatrici», 1994, n. LXXXIII, 3, pp. 167-180.
- LORENZI, P. (1995a), *Patologia della passione amorosa: alcune forme cliniche*, «Quaderni italiani di psichiatria», 1995, n. XIV, 5, pp. 249-264.
- LORENZI, P. (1995b), *Il mal d'amore. Note cliniche e psicopatologiche sui disordini affettivi della vita amorosa*, «Rivista di psichiatria», 1995, n. 30, 6, pp. 269-274.
- LORENZI, P., *Infatuazioni morbose. Estensioni patologiche dell'esperienza di innamoramento*, «Minerva psichiatrica», 1997, n. 38.
- LORENZI, P. e HARDOY, M.C., *Coexistence of Erotomania and Nymphomania*, «Rivista di psichiatria», in corso di stampa.
- LORENZI, P. e ARDITO, M., *L'amore folle. Note cliniche sul delirio amoroso*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1995 n. CXIX, 3, pp. 479-492.
- LÉVY-STRAUSS, C., *Le structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris, 1967.
- MALINOWSKI, B., *Magia, scienza, religione*, trad. it., Armando, Roma, 1976.
- MERLEAU PONTY, M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945.

- MC KENNA, P.J., *Disorders with overvaluated ideas*, «Br. J. Psych.», 1984, n. 145, pp. 579-585.
- MULLEN, P.E. e PATHE, M., *The pathological extension of love*, «Br. J. Psych.», 1994, n. 165, pp. 614-623.
- NAVA, V., *Immaginazione, allucinazioni e apparizioni. Abbozzo di una fenomenologia della presenza interiore del soprannaturale*, «Neurologia, psichiatria e scienze umane», 1995, n. 3, pp. 333-355.
- PARDOUX, P., *De morbis animi*, Paris, 1613.
- RASKIN, D.E. e SULLIVAN, K.E., *Erotomania*, «Am. J. Psychiatry», 1974, n. 131, pp. 1033-1035.
- RUDDEN, M., GILMAN, M. e FRANCES, A., *Erotomania: a separate entity*, «Am. J. Psychiatry», 1980, n. 137, pp. 1262-1263.
- RUDDEN, M., SWEENEY, J. e FRANCES, A., *Diagnosis and clinical course of erotomania and other delusional patients*, «Am. J. Psychiatry», 1990, n. 147, pp. 625-629.
- SACKS, M.H., CARPENTER, W.T. e STRAUSS, J.S., *Recovery from delusion*, «Archives of General Psychiatry», 1974, n. 30, pp. 117-120.
- SEEMAN, M., *The search for cupid or the phantom lover syndrome*, «Can Psychiatr. Assoc. J.», 1971, n. 16, pp. 183-184.
- SEEMAN, M., *Delusional loving*, «Arch. Gen. Psychiatry», 1978, n. 35, pp. 1265-1278.
- SEGAL, J. H., *Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM III R*, «Am. J. Psychiatry», 1989, n. 146, 10, pp. 1261-1266.
- SCHNEIDER, K., *Psicopatologia clinica* (1967), trad. it., Città Nuova Ed., Roma, 1983.
- STENDHAL (H. BEYLE), *L'amore*, trad. it., Mondadori, Milano, 1979.
- TAYLOR, P., MAHENDRA, B. e GUNN, J., *Erotomania in males*, «Psychol. Med.», 1983, n. 13, pp. 645-650.
- VEGETTI FINZI, S. (a cura di), *Storia delle passioni*, Laterza, Roma-Bari, 1995.
- ZONA, M.A., SHAMA, K.K. e LANE, J., *A comparative study of eromanic and obsessional subjects in a forensic sample*, «J. Forensic Sci.», 1993, n. 38, pp. 894-903.