

QUALE DISTURBO DEL SÉ NELLA SCHIZOFRENIA?

EGIDIO A. BOVE, GIUSEPPE NARCISO

I. IL CARATTERE MULTISFACCETTATO DEL SÉ

Come sottolineano Gallagher e Zahavi (2008), studiare il Sé significa imbattersi in due questioni fondamentali che attualmente dividono buona parte degli studiosi del campo:

1) il problema della legittimità ontologica del Sé, una questione che contrappone chi pensa che il Sé sia una realtà esperibile e chi lo ritiene un artificio teorico;

2) il problema della inconciliabilità tra le varie concezioni del Sé presenti nell'attuale panorama teorico.

Rispetto al primo punto, il dibattito tra gli studiosi che si occupano del Sé ripropone il classico dilemma circa l'esistenza della coscienza: esiste davvero o è solo una favola illusoria, come scrive Dennett (2005) in una sua opera molto critica sull'argomento? In questo senso può essere utile considerare la distinzione proposta da Gurwitsch (1941) e ripresa da Zahavi (2005) tra teorie egologiche e non-egologiche della coscienza. Le prime sostengono che tutti gli eventi esperiti da una persona implicano un Sé che li esperisce; le seconde ribadiscono che non vi è bisogno di pensare che esista un'entità che fa esperienza del mondo e di sé. È inutile dire che le questioni su cui dibattono gli studiosi della coscienza non sono facilmente risolvibili.

Per dare una cornice di riferimento iniziale, si può partire da un articolo di Gallagher (2000) che distingue gli approcci che si sono occupati

del Sé nel corso degli ultimi anni in due grandi gruppi, ossia quelli focalizzati sul Sé minimale (*minimal Self*) e quelli che si sono occupati del Sé narrativo (*narrative Self*)¹. Damasio (1999) chiama questi due aspetti del Sé rispettivamente Sé nucleare e Sé autobiografico. Gallagher fa confluire la maggior parte degli approcci che studiano il Sé all'interno di questi due grandi filoni e ne fa un breve resoconto, riportando alcuni dei risultati più importanti ottenuti dagli studi neuroscientifici. Egli afferma che mentre il Sé narrativo rappresenta l'immagine, più o meno coerente, che ognuno ha di sé, ciò che le persone raccontano su di loro, il *minimal Self* è l'essere coscienti di sé come soggetto della propria esperienza, una coscienza non estesa nel tempo, limitata a ciò che si esperisce nell'immediato, una forma implicita di coscienza di sé, presente fin dalle prime settimane di vita (Rochat, 2004).

Il Sé narrativo è il ritratto che ognuno costruisce di sé, collocato all'interno di una storia, che è la storia della nostra vita; può assumere la forma di una narrazione o di una rappresentazione mentale. Dennett (1991) parlava a tal proposito di un "centro di gravità narrativa" che, come il centro di gravità di un corpo fisico, non può essere isolato, né toccato, ma intorno al quale ruotano tutti i nostri ricordi, le nostre decisioni e le storie che raccontiamo su di noi. Il Sé narrativo implica un'estensione temporale che permette di costruire un certo senso di sé, un *continuum* tra passato, presente e futuro all'interno del quale ci si può collocare, rappresentare e riconoscere in modo cosciente. È per questo che viene definito Sé esteso (*extended Self*; Neisser, 1988). Inoltre, il *narrative Self*, oltre alle funzioni cognitive superiori come memoria e linguaggio, comporta un atteggiamento di auto-osservazione, per cui rendiamo noi stessi oggetto della nostra coscienza assumendo una posizione distanziante e oggettivante (Stanghellini, 2009a), in altre parole una prospettiva in terza persona: ciò con cui abbiamo a che fare, infatti, sono rappresentazioni di noi stessi che rendiamo oggetto della nostra coscienza intenzionale e che perciò possiamo comunicare. Husserl direbbe che il *narrative Self* possiede una struttura noematica, per

¹ Riguardo alle caratteristiche del Sé narrativo, esiste un certo consenso nella comunità scientifica. Inoltre, le scienze cognitive e le neuroscienze (Northoff *et al.*, 2006, 2009) convergono con gli studi e le conclusioni della fenomenologia. Viceversa, rispetto al *minimal Self*, esistono concezioni alquanto diverse tra loro (anche all'interno della stessa fenomenologia) che richiedono ulteriori ricerche, per non parlare delle difficoltà metodologiche legate allo studio sperimentale di questa dimensione dell'esperienza soggettiva, che appare difficilmente operazionalizzabile (Gallagher, 2003, 2004; Gallagher e Zahavi, 2008). In questo lavoro ci concentreremo sul *minimal Self*, poiché è ritenuto da più parti la dimensione del Sé direttamente implicata nei disturbi dello spettro schizofrenico.

cui esso non potrebbe apparire se non come contenuto della nostra coscienza, indipendentemente dal tipo di atto intenzionale (o noesi)².

Al contrario, il *minimal Self* non si estende nel tempo, non è esprimibile in forma linguistica, né può essere rappresentato attraverso un certo contenuto mentale, un'immagine specifica di noi stessi. Il Sé minimale ha a che fare con l'esperienza primaria, immediata, fondativa di sé, è ciò che permette all'esperienza di essere avvertita come soggettiva. Secondo Gallagher e Zahavi (2008) sono costantemente attivi meccanismi di autoriferimento che permettono all'esperienza di essere "catturata" dal soggetto, attraverso una forma primitiva di autoreferenzialità. Gallagher (2000) evidenzia le caratteristiche principali del *minimal Self* parlando del cosiddetto "principio di immunità", secondo cui quando un individuo usa il pronome di prima persona per riferire che ha una certa esperienza, non può sbagliarsi su chi è colui che sta avendo quella esperienza (Wittgenstein, 1958): «Tutte le mie esperienze sono implicitamente caratterizzate dalla qualità della meità, cioè hanno tutte la qualità di essere esperienze alle quali *io* sono sottoposto o che sperimento» (Gallagher e Zahavi, 2008, p. 77). In altri termini, ogni individuo, nel corso dell'esperienza cosciente, di qualsiasi tipo essa sia, è implicitamente certo che quella esperienza sia vissuta da lui e non da qualcun altro. Tale attribuzione dell'esperienza a se stessi, o autoriferimento, è implicitamente data per scontata ed è la base per l'uso del pronome "io". È la cosiddetta prospettiva in prima persona, considerata una costante, continua e sottile presenza sullo sfondo dell'esperienza cosciente (Zahavi, 2005). Il *minimal Self*, quindi, corrisponde a una coscienza di sé pre-riﬂessiva. Si tratta di un accesso diretto e implicito a se stessi, non mediato da funzioni cognitive superiori.

