

IL SÉ VULNERABILE.
 IPSEITÀ, IDENTITÀ
 E DEPERSONALIZZAZIONE
 NELLA MELANCONIA
 E NELLA SCHIZOFRENIA

Giovanni Stanghellini

*La crisi della
 psicopatologia e il
 coraggio
 della filosofia*

La psicopatologia ha perso la sua anima filosofica e il coraggio delle grandi sintesi concettuali? Per buona parte degli psichiatri, la parola 'filosofico' è sinonimo di 'speculativo' e 'non empirico', dunque è impiegata per stigmatizzare affermazioni o teorie astratte, non basate sui fatti, non verificabili e comunque lontane dalla pratica medica. Tutt'al più, la filosofia è tollerata dai più indulgenti in quanto cornice storica o antefatto della psichiatria moderna, così come l'alchimia nei confronti della chimica. In nome dell'empirismo e della facile e rapida comprensibilità dei concetti, la psichiatria clinica ha rinunciato ad una cornice teorica di riferimento coerente (Parnas e Zahavi, 2000), tanto che le parole della psichiatria sono appiattite assai spesso sul loro significato di senso comune (Mishara, 1994). La psicopatologia ha perso di vista la propria natura centaurica – disciplina fondante la comprensione e la cura – e così anche il proprio mandato – elaborare gli strumenti concettuali per fondare una comprensione rigorosa dei fenomeni patologici della soggettività – e si è riciclata in quanto disciplina che seleziona i sintomi utili alle procedure diagnostiche e che li definisce operativamente (Rossi Monti e Stanghellini, 1996).

La psicopatologia, invece, è filosofia applicata

(Cutting, 1997). La psicopatologia, cioè, ha un'origine e una vocazione filosofica, che si esprimono nella sua duplice funzione nei riguardi della psichiatria. Essa infatti incarna un'attitudine critica verso le aporie del sapere e del linguaggio psichiatrico e un'aspirazione fondazionale, cioè l'intenzione di rendere coerenti sapere e linguaggio all'interno di una cornice di riferimento esplicita – che per me è quella fenomenologica.

Dimenticando questo connubio tra psicopatologia e filosofia, si è creduto che l'attuale crisi della psichiatria fosse una crisi tecnologica e non invece filosofica (Bracken e Thomas, 2001). Si crede, cioè, che l'*impasse* nella ricerca psicopatologica sia conseguenza dell'inadeguatezza delle sonde di rilevazione neuropatologica, e non invece il risultato di inadeguatezze concettuali. Com'è possibile, ad esempio, trovare il substrato biologico delle allucinazioni uditive-verbali fintanto che queste vengono definite come disturbi senso-percettivi (Stephens e Graham, 1994; Naudin *et al.*, 2000)? O, più in generale, procedere nella conoscenza dei correlati biologici della schizofrenia finché questa verrà definita secondo criteri sindromici, che ne fanno alla fine una diagnosi per esclusione (Maj, 1998), e non sulla base di rigorosi organizzatori fenomenologici (Parnas e Zahavi, 2000)?

Di pari passo con questa crisi filosofica, nozioni come 'sé', 'coscienza', 'ipseità' e 'identità' sono andate incontro ad un destino di marginalizzazione o di semplificazione. Salvo rare eccezioni, per trovare interpretazioni della condizione psicotica organizzate attorno a tali nozioni bisogna ricorrere ai vecchi libri di psichiatria (Guiraud, 1956; Ey, 1951; Blankenburg, 1971), dove tra l'altro – e non per caso – accanto ai concetti di chiara ed esplicita derivazione filosofica troviamo fedeli e accurate descrizioni delle esperienze, delle espressioni e dei comporta-

menti dei pazienti, a dimostrazione che tendere verso le grandi organizzazioni di significato dell'esperienza umana non ostacola l'attenzione alla singolarità delle esperienze.

Appiattimento affettivo e appiattimento della psicopatologia

Il caso dei criteri diagnostici delle sindromi depressive è emblematico dello smarrimento di un adeguato orizzonte filosofico della psichiatria contemporanea. Sono noti i criteri sintomatologici del disturbo depressivo maggiore (APA 2000): umore depresso, ridotto interesse o piacere per la maggior parte delle attività, riduzione di peso corporeo, disturbi del sonno, ritardo o agitazione psicomotoria, senso di fatica o anergia, sentimenti di inadeguatezza o di colpa, riduzione della concentrazione e pensieri ricorrenti di morte. È altrettanto noto che tale disturbo è inquadrato come "disturbo dell'umore", lasciando intendere che il sintomo cardine di questa sindrome sia un'alterazione pervasiva e prolungata dell'atmosfera emotiva che colora la percezione del mondo (APA 2000, *Glossario dei termini tecnici*, Appendice C). Il sintomo basilare per la diagnosi è rappresentato da una riduzione quantitativa del tono dell'umore (umore depresso).

