La DEPERSONALIZZAZIONE: punta dell'iceberg della dissociazione della personalità[1]

Giuseppe Lago[2]

Premessa

Della depersonalizzazione si parla da più di un secolo, ma il suo inquadramento è sempre stato molto difficile, data la trasversalità del disturbo, ossia il suo presentarsi in varie patologie mentali, senza diventare la caratteristica importante di uno solo.

In psicopatologia, troviamo la depersonalizzazione tra i sintomi più frequenti dopo ansia e depressione, dei quali condivide quindi la trasversalità e si propone come fenomeno reattivo da studiare nel complessivo funzionamento della personalità. Ciò che interessa, non è tanto in quante forme si manifesti il fenomeno depersonalizzazione ma come esso si manifesti e perché. Sorvolerò, quindi, sugli aspetti categoriali e mi occuperò della dimensionalità del fenomeno, avendo a cuore la visione integrata del metodo esposto nel *Compendio di Psicoterapia* (2016). Il punto di vista integrato, infatti, mi permette di mettere insieme le varie chiavi di lettura (fenomenologica, psicodinamica, neurobiologica) che si sono avvicendate, e ancora lo fanno, nel dare una spiegazione della depersonalizzazione utile al clinico.

Comincio con una definizione originaria e originale da parte di Dugas, colui che ha coniato il termine *depersonalizzazione*:

> […] (la persona) continuerà a percepire suoni, colori e forme, esperienze tattili, profumi etc., ma le sembrerà che queste impressioni non attecchiscano e non la coinvolgano più; continuerà ad avere dei ricordi, ma le sembrerà che il passato evocato le sfugga, che non sia più suo; continuerà a pensare, ragionare, agire ed essere mossa dagli affetti, ma le sembrerà di non essere più lei a pensare, a ragionare, ad agire, a provare piacere e dolore. Nulla, per ipotesi, sarà cambiato nella sua vita eppure tutta la sua vita le sembrerà cambiata; non si riconoscerà più, si meraviglierà d'esistere, sarà fuori dei suoi *fenomeni*. Questo stato non è per niente immaginario, ma reale. E' ciò che noi studieremo e che abbiamo chiamato *depersonalizzazione*.
>
> Questo stato è così strano, così fuori da tutto, che si sarebbe tentati di trattarlo come una pura illusione, di considerarlo impossibile (p. 2) […] il folle, per cessare di esserlo, non ha bisogno che di sapere di esserlo; e, lo hanno notato tutti gli osservatori, il soggetto affetto da depersonalizzazione si rende conto del carattere illusorio delle impressioni che subisce. E' proprio il tratto più saliente, quello che si può prendere per distintivo della sua malattia (p. 3) […] In altri termini, la depersonalizzazione è essenzialmente un disturbo cosciente o che rientra in ciò che si chiama *manie raisonnante*, follia lucida, essendo la lucidità, per definizione, il giudizio normale e sano che un soggetto porta sulle sue impressioni insane o malate. Non si sospetta un testimone che si assume le sue responsabilità; non si chiama smarrito uno spirito che non vede il suo smarrimento; noi crederemo dunque al malato che accusa dei disturbi di depersonalizzazione; noi diremo che egli merita la nostra fiducia solo perché lui stesso non ne abusa, perché non è vittima delle sue visioni. In effetti, quale che sia la gravità dei disturbi di cui risente, e dal momento in cui è sotto l'impressione dolorosa causata da questi disturbi, egli non cessa mai d'affermare che egli è e si sente sempre in possesso della sua ragione (p. 4) […] (Dugas e Moutier, 1911).

Proviamo adesso ad ascoltare le dichiarazioni di un giovane paziente riportate da Sierra (2009):

> […] Sento continuamente, in qualche misura, di "essere fuori", ma è come se ormai mi fossi abituato a essere così. Ci sono dei momenti in cui mi sento molto esterno al mio corpo; guardo le persone, so chi sono ma non posso collocarmi lì. Mi ricordo eventi dal passato, ma non sempre ci rivedo 'me'. Anche le foto in cui sono presente mi sembrano diverse. Non mi piace la persona che mi ricordo di essere; mi è difficile guardarmi allo specchio dal momento che non sempre riconosco la persona che mi è di fronte.
>
> Osservare le cose familiari durante un brutto episodio mi turba profondamente. Le guardo, ma semplicemente non mi sembrano reali, non mi sembrano le stesse e non mi sono più familiari, anche se dentro di me so che lo sono, vedo le cose in maniera diversa dal passato, quasi come se vedessi qualcosa di noto ma che non riconosco più. Mi sembra di guardare con gli occhi di qualcun altro.