I cultori della fenomenologia e della psicopatologia fenomenologica, quindi, concepiscono il Sé come una realtà ontologica, a differenza di altri filosofi della mente che lo considerano una realtà virtuale, una costruzione mentale *post hoc*, una sorta di illusione della mente che assume una certa consistenza soltanto in un secondo momento, una sintesi successiva dell'esperienza vissuta in precedenza. Tra gli autori che abbracciano questa visione vi è Metzinger (2009), che considera il Sé un mero costrutto rappresentazionale, di nessuna utilità per la filosofia e per la scienza, di cui ci si potrebbe tranquillamente sbarazzare. Tale costrutto sarebbe il risultato dell'attività di complessi sistemi di elabo-

² In realtà il concetto di noema è più articolato. Husserl lo concepisce come il contenuto dell'intenzionalità cosciente dopo aver applicato il metodo della riduzione fenomenologica attraverso l'epochè.

razione dell'informazione sfocianti in operazioni di modellizzazione del Sé.

Nella ricerca psicopatologica a orientamento fenomenologico molti studiosi considerano il *Self* come una realtà multidimensionale, non unitaria, disposta a vari livelli dell'attività mentale e dell'esperienza soggettiva. Cermolacce *et al.* (2007), per esempio, prendendo spunto dalla clinica della schizofrenia, hanno fatto un breve resoconto degli aspetti da considerare quando si parla del *minimal Self*: 1) la prospettiva in prima persona dell'esperienza; 2) il senso di meità; 3) la trasparenza; 4) l'incarnazione del punto di vista; 5) il senso di *agency* e di *ownership*. In un recente articolo Zahavi (2010), dopo aver denunciato l'estrema confusione che spesso regna in letteratura su questi aspetti, afferma che è fondamentale riconoscere il carattere multifaccettato del Sé, sottolineando da un lato la necessità di differenziare i diversi tipi di autoconsapevolezza, dall'altro di comprendere come essi si leghino a vicenda. Egli rileva, in particolare, tre dimensioni del *Self*: esperienziale (*minimal Self*), intersoggettivo e narrativo. Secondo questo autore, nello studio di patologie come l'autismo e la schizofrenia ha poco senso concludere che esse siano causate da una compromissione del *Self* se non vengono specificati quali singole dimensioni e quali aspetti specifici sono compromessi. Anche in Nelson *et al.* (2008) si sostiene che per comprendere il tipo di disturbo del Sé riportato dai recenti scritti fenomenologici è necessario distinguere tra diversi livelli o tipi di *Self*. In tal senso, Parnas e Handest (2003) – dopo aver sottolineato la tendenza da parte delle scienze cognitive e di gran parte della filosofia analitica della mente a minare la realtà del Sé, considerandolo ora come un semplice costrutto (Metzinger, 2003), ora come un'illusione della psicologia del popolo (Churchland, 1986; Kenny, 1988), ora come una finzione narrativa (Dennett, 1991) – dispongono il *Self* su tre livelli gerarchici interconnessi:

1) al livello più basico, il Sé è connesso alla datità dell'esperienza in prima persona (si tratta dell'ambito pre-riflessivo), e si riferisce all'implicita consapevolezza che una data esperienza sia la mia (meità);

2) a un livello intermedio il Sé diviene coscienza di un Io invariante dell'esperienza, ovvero un soggetto che esperisce se stesso come costante e continuo nel tempo. Si tratta del livello dell'autoconsapevolezza riflessiva, cioè la consapevolezza esplicita di essere in rapporto costante con il mondo esterno e con se stessi nel corso del tempo;

3) al terzo livello gli autori parlano di Sé sociale, inteso come un costrutto narrativo in cui l'individuo percepisce se stesso attraverso i significati acquisiti durante la crescita individuale e dal punto di vista

storico-culturale. Esso è l'insieme dei significati accessibili riflessivamente dal soggetto per descrivere se stesso.

È da precisare che tale stratificazione su diversi livelli non è estranea ad altre discipline. Per esempio, in neurobiologia i tre livelli appena descritti corrispondono rispettivamente al *core Self* (o *proto Self*, livello inferiore), al Sé nucleare (livello intermedio) e al Sé autobiografico (livello superiore).

In conclusione, non si può concepire il *Self* come qualcosa di unitario, che esiste come una "cosa" nella mente dell'individuo, come una funzione particolare o un'area del cervello che è possibile chiamare "Sé". Viceversa, il *Self* è disposto su diversi livelli della mente, è caratterizzato da più dimensioni (legate alle diverse esperienze soggettive dell'individuo e ai diversi campi dell'esperienza) e da più funzioni specifiche che possono essere esaminate e studiate singolarmente dal punto di vista sperimentale. Accanto a questa considerazione, non si può non essere d'accordo con Zahavi e Roepstorff (2011) quando sostengono che nella ricerca è necessario indicare a quale dimensione o a quale aspetto del Sé ci si sta riferendo. È proprio quello che hanno cercato di fare Parnas e i suoi collaboratori nell'ambito degli studi sulla schizofrenia, patologia in cui si ritiene sia disturbato proprio il Sé più basilico (*minimal Self*).