Come è stato più volte rilevato, questo inquadramento espone il clinico al rischio di una serie di errori, sia sul piano della diagnosi, sia su quello della comprensione psicopatologica della condizione depressiva. Manca, in primo luogo, un organizzatore concettuale che spieghi o renda comprensibile la contemporanea presenza di fenomeni eterogenei come ritardo psicomotorio, sentimenti di colpa, anedonia e umore depresso. Rinunciare a chiedersi quale sia il rapporto di senso tra essi è *ipso facto* rinunciare a fare psicopatologia (Rossi Monti e Stanghelin, 1996). Non pochi problemi, inoltre, derivano dall'individuare l'umore depresso come sintomo-

guida per la diagnosi. Il primo fra questi, ovviamente, consiste nell'elevata aspecificità del fenomeno "umore depresso". Umore depresso è qui usato come sinonimo di tristezza e il criterio differenziale tra tristezza normale e patologica sembra essere esclusivamente quantitativo. Ciò rende incerto il confine tra patologia conclamata e condizioni sfumate, *in primis* il cosiddetto temperamento distimico, il cui statuto psicopatologico è assai controverso: patologia subclinica o caratterizzazione particolare dell'umore fisiologico? È legittimo dubitare che, riguardo alle caratteristiche dell'umore, tra temperamento distimico e distimia, da un lato, e disturbo depressivo maggiore, dall'altro esistano solo differenze quantitative. È stato consigliato (Tellenbach, 1961) di abbandonare il termine "depressione" e adottare "melanconia" per designare quei quadri psicopatologici caratterizzati da alterazioni qualitative dell'affettività rispetto alle oscillazioni normali o subcliniche del tono dell'umore. Il problema, ovviamente, non è solo terminologico. Ciò che conta è definire e-deticamente il carattere che l'affettività assume in talune forme depressive.

Eleggere l'umore depresso a fenomeno affettivo cardine della depressione maggiore non causa solo incertezze diagnostiche relative ai confini interni allo spettro depressivo, ma anche errori nel definire i confini esterni di questa patologia. Tra i più comuni errori diagnostici che conducono all'errata diagnosi di schizofrenia nel corso di un disturbo depressivo maggiore, al primo posto viene collocato il confondere l'anedonia depressiva con l'appiattimento affettivo schizofrenico (Goodwin e Jamison, 1990). Si tratta di un problema fondamentale, non solo per la diagnosi differenziale tra queste due patologie, ma anche (e soprattutto) per la loro comprensione psicopatologica e il loro inquadramento nosologico.

L'anedonia depressiva rappresenta il secondo criterio per importanza diagnostica (Criterio A2) nella descrizione dell'episodio depressivo maggiore secondo il DSM-IV-TR (APA 2000). Ne viene fornita una definizione a metà strada tra il rilievo sintomatologico (esperienza soggettiva) e il segno oggettivo (comportamento osservabile): «marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato dagli altri)». Non viene invece contemplato tra i criteri diagnostici un altro sintomo affine (ma non assimilabile) all'anedonia, ritenuto essenziale dalla psicopatologia classica, quale il sentimento della mancanza di sentimento. Se ne fa cenno al criterio A1, dove si dice che il paziente depresso si sente "triste o vuoto"; e nella descrizione delle caratteristiche dell'episodio depressivo maggiore, dove si riporta che alcuni individui lamentano di "sentirsi "spenti", di "non avere sentimenti". Tuttavia, il rilievo sintomatologico della mancanza di sentimento sembra che per l'estensore del DSM-IV-TR sia più d'impiccio che di aiuto, e infatti si sottolinea che in questi pazienti «la presenza dell'umore depresso può essere dedotta dalla mimica e dal comportamento». In altre parole: se il paziente riferisce di sentirsi incapace di provare sentimenti (esperienza soggettiva) la diagnosi di episodio depressivo maggiore può ugualmente esser fatta tramite il rilievo di comportamenti (segni oggettivi) che rimandano all'umore depresso! Riesce difficile pensare ad una squalifica più tassativa dell'importanza del sentimento della mancanza di sentimento come fenomeno rilevante ai fini dell'inquadramento della condizione melanconica: l'umore depresso conta più del sentimento della mancanza di sentimento, e i segni comportamentali più delle esperienze soggettive.

