

# **L'ESPERIENZA DI SÉ NELLE FASI PRODROMICHE DELLA SCHIZOFRENIA: UNO STUDIO PILOTA DEI PRIMI RICOVERI**

J. PARNAS, L. JANSSON, L. A. SASS, P. HANDEST

## **NOTA DEL TRADUTTORE**

*L'articolo che pubblichiamo, tradotto per gentile concessione dell'Autore e del prof. Huber, editor di "Neurology Psychiatry and Brain Research", rappresenta un tentativo di coniugare indagine empirica e livelli descrittivi fenomenologici. Gli Autori, sorretti da una preconcezione teorica precisa delle psicosi schizofreniche, frutto di una integrazione tra il modello dei sintomi di base ed una vocazione tutta fenomeno logica ad indagare i momenti costituenti e costitutivi del vissuto in prima persona, tentano l'impossibile impresa di ricercare sistematicamente le alterazioni soggettive dell'esperienza di sé come nucleo originario e precoce dello sviluppo schizofrenico. Si tratta di un modo nuovo ed aggiornato di rivalutare la pregnanza e la centralità delle esperienze di depersonalizzazione/derealizzazione come "primo grado" di trasformazione psicotica dell'esistenza, che sfuggono, per la loro natura transitoria e quasi ineffabile, alle procedure cliniche più "obiettivamente" impostate.*

*Per quanto vi siano palesi e riconosciuti limiti metodologici, e nonostante la complessità non sempre perspicua della terminologia necessaria all'esplorazione delle qualità soggettive dell'esperienza vissuta (già presente nell'opera classica di William James), accentuata dall'arduo compito di descrivere i suoi sfaldamenti, nel suo insieme questo testo dimostra come sia possibile e perfino necessario riavvicinarsi ai fenomeni clinici con un'attenta, controllata e rinnovata prospettiva psicopatologica, evitando così da un lato una psichiatria routinaria, mindless e in ultima analisi teoreticamente sterile, dall'altro la semplice ripetizione di una tradizione colta e raffinata che eviti il confronto con le trasformazioni sociali, empiriche e tecnologiche che caratterizzano il nostro tempo.*

## **I. INTRODUZIONE:**

### **IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI PRECOCE (EARLY DETECTION)**

In genere si crede che l'intensità, la durata ed il rischio di ricaduta delle fasi psicotiche migliori se viene istituito un trattamento precoce nel decorso della schizofrenia. Studi naturalistici di *follow-up*, con classificazione *post-hoc* dei pazienti, mostrano che quelli trattati precocemente evolvevano meglio di quelli trattati solo negli stadi più tardivi della malattia (23). Tuttavia, l'assenza di studi randomizzati limita criticamente la generalizzabilità dei risultati dei disegni naturalistici. Lo stato del trattamento (precoce vs. tardivo) è determinato (oltre che da una moltitudine di meccanismi familiari e sociali) da fattori quali il grado di *insight*, il comportamento finalizzato alla ricerca del trattamento e l'adesione a questo etc.. Queste *caratteristiche non sono contingenti, estrinseche, indipendenti dalla malattia* (illness) *schizofrenica*, ma sono aspetti della malattia stessa. Così lo

*status* del trattamento di un determinato paziente non è un evento stocastico ma codeterminato dalla natura della sua malattia schizofrenica.

Non si sa perché il trattamento precoce sia utile, anche se, nella prospettiva psicologica ingenua del senso comune, uno stato psicotico di lunga durata è ritenuto deleterio per la mente consolidando i suoi modi immaginari di funzionamento.

Da un punto di vista neurobiologico la fase prodromica e l'esordio di una psicosi sono viste riflettere un processo neurodegenerativo (nel senso di Jaspers (15)) distinto a carico dei substrati neuronali implicati, coinvolgendo modificazioni strutturali quali un'eccessiva potatura (*pruning*) sinaptica, disturbi nella mielinizzazione o di perdita neuronale (23, 47). Questo processo ipotetico è autolimitante nel tempo. Raggiunge il suo picco di intensità subito dopo la cristallizzazione di una sindrome psicotica per estinguersi quando il quadro clinico si stabilizza. Questa "visione del processo" è compatibile con gli indici di *deficit* cognitivi negli stadi psicotici precoci (36), anche se la natura di questi *deficit* è verosimilmente molto complessa, riflettendo un misto di markers di tratto ereditari e di compromissioni legate allo stato, sovraimposte ed acquisite nello sviluppo.

Se i prodromi e la psicosi sono viste soltanto come espressioni di un processo neurodegenerativo, allora è difficile comprendere attraverso quale tipo di meccanismo il trattamento precoce possa essere efficace. Tutti i trattamenti disponibili tentano esclusivamente di modificare la fenomenica della malattia e non sono mirati ad alcuna presunta neurodegenerazione. Così, affinché un trattamento precoce influenzi il decorso a lungo termine dobbiamo ammettere che il livello fenomenico conscio interferisca con il suo substrato neuronale (un assunto in disaccordo con la dominante prospettiva materialistica per quanto riguarda il problema mente-corpo) oppure ritenere che il trattamento con neurolettici, in aggiunta ai suoi effetti antipsicotici (fenomenici) mediati dai neurotrasmettitori, influenzi anche alcuni processi etiologici neuronali di base.

D'altro lato, se il sistema nervoso centrale (SNC) è considerato un sistema auto-organizzante (6, 10, 27, 30), i prodromi possono indicare un periodo di instabilità neurodinamica o una "fase di transizione", quando un sistema slitta da un modo ad un altro di organizzazione usuale (una transizione da uno stato premorbo ai prodromi ad una organizzazione psicotica). L'emergere di una psicosi è più determinata da anomalie funzionali che strutturali. Si può presumere che il trattamento precoce prevenga queste riorganizzazioni. In questa prospettiva, si può pensare che la fenomenologia e la neurobiologia della malattia siano molto più strettamente connesse di quanto non ritengano i classici modelli cognitivisti della relazione mente-cervello.

Se è vero che il trattamento precoce migliora la prognosi, allora si può avanzare l'ipotesi che un *intervento terapeutico limitato nel tempo* nella fase prodromica avrà effetti enormi (*dramatic*) cambiando la storia naturale della malattia, vale a dire prevenendo o ritardando significativamente l'esordio. Ogni tentativo di valutare quest'ipotesi deve confrontarsi con una prevalenza enormemente alta di sintomi prodromici, operativamente definiti e riferiti dal soggetto nella popolazione generale (14), cosa che rende impossibile il campionamento di individui dalla popolazione generale usando semplici tecniche di identificazione dei casi.

Inoltre, il concetto di prodromo è vago e le distinzioni tra le fasi *premorbose* e *prodromiche* non sono chiare. Le caratteristiche premorbose sono abituali e durevoli (e di regola egosintoniche, nella prospettiva dell'esperienza in prima persona), riflettendo stili e abitudini, e sono, da una prospettiva in terza persona, tipiche dell'individuo. Il prodromo, d'altro lato, è definito distintivamente dall'avvento di *un cambiamento dall'abituale*, che è significativo di un nuovo disturbo ("*affliction*") che può terminare in uno scompenso psicotico. Questa trasformazione deve implicare un "evento sintomatologico" databile temporalmente, individuabile dall'esterno o esperito soggettivamente (di solito ego-distonico) di una gravità e rilevanza soggettiva distintive. Altrimenti, se *ogni genere* di psicopatologia precedente l'esordio della schizofrenia è concepibile a posteriori come prodromica, allora la nozione di prodromo perde il suo senso nosologico.

La distinzione tra premorbo e prodromico è in pratica difficile e confusa, perché la nozione di cambiamento è concettualmente refrattaria ed elusiva nei suoi aspetti esperienziali e temporali.

Consideriamo il caso di un paziente schizofrenico con l'esordio della psicosi all'età di 19 anni, ma con preesistenti e pervasivi sentimenti di ansia e insicurezza dalla prima infanzia. In un senso quest'ansia è premorbosa (è "tipica" o "abituale") e tuttavia in un altro senso più simile ad un prodromo, perché fastidiosa nella prospettiva della prima persona ("egodistonica"). La sua insorgenza è forse databile ad un determinato momento della prima infanzia.