II. IL DISTURBO DEL SÉ NELLA SCHIZOFRENIA: LE RICERCHE DELLA SCUOLA DANESE

Molte delle riflessioni più produttive sul Sé sono giunte dalla psicopatologia fenomenologica della schizofrenia, poiché si ritiene che questo disturbo implichi delle alterazioni a livello della struttura della coscienza pre-riflessiva di sé. Per questo lo studio della schizofrenia è importante per illuminare la struttura del *minimal Self*.

Da un paio di decenni il gruppo di ricerca di Parnas si è concentrato sullo studio delle manifestazioni cliniche (o meglio, sub-cliniche) rilevate nei disturbi dello spettro schizofrenico. Esse sono intese come sottili anomalie dell'esperienza soggettiva che arrecano disturbo ai pazienti. Sulla scia delle fruttuose ricerche della scuola di Huber sui sintomi di base della schizofrenia (Huber, 1966; Huber e Gross, 1989; Gross, 1997; Klosterkötter, 2001; Schultze-Lutter, 2009), il gruppo danese ha identificato e catalogato le molteplici distorsioni del Sé che è possibile rilevare prima dell'esordio della schizofrenia, durante la manifestazione della sintomatologia positiva e in fase di remissione. L'obiettivo è stato quello d'illuminare le anomalie dell'esperienza sog-

gettiva alla base di quelli che sono ritenuti i segni e i sintomi della schizofrenia, descritti sempre più come disturbi senza senso, slegati tra loro. In altre parole, lo scopo – in linea con l’atteggiamento fenomenologico volto a rintracciare l’unicità nella molteplicità – è stato quello di porre l’attenzione sul nucleo disturbante alla base dell’eterogeneità dei sintomi schizofrenici. Tale studio ha portato a considerare come disturbo fondamentale delle patologie dello spettro schizofrenico un disturbo della coscienza pre-riflessiva di sé³. Questo disturbo, pertanto, può essere inteso come un vero organizzatore psicopatologico (Ballerini e Stanghellini, 1992; Stanghellini e Rossi Monti, 2009), che assume un valore non solo descrittivo ma anche esplicativo per la comprensione eziopatogenetica della schizofrenia. Le ricerche hanno portato all’evidenza che è possibile rintracciare diverse anomalie del Sé a vari livelli dell’esperienza soggettiva, soprattutto nel periodo prodromico, ma anche durante la patologia conclamata e in fase di remissione (Parnas e Jorgensen, 1989; Parnas *et al.*, 1998; Parnas, 1999; Parnas *et al.*, 2005). Tali disturbi sono stati descritti, elencati e raggruppati nelle seguenti cinque aree che costituiscono la EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience* – Parnas *et al.*, 2005)⁴: 1) cognitività e flusso della coscienza; 2) consapevolezza del Sé e presenza; 3) esperienze corporee; 4) demarcazione/transitivismo; 5) riorientamento esistenziale.

Vediamo brevemente alcuni di questi disturbi (per una descrizione più esauriente e ricca di esempi clinici si veda: Parnas e Sass, 2001; Parnas e Handest, 2003; Parnas *et al.*, 2005), corredati da qualche breve esempio clinico.

Cognitività e flusso della coscienza

Nei disturbi della cognizione si evidenzia una disconnessione tra il soggetto e i propri contenuti mentali. Si tratterebbe di una sorta di frattura

³ La psicopatologia fenomenologica va alla ricerca dell’unità strutturale profonda che sottende l’insieme apparentemente eterogeneo dei sintomi. Gli psicopatologi, nel corso di tutto il secolo scorso, hanno cercato di individuare il disturbo generatore della schizofrenia. Si pensi alla perdita del contatto vitale con la realtà (Minkowski, 1927), all’inconsistenza dell’esperienza naturale (Binswanger, 1957), all’insicurezza ontologica primaria (Laing, 1959) e alla perdita dell’evidenza naturale (Blankenburg, 1971), per citare alcuni classici.

⁴ La EASE è uno strumento descrittivo che aiuta il clinico e il ricercatore a individuare le anomalie esperienziali disturbanti della coscienza di sé. Gli autori danesi si sono esplicitamente basati sul modello dei sintomi di base dei ricercatori tedeschi, prendendo in considerazione la BSABS (*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* – Gross *et al.*, 1987) per la costruzione del loro strumento.

esperienziale dei contenuti interni (pensieri, immagini, impulsi). Vi è la sensazione di perdere il controllo dei propri pensieri, che possono divenire quasi autonomi, decentrati e distanti: i pazienti riferiscono di avere la testa piena di pensieri che si susseguono vorticosamente; alcuni pensieri risultano invadenti, interferenti, intrusivi; vi è l'impressione di aver perso improvvisamente tutti i pensieri o che il flusso del pensiero sia più lento. I propri pensieri appaiono strani, a volte si possono quasi udire. Si esperiscono fenomeni di spazializzazione dell'esperienza interna, di concretizzazione dei sentimenti e dei contenuti mentali, dovuta a un'eccessiva tendenza a oggettivare l'esperienza soggettiva. I contenuti interni sono vissuti come cose aventi connotazioni spaziali specifiche, sono descritti dal paziente con qualità spaziali (pensieri "densi" o "incapsulati") o localizzati spazialmente, per esempio nella testa. Non ci si sente naturali, è presente la sensazione di non essere in grado di esprimersi in modo genuino attraverso ciò che si dice e ciò che si fa. Si ha l'impressione di non riuscire a usare le parole in maniera appropriata, di avere difficoltà a esprimere ciò che si intende dire. Non si sa bene se certe esperienze sono state percepite, immaginate o ricordate. I pazienti lamentano vuoti di memoria riguardanti contenuti recenti. Determinati dettagli percettivi si pongono in evidenza rispetto all'ambiente circostante e i pazienti si sentono spinti a concentrare la loro attenzione su di essi. Non si riesce a porre attenzione contemporaneamente a stimoli diversi. I pazienti lamentano di non essere in grado di prendere decisioni, anche rispetto alle cose della vita quotidiana. Vi sono pensieri di natura ossessiva. Manca l'energia del pensiero, la volontà di ragionare, di pianificare un certo discorso o determinati comportamenti. Il fluire del tempo è disturbato, può essere vissuto come accelerato, rallentato, immobile o frammentato.

