

---

## EDITORIALE

---

*Là dunque ove i sintomi sono caratteristici,  
essi non sembrano essere originari,  
ma essere già la conseguenza  
di un confronto con la malattia;  
d'altronde, là dove possono essere  
considerati come originari,  
essi si offrono in forma non caratteristica*  
W. Blankenburg

Nel 1959 Callieri e Semerari pubblicano sulla *Rivista Sperimentale di Freniatria* *Lo stato d'animo delirante. Contributo psicopatologico*. L'articolo pone specifica attenzione alle esperienze psicopatologiche nell'articolarsi iniziale di molte psicosi, che si costituiscono per la specificità degli aspetti strutturali come una forma di esistenza. Concordemente con il pensiero psicopatologico, lo stato d'animo delirante (*Wahnstimmung*) è considerato situazione specifica, unica e liminare.

Essi sottolineano l'esigenza di un'apertura d'orizzonte rispetto alla psicopatologia classica verso un'analisi fenomenologico-strutturale con particolare attenzione agli aspetti della percezione e della coscienza. La fenomenologia si afferma infatti come dottrina descrittiva dei fenomeni della coscienza intesi come accadimenti *sui generis*, esperienze irriducibili; queste esperienze sono sempre dotate di significato e coinvolgono in una unità inscindibile tutti i possibili dati di coscienza che la psicologia classica aveva mantenuto separati (sensazioni, percezioni, conoscenza, volontà). Questa unità di significato, questa impossibilità di non significare fanno del concetto di coscienza un presupposto fondamentale di ogni approccio antropologicamente fondato. La pubblicazione un anno prima della monografia di Conrad sulla schizofrenia incipiente incoraggia gli Autori a sostenere una nuova via, attenti alle "esigenze antropologiche della psichiatria del nostro tempo".

Nel ripercorrere i contributi più importanti essi si mostrano interessati soprattutto alle questioni lasciate aperte dagli Autori che li hanno preceduti; in particolare: se possa esistere, nelle condizioni di più grave destrutturazione dell'Io, una coscienza priva di significati o se non si debba piuttosto far riferimento ad una *intenzione di significato*, che consenta alla sensazione di strutturarsi in quella precisa percezione; e come l'intonazione timica

indefinibile che pervade lo spazio vissuto di inquietudine e perplessità, densa di presagi insoliti ed infiltrata da una percezione di estraneità e stranezza, si articola con l'intenzione di significato. È significativo che sia la percezione delirante il momento iniziale e l'asse portante dell'esperienza nascente, fenomeno psicopatologico che non a caso fa da ponte tra la sfera della percezione (coscienza dell'oggetto) e il mondo dei significati (coscienza dell'Io) nel contesto di un'ampia condizione trasformativa, che investe tutto il campo esperienziale dell'Io, inclusi l'ideazione e gli aspetti interpretativi del pensiero. La caratteristica strutturale dello stato d'animo delirante è riassunta dunque dalla sospensione del compimento di significato, dalla sua diffusione abnorme e dalla dissoluzione dei contenuti simbolici formali trascendentali. Questa sospensione del significato abituale, che origina una dislocazione tra contenuto e forma dell'esperienza vissuta, descrive la specificità della condizione. Ma vi è un ulteriore aspetto che connota questo stato d'animo, dato dalla straordinaria rilevanza personale ed autoriferita del percepito con connotazioni ostili e minacciose per l'Io, che ha condotto alcuni Autori a parlare di regressione tolemaica; in questo sovvertimento catastrofico del rapporto figura/sfondo qualsiasi evento viene percepito accadere nel segno *de re tua agitur* in un profondo stravolgimento della relazione Io-Mondo. Il mondo degli oggetti assume una specifica coloritura minacciosa ed ostile, assedia l'Io ponendolo passivamente al centro di ogni accadimento e di ogni significato fino al vissuto d'influenzamento.