Non è molto diverso, concettualmente, il trattamento riservato all'appiattimento dell'affettività nella schizofrenia. Esso viene inserito tra i sintomi negativi (Criterio A5) e descritto secondo canoni rigorosamente comportamentali: «L'appiattimento dell'affettività è particolarmente comune ed è caratterizzato dal viso del soggetto che appare immobile e non reattivo, con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo». L'anedonia, inoltre, è annoverata tra le manifestazioni e disturbi associati alla schizofrenia, senza specificazioni che ne problematizzino le caratteristiche rispetto all'omologo fenomeno depressivo.

*La depersonalizzazione
melanconica
come
disturbo
dell'identità*

I disturbi dell'affettività nella melanconia e della schizofrenia richiedono un'analisi psicopatologica centrata sulle caratteristiche essenziali del vissuto dell'affettività in questi pazienti. Considerando questi fenomeni in quanto sintomi dell'esperienza, e non in quanto sintomi dell'espressione o del comportamento (Jaspers, 1913), è possibile coglierne i caratteri specifici e differenziali, e tramite ciò gettare luce su un aspetto fondamentale di queste patologie: le modalità del vissuto di depersonalizzazione autopsichica che distinguono radicalmente la soggettività melanconica da quella schizofrenica.

Questa esperienza di depersonalizzazione viene descritta dai pazienti melanconici con frasi quali "Non riesco più neanche ad essere triste", "Sono diventato incapace di ogni sentimento per gli altri", "Sono incapace di amare", "Non provo dolore per la morte di mio figlio", "Mi sento vuoto", "Ho il cuore di pietra".

Queste frasi testimoniano, in primo luogo, del fatto che qualcosa che prima c'era – la capacità di provare sentimenti e di coinvolgersi nella vita e nel contatto con gli altri – ora è sparito. Non c'è distacco

o dissociazione tra sé e le emozioni: le emozioni sono semplicemente sparite. Anche i sentimenti (l'amore soprattutto), intesi come ponte tra sé e gli altri, sono attutiti rispetto a prima e si parla di ciò in chiave di angosciante anestesia. Queste stesse esperienze di depersonalizzazione sono spesso vissute con intenso coinvolgimento emotivo (angoscia) o talora cognitivamente stigmatizzate, tanto che l'atteggiamento globale del melanconico di fronte a questi fenomeni è innanzitutto e per lo più caratterizzato dall'auto-denuncia, l'auto-rimprovero e il senso di colpa.

Il melanconico confronta se stesso ora con ciò che era precedentemente stigmatizzando la propria attuale incapacità di amare e spingendosi fino a denunciare l'inautenticità dei propri sentimenti pregressi. Questo, che è noto come il motivo della menzogna nel melanconico (Kraus, 1994), evidenzia come la depersonalizzazione melanconica sia in primo luogo una depersonalizzazione "etica": raramente il melanconico si limita a constatare la perdita della capacità affettiva, viceversa tutta la sua esperienza è permeata dal giudizio su ciò che è giusto o sbagliato, autentico o inautentico, sincero o bugiardo, e dal dubbio angoscioso riguardo a quale dei due sé – quello attuale o quello precedente – sia quello vero e senza finzioni.

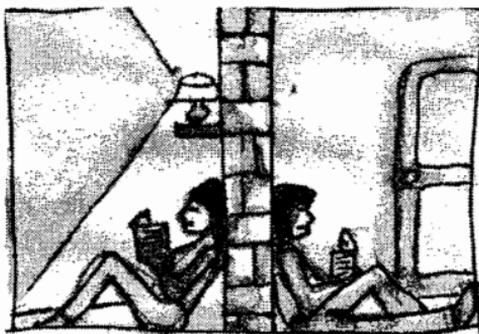
La struttura di questa esperienza di depersonalizzazione può essere compresa allargando la visuale su un aspetto essenziale dell'esistenza melanconica: il fenomeno dell'"iper-identificazione" (Kraus, 1982). Rispetto alla dialettica tra *être-le-même* e *être-soi-même* (Ricoeur, 1990), l'esistenza del melanconico è nettamente spostata verso la prima polarità. Si può dire che il melanconico continuamente ricalca il profilo sbiadito della propria esistenza, attraverso un'iper-identificazione con la propria identità di ruolo. Il melanconico, infatti, rappresenta un tipo umano