Consapevolezza del Sé e presenza

L'alterazione della presenza è ritenuto il disturbo fondamentale delle anomalie del Sé. Basandosi sulle formulazioni teoriche di Merleau-Ponty (1945), Parnas *et al.* (2005) sottolineano come la presenza sia costituita da due componenti diversi, ma appartenenti a un'unica struttura: il senso di sé e il senso di immersione nel mondo. Questi due momenti sono inseparabili e costituiscono la base dell'autoconsapevolezza. Il senso di sé, che si può anche definire come autoconsapevolezza pre-riflessiva (o ipseità), ha a che fare con la cattura in prima persona dell'esperienza. Per senso di immersione nel mondo si intende la costante sintonizzazione automatica e non riflessiva tra l'individuo e la realtà circostante. Tale sintonizzazione costituisce la presenza primaria

al mondo. Sono qui in gioco gli aspetti più basilari del Sé, legati al corpo e alla propriocezione, che permettono la creazione di una sorta di tessitura di fondo, una trama che organizza l'esperienza rendendola significativa. Merleau-Ponty parlava di una sorta di "intenzionalità operativa", tacita e prettamente funzionale al mantenimento di un legame costante tra il soggetto e l'ambiente circostante. La presenza può essere intesa come il correlato corporeo, incorporato, del senso di sé che «fornisce la trama di fondo o l'organizzazione del campo dell'esperienza e così serve come base necessaria per gli atti di giudizio, di percezione e simili, più espliciti o volontari» (Sass e Parnas, 2003, p. 429).

I pazienti che presentano disturbi in questa sfera dell'esistenza, sentono di essere vuoti, anonimi, di non avere un'identità. Si perde il senso di padronanza soggettiva dei propri contenuti mentali, che possono essere esperiti quasi come alieni. Vi è una pervasiva sensazione di essere distanti da ciò che si sta vivendo, di non essere presenti a se stessi. Ci si sente divisi, scissi, non esistenti come un tutto unitario. I pazienti lamentano di non sentirsi partecipi, di essere staccati in qualche modo dal mondo circostante. L'ambiente appare irreali, diverso, estraneo, come una sorta di pantomima. Si passa molto tempo a riflettere su di sé o sul mondo circostante, tutto deve essere monitorato, i pazienti dicono di non sentirsi più spontanei, genuini. Si arriva ad avere la sensazione di essere fuori dal proprio corpo, un doppio che si osserva dall'esterno. Vi sono sentimenti di perplessità, dovuti alla "perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg, 1971), in altre parole alla perdita della capacità di afferrare in modo tacito il significato del mondo. Tale mancanza sarebbe indicativa di una carente presa diretta, pre-riflessiva, dei significati quotidiani e scontati del mondo comune. I pazienti vivono se stessi come se fossero qualcun altro, si sentono più vecchi o più giovani dell'età che hanno, sono confusi rispetto alla propria identità di genere. È presente un'insicurezza ontologica (Laing, 1959) che rende l'esistenza priva di quelle fondamenta che danno stabilità alla vita. Vi è la sensazione di essere poco lucidi, di non essere reattivi, pronti. I pazienti lamentano di affaticarsi facilmente, sia dal punto di vista psichico che fisico; sentono una debolezza diffusa; hanno bisogno di riposarsi spesso e di dormire molto. Manca la vitalità, l'energia, la volontà di fare le cose, lo spirito d'iniziativa, la spinta a realizzare dei progetti; viene meno la costanza e la capacità di resistenza, cosicché i lavori cominciati non si portano a termine. Vi è una diminuita capacità di provare piacere.

Esperienze corporee

Sono presenti fenomeni (sul piano sensoriale, percettivo e dell'azione motoria) che rimandano tutti a una sorta di dissociazione tra il soggetto e il suo corpo. Vi sono fenomeni di scorporamento e di disconnessione corporea: il paziente percepisce una distanza tra sé e il corpo; il corpo o parti di esso sono vissuti con sentimenti di estraneità, come elementi non appartenenti a se stessi. Si esperiscono sentimenti di frattura, disgiunzione e frammentazione (come se si andasse in pezzi) delle varie parti del corpo, che possono essere vissute come sconnesse tra loro. I pazienti lamentano cambiamenti della morfologia del corpo: alcune parti del corpo sono sentite come troppo piccole o troppo grandi, lunghe o corte, accese o spente e così via; oppure deformate come nel caso del *mirror phenomenon*, in cui ci si sofferma per molto tempo allo specchio ispezionando il proprio viso, avvertito come diverso, cambiato in qualche modo. Vi sono dei blocchi a livello motorio, improvvise sensazioni di paralisi per cui il paziente è incapace di parlare o di muoversi. È presente l'impressione che i propri movimenti non siano più naturali: i pazienti lamentano di muoversi con difficoltà, devono pensare continuamente a ciò che stanno facendo, passo dopo passo; le attività quotidiane, come lavarsi, vestirsi, cucinare, sono compiute con maggiore sforzo, bisogna continuamente riflettere sulla sequenza delle cose da fare. I pazienti lamentano vissuti disturbanti di vario genere a livello corporeo: si ha una sensazione di torpore o rigidità lungo tutto il corpo o solo in alcune zone; sensazioni dolorose di carattere penetrante, lacinante o trafittivo; si sentono scosse elettriche, sensazioni termiche che si propagano da una zona all'altra del corpo; i pazienti riferiscono di avere la sensazione di cadere, di essere sospesi, si sentono leggeri o estremamente pesanti, hanno l'impressione di camminare sulle onde o che il pavimento sprofondi, si incurvi; nelle crisi disestesiche sono presenti disturbi al cuore, tipo costrizione e bruciore, che si accompagnano a sensazioni di mancanza d'aria, sintomi vegetativi, ansia libera e paura di morire; ci sono anche disturbi più indefiniti, migranti, che si spostano lungo il corpo in maniera bizzarra. A volte è come se alcune parti del corpo fossero manipolate da qualcuno. Oppure è come se gli oggetti si muovessero quando il paziente stesso si muove.

