

## **Delirio mistico e suoi confini**

Il concetto di delirio mistico obbliga ogni volta colui che parla a dire qualcosa intorno alla follia e intorno alla distinzione che esiste nella psichiatria e nella psicoanalisi tra ciò che è normale e ciò che è patologico (Guidi 2025).

In questo contributo, sarà l'approccio della Psicologia Analitica a fare da trama al tema del delirio mistico, inteso sia come fenomeno prettamente clinico sia come esperienza spesso collocata ai confini con la dimensione mistico-religiosa. L'obiettivo è proporre una riflessione che allarghi la visione talora troppo ristretta della psichiatria tradizionale o delle letture esclusivamente religiose.

Innanzitutto, che cos'è un'idea delirante? In termini generali, è una convinzione dotata di particolare certezza soggettiva, scarsamente modificabile mediante prove o argomenti razionali, incongrua rispetto al contesto condiviso di realtà e non spiegabile soltanto attraverso l'appartenenza culturale o religiosa del soggetto. Il delirio mistico, in tale prospettiva, è un delirio il cui contenuto assume forma religiosa, spirituale o salvifica, ma la cui qualità patologica dipende non dal semplice riferimento a Dio o al sacro, ma dal modo in cui tale contenuto si impone alla coscienza, irrigidisce il rapporto con la realtà e compromette la relazione con sé, con gli altri e con il mondo.

Ma si pone da subito una questione: come afferma Dalle Luche (2019), i fenomeni detti deliranti restano elusivi nella loro natura perché, come già riconosceva Jaspers, benché si esprimano mediante giudizi e si riconoscano di regola per il loro contenuto, nascono da esperienze che «non riusciremo mai a rappresentarci in modo chiaro ed evidente» (Jaspers 1964: 103). Storicamente, la malattia mentale è stata collegata a fenomeni mistico-religiosi, sia nell'interpretazione causale che considerava i pazienti come esseri posseduti, intermediari del divino o puniti da esso, sia nel contenuto dei sintomi, che non possono prescindere da uno degli elementi più rilevanti delle culture umane.

\* Andrea Montalbano è studentessa c/o la Facoltà di Medicina e Chirurgia – Policlinico Universitario di Palermo. Francesca Picone è Direttore UOC Mod.1, DSM, ASP Palermo, Psicologo Analista senior, CIPA Ist. Meridionale. Maurizio Montalbano, Medico Psichiatra e Psicoterapeuta, è Direttore del Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA, ASP Palermo.

Le semiologie di matrice europea hanno ampiamente trattato il misticismo (compreso il delirio) nelle loro tassonomie; la psichiatria americana, tuttavia, ha affrontato l'argomento in modo tangenziale e superficiale. Nella prima edizione del *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, un testo ampiamente utilizzato nelle facoltà di medicina, curato da Freedman e Kaplan, il misticismo è incluso nelle manie di grandezza (Linn 1967: 154). Nel contesto attuale, prevale un'atmosfera "pragmatica", che ha distolto l'attenzione dalla prospettiva psichiatrica, riflettendo il predominio di certe scuole di pensiero a livello mondiale. Dalla descrizione fenomenologica alla classificazione statistica, dalle dinamiche strutturali alle teorie biologiche, si assiste attualmente, in linea con la cultura medica americana, a una semplificazione della semiologia, con una certa trascuratezza della descrizione di stampo più antropo-fenomenologico e delle sfumature sintomatiche.

Nella pratica quotidiana, è comune osservare la facilità e la superficialità con cui si giunge a una presunta identificazione sintomatica, soprattutto in quella che è stata definita la tipizzazione dei deliri: se il paziente ha vissuto un conflitto durante la crisi, verrà etichettato come "persecutorio"; se ha un'opinione di sé superiore a quella degli altri, "grandioso"; se ha avanzato pretese al coniuge, "geloso"; e così via con le altre categorie. Ma l'esempio migliore di questo approccio è la classificazione del delirio mistico: la semplice allusione a Dio o a credenze religiose spesso autorizza gli osservatori a etichettarle come tale.