sostanzialmente centrico: irretito dal senso comune, alla ricerca dell'ordine più che della giustizia, dell'accordo più che della verità (Stanghellini, 2000a e 2000c). Come nella novella di Rilke "Un uomo di carattere", il melanconico subisce la pressione dell'opinione pubblica e la forza di gravità delle norme sociali in quanto rappresentanti esterni dell'identità. Si identifica con ciò che gli altri si aspettano da lui (eteronomia) e la sua identità resta saldata (iperonomia) a questo suo surrogato che è il ruolo sociale. Iperidentificato con il proprio ruolo sociale (di padre affettuoso, di figlio devoto, di lavoratore onesto) e con i valori che esso rappresenta, durante la crisi melanconica avverte questi valori come diversi da sé e percepisce la propria incapacità di continuare a incarnarli. Per meglio dire: la depersonalizzazione melanconica è caratterizzata proprio da questa incapacità ad incarnare il proprio ruolo; non riuscendo più ad incarnare il proprio ruolo, il melanconico lo percepisce come diverso da sé – non diverso contingentemente, ma strutturalmente, ontologicamente. Il melanconico non vive la crisi melanconica come un evento che mostra "una" faccia di sé, ma come l'evento tramite il quale il sé getta la maschera e si mostra nella sua nudità oscena e intollerabile, ineluttabile e disperante. Non potendo più essere ciò che è stato, egli è un altro. Tra questo altro e lui stesso non può esserci continuità narrativa, perché non può stabilirsi un rapporto dialettico; e non può stabilirsi un rapporto dialettico perché non è dato al melanconico tollerare aspetti dissonanti nella stessa situazione o persona (intolleranza all'ambiguità) – tanto meno in se stesso. Non gli è possibile, insomma, concepire l'alterità in se stesso, l'unità nella duplicità. Se viene ad essere messa in crisi e cade l'iper-identificazione con quell'aspetto parziale di sé che è il ruolo, è l'identità intesa in senso globale che viene travolta

da questa caduta. A questo crollo il melanconico non può assistere da spettatore e trarne esperienza in vista di una ridefinizione di sé. Il crollo della idem-identità comporta *ipso facto* per il melanconico quello della ipse-identità.

Alla luce di questa fenomeno strutturale, organizzatore di senso della condizione melanconica, che è l'iper-identificazione possiamo ri-descrivere le caratteristiche fondamentali della depersonalizzazione melanconica. La percezione di sé come vuoto, spento, o morto rimanda alla perdita del proprio ruolo sociale con il quale il melanconico si era iper-identificato; ruolo sociale che come una protesi esoscheletrica sostiene dall'esterno un'identità vacua e claudicante. Il sentimento della mancanza di sentimento, specialmente nella sua variante transitiva (incapacità di amare, "motivo della menzogna"), si fonda sulla percezione tragica e disperante della "*pseudo-empatia*" che caratterizza abitualmente i rapporti sociali del melanconico: così come il melanconico è incapace di percepire se stesso se non tramite quel simulacro protesico che è il ruolo sociale, anche l'altro è percepito sempre parzialmente, e mai in quanto persona nella sua globalità (intolleranza all'ambiguità). Il legame con l'altro è un legame con il suo ruolo sociale. In questo legame con l'altro *sub specie* di ruolo sociale, che serve a rinforzare la percezione parziale di sé e a riconfermare se stesso in un ruolo predefinito e preordinato in una tautologia di ruoli che si autoconferma, non c'è molto spazio per affetti autentici, affetti all'indirizzo di quelle luci ed ombre che fanno dell'altro una persona. Al fondo della depersonalizzazione melanconica troviamo un'autorivelazione: il disperare di essere se stessi, cioè il disperare circa la propria possibilità di darsi liberamente al gioco dialettico tra identità e non-identità; e conseguentemente il consegnarsi ad un ruolo che come

una corazza difende, ma azzerà ogni distanza da se stessi, impedisce qualsiasi trascendenza. In una parola: annulla qualunque dialettica dell'identità giocata tra unità e duplicità ad esclusivo vantaggio del polo dell'unità, della centricità rispetto all'eccentricità, della questità (*thisness*) rispetto alla quellità (*thatness*) e dell'*être-le-même* rispetto all'*être-soi-même*.



*La depersonalizzazione
schizofrenica
come
disturbo
dell'ipseità*

La struttura della depersonalizzazione schizofrenica ha caratteristiche speculari rispetto a quella melanconica. Di questo fenomeno essenziale per comprendere la condizione schizofrenica non c'è traccia nei DSM, sebbene se ne trovi una descrizione al capitolo del disturbo di depersonalizzazione. La descrizione della disturbi che troviamo al capitolo "disturbo di depersonalizzazione" è quasi integralmente corrispondente agli analoghi fenomeni che troviamo nella condizione schizofrenica, nei prodromi in particolare: sentimento di distacco o estraneità da se stessi, sensazione di essere un automa, di essere un osservatore esterno dei propri processi mentali, del proprio corpo o parti di esso, che si accompagnano ad anestesia sensoriale e mancanza di reazioni affettive. Secondo gli estensori di questo capitolo del DSM-IV-TR queste esperienze si differenziano sia da quelle

schizofreniche sia da quelle analoghe presenti nella depressione maggiore. Rispetto agli schizofrenici, i soggetti con disturbo di depersonalizzazione mantengono intatto il test di realtà. Inoltre, pur rassomigliando ad analoghi disturbi presenti nella depressione maggiore, i sintomi del disturbo di depersonalizzazione si distinguono da quelli depressivi per il carattere di "distacco da se stessi" che li caratterizza (APA 2000). Quest'analisi sarebbe perfettamente condivisibile se, piuttosto che servire a fare della depersonalizzazione un'entità nosografica, servisse a precisare le caratteristiche peculiari di questo fenomeno nei tre ambiti psicopatologici in cui possiamo trovarlo: la schizofrenia, la melanconia e l'ansia.