Le caratteristiche prodromiche descritte negli studi sui primi episodi comprendono sintomi "nevrotici" non specifici, cambiamenti affettivi quali depressione, anedonia, apatia, irritabilità, isolamento, ritiro sociale, sospettosità, mancanza di iniziativa e disturbi del sonno (44). L'emergenza di "sintomi di base" è un *marker* più sottile di prodromo schizofrenico (13, 17, 18) ma questi sintomi vengono anche osservati in schizotipi che non evolvono mai in franca psicosi (33). Il DSM-III-R (9) include nelle caratteristiche prodromiche della schizofrenia (dovute ai suoi pregiudizi comportamentali e alla preoccupazioni relative alla affidabilità) "segni osservabili" tipici degli stadi schizofrenici avanzati, vale a dire compromissione nel funzionamento di ruolo, isolamento, comportamento marcatamente singolare, scadimento dell'igiene personale, affettività ottusa o inappropriata e disturbi formali del pensiero (le caratteristiche rimanenti sono il pensiero magico e le esperienze percettive insolite). Non ci sono dati concernenti possibili *patterns* di co-occorrenza di caratteristiche prodromiche e neppure sono disponibili informazioni sulla frequenza degli aggravamenti simili ai prodromi nel corso del disturbo schizotipico. In breve, un'accurata identificazione dei casi nella fase prodromica non è oggi realizzabile a causa di una serie di problemi irrisolti di natura concettuale, metodologica ed empirica.

## II. FENOMENOLOGIA DELL'ESPERIENZA DI SÉ NELLA FASE PRODROMICA

Il concetto di stadio di malattia (quali le fasi "premorbose" e "prodromiche") è una nozione nosografica, perfino nosologica, ma non fenomenologica (7). Ad un particolare sintomo può essere assegnato il suo valore come indicatore prodromico, solo nella misura in cui evolve in psicosi. Le definizioni di prodromo rimarranno *post hoc*, possibili solo retrospettivamente, a meno che non si traduca (si validi) la nozione nosografica di prodromo in termini fenomenologici. In altre parole, abbiamo bisogno di sviluppare modi di interpretare una data esperienza o comportamento come predittiva di una imminente psicosi schizofrenica. Nessun sintomo singolo, isolato, è patognomico di schizofrenia (a meno che ciò non venga deciso convenzionalmente in una diagnosi operativa) e l'essenza psicopatologica di questa malattia (*disease*) è tutt'ora oggetto di disputa (vedi il corrente dibattito sul valore rispettivo dei sintomi "positivi" e "negativi") (35). Alla luce di tali discussioni, le possibilità di definire indicatori prodromici semplici ed affidabili, utili per strumenti operativi e per il loro uso, sono molto remote.

Come abbiamo sottolineato altrove (19, 35, 38, 39), nella schizofrenia è necessario l'approccio fenomenologico per evidenziare le trasformazioni essenziali delle strutture di esperienza (*trouble generateur*) e la loro evoluzione dai precursori meno drammatici a quelli tipici e pregnanti. L'obiettivo è quello di articolare e svelare l'infrastruttura elementare dell'esperienza ed i *pattern* organizzanti il cambiamento dell'intenzionalità. Il metodo fenomenologico si fonda su una serie di riduzioni, prima rivolte ai pregiudizi (speso radicati nel senso comune), che di storcono l'oggetto d'indagine e secondariamente ad una de-enfatizzazione dei *contenuti* mentali, per giungere dalla molteplicità e accidentalità delle caratteristiche cliniche ai *patterns* essenziali (26). L'area dei disturbi di base è una di quelle che interessano la psichiatria fenomenologica. Quella dell'esperienza di sé ne rappresenta un'altra complementare perché si rivolge alla formazione intersoggettiva dell'intenzionalità, col Sé ed il mondo intesi come poli costituiti dell'elementare asse esistenziale.

Dire che la schizofrenia implica disturbi del Sé è, ad un certo livello, molto banale. Infatti, la precedente versione dell'ICD (cioè la 9<sup>a</sup> (42)), sebbene non usasse il termine Sé, enfatizzava l'indebolirsi degli "aspetti di base della personalità". I sintomi psicotici più prominenti

(schneideriani) coinvolgono un'alterazione fondamentale del senso di possesso e controllo dei propri pensieri, azioni, sensazioni ed emozioni, com'è esemplificato nella citazione che segue, estratta da una serie di affermazioni molto interessanti sul disturbo dell'esperienza di Sé nella schizofrenia cronica (1):

*«Mentre stavo facendo colazione, ho sentito come se la testa di qualcun altro fosse presente e volesse mangiare con me. Si sente come se altre persone volessero conficcare la loro testa nella mia. Mentre masticavo sembrava che un'altra lingua entrasse e prendesse il cibo».*

Sintomi psicotici di questo tipo sono associati frequentemente ad una perdita di motivazione ad agire, una riduzione della vitalità o del dinamismo del Sé, una condizione che può essere descritta come sindrome “negativa” e che, dal lato esperienziale include molti sintomi di base. La dissoluzione del Sé nella schizofrenia avanzata è stata sottolineata da numerosi Autori, ed alcuni di questi hanno proposto schemi di classificazione (8, 15, 40). Molti sintomi di base riflettono, infatti, abnormi esperienze di Sé.

In un progetto fenomenologico norvegese, dettagliate interviste di 20 pazienti al primo episodio psicotico hanno rivelato tre principali aree del cambiamento della percezione di Sé: profondi e allarmanti cambiamenti dell'esperienza del Sé accadevano in tutti i pazienti; la maggioranza di loro si lamentava della quasi ineffabilità delle loro esperienze e molti riferivano preoccupazioni di carattere metafisico, soprannaturale o filosofico (Møller, comunicazione personale).

Ma sebbene i disturbi del Sé siano stati ampiamente descritti negli stadi avanzati della malattia, e più recentemente in quelli precoci, di solito non si ritiene che giuochino un ruolo centrale particolare: più spesso sono stati trattati come sintomi o insiemi di sintomi che si associano ad altri fenomeni clinici come le varie anomalie del pensiero, della percezione, degli affetti o delle credenze (ad esempio Bleuler (4) considerava i disturbi della volontà al pari di quelli degli affetti e del pensiero, e forse meno centrali di questi ultimi). Con poche eccezioni (3, 5, 16) non sono stati considerati turbe generatrici.

Noi desideriamo attirare l'attenzione sulle manifestazioni cliniche dei disturbi del Sé che accadono negli stadi precoci della schizofrenia, individuabili nei prodromi e perfino nelle fasi premorbose. Questi disturbi sono fini e apparentemente non drammatici e vengono riferiti come lamentele non specifiche di fatica o abbassamento del tono dell'umore. Per quanto ne sappiamo, non sono state intraprese indagini fenomenologiche sistematiche per esplorare il dominio dell'esperienza schizofrenica precoce. Se fini disturbi del Sé sono precursori dei più drammatici sintomi successivi, la nostra ipotesi che il disturbo del Sé è in effetti la caratteristica (di tratto) primaria ed essenziale della schizofrenia, in rapporto causale con la psicopatologia successiva, sarebbe sostenuta.

### IIIa. IL CONTESTO (*BACKGROUND*) DELLO STUDIO

Come naturale continuazione degli studi prospettici ci sugli antecedenti della schizofrenia (31), stiamo preparando a Copenhagen uno studio randomizzato sull'efficacia a lungo termine degli interventi terapeutici limitati nel tempo negli stadi premorbose e prodromici della schizofrenia.