È fin troppo evidente che esperienze mistiche e disturbo mentale sono due categorie molto diverse, collocate in spazi concettuali distinti. In realtà, esistono alcune connessioni superficiali, che a volte le pongono su un sottile confine: innanzitutto il fatto che entrambe le categorie riguardano la coscienza (soggettività) ed esperienze insolite. Inoltre, la letteratura psichiatrica ha esplorato in una certa misura le somiglianze tra stati mistici (spesso definiti come "stati alterati di coscienza"), stati indotti da sostanze allucinogene e alterazioni globali della coscienza, tipicamente condizioni estatico-confusionali o oniriche, riscontrate in alcuni casi di schizofrenia ad esordio acuto. Al contrario, la letteratura sul misticismo tende a distinguere tra gli autentici stati mistici di "*unio mystica*" (ovvero un'esperienza di ineffabile e illimitata sensazione di unità con l'Assoluto) e una serie di altri stati mentali, spesso patologici, come euforie, illusioni, deliri, allucinazioni, visioni, rapimento e trance (Parnas, Henriksen 2016).

Come poter andare oltre le somiglianze superficiali e occasionali ed esplorare le analogie strutturali tra le caratteristiche dell'*unio mystica* e i principali aspetti clinico-fenomenologici della psicosi, in particolare i disturbi del Sé?

Siamo consapevoli di trovarci in un terreno di confine, e che a volte tale confine appare veramente sottile e molto sfumato.

Innanzitutto, bisogna ben mettere in evidenza che è decisamente insostenibile la posizione secondo cui i mistici soffrono di psicosi o viceversa. Tuttavia, è vero che le esperienze mistiche implicano profonde e complesse alterazioni della coscienza vigile che potrebbero offrire la possibilità di un'illuminazione comparativa, consentendo una migliore comprensione delle vicissitudini fenomenologiche della vita cosciente nella psicosi. Tale comprensione psicopatologica potrebbe non solo avere un intrinseco valore teorico, ma anche fini pragmatici per un miglioramento degli sforzi terapeutici e come indicazione di nuove aree di ricerca patogenetica.

Ciò premesso, appare chiaro che ci stiamo addentrando in un territorio teoricamente delicato: psicosi, delirio mistico, psichiatria, antropo-fenomenologia, ricerca psicoanalitica da una parte, e ricerca spirituale dall'altra, hanno spesso avuto difficoltà nella comprensione reciproca. A partire da queste premesse, proveremo a offrire una chiave di lettura del rapporto tra esperienza mistica e delirio/psicosi attraverso la lettura "complessa" della Psicologia analitica.

Freud con la psicoanalisi ci ha insegnato che si deve lavorare con la premessa che «ogni sintomo ha un significato ed è strettamente legato alla vita psichica del paziente» (Freud 1976: 420) e che non importa dove sia la verità, ma quale è il vissuto e lo stato emotivo di chi vive quella determinata esperienza.

Ma è soprattutto Jung che, non trovando nell'ambito delle conoscenze psichiatriche del suo tempo un'adeguata considerazione della confluenza tra «fatti biologici e spirituali» (Jung 1978: 146), fa il passo decisivo giungendo all'identificazione dell'inconscio collettivo: una dimensione profonda e transpersonale della psiche, non riducibile alla sola coscienza individuale. Esso non va inteso come un deposito soprannaturale di contenuti già formati, ma come una matrice archetipica di possibilità simboliche, che può emergere nella vita psichica sotto forma di immagini, fantasie, complessi, esperienze religiose o anche configurazioni deliranti, a seconda dell'assetto clinico, simbolico e relazionale del soggetto.

L'inconscio collettivo di Jung non annulla l'appello all'irrazionale di Rudolf Otto (1966), ma lo rilegge psicologicamente. Otto cercava di custodire il "senso del mistero", l'"autonomia", il "tutto a sé", l'"immenso" dell'esperienza religiosa; Jung consente invece di interrogare il modo in cui il numinoso viene ricevuto dalla psiche. La fenomenologia della religione junghiana permette così di comprendere non soltanto le credenze dell'Io, ma anche il

meccanismo di ricezione, elaborazione o rifiuto delle immagini del divino da parte della coscienza e dell'inconscio.