Le autodescrizioni dei pazienti schizofrenici depersonalizzati mettono in risalto in primo luogo il fenomeno della perdita della "meità" (Schneider, 1971): "Mi sento distante da me stessa", "È come se il corpo fosse lì da solo senza essere più coordinato con nulla", "Ho una sensazione di disunione, separazione dall'interno, in cui sento scorrere vitalità", "Sento i miei pensieri qui al centro della testa", "Talvolta è come se non fossi io quello che sta pensando", "Il corpo è qualcosa che funge, non qualcosa di mio che io vivo". Questi fenomeni, talvolta quasi ineffabili e comunque spaesanti e perturbanti, costituiscono una forma tipica di perdita del contatto con se stesso, di scollamento tra sé e sé, di smarrimento dell'unità tra colui che sente e colui che è sentito. Il corpo, e il sé in generale, sono vissuti come una specie di oggetto cavo al suo interno, cioè scollegato dalla propria *vita*. Ma la peculiarità dell'esperienza schizofrenica, rispetto a quella melanconica, è che questo sentirsi cavi, le membra staccate dall'origine del movimento, l'azione dall'energia che spontaneamente dovrebbe alimentarla, sono l'altra faccia della medaglia rispetto al sentirsi mossi e alimentati

da una fonte di energia aliena e misteriosa, da un'energia che non appartiene al sé e al proprio corpo, così come le batterie di un automa non fanno parte dell'automa stesso (una paziente ricorda che, da piccola, vedendo giocare i cuginetti si chiedeva: "Dove stanno le pile?"). La depersonalizzazione schizofrenica consiste in un sentimento di devitalizzazione in procinto di trasformarsi in un'esperienza di meccanizzazione della vita.

La depersonalizzazione auto- e somato-psichica si accompagna ad omologhi fenomeni nella sfera allo-psichica e intersoggettiva. La perdita del contatto con le proprie emozioni, in particolare, si articola con una visione de-animata del mondo (gli altri possono apparire simili ad automi) e con una profonda alterazione della sintonizzazione intersoggettiva (Stanghellini, 2000b) e del senso di realtà dell'esperienza. In assenza di contatto emotivo, il mondo esterno può apparire così duttile da indurre a credere che si possa manipolare e modificare a piacimento: "Per stare attaccato alla realtà occorrono le emozioni. Se non ci sono, si può modificare la realtà come si vuole".

La depersonalizzazione auto-, somato-psichica – questa crisi globale della cenestesi – che caratterizza le fasi prodromiche degli esordi e delle riacutizzazioni schizofreniche (Parnas, 2000) consiste nella profonda alterazione di questa modalità pre-riflessiva e tacita di coscienza di sé detto "ipseità": il sentimento dell'essere incarnato in se stesso, l'essere in contatto con se stesso, l'esperienza del proprio sé (auto-affezione) in cui «colui che prova e colui che è provato non sono che uno» (Henry, 2000). Il fenomeno dell'ipseità (Henry, 1963) ha un ruolo fondante per qualsiasi tipo di esperienza; è la pre-condizione silente di ogni esperienza, l'orizzonte che rende possibile ogni esperienza.

L'emergere alla coscienza esplicita di questo fenomeno fondamentale rivela il carattere paradossale dell'unità nella duplicità: io percepisco me stesso in quanto me stesso. Nell'ipseità, cioè, è contenuto non solo il sentimento di identità tra io che sento ed io che sono sentito, ma anche l'esperienza della duplicità inerente al mio io nel momento in cui questo fenomeno si presenta alla coscienza esplicita. La riflessività, appunto, consiste nell'assumere come "*oggetto esplicito*" un aspetto della propria esperienza di sé, del proprio corpo o del mondo. La riflessività, cioè, altro non è che l'ipseità che si sta rendendo esplicita. *La coscienza è unità nella duplicità.*

Nel fenomeno-gemello (rispetto all'ipseità) della riflessività il rapporto tra sentimento di unità e sentimento di duplicità si sposta a vantaggio di quest'ultima. Nella riflessività è implicita (si rivela) la duplicità della coscienza, cioè inizia ad emergere tematicamente la meiosi soggetto-oggetto: l'esperienza dell'"io sento me stesso" diventa "io percepisco me stesso"; "io penso" diventa "io ascolto me stesso" o "dialogo con me stesso"; "essere immerso" nella vita diventa "avere una visione del mondo". Muovendosi di un passo, la coscienza avverte esplicitamente la propria posizione eccentrica rispetto a sé, al corpo e al mondo. L'unità del sentire si sbilancia verso la dualità del percepire, l'unità del pensare viene a trasformarsi nella dualità del dialogo interiore.