In vista delle difficoltà nel definire queste fasi e della non disponibilità di accurati *marker* prodromici, abbiamo deciso di intraprendere uno studio pilota di attuabilità per valutare la validità trasversale, concorrente e prospettiva ed il valore predittivo di una varietà di indicatori putativi dei prodromi schizofrenici. Lo studio di attuabilità coinvolge due popolazioni indipendenti:

1) pazienti ammessi consecutivamente per la prima volta con la diagnosi o il sospetto di schizofrenia, o di condizioni non psicotiche di spettro schizofrenico (cioè schizotipia) ed un campione di pazienti giovani (<30 anni), apparentemente affetti da condizioni psichiatriche non schizofreniche, ma che potrebbero soffrire di un prodromo schizofrenico mascherato come sindrome psichiatrica non schizofrenica (questo gruppo è simile a

quello studiato prospettivamente da Klosterkötter *et al.* (17). La maggioranza dei casi è inviata dal sistema sanitario di base.

2) un *follow-up* di un gruppo di giovani, esaminati psichiatricamente nel 1986-1990 quando partecipavano ad uno studio familiare genetico della schizofrenia. Abbiamo selezionato casi con diagnosi comprese nello spettro delle forme lievi di schizofrenia, con diagnosi di spettro non schizofrenico ed un gruppo di soggetti senza alcuna diagnosi psichiatrica operativa. Una banca dati che include i punteggi dei sintomi di base, la *performance* dei movimenti oculari e le misure dell'attenzione, insieme ai punteggi di disorganizzazione cognitiva è disponibile per questi soggetti. Ci si attendeva che una proporzione significativa di questi soggetti avesse sviluppato una schizofrenia dalla data iniziale dell'indagine.

Entrambi i campioni verranno studiati trasversalmente per individuare coaggregazioni di sintomi in *patterns* significativi, indicativi di significato prodromico, e *follow-up* longitudinali saranno effettuati per valutare l'attuale valore predicativo di fenotipi singoli e aggregati.

L'obiettivo finale di questo programma di ricerca è sviluppare uno strumento diagnostico per un'accurata selezione di un prodromo pre-schizofrenico. Una tale procedura implicherà con ogni probabilità un approccio multifenotipico, per accrescere la sensibilità e la specificità. Le misure neuropsicologiche (ad esempio memoria di lavoro, mantenimento dell'attenzione, *bakward masking* ed altri compiti percettivi), misure del disturbo formale del pensiero, dei sintomi di base e dei disturbi della percezione di sé sono incluse nell'archivio dati.

Una componente iniziale importante di questo studio è costituita da interviste impostate fenomenologicamente per evidenziare e articolare il possibile cambiamento nell'esperienza di sé del paziente.

Di seguito presentiamo i risultati basati su un primo gruppo di soggetti pilota, con anomalie specifiche nell'esperienza di sé.

### IIIb. LO STUDIO PILOTA

#### *Campione*

Il Dipartimento Universitario di Psichiatria all'ospedale di Hvidovre ed i suoi tre settori clinici ambulatoriali garantiscono un vasto servizio psichiatrico pubblico per un'area geografica definita della città di Copenhagen con 130.000 abitanti. Abbiamo tentato di selezionare consecutivamente un campione di pazienti ammessi per la prima volta al dipartimento psichiatrico, che soffrissero di una condizione appartenente allo spettro schizofrenico. Quasi tutti i casi di schizofrenia ammessi per la prima volta, altre psicosi non affettive e non organiche, così come casi diagnosticamente non chiari sono stati ospedalizzati in una unità diagnostica specializzata aperta, nel quale il presente campione fu esaminato dall'ottobre 1997 al febbraio 1998.

Pazienti schizofrenici acuti, gravemente malati o aggressivi, inizialmente ammessi in un reparto chiuso, furono successivamente trasferiti di *routine* all'unità specializzata per una valutazione più dettagliata, ma alcuni di loro sono stati rapidamente dimessi o trasferiti altrove e così non sono stati disponibili per lo studio. L'unità non accetta pazienti con significativo abuso di alcol o droga, che pregiudicano il campione per quanto riguarda gli schizofrenici o gli schizotipici. In sintesi, il campionamento non copre tutti i possibili casi dello spettro schizofrenico ospedalizzati durante questo periodo, ma, sulla base delle statistiche del dipartimento, stimiamo che il presente studio includa all'incirca il 60% di questi pazienti.

Inoltre, per confrontare pazienti ricoverati per la prima volta ad un gruppo di pazienti più cronici, ricoverati più volte, abbiamo incluso una serie casuale di tali pazienti, ospedalizzati alla stessa unità di ricerca specializzata, ma che erano tutte ri-ammissioni (almeno secondi ricoveri).

### IIIc. STRUMENTI

Tutti i soggetti sono stati intervistati in differenti occasioni dal primo e dal secondo autore. Le interviste diagnostiche erano semistrutturate, della durata di 2-3 ore, esploravano le maggiori aree della psicopatologia, e includevano un'indagine fenomenologicamente guidata dell'esperienza di sé del paziente. L'intervistatore

TABELLA 1. - *Dati descritti del campione pilota.*

Maschi	Età media di esordio della psicosi (sd)	Età media di esordio del primo sintomo psicotico (sd)	Durata totale della malattia (mesi) (sd)	completava una <i>checklist</i> di sintomi derivata dal PSE (41), ridotta della BSABS (11) e da <i>items</i> specificamente le anomalie
completata da una versione aggiunti per cogliere nell'esperienza di sé.				

Abbiamo tentato di esplicitare i modi con cui il paziente viveva il mondo (cioè i processi percettivi), se stesso, le proprie esperienze introspettive dello “spazio interiore”, l’esperienza del suo corpo e la natura dell’esperienza di sé nell’interazione con gli oggetti fisici e con le altre persone. Molti dei fenomeni indagati e identificati si sovrappongono o confinano con categorie di specifici sintomi di base. Tuttavia, la corrente tassonomia dei sintomi di base è in qualche misura arbitraria e può essere euristicamente utile riconsiderare alcuni di questi fenomeni come riflettenti un disturbo soggiacente e diffuso della relazione elementare intenzionale tra sé e mondo. La nostra indagine e gli sforzi tassonomici sono stati fortemente influenzati dalle analisi fenomenologiche della coscienza di sé di Jean-Paul Sartre (37), Maurice Merleau-Ponty (25) e Michel Henry (12). I loro *insights* ci sono parsi particolarmente utili per comprendere la natura dell’intenzionalità e i suoi fondamenti, significativi per la ricerca schizofrenica.

La diagnosi definitiva secondo l’ICD-10 (43) fu stabilita sulla base di un accordo consensuale tra due intervistatori. Quando disponibili, sono state utilizzate informazioni da *test* psicologici proiettivi (Rorschach, Object-Sorting-test, *test* dei proverbi), per integrare le informazioni cliniche (in oltre il 50% dei primi ricoveri).

Per incrementarne la specificità, la diagnosi di schizotipia richiedeva che il paziente, oltre a soddisfare i criteri dell’ICD-10, esibisse anche sempre segni di disturbo formale del pensiero, emotività ridotta o inadeguata e sintomi micropsicotici.

### IIIId. RISULTATI

#### *Diagnosi e decorso*

Durante questo periodo di 20 settimane, abbiamo raccolto dati su 31 pazienti: 10 pazienti schizofrenici riammessi, 2 pazienti riammessi con disturbo delirante, 5 pazienti schizofrenici al primo ricovero che erano stati psicotici per oltre 12 mesi (prime ammissioni “croniche”), 6 pazienti ammessi per la prima volta, che avevano sviluppato schizofrenia solo recentemente, cioè con una durata di psicosi inferiore a 12 mesi (prime ammissioni “iniziali”), 1 paziente ammesso per la prima volta con un disturbo delirante e 6 pazienti schizotipici ammessi per la prima volta.

Complessivamente in un periodo di 20 settimane furono identificati 18 casi mai ricoverati appartenenti allo spettro schizofrenico che, corretti per i limiti della campionatura (vedi *Campione*), rappresentano una percentuale di incidenza annuale di 56 casi ogni 100.000 abitanti (l’incidenza minima non corretta è di 37 per 100.000).

Tra tutti i pazienti mai ammessi, la maggioranza aveva avuto una qualche forma di contatto con le agenzie di trattamento ambulatoriale (uno psicologo scolastico, uno psicoterapeuta o uno psichiatra praticante): 4 dei 5 pazienti schizofrenici del gruppo delle prime ammissioni “croniche”, 4 dei 6 del gruppo delle prime ammissioni “iniziali” e 5 dei 6 schizotipi.