In ottica junghiana, la religione è fondata sull'esperienza della forza numinosa degli archetipi, che appartengono all'inconscio collettivo. Essa può diventare un importante paradigma terapeutico perché, dando una rappresentazione sensibile a queste forze per mezzo dei codici narrativi della comunità, permette il loro rapporto con la coscienza, e dunque la loro integrazione.

«La religione – scrive Jung (1977: 13) – come indica il vocabolario latino *religio*, è un'osservanza accurata e scrupolosa di quello che Rudolf Otto definì giustamente il *numinosum*, cioè un'essenza o un'energia dinamica non originata da alcun atto di volontà».

In alcune forme di scientismo occidentale, il mondo materiale è stato assunto come unica realtà legittima, mentre le credenze spirituali sono state talora ricondotte a superstizione, pensiero magico o regressione infantile. Una prospettiva clinica più avvertita, tuttavia, non può limitarsi a questa riduzione: deve distinguere tra esperienza religiosa, costruzione simbolica, sofferenza psichica e organizzazione delirante.

Anche nella pratica psichiatrica è esistita, e talvolta persiste, la tendenza a non distinguere sufficientemente tra esperienze mistiche e vissuti psicotici. Tale distinzione, invece, è decisiva: non ogni esperienza spirituale intensa è sintomo, così come non ogni delirio a contenuto religioso può essere interpretato come esperienza mistica.

Una parte della letteratura medico-psichiatrica ha cercato retrospettivamente diagnosi cliniche per grandi figure della storia spirituale. San Giovanni della Croce, Teresa d'Avila, Maometto, Buddha, Gesù o gli sciamani sono stati talora riletti in chiave degenerativa, isterica, epilettica o schizofrenica. Queste retrodiagnosi, se non sono storicamente e fenomenologicamente controllate, rischiano di ridurre esperienze religiose complesse a mere categorie psicopatologiche.

Nella nostra società può ancora accadere che un'esperienza spirituale intensa venga interpretata troppo rapidamente come segno di malattia mentale (si pensi a Padre Pio considerato soggetto isterico e incline all'autolesionismo da Padre Gemelli!). Al tempo stesso, però, la prudenza clinica resta necessaria: il rischio opposto sarebbe spiritualizzare la psicosi e non riconoscere la sofferenza, il pericolo o la disorganizzazione che possono accompagnare un delirio mistico.

Torna utile, per evitare confusioni, il concetto di “stato alterato di coscienza”. Non tutto ciò che appare come coscienza alterata appartiene automaticamente alla patologia, poiché preghiera, meditazione, estasi e raccoglimento possono collocarsi su una base di normalità. Resta però vero che alcuni stati

religiosi possono presentare aspetti disorganizzati, così come alcuni stati psicotici possono assumere forme apparentemente spirituali. Il problema clinico non è il contenuto religioso in sé, ma il modo in cui esso viene vissuto, integrato e condiviso.

Un limite di parte del pensiero occidentale consiste nell'aver considerato l'esperienza mistica e il rapporto con il divino come fenomeni interamente pertinenti alla coscienza o al complesso dell'Io; in questa ottica, l'accesso al religioso appare soprattutto come atto di volontà o come costruzione razionale.

Invece Jung, in tutta la sua opera, afferma che il rapporto tra il Divino e l'uomo riguarda una dinamica che dall'inconscio può "risalire" verso la coscienza. Egli ha continuamente ribadito che il suo è un approccio fenomenologico, e in quanto tale non può che passare sempre e comunque dall'*imago* di un Dio che si manifesta all'inconscio di ciascuno di noi, e che dipende dal complesso dell'Io in quale misura accogliere questa immagine o rifiutarla in toto o parzialmente.

Molte tecniche religiose rallentano il processo del pensiero, riducono l'impatto dei dati sensoriali e favoriscono una condizione di maggiore ricettività. Tali esperienze possono configurarsi come stati di coscienza intensificata, non necessariamente patologici, ma sempre bisognosi di essere compresi nel loro contesto biografico, culturale e relazionale.