Il fenomeno dell'"iper-riflessività" (Sass, 1992a; Sass, 2000) rappresenta, insieme alla crisi dell'ipseità, il secondo organizzatore di senso della depersonalizzazione schizofrenica: "Quando cammino, talvolta divento consapevole di ogni singolo passo", "Vedo i lineamenti del mio viso anche senza guardarmi allo specchio", "Ho la testa scoperchiata e vedo i filamenti argentati del mio cervello", "Vivo la mia vita in terza persona". Questa vita in terza per-

sona è la *controfaccia* del disturbo dell'ipseità: lo scollamento tra sé e sé si accompagna al percepirsi (persino vedersi) dall'esterno. Nel senso che la crisi dell'ipseità e l'iperiflessività sono le due facce della stessa medaglia. Ma i rapporti tra crisi dell'ipseità e iperriflessività non si limitano a questa complementarità fenomenologica. Infatti, è altrettanto probabile che lo sconcerto e la perplessità generati dalla crisi dell'ipseità possano *indurre* un atteggiamento iper-riflessivo, sia in quanto compensazione pragmatica della perdita della spontaneità e degli automatismi impliciti nell'ipseità stessa (l'io empirico che cerca di fare le veci dell'io trascendentale, di supplire alla sua latitanza); sia in quanto sforzo epistemico introspettivo e introcettivo finalizzato a capire ciò che sta accadendo (l'io empirico che cerca una spiegazione alla crisi della spontaneità e della naturalezza). D'altra parte, l'iperriflessività può anche rappresentare un "*atteggiamento primario*" rispetto alla crisi dell'ipseità che può generare un certo grado di perdita del contatto con se stesso. È il caso della deliberata messa in parentesi dell'atteggiamento naturale, messa in parentesi (*epoché*) che prelude alla ricerca delle scaturigini della propria esistenza; un atteggiamento fenomenologico consistente nella sospensione del rapporto irriflesso con sé e il mondo, finalizzato a risalire alle fonti della propria costituzione di sé e del mondo (Stanghellini, 1997a, Stanghellini, 1997b). Atteggiamento, questo, che può essere talora dettato dallo scetticismo verso la spontaneità e la naturalezza della "vita", o da istanze epistemofiliche filosofiche o pseudo-filosofiche (Stanghellini, 2000b) di stampo "*epistemologico*" o "*ontologico*" (Sass, 1992 b). Tutto questo ha un carattere assolutamente diverso rispetto a ciò che accade nella depersonalizzazione melanconica, dove la preoccupazione è sostanzialmente etica. Non c'è dubbio, infine, che il fe-

nomeno dell'iperriflessività sia in grado di indurre un circolo vizioso tramite il quale si perde progressivamente il sentimento di essere al tempo stesso colui che sente e colui che è sentito. Il capolinea di questo insieme di fenomeni è rappresentato dall'"oggettivazione morbosa" (Cutting, 1999), che rappresenta l'organizzatore psicopatologico dei sintomi schizofrenici conclamati come le allucinazioni, il delirio e le esperienze di influenzamento.

Vulnerabilità, cattiva oggettivazione e modernità

Si tratta di un fenomeno che ha avuto ampio rilievo nella letteratura psicopatologica e filosofica. H. Ey (1951) parla, a tale proposito, di "mauvaise objectivation": «Ciò che è esistenziale è una sorta di necessità di vivere il 'soggettivo' come un avvenimento del mondo; si tratta di una cattiva "oggettivazione" (*Vergegenstaenlichung*) del vissuto psichiatrico; ciò che è normalmente soggettivo e mobile è vissuto nel registro dell'oggettività. Questa oggettivazione può del resto avere un colorito particolare: il soggettivo non vi è interamente oggettivato, bensì costituisce una sorta di semi-oggettività propriamente allucinatoria; in funzione di tale modificazione strutturale dell'esistenza le allucinazioni, i disturbo del pensiero e del linguaggio assumono tutto il loro significato reale». Questo fenomeno è stato accostato alla tendenza reificante e iper-riflessiva della mente moderna (Sass, 1992a), sebbene Minkowski (1966) avesse osservato che tra la mente schizofrenica e la mentalità moderna sussistono «solo somiglianze, non identità», tanto che «nella nostra epoca, per quanto reificata e "schizofrenica", la mentalità schizoide-razionale non passa inavvertita, in quanto è la più adatta alle caratteristiche di questa epoca».