Qualunque tipo di percezione può innescare un processo interpretativo abnorme, come accade al soldato Reiner di Conrad nelle sue *strane esperienze*: “Udii il rumore di una serratura, poi la voce inconfondibile del mio capitano; sembrava dare degli ordini. Da fuori mi arrivò anche il rumore di un calpestio, più tardi un mugolio di animali. Improvvisamente ebbi l'impressione certa di dover essere ucciso e di dover essere finito come una bestia”<sup>1</sup>. Al culmine dell'esperienza trasformativa, l'estensione del campo dei significati si capovolge bruscamente nel suo contrario, si impoverisce fino a restringersi in un significato unico ed universale, che avrà necessariamente carattere negativo ed ostile in quanto assediante ossessivo ed invasivo dello spazio dell'Io. Come scrive Muscatello commentando Conrad: “Un'iniziale destrutturazione del campo di coscienza, con perdita di neutralità dello sfondo che incomincia a brulicare di significati abnormi nel senso dell'autoriferimento, una perdita della libertà dell'Io che si avverte al centro del mondo e nello stesso tempo entità passiva e colpevole, già invasa da una sorta di indefinibile perplessità, rappresentano la situazione tipica del delirio allo stato iniziale”<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Trad. A. Perillo in C.F. Muscatello.

<sup>2</sup> Argomenti di Psichiatria, 1977.

Il problema-chiave con cui tutti gli Autori, che si sono occupati di stati pre-psicotici, hanno dovuto confrontarsi riguarda la specificità dei prodromi precorritori di schizofrenia, come segnalato da Blankenburg<sup>3</sup>: tanto più i sintomi si configurano come primari e vicini ad un evocato substrato neurobiologico, tanto più appaiono privi di specificità.

Inoltre il concetto di prodromo in medicina assume specifico valore in quanto strettamente collegato con il giudizio di prognosi e con gli interventi da mettere in campo per modificare in positivo il decorso di malattia. Nel contesto psichiatrico la questione si fa ancora più complessa, in quanto a differenza che in medicina, la prognosi non è relativa solo alla comparsa/remissione di un sintomo, ma alla previsione di un comportamento. In tema di prognosi le configurazioni invariante, individuate dalla psicopatologia fenomenologica come modelli semplici, possono risultare utili ad identificare strutture più complesse e variabili: tali modelli possono migliorare la comprensione di alcuni fenomeni psichici patologici e consentire così un certo grado di prevedibilità delle possibili evoluzioni del fenomeno in esame.

A proposito di specificità bisognerebbe inoltre chiedersi: fase prodromica di quale psicosi?

Bleuler rende il terreno ancora più infido quando scrive: “Troppo spesso non conosciamo assolutamente i fenomeni apparsi per primi. Non parliamo di ‘prodromi’. È possibile distinguere i prodromi di un accesso acuto, e in linea generale le manifestazioni intercorrenti di un accesso stabilizzato. Ma non mi è possibile concepire i prodromi di una malattia. Ad essere qualificati come tali, sono i primi sintomi che non si è ancora in grado di interpretare correttamente”<sup>4</sup>. Alla difficoltà di cogliere ed isolare l’esperienza nascente va aggiunto che non sempre la psicosi è preceduta da stati prodromici.

Viene spontaneo allora porsi alcune questioni. Ha senso, alla luce degli studi e delle ricerche attuali che transitano da una visione retrospettiva verso una prospettica, porsi il problema se sia possibile isolare sintomi predittori di schizofrenia? E quanto la ricerca di una specificità strutturale dei fenomeni d’esordio in una prospettiva psicopatologica può essere d’aiuto? L’attenzione verso i cambiamenti della forma dell’esperienza vissuta, i cosiddetti sintomi-base, consente di distinguerli – anche grazie agli strumenti messi a punto dalle varie Scuole – dalle strategie di fronteggiamento ed adattamento? E, ancora una volta, l’osservatore coglie il problema o la difesa? Che rapporto intercorre inoltre tra vulnerabilità, prodromi, forme attenuate e malattia?