Breve vignetta clinica. S. è giunto in Comunità psichiatrica con una diagnosi di schizofrenia di tipo paranoide. Al suo ingresso non manifestava sintomi positivi. Da molto tempo aveva delle esperienze disturbanti legate alla percezione di un cambiamento che interessava diverse parti del suo corpo, che viveva con estremo disagio. S. si sentiva estre-

mamente brutto, una persona deforme, diceva di essere un mostro, nonostante avesse un aspetto gradevole. Percepiva alcune parti del suo viso come non uniformi, sentiva che il suo volto aveva la consistenza di un pongo, al tatto lo sentiva realmente così. Questi vissuti lo condizionavano parecchio nei suoi comportamenti quotidiani. Il paziente evitava di guardarsi allo specchio o di avvicinarsi alle superfici riflettenti e lucide (per esempio, quando saliva e scendeva dall'auto, evitava attentamente di incontrare il suo viso riflesso nello specchietto; oppure evitava di guardare sua madre in volto per non vedersi riflesso nei suoi occhi). I complimenti lo irritavano molto, poiché si sentiva preso in giro. Riportiamo brevi stralci di uno scritto in cui il paziente fa una descrizione di sé, dal titolo *La mia bruttezza*, che dà l'idea dei vissuti anomali esperiti da S. Colpisce la meticolosità nel descrivere l'esperienza di trasformazione percepita delle diverse parti del proprio corpo.

I capelli non hanno colore vivo, non sono pettinabili, sono percorsi da una serpentina che rende impossibile ogni pettinatura, corta o lunga. La testa è larga: io la percepisco come divenuta ulteriormente larga dopo il fortissimo mal di testa e la TAC, anche se già a vent'anni, con minore insistenza, la percepivo così. Dopo l'operazione agli occhi vissi invece circa due anni in cui mi sembrava di avere la testa di dimensioni normali. Adesso non è affusolata e stretta, come quella di quasi tutti i ragazzi, ma è quadrata, la lunghezza è come la larghezza. Ho due ali laterali, sopra le orecchie. E poi è sorto un corno, una protuberanza da unicorno in fondo alla testa, con una cresta come da lucertola, a scala. Questo per quanto riguarda la testa, passiamo alla faccia. La fronte è schifosamente larga, i capelli sembrano una parrucca, il naso ha il setto deviato a destra pur nella sua schifosa piccolezza, le narici quasi non esistono. Gli occhi sono senza pupilla, senza luce, a specchio, si muovono lenti come quelli di uno stupido o di una tartaruga... sono strabici, e orribilmente distanziati gli uni dagli altri, sembrano ispirarsi a qualche ragazzo down. I denti sono stretti, con prognatismo, ed impediscono un sorriso aperto fino agli angoli della bocca, che è piccola e con labbra sottili, brutte, insignificanti, e che sempre si spellano. Gli zigomi sono a coltello, obliqui, in rilievo come gonfi, la distanza tra orecchio, quasi a sventola, e naso è incommensurabile per quanto è grande. La faccia è stretta e non proporzionata alla larghezza degli zigomi, tanto che quando apro la bocca la zona degli zigomi si gonfia in maniera mostruosa, o quando sbadiglio, perché non c'è connessione, ma

c'è scricchiolio tra zigomi e mandibola invisibile. Il collo non ha pomo d'Adamo visibile e virile, il collo è corto. Il torace è stretto come le spalle, per questo non riesco mai a trovare un vestito che calzi le mie inesistenti spalle. Sono caratterizzato dalla stortezza: gomiti valgi, polso storto, dita storte, piedi storti e con soprossi, caviglie non salde, tallone virile d'Achille inesistente, polpaccio inutilmente grosso, inguardabile con i pantaloncini corti da dietro. Stinco con estroversione notevole, che, con tutto il resto, mi fa camminare non saldamente ma per tentativi. Ho una duplice scoliosi che mi ha veramente impedito di fare sport: non riesco neanche a piegarmi. Il bacino è largo come quello di una donna (ho i femori o le anche troppo grossi) e il pisello che là in mezzo è proprio piccolo (anche se devo ammettere che, dopo l'operazione agli occhi anche l'immagine sessuale di me era migliorata, per ricadere subito con difficile erezione ed eiaculazione scarsa come è oggi). Infine, vestito con giacca e quant'altro, anche in foto, anche visto da dietro, sembro solo un fagotto di stracci.

*Demarcazione/transitivismo*⁵

Il confine Sé/mondo, Io/altro, me/non-me, è uno dei momenti fondamentali per la costituzione dell'esperienza di se stessi ed è ritenuto uno degli aspetti di base del *minimal Self* (Cermolacce *et al.*, 2007). Le alterazioni della demarcazione del Sé, o transitivismo, vengono descritte dai pazienti come se le transazioni Sé-mondo divenissero più fluide o sfumate. Come conseguenza i soggetti possono sentirsi letteralmente e concretamente invasi dall'altro. Parnas e Handest (2003) riportano l'esempio di un paziente che per sentirsi intero e differenziato dalla realtà esterna indossava costantemente una cintura che teneva sempre ben stretta alla vita. Tra queste alterazioni rientra il fenomeno della "confusione con l'altro" così come descritto nella EASE. La stessa confusione si può sperimentare quando ci si guarda allo specchio: alcuni pazienti riportano momenti di incertezza nell'identificare chi è chi. Oppure si può vivere un'estrema ansia o una sensazione di annichilimento quando si è vicini o si è toccati da qualcuno. I pazienti lamentano anche di sen-

⁵ Nella EASE viene specificato che le alterazioni della demarcazione del Sé sono strettamente legate ai disturbi della consapevolezza del Sé e della presenza (la possibilità di percepirsi presenti al mondo e a se stessi, infatti, passa sempre attraverso la possibilità di avere dei confini, e quindi di non confondersi con l'altro), ma per le loro caratteristiche specifiche sono state considerate a parte.

tirsi passivi, esposti al mondo, senza difese, privi di una barriera capace di attutire gli stimoli esterni.