La falsa coscienza del mondo moderno è imperniata nei fenomeni di atomizzazione, razionalizzazione, dissociazione, enfasi sull'aspetto quantitativo,

spazializzazione del tempo – in una parola, è caratterizzata dalla tendenza alla reificazione (Gabel, 1962). Anche Jonas (1994) sottolinea la tendenza della modernità alla «oggettivazione del mondo a pura esteriorità estensiva» e aggiunge che questa oggettivazione «si lascia di fronte la pura coscienza, la quale non ha parte in essa, nella sua dimensione e nelle sue funzioni, che non agisce più, bensì ormai contempla solamente». E conclude: «La pura coscienza è tanto poco viva quanto la pura materia che le sta di fronte».

La tendenza alla oggettivazione e alla spazializzazione della vita sembrano, dunque, accomunare la mente schizofrenica alla mentalità moderna. Pur senza estrapolare da queste osservazioni ipotesi etologiche, questi due fenomeni si illuminano reciprocamente. È legittimo pensare che questa radicalizzazione dualista tra “soggetto” che contempla e “oggetto” che è concepito nella sua pura e semplice esteriorità estensiva siano il fondamentale organizzatore di senso sia della modernità sia della depersonalizzazione schizofrenica.

La depersonalizzazione schizofrenica, dunque, è caratterizzata da un vissuto di decentramento rispetto al proprio corpo, alle proprie emozioni e ai propri pensieri, e dall’emergere esplicito di funzioni implicite che sottendono le proprie esperienze percettive, emotive e cognitive. Queste funzioni vengono percepite come accadimenti esterni al sé, oggettivate e viste come meccanismi concreti. Così come nella depersonalizzazione melanconica il corpo è sentito come morto, qui è percepito come fungente; laddove esso è vissuto come vuoto nella melanconia, qui si rende esplicito il *ghost in the machine*. L’unità nella dualità è sbilanciata verso il polo della dualità, parte di sé è presa come oggetto esplicito di coscienza e tendenzialmente oggettivata in uno spazio esterno.

Nella melanconia è la dialettica dell’identità ad

essere turbata. La depersonalizzazione melanconica non fa altro che rivelare al melanconico stesso l'aspetto più profondo della sua condizione vulnerabile, cioè l'incapacità di tollerare nel proprio sé l'alterità; di integrare l'alterità nella propria identità narrativa. Il melanconico cerca rifugio nella centricità, rifuggendo ogni situazione che possa mettere a repentaglio il suo continuare ad essere-lo-stesso. La crisi di depersonalizzazione melanconica è esattamente il momento in cui, divenendo impossibile essere-lo-stesso, al melanconico viene rivelata la possibilità di essere-se-stesso facendo esperienza della propria alterità. Ma questa eventualità è vissuta dal melanconico come impossibile e dunque disperante.

Nella depersonalizzazione schizofrenica, invece, è l'ipseità ad essere turbata. Ciò che si manifesta è una condizione vulnerabile caratterizzata dalla precarietà del sentimento pre-riflessivo dell'essere incarnato in se stesso. L'esperienza del sé perde la sua unità, si divide: da una parte la pura coscienza, dall'altra tutto il resto sotto forma di pura materialità estensiva.

Complessivamente, come la depersonalizzazione melanconica può essere considerata una "*patologia dell'identità*", quella schizofrenica può essere interpretata come "*patologia dell'ipseità*".



BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV) Text Revision*, American Psychiatric Press, Washington DC.

BLANKENBURG, W. (1971), *Der Verlust der natuerlichen Selbstvertstaendlichkeit. Eine Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien*, Enke, Stuttgart.

BRACKEN, P, THOMAS, P. (2001), *Postpsychiatry: a new direction for mental health*, in «British Medical Journal», 322, pp. 724-727.

CUTTING, J. (1997), *Principles of Psychopathology. Two Worlds-Two Minds-Two Hemispheres*, Oxford University Press, Oxford.

CUTTING, J. (1999), *Morbid objectivization in psychopathology*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 99 (Suppl. 395), pp. 30-33.

EY, H. (1951), cit. in MINKOWSKI, E. (1961).

EY, H. (1963), *La conscience*, Presses Universitaires de France, Paris.

GABEL, J. (1962), *La fausse conscience*, Minuit, Paris.