Intorno a questi quesiti i contributi raccolti in questo numero della *Rivista*

<sup>3</sup> La perdita dell’evidenza naturale, 1971.

<sup>4</sup> Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, 1911.

*Sperimentale di Freniatria* articolano percorsi di comprensione che vanno dalla teoria dei sintomi-base alla configurazione di stato mentale a rischio (fino alla frontiera più attuale dell'approccio operativo *Ultra-High Risk*), caratterizzato oltre che dai sintomi prodromici da una serie di fattori relativi alle caratteristiche di personalità, a tratti di vulnerabilità neurobiologica e neuropsicologica, alla storia familiare di psicosi. Fino ad arrivare al costrutto dei disturbi del Sé nucleare, che gli studi più attuali considerano *marker* fenotipici di vulnerabilità psicotica, ed alla utilità di un approccio comprensivo che integri fattori di rischio di tratto e di stato con l'esperienza soggettiva della vulnerabilità.

Ma non è possibile affrontare questo tema senza un'attenzione alla fase del ciclo di vita interessata in modo specifico da tali fenomeni morbosi, dalla tarda adolescenza alla prima età adulta. L'adolescenza si configura infatti, come scrive **Rosso**, come età di passaggi catastrofici caratterizzata da fenomeni intensi, discontinui e divergenti. Questi passaggi rappresentano momenti di alta criticità, che possono evolvere in modo trasformativo verso la soggettivazione oppure declinarsi in senso psicopatologico: "Sullo sfondo della pulsione si staglia la soggettivazione che possiamo intendere anche come l'architettura mobile di un reticolo con legami aperti. Legami che si moltiplicano in una evoluzione trasformativa oppure che si cristallizzano all'imbocco di passaggi catastrofici", scrive l'Autrice.

Una costante sembra interessare tutti gli approcci fino alle modellizzazioni attuali ed è rappresentata dal concetto di transizione: i paradigmi comprensivi dell'esperienza *in statu nascendi* del delirio, già a partire dagli studi di Conrad, ritengono che l'insorgenza del disturbo possa essere scandita da una sequenza di stadi. Utilizzando la prospettiva fenomenologica e gestaltica, Conrad già nel 1958 in *Schizofrenia incipiente* individua un modello a stadi ed identifica in modo accurato le leggi che governano le fasi di un episodio iniziale di schizofrenia dal *Trema* all'*Apofania* e all'*Anastrofe*. Risulta dunque possibile, come sottolineano **Alessandrini e Di Giannantonio** nel loro contributo, individuare i prodromi di schizofrenia in base a uno specifico tratto psicopatologico di apertura, ossia un sottostante, abnorme e caratteristico mutamento del campo percettivo. In questo genere di percezione abnorme l'attenzione sarebbe più focalizzata sulle qualità espressive del percolato (le cosiddette *qualità fisiognomiche*), mentre le proprietà oggettive o strutturali risulterebbero attenuate. Di conseguenza, il soggetto perde il distacco critico e non attribuisce i mutamenti al proprio stato, ma li riscontra all'esterno, nelle fattezze stesse del mondo. In questa prospettiva i deliri insorgono e essenzialmente da una mutata percezione gestaltica, in parallelo con l'accentuarsi delle proprietà affettive ed espressive.