La *Tabella 1* mostra i dati di base sui pazienti, divisi per categorie diagnostiche.

Schizofrenia cronica Riammissioni n=10	7	23,4 (5,9)	20,1	S9 (44,0)
Schizofrenia cronica Primo ricovero n=5	4	17,2 (4,4)	14,S	90,S (60,S)
Schizofrenia iniziale Primo ricovero n=6	1	24,5 (5,3)	16,S	50,6 (53,7)
Schizotipia Primo ricovero n=6	1		16,4	79,2 (24,29)
Disturbo delirante Primo ricovero n=1	1	21		3
Disturbo delirante Riammissioni n=2	1	29 e 32	29 e 32	120 e 96

L'età media di esordio della schizofrenia era minore per i pazienti "cronici" al primo ricovero rispetto a quelli "iniziali" (due-tailed  $p=0.036$ , t-test e due-tailed  $p=0.082$ , Mann-Whitney U-test). Questo dato suggerisce che c'è una differenza tra i casi di schizofrenia trattati precocemente o tardivamente per quanto riguarda l'età di esordio. In altre parole, una lunga durata di psicosi non trattata (NTP) si associa in questo studio ad una psicosi schizofrenica ad esordio precoce. Di conseguenza, come già stabilito nell'introduzione, la NTP può essere un epifenomeno di caratteristiche intrinseche della malattia (esordio precoce, sesso maschile).

La distribuzione per sesso è diseguale (in parte per la politica dei ricoveri: vedi *Metodi*), con una prevalenza dei maschi nella schizofrenia cronica (pazienti ammessi per la prima volta o riammessi), ed una prevalenza delle femmine nella schizofrenia iniziale e nella schizotipia. Come si può vedere dalla Tab. 1, la durata totale della malattia corrisponde bene alla natura delle categorie diagnostiche, con i pazienti schizofrenici cronici riospedalizzati che avevano la maggior durata della malattia, seguiti dai pazienti schizofrenici ammessi per la prima volta "cronici" ed infine da quelli ricoverati per la prima volta "iniziali".

Il disturbo schizotipico era associato ad un declino nel funzionamento di ruolo, episodi micropsicotici, intensi sintomi di base, in aggiunta a sintomi più aspecifici di ansia, anedonia e disforia. In una prospettiva clinica, siamo inclini a considerare questo gruppo come un campione di prodromi pre-schizofrenici. Questo gruppo è piuttosto piccolo, riflettendo il fatto che pazienti schizotipi "puri" (cioè senza "comorbidità") sono rari nei *setting* di trattamento perché di regola non cercano una terapia medica (31, 32).

#### IV. ANORMALITÀ NELL'ESPERIENZA DI SÉ

Abbiamo identificato modi diversi di abnorme esperienza di sé nel 70% dei casi del totale dello spettro schizofrenico. Per ovvie ragioni, questi modi più pregnanti sono risultati più facilmente evidenziabili nei pazienti ricoverati per la prima volta rispetto a quelli riammessi, suggerendo che la psicosi cronica possa rimpiazzare o coprire questi fenomeni più fini. Queste esperienze erano spesso allarmanti per il paziente e soggettivamente più stressanti dei sintomi psicotici franchi:

«Quando mi resi conto che questa condizione di vedermi come in un film era permanente, compresi che avrebbe potuto distruggere il nucleo della mia vita» (paziente schizofrenico all'esordio della malattia, in Møller ed altri, comunicazione personale).

È importante notare che queste esperienze di solito non erano ancora di intensità psicotica e venivano in genere vissute secondo la modalità del “come se” (“*als ob*” - *Erlebnis modus*).

Di seguito presentiamo una categorizzazione preliminare di questo tipo di lamentele, che segue una linea di divisione fenomenologica, ma che è soprattutto dettata da ragioni pragmatiche. Ovviamente, le categorie si sovrappongono, un punto che sarà preso in esame nella sezione *Commento*.

### 1) Livello cliché di presentazione

I pazienti descrivono le loro esperienze come lamentele alquanto aspecifiche, spesso usando cliché disponibili per descrivere la loro condizione: ad esempio «Non sono me stesso», «Sono depresso», «Sono ansioso», «Ho perso la mia energia», «Faccio le cose solo al 50%», «Non so come vivere», «Non mi adatto al mondo», «Ho perso i miei sentimenti e non sono più impegnato», «Ogni cosa è così difficile, la vita non è affatto facile», «Forse c'è qualcosa di fisicamente anormale in me». Queste espressioni nascondono profonde trasformazioni nel modo in cui il paziente vive se stesso e il suo mondo, cambiamenti che possono essere evidenziati solo dopo una più intensa penetrazione psicopatologica del livello descrittivo. Come notava Blankenburg (3) ci confrontiamo qui con una “specifica non-specificità”, nel senso che queste lamentele apparentemente banali ma molto pervasive relative al carico esistenziale stanno ad indicare un cambiamento fondamentale nell'infrastruttura della vita cosciente, come se questa fosse carente dei suoi fondamenti trascendentali. Møller ed altri (comunicazione personale) hanno osservato che la abnorme esperienza di sé è sempre marcata da una certa ineffabilità di natura molto precisa. Perciò, se prese nel loro valore di facciata e non sufficientemente esplorate, tali lamentele usualmente portano ad una diagnosi sbagliata (ad esempio di disturbo affettivo, inclusi i disturbi distimico, d'adattamento, d'ansia, somatoformi e i disturbi di personalità al di fuori dello spettro schizofrenico).

### 2) Alterazioni dell'“appartenenza a se stessi” (I-ness) dei vissuti

Questo è l'aspetto centrale dell'esperienza pre-schizofrenica e forse una categoria che, fenomenologicamente parlando, si collega a tutte le successive categorie.

Normalmente ogni forma di consapevolezza, sia di un oggetto percettivo nel mondo esterno (trascendente), di un'esperienza corporea o della propria interiorità, è fondata su una coscienza di sé tacita e preriﬂessiva, che funziona come *un mezzo (medium) nel quale avvengono tutte le altre esperienze* (potremmo dire che tutte le esperienze specifiche sono modificazioni esplicite di questa tacita presenza a se stessi [*self-presence*] (12)). Questa sempre presente coscienza di sé preriﬂessiva determina la dimensione della soggettività [*subjecthood*] (ipseità [*ipseity*]) come una matrice inseparabile dell'esperienza normale. In altre parole, la coscienza di sé come atto (esperire) intenzionale non è qualcosa di *extra*, un sentimento distinto di un Sé aggiunto all'esperienza (46). Piuttosto, l'ipseità (*ipseity*) è una caratteristica intrinseca dell'esperienza stessa, un mezzo nel quale ha luogo l'esperire.

Un aspetto cruciale delle modificazioni patologiche nelle fasi prodromiche consiste in una trasformazione della funzione dell'ipseità, che conduce ad una dissociazione tra l'esperienza ed il suo aspetto di “appartenenza a se stessi” (*mineness*). Questo si può manifestare con lamentele di depersonalizzazione e derealizzazione, la cui componente cardinale consiste in una sicura, caratteristica “mancanza di presenza”. I pazienti dicono che la loro percezione non è accompagnata dal sentimento di stare percependo («percepisco ma non sento di percepire»). È come se la percezione fosse qualcosa di deprivato del tacito, normale sentimento della soggettività, alienante il paziente del carattere proprio dei vissuti. Lo stesso fenomeno pervade l'esperienza dell'azione e le relazioni interpersonali. Questo a sua volta può condurre a (o, in alcuni casi, è causato da) una tendenza all'iperriﬂessività (vedi sotto).



Il paziente di solito si sente tagliato fuori dagli altri, *mai realmente presente e coinvolto* (*engaged*). In genere, è accompagnato da sentimenti di quasi ineffabile ma profonda alienazione di sé: «Ho perduto il contatto con me stesso», «Non mi sento unito a me stesso» oppure «Non mi sento a mio agio con me stesso».