Secondo Salvatore Freni (2000), le analogie e le differenze tra esperienza delirante ed esperienza mistica vanno ricercate soprattutto nella diversa relazione con la realtà, con il limite, con la trasformazione simbolica e con l'area transizionale:

- nell'esperienza delirante il soggetto tende ad assumere il reale alla lettera nei suoi aspetti allucinatorio-deliranti, o nei sintomi psicosomatici, o negli agiti atti ad assoggettare la realtà ai propri bisogni onnipotenti-megalomaniaci; non dispone di un contenitore adeguato alle esigenze trasformative e non fruisce dell'area transizionale;
- nell'esperienza mistica, invece, il soggetto può, attraverso il distacco, il non-attaccamento alla finitezza del mondano, accogliere la mancanza, la castrazione, il dolore della perdita e del lutto, liberarsi delle illusioni e, attraverso l'atto di fede, accedere alla dimensione della grazia, dello spirito, ad una conoscenza superiore sostenuta dall'amore universale. Ciò gli permetterà di definire conoscenza e amore i due occhi dell'anima.

A nostro avviso, diventa oggi più che mai importante superare le visioni dicotomiche e accogliere, valutare e interpretare senza pregiudizio le manifestazioni mistico-religiose e visionarie dei pazienti. Questo non significa rinunciare alla diagnosi, ma evitare che la diagnosi chiuda prematuramente il senso

dell'esperienza. Nell'approccio junghiano, ciò implica il passaggio dall'*aut-aut* all'*et-et*: non negare la dimensione clinica, ma neppure cancellare la possibile funzione simbolica e individuativa dell'esperienza. Il terapeuta, infatti, non lavora soltanto per l'adattamento individuale del paziente, ma anche per la possibilità che il soggetto ritrovi un rapporto più abitabile con se stesso, con gli altri e con il mondo. Nel delirio mistico la solitudine può diventare estrema: il terapeuta entra allora in uno spazio in cui la dimensione personale, quella simbolica e quella collettiva sono intrecciate. Anche nella stanza di terapia, l'analista incontra sempre il paziente e, insieme, lo spettro della collettività da cui i simboli religiosi provengono.

Solo così, come ricorda G. Magno (2015), si può tornare a “essere” analisti e non soltanto a “fare” gli analisti: pensare analiticamente significa accogliere e prendersi cura dell'altro anche quando l'altro si presenta nella forma più estranea, disturbante o delirante.

Accogliere, infatti, è il verbo che meglio esprime ospitalità verso un altro e, in particolare, verso l'estraneo, lo straniero, il soggetto delirante. Denota l'azione di chi apre la propria casa all'“ospite”, includendo o ricevendo in casa l'altro per quello che è, senza ostilità. Riflettere sui molteplici significati del verbo “accogliere” apre l'orizzonte ad una ricca catena semantica: ospitalità, ospite, altro, alieno, estraneo, straniero, delirante, folle, apertura, inclusione, amicizia, casa, ricevere, benvenuto, cammino, convivenza ecc., e per noi, soprattutto, cura e responsabilità. Il significato di “accoglienza” porta in direzione dell'altro, tanto più in quanto differente da noi, perché estraneo, alieno, folle, quello che viene da fuori, da un mondo a noi sconosciuto, reale o in termini fantasmatici, il migrante, lo psicotico, colui che ci arriva sofferente e bisognoso di cure.

Questa catena semantica, a nostro avviso, evidenzia chiaramente il panorama della complessa realtà del prendersi cura. Scrive Luigina Mortari in *Filosofia della cura* (2015: 4<sup>a</sup> di copertina): «Esistono cose essenziali per la vita umana. La cura rientra nell'ordine delle cose essenziali, perché per dare forma al nostro essere possibile dobbiamo aver cura di noi, degli altri e del mondo». E continua: «Il nostro modo di stare con gli altri nel mondo è intimamente connesso con la cura che abbiamo ricevuto e con le azioni di cura che mettiamo in atto. Siamo quello che facciamo e quello di cui abbiamo cura. È irrinunciabile aver cura della vita, per conservarla nel tempo, per farla fiorire e per riparare le ferite dell'esserci. Poiché la vita umana è fragile e vulnerabile, il lavoro di cura è intensamente problematico...».