Il modello dei sintomi-base, sviluppato nell'alveo della psicopatologia tedesca negli anni '60 da Huber e Colleghi, mantiene tuttora un valore strategico essenziale per la diagnosi e l'intervento precoce, in quanto essi riflettono il versante soggettivo delle transizioni secondo il modello stress-vulnerabilità-coping. I sintomi-base sono infatti esperienze soggettive sottili ed anomale di natura sub-clinica appartenenti alla sfera affettiva, cognitiva, percettiva, cenestesico-somestesica e motoria, vissute con disagio ed auto-percepite dai pazienti soprattutto prima e dopo le fasi acute del disturbo; espressione primaria di disfunzioni neurocognitive preesistenti e direttamente connesse in questa prospettiva all'alterazione biologica di base della schizofrenia, nonché versante soggettivo di un'alterazione a livello del processamento delle informazioni. Si tratta, come scrivono **Bove e Raballo**, di un approccio comprensivo alla psicosi che permette una mappatura psicopatologica di quei percorsi individuali, che conducono da stati mentali ac caratteristici e disturbanti di natura sub-clinica ad esperienze psicotiche franche. Il modello pone particolare attenzione ai tentativi di compenso messi in atto dal paziente per fronteggiare i deficit, che ne fanno un co-protagonista più o meno attivo nella costruzione del disturbo. Con il problema della transizione da esperienze soggettive sub-cliniche alla schizofrenia manifesta si è confrontato Klosterkotter fino ad elaborare la teoria delle connessioni seriali. Anche secondo questo Autore sono due i vettori che spingono in avanti il processo psicotico, il primo, cognitivo, riguarda l'aumento della complessità del campo di esperienza, per cui l'individuo non riesce a darsi spiegazioni plausibili rispetto alle sensazioni di cambiamento che sperimenta; il secondo, affettivo-dinamico, si riferisce al corrispondente aumento della tensione emotiva. In questa prospettiva il processo psicotico si sviluppa nel tentativo di ridurre sia la tensione emotiva che la complessità del campo di esperienza.

La coesenzialità della evoluzione per stadi rispetto al paradigma psicopatologico è sottolineata anche da **Dalle Luche**. Egli ripercorre la riflessione psicopatologica e fenomenologica partendo da una rilettura di Laing (L'Io diviso) per arrivare attraverso Tatossian e Kimura Bin a Parnas. Il lavoro di Parnas e Coll. dimostra come un metodo rigorosamente fenomenologico possa produrre risultati empiricamente verificabili; il nucleo generatore del disturbo è individuato in un cambiamento gestaltico della struttura della esperienza, in particolare nella trasformazione della funzione di *ipseità* che genererebbe la perdita della qualità di appartenenza a se stessi della propria esperienza. L'iperriflessività, intesa come un'ossessiva coscienza introspettiva di sé, ne è un'importante conseguenza. I cosiddetti disturbi del sé nucleare sarebbero dunque una caratteristica di tratto indicativa di vulnerabilità psicotica, soprattutto nello spettro schizofrenico. Cinque sono le aree fenomeniche

interdipendenti: alterato senso della presenza, della corporeità, del flusso di coscienza, della demarcazione personale, riorientamento esistenziale. Rimane tuttavia aperto il problema della primarietà o secondarietà dei disturbi del sé rispetto alle altre alterazioni cognitive e percettive di base.

Anche **Nelson e Raballo** sottolineano come la sintesi tra ricerca e prospettiva fenomenologica abbia colto nei disturbi nucleari del sé un fondamentale indicatore di vulnerabilità psicotica, in particolare per i disturbi di spettro schizofrenico. Essi suggeriscono che il riconoscimento dei disturbi nucleari del sé nei soggetti *Ultra-High Risk* (UHR), all'interno di una strategia bifasica, possa integrare l'approccio agli stati mentali a rischio fornendo gli strumenti per una ulteriore caratterizzazione di quegli individui realmente ad alto rischio di psicosi; questa metodologia appare in accordo con il modello dei *multiple gate screening*, filtri progressivi che circoscrivono la popolazione a maggior rischio e che possono rispondere tra l'altro a criteri di economicità nella allocazione delle risorse. I criteri UHR prevedono che un giovane tra i 15 e i 25 anni che chiede aiuto specialistico possa rientrare in una delle seguenti condizioni: a) sintomi psicotici positivi sotto-soglia o attenuati nell'ultimo anno; b) sintomi psicotici brevi limitati intermittenti; oppure c) fattori di rischio di stato e di tratto: significativo declino del funzionamento durante l'anno precedente in un soggetto con disturbo di personalità schizotipico o con un parente di primo grado con disturbo psicotico. Questo approccio, oltre all'utilità pragmatica di ridurre l'inclusione di falsi positivi, avrebbe anche il merito di estendere i confini della comprensione delle componenti cardinali della psicosi.