Certi stati avolizionali e di diminuzione del sentimento di padronanza dell'azione (*sense of agency*) sono strettamente legati a questi fenomeni.

Un'altra conseguenza della diminuita ipseità è una serie di fenomeni di transitivismo. La linea di demarcazione mio/non mio è di norma sempre costituito insieme all'esperienza stessa, è semplicemente un aspetto dell'esperienza. Ciò è così perché un'esperienza normale è necessariamente impregnata dalla dimensione della ipseità: vale a dire che avverto la mia percezione di questo foglio di carta precisamente come *mia* (e non vostra) perché avviene nel campo della mia esperienza di me stesso. Non ho bisogno di creare questa presenza a sé perché è già data a me come tacita coscienza di sé preriflessiva (funzione di ipseità). Questo confine mio/non mio diviene frastagliato (*turns fuzzy*) con la diminuzione dell'ipseità: il paziente avverte sentimenti di essere vulnerabile, “aperto”, non protetto; essere facilmente colpito dagli umori e dagli altri stati mentali delle altre persone; negli stadi più avanzati si può sentire intrudere e fondere nell'Altro (ad esempio sentimenti di confusione dell'identità negli scambi interpersonali, perdita della discriminazione tra chi parla e chi ascolta, del confine tra l'interiorità propria e quella altrui). Questo tipo di transitivismo è più fondamentale e evolutivamente anteriore alla permeabilità dei “confini dell'io” osservato nei fenomeni di influenzamento schneideriani.

Il disturbo dell'ipseità può provocare un certo raddoppiamento del sentimento dell'“Io” (*feeling of “I”*) in un io osservante ed in un io osservato (vedi l'esempio clinico). In altre parole, in assenza di una ipseità automatica già data, la coscienza in qualche modo tenta di ricostruire i suoi fondamenti mancanti. L'io osservato è un esplicito oggetto o rappresentazione mentale che come tale non è in grado di fornire un senso di soggettività (*subjecthood*). Il paziente si impegna in tormento e infruttuosi sforzi coscienti per compensare la sua di storta struttura di esperienza (3). Il risultato finale è che la vita della coscienza diventa caratterizzata dalla tematizzazione o oggettificazione di processi ed aspetti che normalmente rimangono ad un livello tacito ed automatico e che solo eccezionalmente sono il *focus* di una attenzione e di una introspezione volute.

Nelle fasi psicotiche precoci la identità dell'io (*I-identity*) può letteralmente dissolversi, cosa che può manifestarsi nella forma di un'esperienza quasi corporea di cambiamento (vale a dire il paziente si sente “come se” fosse più giovane o più vecchio della sua età) o come se avesse un'altra identità («Mi sento come se fossi mia madre»).

Molti di questi fenomeni riflettono ciò che è designato in senso esteso depersonalizzazione. Essi sono di solito associati alla derealizzazione, caratterizzata da una presa diminuita sul mondo ed un'incipiente perdita di significato: vale a dire sintomi di base percettivi, sentimenti di irrealtà, perdita di familiarità, evidenza e naturalezza del mondo e dissoluzione dell'organizzazione globale dell'esperienza (21, 22) (ad esempio attrazione da parte di un dettaglio percettivo, attenzione sul significante piuttosto che sul significato, ad esempio su un suono piuttosto che sul suo significato). In sintesi, le anomalie della coscienza di sé implicano quasi invariabilmente trasformazioni del polo oggettuale “distale” della relazione intenzionale tra Sé e il mondo.

### 3) *Cambiamenti nell'esperienza corporea*

Questi cambiamenti sono descritti in dettaglio nel manuale dei sintomi di base (11) come varietà di cenestesie. Qui dovremo puntualizzare disturbi più globali nei quali il paziente perde il suo sentimento di unità psico-corporea. La normale coscienza di sé è fondata corporeamente. Fenomenologicamente parlando è il corpo ad essere il soggetto della coscienza di sé preriflessiva (25, 37). Tale coscienza di sé è esperienzialmente data su uno sfondo (un orizzonte) di ricettività e

azione corporea. Questa unità viene minacciata negli stadi prodromici. Gli episodi micropsicotici possono manifestarsi con sentimenti di disconnessione dal corpo («Mi sento disconnesso dal corpo», «il mio corpo sente in modo sbagliato») e con allarmanti esperienze di disarticolazione corporea come una perdita di coerenza corporea e sentimenti di “andare a pezzi”, di solito accompagnati da ansia intensa.

#### 4) *Iperreflessività e spazializzazione dell'esperienza*

Il termine “riflessivo” si riferisce a situazioni o processi nei quali un essere, vale a dire un agente o il Sé, prende se stesso o alcuni aspetti di sé come proprio oggetto (38). Il modo esagerato in cui questo avviene nella schizofrenia e nei prodromi preschizofrenici può essere descritto come una tendenza “iperreflessiva”. Questa qualità iperreflessiva può essere manifesta su un numero di distinti livelli o in una varietà di modi diversi – coinvolgenti gradi diversi di sofisticazione e coscienza intellettuale di sé e non implicanti necessariamente alcun significativo aumento di volontà, attività intellettuale o auto-controllo riflessivo. L'esperienza iperreflessiva porta ad una ossessiva (*scrutinizing*) coscienza introspettiva di sé e ad una correlata attitudine soggettivistica-solipsistica di fronte al mondo esterno (39).

Ciò che stiamo descrivendo è più un certo modo di funzionare della coscienza che i suoi contenuti o ogni singolo semplice sintomo. L'intenzionalità (o la coscienza) è radicata negli equilibri dinamici fra l'implicito-esplicito, tra il tacito-già dato e il tematico-oggettificato. Questi rapporti naturali slittano in direzione degli elementi espliciti, tematici. Il paziente può riferire una progressiva riflessione o monitoraggio dei suoi pensieri, sentimenti o azioni, che lo tagliano fuori da un impegno normale ed attento. La forma più basilare di iperreflessività è di un genere preriflessivo: è più simile ad una affezione che conduce ad una perdita di automatismo, della immediatezza e di sintonizzazione emotiva (*attunement*) e ad una frammentazione del significato, che si manifesta nell'esperienza di sé e nell'esperienza del mondo (come già descritto: vale a dire, perdita di abilità automatiche, scissione (*splitting*) dell'io in una componente osservata ed in una osservante, sentimenti di inautenticità, focalizzazione sul significante etc.). Un aspetto cruciale della iperreflessività è la crescente spazializzazione dell'esperienza. Di norma, i nostri “oggetti mentali” interni (immanenti) di introspezione (vale a dire pensieri, memorie, fantasie e ad un grado minore affetti) sono vissuti, in termini fenomenologici, come “trasparenti”: non hanno qualità spaziali, cioè non sono in alcun modo sostanziali o simili a sostanze né possiedono una spazialità localizzabile. A differenza di quello che è il modo della datità degli oggetti percettivi, una esperienza immanente non è data in prospettiva (come quando posso soltanto ispezionare una parte della casa, ad esempio un lato in un dato momento). L'esperienza immanente ci è data in un modo non-spaziale, privo di prospettiva (che non equivale a dire che l'esperienza si manifesta in un modo totale, esaustivo e oltrepassa se stessa verso altri contenuti). Nella fase prodromica, le esperienze immanenti diventano sempre più “opache” e spazializzate, come se possedessero una qualità cosale, simile a quella degli oggetti fisici. Un paziente può lamentarsi che i suoi pensieri sono “incapsulati” o “densi” o che può essere capace di localizzarli (ad esempio: «Li sento principalmente nella mia fronte»). In genere, l'uso eccessivo di metafore spaziali nella descrizione dell'esperienza interna è altamente suggestivo di questo genere morboso di iperreflessività. Nella valutazione diagnostica di casi apparentemente somatoformi (vedi anche 17), si dovrebbe essere attenti alla possibile iperreflessività e spazializzazione dell'esperienza, se il paziente descrive i suoi processi fisiologici utilizzando un vocabolario spaziale, simile agli oggetti.