Breve vignetta clinica. M. è giunto in Comunità psichiatrica all'età di vent'anni circa. A prima vista sembrava non presentare sintomi di tipo psichiatrico. Il suo ricovero maturò in seguito a un disagio interno sempre più crescente, probabilmente legato anche all'uso costante di droghe leggere. Il paziente raccontava spesso al personale della struttura di vivere delle esperienze incomprensibili. Si trattava di uno strano fenomeno percettivo, per cui quando qualcuno era di fronte a lui, chiunque fosse, M. percepiva visivamente il volto del suo interlocutore staccarsi dalla testa e avvicinarsi, fino a sovrapporsi al suo volto. Il paziente sentiva il volto dell'altro "attaccarsi" letteralmente al suo, come una maschera, e confondersi con esso. M. non presentava sintomi psicotici, descriveva il fenomeno con molta lucidità e partecipazione, mantenendo una distanza critica nei confronti dei suoi vissuti. Solo in un secondo momento (dopo svariati mesi) sviluppò una vera e propria psicosi con percezioni deliranti.

Riorientamento esistenziale

Le anomalie descritte precedentemente possono compromettere la relazione di base che intercorre tra sé e il mondo, portando il soggetto a ricercare in maniera spasmodica un significato trascendente che spieghi la propria condizione esistenziale ed esperienziale. Tale ricerca assume le forme di una eccessiva preoccupazione per i temi esistenziali, metafisici, religiosi, filosofici o psicologici. Viene trasceso il senso comune delle cose, la realtà diviene sempre più incomprensibile, la causalità fisica non fornisce più i principi regolatori del vivere quotidiano, è lentamente sovrastata dal pensiero magico. Tutto può diventare enigmatico (il rapporto tra le cose, con le altre menti, il comportamento delle persone), aumenta il bisogno di una spiegazione, di elaborare una teoria che metta ordine nel caos di informazioni che il soggetto si trova a dover gestire. Tale ricerca metafisica può assumere le forme del solipsismo, in cui l'individuo ritiene di essere l'unica entità esistente, mentre il mondo e le persone sono considerati creazioni della propria mente. Ci sono fenomeni di autoriferimento, sensazione di essere al centro del mondo, di possedere una forza, dei poteri, una creatività straordinaria, fuori dal comune.

Breve vignetta clinica. Qualche anno prima del suo ingresso in Comunità psichiatrica, C. ebbe uno scompenso psicotico con deliri e alluci-

nazioni. In seguito all'esordio del disturbo, restò per circa un anno in casa, senza uscire. In Comunità alternava momenti di forte chiusura, per cui restava in camera anche per molte settimane di fila, isolandosi da tutti, a periodi in cui appariva lucida, presente e propensa a vivere nel mondo e in relazione con gli altri. In particolare, durante i periodi di ritiro sociale, appariva immersa in una sorta di perenne riflessione filosofica sulle origini dell'uomo, come una vera e propria studiosa dedita alla causa della ricerca scientifica. C. riteneva che la razza umana avesse origini aliene (la sua teoria non aveva i tratti di un vero e proprio delirio). Per questo si era avvicinata a letture piuttosto stravaganti sugli extraterrestri e sul loro originario intervento per la nascita del genere umano. La paziente a volte condivideva col personale curante le sue teorie. Altre volte si rinchiudeva nell'estrema solitudine della propria camera, dove restava per tutto il tempo stesa sul letto, con lo sguardo fisso nel vuoto, immersa nel suo mondo, senza nemmeno pensare a mangiare.

III. IL MODELLO DELL'IPER-RIFLESSIVITÀ/DIMINUITA AUTOAFFEZIONE

Le forme disturbanti dell'esperienza soggettiva descritte nella EASE sono caratteristiche della fase prodromica della schizofrenia, ma possono contraddistinguere anche i soggetti con un disturbo schizotipico di personalità (Bovet e Parnas, 1993; Parnas *et al.*, 1998; Parnas, 1999; Nelson *et al.*, 2008 e 2009). Questi vissuti possono evolvere in modo continuo in sintomi di natura psicotica, coesistere con la sintomatologia positiva oppure caratterizzare il periodo di remissione. La EASE non descrive delle vere e proprie manifestazioni sintomatologiche, ma piuttosto delle anomalie dell'esperienza che l'individuo vive intimamente nel rapporto con se stesso, con il proprio corpo, con i propri contenuti mentali, con gli altri e con il mondo. Il soggetto che esperisce questi vissuti resta pressoché cosciente di ciò che sta avvenendo dentro di sé, mantiene una certa distanza critica nei confronti delle sue esperienze. Inoltre è l'unico che può riferire al clinico il suo stato d'animo: le alterazioni del Sé sono rilevabili e descrivibili solo dal paziente stesso. È per questo che da più parti si ritiene necessario indagare questi fenomeni attraverso un approccio fenomenologico, senza di che, secondo Sass e Parnas (2003), la dimensione eziopatogenetica della schizofrenia è rimasta fino ad oggi pressoché sconosciuta. Nell'ambito della ricerca, tale limite potrebbe essere superato grazie all'applicazione di una metodologia d'indagine di stampo fenomenologico, basata cioè sull'indagine in prima persona delle esperienze anomale vissute dal pa-

ziente (per una discussione più approfondita sugli aspetti critici della metodologia fenomenologica applicata alla ricerca, si veda Gallagher e Sorensen, 2006 e Gallagher e Zahavi, 2008).