Bisogna a questo punto chiedersi quale sia il ruolo dei Servizi, quanto sia necessario riconoscere i quadri prodromici in contesti e con programmi di valutazione non stigmatizzanti ed utilizzare approcci di supporto o francamente terapeutici mirati. Il rationale dell'intervento precoce è sostenuto dall'assunto che un intervento appropriato e tempestivo possa migliorare gli esiti a lungo termine, quando le riverberazioni psico-sociali del disturbo non si sono ancora aggravate e consolidate. **Cocchi e Meneghelli** riportano a tal proposito l'esperienza di *Programma 2000* per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi attivo da 15 anni in Milano, che sin dall'avvio si è rivolto oltre che agli esordi anche alle situazioni ad alto rischio di evoluzione psicotica. Entrambi i gruppi si avvantaggiano di una accoglienza a bassa-bassissima soglia che risponda ad alcune caratteristiche di fondo, quali la gradevolezza del luogo, dedicato esclusivamente ai giovani al di fuori di circuiti istituzionali; un team pluri-professionale ad elevata specializzazione con uno stile di lavoro informale, amichevole, vicino alla cultura ed al linguaggio giovanili. Il modello a stadi dell'evoluzione dei disturbi psicotici consente di organizzare

le azioni terapeutiche appropriate. Gli Autori esprimono la convinzione che tale percorso, in un'ottica di prevenzione mirata, possa contribuire ad arginare e in alcuni casi evitare la transizione in malattia e a sostenere la ragionevole speranza che il futuro di questi giovani possa essere migliore di quanto non accadrebbe con un approccio usuale.

Se l'esperienza di malattia è fenomeno antropologicamente fondato, la comprensione della dimensione soggettiva è aspetto ineludibile e costitutivo della clinica intesa come ricerca e della ricerca clinicamente orientata. Nell'area dei fenomeni nascenti l'analisi fenomenologica consente di aggiungere un necessario livello descrittivo che può non solo integrare gli approcci più operazionali, ma facilitare il cammino stesso della ricerca aiutandola a distinguere ciò che è essenziale da ciò che non lo è, oltre ad indicare direzioni di approfondimento e verifica. Il livello descrittivo consente di conoscere e riconoscere vissuti tipici e ricorrenti che costellano tra loro a configurare la condizione d'esordio. Il livello successivo dell'analisi strutturale riconosce una specificità antropologica al sintomo, ricerca e rileva la presenza di significati anche nell'universo semantico più privato, inaccessibile ed apparentemente non condivisibile. In questa prospettiva le esperienze vissute dai pazienti non possono essere considerate un insieme di comportamenti frammentari, casuali e privi di senso ma appartengono ad un mondo, quello della psicosi, dotato di specifica e coerente significatività per quanto privato esso sia.

Bisogna chiedersi a questo punto se esista una ulteriore frontiera che riguarda la possibilità di individuare il disturbo soggiacente generalizzato capace di rendere ragione della trasformazione dei diversi aspetti della coscienza interessati dalla esperienza delirante primaria, come suggerito da Minkowski: "Non è tanto quella o questa funzione ad essere disturbata, ma in un certo senso la loro coesione reciproca, il loro gioco armonioso nella sua globalità. Per fare uso di una immagine, il disturbo fondamentale non altera una o molte facoltà psichiche, qualunque sia il loro ordine nella gerarchia delle funzioni, ma risiede tra di loro, nello spazio interstiziale"<sup>5</sup>.

*Maria Bologna, Andrea Raballo*

<sup>5</sup> La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en Psychopatologie, 1926.