#### V. UNO SCHIZZO CLINICO (A CASE VIGNETTE)

Abbiamo scelto il seguente caso da una serie di prime ammissioni come esempio paradigmatico, nient'affatto raro, di esperienza di sé negli stadi precoci di una schizofrenia:

Robert, un diplomato di scuola superiore, impiegato come operaio generico e ospedalizzato all'età di 22 anni dopo un tentativo di suicidio, si lamentava che da oltre un anno si sentiva tagliato fuori dal mondo, aveva perduto iniziativa ed energia, aveva una tendenza ad invertire il *pattern* di sonno. Era disturbato da un sentimento strano e molto doloroso di non partecipare pienamente nelle interazioni con chi lo circondava. Sentiva che non era mai del tutto presente, nel senso di essere coinvolto nelle interazioni quotidiane. Questa esperienza di tono strano, isolamento e ineffabile distanza dal mondo si associava ad un'accresciuta tendenza a osservare o monitorare la sua vita interiore. Egli riassumeva la natura della sua afflizione in una frase: «la mia vita personale in prima persona è andata perduta e rimpiazzata da una prospettiva in terza persona». Fornì il seguente esempio come una chiarificazione: ascoltare la musica sul suo stereo gli dava l'impressione di non percepire il tono musicale nella sua naturale pienezza, era come se ci fosse qualcosa di sbagliato nel suono stesso. Cambiare i parametri del suono sul suo apparecchio stereo sarebbe servito soltanto a rendersi conto che stava "osservando" il modo in cui recepiva la musica, come veniva preso (*affected*) dalla musica. Egli "testimoniava" sui propri processi sensoriali piuttosto che possederli: «Mi sto sentendo ascoltare (*I am being heard!*)». Stava sempre a rimuginare su questioni quotidiane evidenti di per sé ed aveva difficoltà nel «lasciare succedere le cose e le faccende». Si lamentava di un atteggiamento di lunga data ad «adottare prospettive multiple»: cioè avrebbe voluto analizzare ogni cosa da tutti i possibili punti di vista. Quando era più giovane considerava questa abilità un dono, una sorgente di creatività, sebbene gli causasse un'indecisione di fondo nella sua vita. Ora era diventata più una pena, associata al sentimento di esserci immerso e, infine, all'astensione da ogni azione e al ritiro sociale. Avvertiva periodicamente i propri movimenti come non più automatici, su cui doveva riflettere. Il suo pensiero poteva assumere una qualità sonora, divenendo un monologo interiore ad alta voce. Considerava patologiche o almeno insolite e comunque fonte di disagio alcune delle sue esperienze che lo tagliavano fuori dalla vita normale. Tuttavia pretendeva che forse, a causa di queste esperienze, talora, a momenti, si trovasse faccia a faccia con una dimensione non fisica e normalmente nascosta della realtà.

Attenendosi ad una descrizione psicopatologica *standard* questo paziente soffre, in ordine di apparizione, di sintomi negativi con anergia e mancanza di iniziativa, esperienze di depersonalizzazione, forse alterazioni percettive acustiche, depersonalizzazione psichica e forse anche somatica (per quanto riguarda i movimenti), incertezza, ritiro e eco del pensiero (*Gedankenlautwerden*), aveva "pensieri strani" o mostrava un "pensiero magico". Tuttavia può essere fatta un'altra descrizione in accordo ai "sintomi di base": quasi tutte le esperienze del paziente sono classificabili secondo il manuale dei sintomi di base (11).

Dalla prospettiva fenomenologica adottata in questo studio, troviamo una profonda trasformazione della struttura intenzionale. La percezione del mondo è cambiata ed ha acquisito una distanza interna maggiore, e sussiste un'iniziale frammentazione del significato. Allo stesso modo colpisce il cambiamento dell'esperienza di sé. L'ipseità, come preconditione o medium di ogni intenzionalità naturale, spontanea, concentrata, è qui diminuita, conducendo al sentimento di alienazione o "distanza fenomenologica" dalla percezione (che è una variante dell'iperriflessività). Nel vissuto percettivo normale, l'oggetto percepito è dato in modo immediato, mentre qui appare in qualche modo filtrato, articolato internamente ed infine "ripresentato" come un processo sensoriale oggettualizzato. L'organizzazione implicita/esplicita dell'esperienza è trasformata e i taciti processi costituenti sono oggettivizzati. C'è una particolare divisione tra l'io osservante e quello osservato, ripresentato (*represented*) ma nessuno di questi io assolve una funzione di ipseità naturale ed automatica. Forse la caratteristica distintiva della derealizzazione schizofrenica, opposta a quella delle altre sindromi, è l'intimo legame a questo specifico genere di depersonalizzazione, esperita come alterata funzione della ipseità.

La consapevolezza del contributo sensoriale alla percezione è una rappresentazione del ruolo costitutivo della propria soggettività, una posizione solipsistica col suo tentante aspetto onnipotente. È forse questa sorta di contatto solipsistico con le condizioni tacite della soggettività, che consente al paziente di sospettare l'esistenza di un dominio ontologico nascosto alle altre persone. Questo accesso alle condizioni normalmente tacite dell'esperienza talora consente ad un paziente

schizofrenico di connotare la sua condizione in termini quasi neuropsicologici o neurocognitivi (ad esempio «ciò che manca al mio cervello è il sistema automatico di categorizzazione»).

Nel caso di Robert, l'incertezza, la polivalenza (piuttosto che l'ambivalenza), l'incipiente frammentazione del significato e la perdita della naturale spontaneità (*Selbstverständlichkeit* nell'originale di Blankenburg, tradotta nell'edizione italiana con "perdita dell'evidenza naturale", e in *loss of natural self-evidence* nel testo – n.d.T.), simile ai vissuti della paziente Anne descritta da Blankenburg (3), sembra essere legata ad una mancanza di una stabile prospettiva obiettiva del mondo. Questa viene normalmente raggiunta mediante una "limitazione di prospettiva" (*perspectival abridgement*), secondo cui il mondo umano, popolato da oggetti di medio-formato, concetti condivisi ed eventi familiari, può essere percepito solo come tale, mentre le prospettive alternative e potenzialmente contrastanti sono escluse dalla consapevolezza (*awareness*) (38). La limitazione di prospettiva è un aspetto fondamentale della costituzione del significato percettivo e concettuale. Una condizione necessaria della costituzione del significato è l'integrità dell'ipseità, un *medium* naturale nel quale le specifiche modalità di intenzionalità sono messe in atto (*instantiated*). Robert riporta una obiettivazione crescente dell'esperienza introspettiva. Il discorso interiore è trasformato da un *medium di pensiero* in un'entità simil-oggettuale con caratteristiche quasi-percettive, un esempio chiaro di cambiamento di spazializzazione iperriflessiva.

## VI. COMMENTO

Il presente studio conferma le percentuali di incidenza internazionalmente riportate per i disturbi dello spettro schizofrenico. Esso mostra anche, in accordo a numerosi altri studi, che un'importante proporzione di pazienti schizofrenici sono ricoverati per la prima volta in un'agenzia di trattamento psichiatrico solo molto tardi nell'evoluzione della loro psicosi (14, 20). Una vasta maggioranza di tali pazienti aveva avuto una qualche forma di contatto con un professionista della salute mentale prima del loro primo ricovero, ma questi contatti non si erano materializzati in una corretta diagnosi (né in una ipotesi diagnostica) né nell'invio ad un reparto psichiatrico. Sembra che i professionisti della salute mentale non siano particolarmente sensibili alla diagnosi di schizofrenia, un problema per l'individuazione precoce, al quale si potrebbero aggiungere le difficoltà diagnostiche intrinseche. Sebbene non sia possibile generalizzare dal nostro campione relativamente piccolo, sembra nondimeno piuttosto chiaro che le schizofrenie trattate precocemente o più tardivamente (cioè la durata del DUP) abbiano *patterns* differenti, con un'età precoce di esordio per i casi non trattati.

In questo studio abbiamo messo a fuoco uno specifico aspetto del prodromo preschizofrenico, l'alterazione dell'esperienza di sé. Abbiamo trovato delle distorsioni caratteristiche e fondamentali della struttura intenzionale, distorsioni che, sebbene forse non esclusive per lo spettro schizofrenico, caratterizzano molto meno altri disturbi quali quelli dell'umore o le demenze.