Ma qual è il processo sottostante a tutta questa varietà di alterazioni dell'esperienza soggettiva? Se i disordini del Sé sono i precursori dei successivi sviluppi schizofrenici, allora una comprensione della loro natura dovrebbe essere importante per lo studio della patogenesi, orientando la ricerca implicata nell'indagine dei correlati neurali oltre che dei processi chiave di sviluppo. Secondo Sass e Parnas (2003) il disturbo fondamentale della schizofrenia, alla base sia delle esperienze anomale del Sé, sia dei sintomi conclamati, è un disturbo che riguarda la dimensione pre-riflessiva della coscienza di sé.

Sass e Parnas (2003) ritengono che il disturbo del Sé coinvolto nella schizofrenia implichi due aspetti complementari e intimamente legati: l'iper-riflessività e la diminuita autoaffezione (*self-affecting*). Per iper-riflessività si intende un'autocoscienza esagerata, con attenzione eccessiva verso i propri processi mentali, per cui alcuni aspetti di sé (come pensieri, sensazioni, percezioni) diventano costantemente oggetto di riflessione esplicita e intensa, fino a essere esperiti alla stregua di cose materiali, simili a oggetti. Il soggetto assume una prospettiva in terza persona verso tali contenuti mentali. Il contenuto della coscienza non è più costituito dal mondo che si vive (noema), ma dal processo attraverso cui l'individuo struttura questo mondo (noesi). L'esperienza che ne deriva assume la qualità della dissociazione, si assiste a una trasformazione del modo in cui si vive la realtà: "io che osservo la luna" diventa "io che osservo me stesso che osserva la luna"; l'attenzione viene rivolta al come sia possibile che nella coscienza si costituisca un'immagine di qualcosa che è là fuori. Per questo la depersonalizzazione schizofrenica si può definire metafisica (Stanghellini, 2008): qui la questione è la realtà della realtà. Per diminuita autoaffezione si intende un diminuito senso di essere presenti a se stessi e al mondo. Autoaffezione può essere qui sinonimo del concetto di presenza così come elaborato da Merleau-Ponty (1945). L'iper-riflessività e la diminuita affezione di sé sarebbero i disturbi alla base delle anomalie dell'esperienza soggettiva dello spettro schizofrenico. Questi disturbi comporterebbero una difettosa "presa" (*grip*) o "tenuta" (*hold*) del campo percettivo e concettuale, cioè una compromissione della capacità di "catturare" e "trattenere" i significati emergenti dallo sfondo del campo percettivo o del campo di coscienza, prerequisito fondamentale per vivere l'esperienza come soggettiva, ossia per viverla nella prospettiva in prima persona. Detto in altri termini, si assiste a una perdita della salienza o della stabilità con cui gli oggetti stanno in un campo organiz-

zato di consapevolezza. Questa difficoltà di vivere l'esperienza in prima persona è ritenuta alla base dei disturbi dello spettro schizofrenico e delle anomalie dell'esperienza soggettiva che antecedono l'emergere dei sintomi conclamati. Secondo gli autori, il modello iper-riflessività/diminuita autoaffezione, oltre a spiegare le anomalie dell'esperienza del Sé descritte nella EASE, potrebbe chiarire la sintomatologia schizofrenica conclamata, cioè i sintomi positivi, negativi e disorganizzati (Sass e Parnas, 2003). L'autoaffezione sarebbe il prerequisito fondamentale per la nascita della coscienza di sé: se il mio essere presente al mondo è in qualche misura disturbato risulta contemporaneamente compromessa anche la mia consapevolezza di me stesso nel mondo. Viceversa, l'iper-riflessività è un "eccesso di coscienza" che nasce dal tentativo di compensare la diminuita autoaffezione, ossia la mancanza fondamentale dell'esistenza schizofrenica, la condizione di possibilità per lo sviluppo della struttura schizofrenica. Quello che del Sé appare disturbato nella schizofrenia sarebbe proprio l'autoconsapevolezza pre-riflessiva, intesa come possibilità di vivere l'esperienza in prima persona. Il *minimal Self* non sarebbe possibile senza una qualche forma di autocoscienza di fondo di essere soggetto dell'esperienza. A fronte della difficoltà di vivere l'esperienza in prima persona, come nel caso del disturbo schizofrenico, diviene possibile constatare tutta una serie di anomalie della coscienza di sé, prima, durante e dopo l'esordio del disturbo.

La prospettiva di Parnas e dei suoi collaboratori si inserisce nell'ambito di quella psicopatologia, definita strutturale (Stanghellini, 2009b), che da Minkowski (1927) in poi cerca di delineare la trama di fondo, le condizioni di possibilità, l'organizzazione strutturale, l'essenza, il modo di essere al mondo di persone che sviluppano un certo disturbo, al di là della sintomatologia che la psichiatria cerca di cogliere al fine dell'inquadramento diagnostico. Questo modo di pensare al disturbo (che non va di certo per la maggiore nell'odierno contesto di studio neo-kraepeliniano) può illuminare, dare senso alla condizione schizofrenica, intesa prima di tutto come possibilità esistenziale che continua a essere presente nella società dei nostri tempi.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A., Stanghellini G.: *Organizzatori nosografici e organizzatori psicopatologici*, in L. Petrangeli, F. Vannozzi (a cura di): *Nosografia e transnosografia*. Tipografia Senese, Siena, 1992