---

[1] Pubblicato 28.10.2023.

[2] Psichiatra, psicoterapeuta, autore del *Compendio di Psicoterapia*.

Parlo e le parole vengono semplicemente fuori; non mi sembra di avere controllo su ciò che dico, è come se si innescasse il pilota automatico, la mia voce non mi sembra 'mia' quando viene fuori. Qualche volta mi meraviglia come riesca ad affrontare le conversazioni pur senza sentirmi affatto presente.
Posso starmene seduto a guardarmi i piedi o le mani e sentire che non mi appartengono. Ciò mi può accadere quando scrivo, la mano scrive ma non le sto dicendo io di farlo. Mi sembra quasi come di essere morto, ma nessuno ha pensato di avvertirmi e così sono stato lasciato a vivere in un guscio che non riconosco più.
Mi capita di sentire confusi i miei sentimenti, quasi come fossi vuoto dentro. Odio il fatto che non riesco più a sentire le cose come facevo in passato. E' dura con la vita di tutti i giorni, perché la maggior parte del tempo la passo a cercare di capire cosa sia un sogno e cosa sia invece la vita reale, ciò che davvero è accaduto. […] (Sierra, 2009, p. 51)

La complessità della sindrome

Non potendo inquadrare come sintomo il fenomeno di depersonalizzazione, in quanto trasversale a più patologie, è conveniente delinearlo come sindrome, ossia una manifestazione complessa caratterizzata da almeno una delle quattro componenti[3]:

- ***Disincarnazione***
- ***Desanimazione***
- ***Deideazione***
- ***Derealizzazione***

Delimitare delle aree sindromiche, come quelle su esposte, non deve far perdere di vista l'unità del fenomeno e la sua appartenenza a un processo che scaturisce allo stesso tempo da attivazioni neurobiologiche fortemente implicate con motivazioni psicologiche. L'esposizione dei quattro aspetti, attraverso i vissuti e le espressioni dei pazienti dimostra l'assenza di una linea netta di demarcazione tra essi e la commistione tra l'uno e l'altro, pur permanendo una prevalenza di una componente, che dipenderà dalla personalità del soggetto e dalla sua storia, ossia da quello che in psicopatologia viene definito come il disturbo generatore[4]. Esiste, però, un comune denominatore anche nelle manifestazioni di pazienti che si esprimono in modo diverso, cioè presentano una diversa patologia della personalità (ad es. di tipo nevrotico o di tipo psicotico; etc.). Tale terreno comune a tutte le forme di depersonalizzazione possiamo individuarlo in due vissuti fondamentali che si ritrovano quasi costantemente in ogni dichiarazione e in ogni resoconto dei soggetti. I due vissuti da mettere in evidenza sono:

- Vissuto di cambiamento
- Vissuto di estraneità

Gli esempi successivi dimostrano la coesistenza e la costanza di questi vissuti:

Donna, 33 a. […] Tutto mi è indifferente, sono tanto indifferente da non provare più affetto verso i miei figli; i miei sentimenti verso i familiari sono diventati così freddi che li sento estranei; io non ho più sentimento. Tutto è diverso e cambiato, mi sento cambiata anche nel mio io, sono tanto cambiata che potrei iniziare una nuova vita, come se fossi nata ora. Non ho più ricordo del passato; o meglio, non è che io non abbia più i ricordi, solo che non li vivo come prima. Io ricordo di essere stata fidanzata, di essermi sposata, di avere avuto dei figli; ricordo bene anche particolari insignificanti, però non 'vivo' quei ricordi; essi mi appaiono insignificanti, scialbi, senza luce. […] (Callieri e Semerari, 1953)

Uomo, 17 a. […] Quando mi sveglio, mi sento tutto confuso, mi sembra come di essere cambiato, come se dovessi essere costretto a fare qualcosa. Mi sembra come di sognare, come se intorno a me ci fosse qualcosa di strano, di diverso. Come se la realtà fosse diversa, non so però precisare meglio cosa c'è, tutto è diverso per qualche minuto […] (Callieri e Felici, 1968)

---

[3] Un'accurata valutazione rivela che spesso sono presenti tutte e quattro.
[4] Ormai è accertato che il disturbo generatore è la *dissociazione*. Seguendo l'impostazione di Pierre Janet (1859-1947) e Gianni Liotti (1945-2018), considero la *dissociazione* l'effetto di un trauma complesso che agisce sulla struttura psicobiologica e condiziona lo sviluppo della personalità del soggetto. Il tema del rapporto fra trauma e dissociazione sarà trattato, in modo più approfondito, in un prossimo lavoro.