Ci sembra che il disturbo del sé schizofrenico possa essere diviso in tre *patterns*. C'è una profonda trasformazione dell'ipseità, del senso di esistere come soggetto di consapevolezza (come presenza per un sé e prima del mondo).

Questo cambiamento si manifesta in ogni regione della vita della coscienza (costituzione del significato, ricettività e spontaneità). Intimamente connessa con l'alterazione dell'ipseità è l'iperriflessività: fenomeni che normalmente sarebbero abitati e quindi inclusi a far parte del sé, vengono invece ad essere presi come oggetti di una consapevolezza focale o oggettivizzante. Una terza componente, che implica l'incapacità di mantenere un'attenzione percettiva e concettuale su un oggetto, concomita con l'iperriflessività e i cambiamenti di ipseità. Non l'abbiamo qui indicata sistematicamente perché è descritta bene come "perdita del senso comune" (come varietà di fenomeno autistico (3, 28) ed è ben evidenziata dalla BSABS (11).

Se queste tre regioni riflettano processi differenti ma intrecciati oppure siano semplicemente aspetti di un medesimo processo va oltre lo scopo di questo lavoro e sarà messo a fuoco altrove (Sass e Parnas, in preparazione). Tutti e tre i fenomeni hanno in comune un disturbo della relazione basica, preriflessiva (preconcettuale) intenzionale tra il Sé e il mondo. Le normali precondizioni dell'esperienza sono scosse, cosicché né l'ipseità, né il mondo come orizzonte sono immediatamente dati come una matrice tacitamente presente nella quale l'esperienza tematica, esplicita è costituita e compresa. In questo senso, i disturbi nell'intenzionalità preriflessiva costituiscono (*comprise*) il disturbo generatore nella schizofrenia.

Dobbiamo anche notare che le dimensioni dell'io isolate da Sharfetter (40) (vitalità, attività, continuità, demarcazione e identità; una classificazione che è seducente per il senso comune) non corrispondono alle modalità dell'esperienza di sé identificata dalla fenomenologia e non sono compatibili con le dimensioni dell'esperienza di sé descritte dalla psicologia dello svi luppo (2). Infatti, tutte queste dimensioni sono *aspetti dell'ipseità*, legati alla coscienza pre-riflessiva. L'unità sincronica e la continuità diacronica dei contenuti mentali sono possibili soltanto nel momento in cui questi contenuti fanno parte del mio campo di presenza a sé (*self-presence*) che stabilisce anche il confine tra me e non-me.

Crediamo che le trasformazioni dell'esperienza di sé descritte in questo studio possano divenire markers sensibili e specifici della fase prodromica. Tuttavia per distinguere tra un'esperienza di sé morbosa nei disturbi schizotipici che restano "compensati" ed in quelli che invece progrediscono verso la psicosi schizofrenica sono necessari ulteriori lavori. In altre parole, è fondamentale *afferrare il cambiamento nell'esperienza di sé* come potenzialmente indicativo di una psicosi imminente. Studi empirici sono necessari per esaminare la frequenza e il valore predittivo delle singole anomalie dell'esperienza di sé, definite in modo prototipico e testate secondo i sintomi di base per *patterns* di co-occorrenza.

È improbabile, tuttavia, che gli sforzi clinici inerenti all'approccio fenomenologico alla diagnosi possano essere rimpiazzati e resi inutili dal semplice uso di *check-lists* operative o strumenti di autovalutazione. I clinici dovrebbero perciò essere familiari con le manifestazioni del complesso disturbi del sé/autismo, e dei loro meccanismi. Solo con questo bagaglio noi possiamo identificare correttamente i prodromi preschizofrenici, ridurre le diagnosi sbagliate ed essere veramente d'aiuto ai nostri pazienti.

## VI. GLOSSARIO RAGIONATO (A CURA DEL TRADUTTORE)

Mi è parso utile, a completamento della traduzione del lavoro di Parnas e coll., riassumere e chiarire il significato dei termini che gli Autori impiegano per descrivere i vari aspetti dell'esperienza di sé (*self experience*) e le conseguenti scelte di traduzione.

Per iniziare, si è tradotto di volta in volta *experience-s* con "esperienza" oppure con "vissuto-i", secondo una tradizione italiana che mantiene i due termini come corrispettivi del tedesco *Erlebnis*: l'"esperienza" di cui si parla nel testo, è ovviamente, secondo l'impostazione fenomenologica, l'"esperienza vissuta", l'"esperienza soggettiva", la matrice comune preriflessiva di tutti gli elementi cognitivi, affettivi, percettivi e cenestesici.

Gli Autori tentano di differenziare aspetti diversi nelle alterazioni dell'esperienza (dei vissuti), utilizzando termini ridondanti e/o sinonimi:

– *I-ness, mineness*: i due termini traducono il concetto tedesco (schneideriano) di *Meinhaftigkeit*, tradotto in italiano ora come "meità" o "Ioità", o "me-concernente", "concernente il me" (Callieri), oppure più recentemente come "appartenenza all'Io" (Borgna) e, da noi come "appartenente a me", "appartenente a se stessi"; indica la qualità propria, personale, dei vari atti psichici. Il venire meno di questa qualità è una delle caratteristiche fondamentali degli stati di depersonalizzazione, nei quali, appunto, i propri atti psichici non sono più vissuti come propri ma come estranei, "come se" appartenessero ad un altro.

– *Self-presence*: gli Autori utilizzano questo termine per indicare la coscienza preriflessiva di sé, la “tacita presenza a se stessi”, che costituisce la “funzione di ipseità”.

– *Subjecthood*: dimensione soggettiva, soggettività. È di fatto sinonimo di:

– *Iipseity*: ipseità, il sostantivo che qualifica la caratteristica intrinseca all’esperienza soggettiva. La dimensione soggettiva e l’ipseità sono rese possibili dalla presenza a se stessi (*self presence*) e sono le “precondizioni o il *medium* di ogni intenzionalità naturale, spontanea, concentrata” che in ultima istanza costituisce per gli Autori il parametro normativo fondamentale dell’esperienza. La modificazione di queste precondizioni comporta un “allontanamento” della percezione, compensata dalla iperriflessività (*hyperreflexivity*) ed infine una rarefazione dei confini dell’Io che apre la strada ai fenomeni di transittivismo.

– *I-identity*: identità dell’Io; corrisponde alla classica definizione jaspersiana di coscienza dell’Io e alla nozione anglosassone di *sense of Self*: è sinonimo di:

– *Feeling of I*: sentimento immediato, percezione dell’Io. Questo vissuto si sdoppia negli stati di depersonalizzazione in un Io osservante (*observing ego*) ed in un Io osservato o oggettualizzato o ripresentato (*observed, represented ego*) che vengono ad essere percepiti come spazialmente separati (spazializzazione dell’esperienza, spazializzazione iperriflessiva).

## VII. RIASSUNTO

Gli autori riferiscono uno studio pilota di attuabilità sugli stadi precoci di sviluppo della schizofrenia, presentando un primo campione di 18 soggetti ricoverati per la prima volta presso l’ospedale di Hvidovre a Copenhagen, compresi nella percentuale minima di incidenza del 37 per 100.000. La lunga durata della psicosi non trattata si associava ad un’età di esordio molto precoce. Le interviste psichiatriche erano condotte secondo un’impostazione fenomenologica e miravano specificamente ad individuare i disturbi dell’esperienza di sé antecedenti la schizofrenia, che si verificavano in una percentuale del 70% dei casi. Sono stati identificati i seguenti tipi (*patterns*) di vissuto: ridotto sentimento della presenza di sé e della propria soggettività (diminuita ipseità), iperriflessività e spazializzazione dell’esperienza, esperienza di disintegrazione psicofisica e ridotta capacità di afferrare il significato concettuale e percettivo. Viene suggerito che l’alterazione dell’esperienza di sé può essere un *marker* potenzialmente importante per identificare i prodromi preschizofrenici.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Angyal A.: “The experience of the body-self in schizophrenia”. *Arch. Neurol. psychiat.*, 35, 1029-53, 1936.
- 2) Bermudez J. L.: “The Paradox of Self-Consciousness”. Cambridge, The MIT Press, 1998.
- 3) Blankenburg W.: “Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien”. Enke, Stuttgart, 1971. Tr. it. “La perdita dell’evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie paucisintomatiche”. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.
- 4) Bleuler E.: “Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias”. Int. Univ. Press., NY, 1911/1950.
- 5) Bovet P., Parnas J.: “Schizophrenic Delusions: a phenomenological approach”. *Schizo. Bull.*, 19, 579-597, 1993.
- 6) Ciompi L.: “Affect logic: an integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia”. *Br. J. Psychiat.*, 164 (suppl. 23), 51-5, 1994.
- 7) Conrad K.: “Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns”. Stuttgart, Thieme, 1958.
- 8) Cutting J.: “Principles of psychopathology. Two Worlds - Two Minds - Two Hemispheres”. Oxford Univ. Press, Oxford, 1997.
- 9) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3<sup>a</sup> ed. revised. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
- 10) Freeman W. J.: “Societies of Brains”. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ, 1995.