- Binswanger L.: *Schizophrenie*. Neske, Pfullingen, 1957. Trad. it.: *Essere nel mondo*. Astrolabio, Roma, 1973
- Blankenburg W.: *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1971. Trad. it.: *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Cortina, Milano, 1998
- Bovet P., Parnas J.: *Schizophrenic delusions: a phenomenological approach*. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 19: 579-597, 1993
- Cermolacce M., Naudin J., Parnas J.: *The "minimal self" in psychopathology: re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum*. CONSCIOUSNESS AND COGNITION, 16: 703-714, 2007
- Churchland P.S.: *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind/Brain*. MIT Press, Cambridge, 1986
- Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt Brace, New York, 1999. Trad. it.: *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano, 2000
- Dennett D.: *Consciousness Explained*. Little, Brown & Co., Boston, 1991. Trad. it.: *Coscienza. Che cosa è*. Rizzoli, Milano, 1993
- ... : *Sweet Dreams: Philosophical Obstacles to a Science of Consciousness*. MIT Press, Cambridge, 2005. Trad. it.: *Sweet Dreams. Illusioni filosofiche sulla coscienza*. Cortina, Milano, 2006
- Gallagher S.: *Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science*. TRENDS IN COGNITIVE SCIENCES, 4: 14-21, 2000
- ... : *Phenomenology and experimental design*. JOURNAL OF CONSCIOUSNESS STUDIES, 10: 85-99, 2003
- ... : *Neurocognitive models of schizophrenia: a neurophenomenological critique*. PSYCHOPATHOLOGY, 37: 8-19, 2004
- Gallagher S., Sorensen J.B.: *Experimenting with phenomenology*. CONSCIOUSNESS AND COGNITION, 15: 119-134, 2006
- Gallagher S., Zahavi D.: *The Phenomenological Mind: Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*. Routledge, London, 2008. Trad. it.: *La mente fenomenologica. Filosofia della mente e scienze cognitive*. Cortina, Milano, 2009
- Gross G.: *The onset of schizophrenia*. SCHIZOPHRENIA RESEARCH, 28: 187-198, 1997
- Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M.: *BSABS. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Springer, Berlin-Heidelberg, 1987. Trad. it.: *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base (BSABS)*. ETS, Pisa, 1992
- Gurwitsch A.: *A non-egological conception of consciousness*. PHILOSOPHY AND PHENOMENOLOGICAL RESEARCH, 1: 325-338, 1941

- Huber G.: *Reine Defectsindrome und Bassistadien endogener Psychosen*. FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, 34: 409-426, 1966
- Huber G., Gross G.: *The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses*. RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA, 80: 646-652, 1989
- Kenny A.: *The Self*. Marquette University Press, Marquette, 1988
- Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E.M., Schultze-Lutter F.: *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 58: 158-164, 2001
- Laing R.D.: *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. Tavistock, London, 1959. Trad. it.: *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*. Einaudi, Torino, 1991
- Merleau-Ponty M.: *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945. Trad. it.: *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano, 2003
- Metzinger T.: *Being No One: The Self-Model Theory of Subjectivity*. MIT Press, Cambridge, 2003
- ... : *The Ego Tunnel. The Science of the Mind and the Myth of the Self*. Basic Books, New York, 2009. Trad. it.: *Il tunnel dell'io. Scienza della mente e mito del soggetto*. Cortina, Milano, 2010
- Minkowski E.: *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Payot, Paris, 1927. Trad. it.: *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoïdi e degli schizofrenici*. Einaudi, Torino, 1998
- Neisser U.: *Five kinds of selfknowledge*. PHILOSOPHICAL PSYCHOLOGY, 1: 35-59, 1988
- Nelson B., Yung A.R., Bechdolf A., McGorry P.D.: *The phenomenological critique and selfdisturbance: implications for ultra-high risk ("prodrome") research*. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 34: 381-392, 2008
- Nelson B.A., Sass L.A., Škodlar B.: *The phenomenological model of psychotic vulnerability and its possible implications for psychological interventions in the ultra-high risk ("prodromal") population*. PSYCHOPATHOLOGY, 42: 283-292, 2009
- Parnas J.: *From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia*. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 99: 20-29, 1999
- Parnas J., Handest P.: *Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia*. COMPREHENSIVE PSYCHIATRY, 44: 121-134, 2003
- Parnas J., Jansson L., Sass L.A., Handest P.: *Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first admissions*. NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND BRAIN RESEARCH, 6: 107-116, 1998
- Parnas J., Jorgensen A.: *Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum*. THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 155: 623-627, 1989
- Parnas J., Moller P., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P., Zahavi D.: *EASE: Examination of Anomalous Self-Experience*. PSYCHOPA-

- THOLOGY, 38: 236-258, 2005. Trad. it.: *Esame dell'Abnorme Esperienza del Sé (EASE)*. Fioriti, Roma, 2008
- Parnas J., Sass L.A.: *Self, solipsism, and schizophrenic delusions*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 8: 101-120, 2001
- Rochat P.: *The emergence of self-awareness as co-awareness in early child development*, in Zahavi D., Grunbaum T., Parnas J. (Eds.): *The Structure and Development of Self-Consciousness: Interdisciplinary Perspectives*. John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia, 2004
- Sass L.A., Parnas J.: *Schizophrenia, consciousness and the self*. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 29: 427-444, 2003
- Schultze-Lutter F.: *Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept*. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 35: 5-8, 2009
- Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Cortina, Milano, 2008
- ... : *Disturbi della coscienza*, in Stanghellini G., Rossi Monti M. (a cura di): *Psicopatologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Cortina, Milano, 2009a
- ... : *The meanings of psychopathology*. CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY, 22: 559-564, 2009b
- Stanghellini G., Rossi Monti M.: *I livelli della diagnosi. Diagnosi nosografica, psicopatologica e psicodinamica*, in Stanghellini G., Rossi Monti M. (a cura di): *Psicopatologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Cortina, Milano, 2009
- Wittgenstein L.: *The Blue and Brown Books*. Blackwell, Oxford, 1958. Trad. it.: *Libro blu e libro marrone*. Einaudi, Torino, 1983
- Zahavi D.: *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. MIT Press, Cambridge, 2005
- ... : *Complexities of self*. AUTISM, 14: 547-551, 2010
- Zahavi D., Roepstorff A.: *Faces and ascriptions: mapping measures of the self*. CONSCIOUSNESS AND COGNITION, 20: 141-148, 2011

Egidio A. Bove
Dipartimento di Scienze dell'Uomo
Università di Urbino
Via Saffi 15, 61029 Urbino (Pu)
e-mail: egidiobove@gmail.com