Disincarnazione

Chiamata anche *decorporeizzazione*, è senza dubbio un disturbo dell'immagine corporea, ossia della rappresentazione mentale del proprio corpo, quindi di quella che potremmo definire mentalizzazione del corpo, ovvero *immagine corporea*[5]. In tal senso, il corpo non è soltanto un oggetto o una dotazione materiale della persona ma è il corpo vissuto (Husserl, 1931), ovvero *il corpo che sono, non soltanto il corpo che ho* (Callieri e Semerari, cit.). Parliamo di alterazioni dell'esperienza corporea che si esprimono in forma varia, come se si fosse creato uno scollamento tra la persona e quello che diventa il suo involucro corporeo, fino a sperimentare una fuoriuscita dai limiti fisici del corpo stess o.

[…] Non sento di avere un corpo. Quando guardo sotto vedo le mie gambe e il mio corpo ma mi sembra come se non ci fossero. Quando mi muovo vedo i movimenti man mano che mi muovo, ma non sono lì con i movimenti. Salgo le scale, vedo le mie gambe e sento i passi e i muscoli, ma mi sembra come se non avessi un corpo; non sono lì. Sento che il mio volto e il mio corpo non sono affatto presenti: quasi invisibili. Vedo le mani e il corpo fare cose, ma non mi sembra di essere io e non sono affatto in connessione con il corpo. Non mi sento vivo in alcun modo. Non sento niente se non il freddo e il caldo; forse la fame. Anche se mi tocco il volto sento o percepisco qualcosa, ma la mia faccia non è lì. Poiché ho bisogno di sentirlo, lo strofino, lo tocco e arrivo a farmi male pur di sentire qualcosa. Mi tocco il collo, per esempio, con la mano, ma non sento che è la mia mano a toccarlo. Non riesco a percepire di toccare il mio stesso corpo. Quando mi muovo e cammino e parlo non sento niente. Faccio esercizio fisico ma non sento di fare niente, si muovono solo i miei muscoli ma non il mio corpo, è da pazzi non sentirsi muovere, parlare. […] (Sierra, 2009, cit., p. 53)

Desanimazione

Si tratta di una diminuzione dell'esperienza emotiva, un vero e proprio ottundimento affettivo che nella metodologia esposta nel *Compendio* (cit., 2016) corrisponde a un innalzamento della quota *protomentale* a fronte di un distacco vissuto, come nella descrizione di Dugas, nella quale il soggetto continua a ragionare e ad analizzare la sua condizione distaccata ma denuncia la perdita di un sentimento particolare che è anche di appartenenza a se stesso, di riconoscimento di se stesso. In questa condizione, il soggetto ha la consapevolezza dolorosa e incessante di uno sdoppiamento della sua personalità vissuto però come sentimento di estraneità, per cui si offre a una distinzione fondamentale con gli *sdoppiamenti di tipo isterico*[6], nei quali persiste una sorta di amnesia nel passaggio da una condizione all'altra. Qui, nella *desanimazione*, la frattura beante dell'Io stabilisce un vissuto angosciante ma consapevole, che si esprime nell'attitudine al confronto continuo tra il presente desanimato e il passato nel quale la perdita del sentimento di sé non c'era, e il soggetto non viveva l'attuale sentimento di vuoto interiore o di morte mentale. Ancor più vivo, quindi, in questo caso, il rimpianto di un'integrità perduta e il vissuto catastrofico di esservi pervenuto per una via imprevista, attraverso un cambiamento tanto inaspettato quanto sgradevole e perturbante.

Sentiamo alcune testimonianze:

Donna 45 a. […] Mi sento angosciata, preoccupata per il continuo dubbio sulla mia persona sia mentale che fisica, e sul mondo che mi circonda. So come mi chiamo, ma è veramente questo il mio nome? Sono proprio io o potrei essere un'altra persona? Ho molta paura di non poter riconoscere i miei, di non poter più riconoscere la loro fisionomia. Ho anche paura di impazzire perché so di essere malata, vorrei entrare nella mente di un'altra persona per poter vedere il mondo da un altro punto di vista. […] (Callieri e Felici, cit.)