- 11) Gross G., Huber G., Klosterkötter L., Linz M.: "Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen". Springer, Heidelberg, 1987. Tr. it. a cura di C. Maggini e R. Dalle Luche: "La scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base". ETS, Pisa, 1992.
- 12) Henry M.: "Philosophie et phénoménologie du corps". PUF, Paris, 1965.
- 13) Huber G., Gross G., Schüttler R.: "Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie". Springer, Berlin, 1979.
- 14) Häfner H., Mauer K., Löffler W. *et al.*: "Onset and early course of schizophrenia". In: "Search for the Causes of Schizophrenia". Vol. III (eds. H. Häfner and Gattaz W.F.), Springer Verlag, Berlin: 43-65, 1995.
- 15) Jaspers K.: "General Psychopathology" (Allgemeine Psychoaphthologie 3<sup>a</sup> ed.) tr. by Hoenig J. and Hamilton M. W., University of Chicago Press, Chicago, 1963.
- 16) Kimura B.: "Cogito et le Je". *L'Evolution psychiatrique*, 62, 335-348, 1997.
- 17) Klosterkötter J., Schultze-Lutter F., Gross G., Huber G., Steinmeyer E. M.: "Early self-experienced neuropsychological deficit and subsequent schizophrenic disease: an 8-years average follow-up prospective study". *Acta Psychiatrica Scand.*, 95, 396-404, 1997.
- 18) Klosterkötter J.: "Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Eine empirische Untersuchung der psychopathologischen Übergangsreihen zwischen defizitären und produktiven Schizophreniesymptomen". Springer, Berlin, 1988.
- 19) Kremen W. S., Seidman L. J., Pepple J. R. *et al.*: "Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a review of family studies". *Schizo. Bull.*, 20, 103-119, 1994.
- 20) Larsen T. K., McGlashan T. H., Moe L. C.: "First episode schizophrenia: I Early Course parameters". *Schizophr. Bull.*, 22, 241-256, 1996.
- 21) Matussek P.: "Untersuchungen über der Wahnwahrnehmung". Tr. ingl: a cura di H. Marshall, "Studies in delusional perception", in Cutting J. and Shepperd M. (Eds.), "Clinical Rots of the Schizophrenia Concept", Cambridge Univ. Press, Cambridge, pp.89-103, 1952.
- 22) McGhie A., Chapman J.: "Disorders of attention and perception in early schizophrenia". *Br. J. Med. Psychology*, 34, 350-61, 1961.
- 23) McGlashan T. H., Johanssen J. O.: "Early detection and intervention with schizophrenia: rationale". *Schizo. Bull.*, 22, 201-222, 1996.
- 24) McGorry P. D., McFarlane C., Patton G. c., Bell R., Hibbert M. E., Jackson H. J., Bowes G.: "The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey". *Acta Psychiat. Scand.*, 92, 241-9, 1995.
- 25) Merleau-Ponty M.: "Phénoménologie de la perception". Paris, Gallimard, 1945.
- 26) Mishara A., Parnas J., Naudin J.: "Forging the links between phenomenology, cognitive neuroscience, and psychopathology: the emergence of a new discipline". *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 567-73, 1998.
- 27) Parnas J., Bovet P., Innocenti G.: "Schizophrenic trait features, binding and cortico-cortical connectivity: a neurodevelopmental pathogenetic hypothesis". *Neurol. Psychiatry and Brain Research*, 4, 185-196, 1996.
- 28) Parnas J., Bovet P.: "Autism in schizophrenia revisited". *Comp. Psychiat.*, 32, 7-21, 1991.
- 29) Parnas J., Bovet P.: "Research in psychopathology: epistemologic issues". *Comp. Psychiat.*, 36, 167-81, 1995.
- 30) Parnas J., Bovet P.: "Vulnerability to schizophrenia: research implications". In: Fogh R., Gerlach J. and Hemmingsen R. (Eds.): "Schizophrenia: an integrated view", Alfred Benzon Symposium 38, Munksgaard, Copenhagen, 420-8, 1995.
- 31) Parnas J., Cannon T. D., Jacobsen B. *et al.*: "Lifetime DSM-III diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study". *Arch. Gen. Psychiat.*, 50, 707-14, 1993.
- 32) Parnas J., Teasdale T. W.: "Treated versus untreated schizophrenia spectrum cases: a matched paired high-risk population study". *Acta Psychiat. Scand.*, 75, 44-50, 1993.
- 33) Parnas J.: "Basic disorder concept from the viewpoint of family studies in schizophrenia". In: G. Gross (Ed.): "Perspektiven psychiatrische Forschung und Praxis". Schattauer Verlag, Stuttgart, 65-8, 1994.
- 34) Parnas J.: "From predisposition to psychosis. Progression of symptoms in schizophrenia". *Acta Psychiat. Scand.*, in press.
- 35) Parnas J.: "The boundaries of schizophrenia and schizotypal disorders. Plenary lecture". In Lopez-Ibor J.J. (Ed.), Proceedings of the Xth World Congress of Psychiatry. Hogrefe & Huber Publishers, in press.

- 36) Rubin P.: "Neurological Findings in First Admission Patients with Schizophrenia or Schizophreniform Disorder". Lægeforeningens Forlag, Copenhagen, 1996.
- 37) Sartre J. P.: "L'Être et le néant". Paris, Gallimard, 1943.
- 38) Sass L. A.: "Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought". Basic Books, New York, 1992.
- 39) Sass L. A.: "The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber and the Schizophrenic Mind". Cornell Univ. Press, Ithaca, 1994.
- 40) Scharfetter C.: "The Self-Experience of Schizophrenics. Empirical Studies of the ego/self in Schizophrenia, borderline disorders and depression". 2<sup>nd</sup> edition. Private Publication, Zürich, 1996.
- 41) Wing J. K., Cooper J. E., Sartorius N.: "Measurement and classification of psychiatric Symptoms". Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1974.
- 42) World Health Organization: "Manual of the International Classifications of Diseases". Injures and Causes of Death. 8<sup>th</sup> rev., Genève, 1992.
- 43) World Health Organization: "Manual of the International Classifications of Diseases". Injures and Causes of Death. 10<sup>th</sup> rev., Genève, 1992.
- 44) Yung A. R., McGorry.: "The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualizations". *Schizo. Bull.*, 22, 353-70, 1996.
- 45) Zahavi D., Parnas J.: "Phenomenal consciousness and self-awareness: a phenomenological critique of representational theory". *J. Consciousness Studies*, in press.
- 46) Zahavi D.: "Self-awareness and Alterity. A Phenomenological Investigation". Northwestern Univ. Press, Evanston, 1999.
- 47) Zipurski R. B., Kopur S.: "New Insights into Schizophrenia from Neuroimaging". *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 33-7, 1998.

*Traduzione autorizzata, cura e note di Riccardo Dalle Luche da: Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 6, 97-106, 1998.

Dott. Riccardo Dalle Luche  
Via Vespucci, 32  
I-55049 Viareggio