In psicoanalisi, accoglienza richiama alla dimensione dell'ascolto partecipato e autentico e, ancor prima, alla necessità che l'altro si senta visto anche

nelle sue parti più folli. Si cura attraverso l'ascolto e la relazione, dando spazio a ciò che la persona è e alle sue ragioni, anche quando esse si esprimono in forma delirante. Come insegna Bruno Callieri (1982), si tratta di ascoltare l'esperienza soggettiva che vi prende forma, facilitando un progressivo interrogarsi personale e una crescente integrazione delle parti scisse o sofferenti.

Accogliere, ascoltare, prendersi cura e curare risultano dunque dimensioni inestricabili dell'incontro terapeutico, anche quando, come diceva Danilo Carnello (1984), la prospettiva è quella di «distorti, falliti, impossibili incontri». Il lavoro clinico consiste nel rendere possibile ciò che al paziente appare impossibile: non alimentare la follia del delirio mistico, né colludere con il suo contenuto, ma accettare l'alterità umana che esso manifesta, compresa quella più aliena e inquietante. In questa accoglienza senza ostilità si fonda un'etica della relazione, capace di tenere insieme ascolto, limite, cura e responsabilità.

Concludiamo con l'affermazione di Mortari: «La cura è partecipazione del sacro che c'è nell'altro» (2015: 167). Se l'eticità è un agire con gli altri nel mondo, essa è anche un «sentire il sentire dell'altro», secondo la lezione di Edith Stein (1985): un accogliere e rispondere al bisogno di bene senza distogliere lo sguardo dal mondo del paziente, anche quando quel mondo si esprime nella forma del delirio.

## Bibliografia

- Callieri B. 1982. *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Città Nuova, Roma.
- Cargnello D. 1984. *Il caso Ernst Wagner*. Feltrinelli, Milano.
- Dalle Luche R. 2019. *Annotazioni fenomenologiche sulla nozione di delirio*, “Psychiatry on line Italia”, 6.12.2019:  
<https://www.psychiatryonline.it/psicoterapie/annotazioni-fenomenologiche-sulla-nozione-di-delirio>
- Freni S. 2000. *La dimensione mistica nell'esperienza psicoanalitica*, Relazione per il Centro Milanese di Psicoanalisi “Cesare Musatti”, 18.5.2000:  
<https://www.psychomedia.it/pm/modther/integpst/freni.htm>
- Freud S. 1976. *Introduzione alla psicoanalisi*, in Id., *Opere complete*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino.
- Guidi A. 2025. *Il delirio mistico: struttura, sintomo e cura*, “Psychiatry on line Italia”, 2.3.2025:  
<https://www.psychiatryonline.it/psicoterapie/il-delirio-mistico-struttura-sintomo-e-cura>
- Jaspers K. 1964. *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Jung C.G. 1977. *Gli archetipi dell'inconscio collettivo (1934-54)*. In: *Opere*, vol. 9/1, Boringhieri, Torino.
- 1978. *Ricordi, sogni e riflessioni*, a cura di Aniela Jaffé, Rizzoli, Milano.
- Linn L. 1967. *Clinical manifestations of psychiatry disorders*. In: Freedman A.M., Kaplan H.I. (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. The Williams & Wilkins Company, Baltimore.
- Magno G. 2015. *Religiosità e psicosi*, Relazione presentata al CIPA Istituto Meridionale, Palermo, 17.1.2015.
- Mortari L. 2015. *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Miranda Bastidas C.A. 2004. *La rilevanza del delirio mistico nella semiologia contemporanea*, “Revista Colombiana de Psiquiatría” [online], vol. 33, n. 2, pp. 172-181.
- Otto R. 1966. *Il sacro. Sull'irrazionale nell'idea del divino e il suo rapporto con il razionale (1917)*, Feltrinelli, Milano.
- Parnas J., Henriksen M.G. 2016. *Mysticism and schizophrenia: A phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum Disorders*, “Consciousness and Cognition”, vol. 43, pp. 75-88.
- Stein E. 1985. *Il problema dell'empatia (1917)*, Edizioni Studium, Roma.