GOODWIN, F.K., JAMISON, K.R. (1990), *Manic-depressive*

Illness, Oxford University Press, New York-Oxford.

GUIRAUD, P. (1956), *Psychiatrie Clinique*, Le François, 3e ed., Paris.

HENRY, M. (1963), *L'essence de la manifestation*, Presses Universitaire de France, Paris.

HENRY, M. (2000), *Incarnation*, Seuil, Paris.

JASPERS, K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg.

JONAS, H. (1994), *Das Prinzip Leben. Ansaetze su einer philosophischen Biologie*, Insel, Frankfurt a. M.-Leipzig.

KRAUS, A. (1982), *Identity and Psychosis of the Manic-Depressive*, in DE KOENING, A.J.J., JENNER, F.A. (a cura di), *Phenomenology and Psychiatry*, Academic Press, London.

KRAUS, A. (1994), *Le motif du mensonge et la depersonnalisation dans la melancolie*, in «Evolution Psychiatrique», 59, 4, pp. 648-657.

MAJ, M. (1998), *Critique of DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia* (Editorial), in «British Journal of Psychiatry», 172, pp. 458-460.

MINKOWSKI, E. (1927), *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizoïdes*, Payot, Paris.

- MINKOWSKI, E. (1966), *Traité de psychopathologie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- MISHARA, A. (1994), *A phenomenological Critique of Commonsensical Assumptions in DSM-III-R: The Avoidance of Patient's Subjectivity*, in SADLER, J.Z., WIGGINS, O.P., SCHWARTZ, M.A. (a cura di), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, pp. 178-192.
- NAUDIN, J., BANOVIC, I., SCHWARTZ, M.A., WIGGINS, O.P., MISHARA, A., STANGHELLINI, G., AZORIN, J.M. (2000), *Définir l'hallucination acoustico-verbale comme trouble de la conscience de soi*, in «Evolution psychiatrique», 65, pp. 311-324.
- PARNAS, J., ZAHAVI, D. (2000), *Psychopathology and philosophy: the link*, in ZAHAVI, D. (a cura di), *Exploring the Self*, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam and Philadelphia, pp. 115-148.
- PARNAS, J. (2000), *The Self and Intentionality in the Pre-Psychotic Stages of Schizophrenia. A Phenomenological Study*, in ZAHAVI, D. (a cura di) *Exploring the Self*, cit., pp. 115-148.
- RICOEUR, P. (1990), *Soi-meme comme un autre*, Seuil, Paris.
- ROSSI MONTI, M., STANGHELLINI, G. (1996), *Psychopathology: An Edgeless Razor?*, in «Comprehensive Psychiatry», 37, 3, pp. 196-204.
- SASS, L.A. (1992a), *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*, Basic Books, New York.
- SASS, L.A. (1992b), *Schizophrenia, Delusions, and Heidegger's "Ontological Difference"*, in SPITZER, M., UEHLEIN, F.A., SCHWARTZ, M.A., MUNDT, CH. (a cura di), *Phenomenology, Language e Schizophrenia*, Springer, New York.
- SASS, L.A. (1994), *The Paradoxes of Delusions. Wittgenstein, Schreber and the Schizophrenic Mind*, Cornell University Press, Ithaca and London.
- SASS, L.A. (2000), *Schizophrenia, self-experience, and so-called 'negative symptoms'*, in ZAHAVI, D. (a cura di), *Exploring the Self*, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam and Philadelphia, pp. 149-182.
- SCHNEIDER, K. (1971), *Klinische Psychopathologie*, Thieme, 9 ed., Stuttgart.
- STANGHELLINI, G. (1997a), *For an anthropology of vulnerability*, in «Psychopathology», 30, pp. 1-11.
- STANGHELLINI, G. (1997b), *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, Milano.

- STANGHELLINI, G. (2000a), *Phenomenology of the social self of the schizotype and of the melancholic type*, in ZAHAVI, D (a cura di), *Exploring the Self*, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam and Philadelphia, pp. 279-294.
- STANGHELLINI, G. (2000b), *Vulnerability to Schizophrenia and Lack of Common Sense*, in «Schizophrenia Bulletin», 26, pp. 775-787.
- STANGHELLINI, G. (2000c), *Dysphoria, vulnerability and identity. Psychopathology (Eu-logy for Anger)*, in STANGHELLINI, G. (a cura di), *Anger and Fury. From Philosophy to Psychopathology*, in «Psychopathology», 33, 4, pp. 198-203.
- STEPHENS, G.L., GRAHAM, G. (1994), *Voices and Selves*, in SADLER, J.Z., WIGGINS, O.P., SCHWARTZ, M.A. (a cura di), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, pp. 178-192.
- TELLENBACH, H. (1961), *Melancholie*, Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg.