Donna 25 a. […] Ho una intensa paura di guardarmi allo specchio, perché non mi riconosco, cerco di immaginarmi come sono, ma mi sembra di non appartenermi più, di non sapere chi sono. Anche la mia vita passata sembra che appartenga ad un estraneo. Anche gli amici, i familiari, i conoscenti, sembrano estranei, senza un legame con me…Sono un cervello pensante, quasi senza carne ed ossa. […] (ivi)

Donna 32 a. […] Mi è difficile uscire di casa. Quando la mattina esco per andare a lavoro mi sento smarrita. A lavoro faccio uno sforzo sovrumano. Non mi va di dire più niente a nessuno di quello che sento. Faccio tutto per abitudine senza sentire niente…Tutte le mie azioni sono subordinate alla volontà di mio marito; esco di casa se egli decide di uscire e vado dove vuole…Sono più di cinque anni che conduco questa vita tra casa e lavoro…A volte mi sembra d'essere due persone; come ero prima quasi non me lo ricordo più. Se perdo l'abitudine di fare una cosa, mi è difficilissimo rifarla. A volte, al lavoro, mentre le colleghe mi parlano, ho paura di rispondere una

[5] Cfr. *Compendio* cit. pp. 166-168.
[6] Cfr. *Compendio* cit. pp. 217-219.

cosa per un'altra, ma intanto non mi va di dire loro quello che ho…Mi sento estranea al mondo. Mi sembra di essere sola: a volte perdo la cognizione dello spazio e del tempo. Non sento affetti né gioia di vivere…la mia vita è una finzione…Gli avvenimenti della vita si fermano nella mia memoria e mi sembra di essere rimasta indietro nel tempo. Neanche la cognizione di spazio è ben chiara in me: a volte mi sembra di essere lontana dal mondo e le persone mi sembrano tutte cose. Mi sento come un automa. Gli occhi me li sento incavati, quasi sprofondati. Non c'è senso di continuità in me. Le cose che tante volte ho fatto con spontaneità e naturalezza mi sembrano nuove e le faccio con grande sforzo. Ho perso tutte le emozioni, tutti i sentimenti, mi sento condannata all'aridità. Mi sento uscire le lacrime, se piango, da una parte sola. […] (ivi)

Uomo, 35 a. […] Mi sento bloccato, separato dalla società, non mi sento integrato con il prossimo. Non vedo un futuro, non sento la forza dei miei sentimenti. Essi sono presenti, non sono scomparsi ma sono quasi inesistenti. La prima volta è stato un mutamento pauroso, nell'ambito dei sentimenti, non della ragione o dell'intelletto che sono ancora normali. Ho una separazione tra la ragione e il sentimento, non ho una spinta, un interesse per la vita. E' una sofferenza intensa essere privo di sentimenti, il non avvertire i sentimenti. Gli altri non arrivano fino a me con i sentimenti, le emozioni, anche se sento le loro parole. […] (ivi)

Uomo 22 a. […] Mi sembra che la vita sia una cosa strana, sono presente ad una cosa ad un avvenimento, ma mi sembra che non sia vero, che sia come un gioco. E' questa pesantezza alla testa che non so spiegarmi. Sono io che sono diverso. Sul momento mi sembra vera una cosa, poi ho qualcosa in testa che mi ostacola, forse dipende dalla stanchezza. Questo cambiamento è avvenuto a poco a poco. Mi è cominciato prima nel sogno poi nella realtà. I sogni non mi sembravano più miei, erano estranei, poi a poco a poco questa sensazione si è estesa anche alla realtà…Tutta la realtà mi sembra estranea, non un aspetto particolare di essa. Ho anche sentito meno affetto per i miei genitori, per i miei amici. Ma non sento dispiacere per questo. […] (ivi)

Deideazione

Il soggetto riferisce di non possedere più la capacità di immaginare o di rievocare i ricordi. Nella rievocazione di questi ultimi, viene denunciata la perdita dell'esperienza del tempo, del senso della durata, del collegamento tra passato, presente e futuro. La difficoltà di rappresentazione per immagine si spinge fino all'esperienza del vuoto mentale, una sorta di schermo piatto dove il mondo ha smesso di esistere.

Donna 34 a. […] Sono come chiusa dentro di me, non mi trovo più con gli altri, con i caratteri degli altri. Ritorno a casa mia e non sento niente, tutto è come se fosse vuoto, non c'è più atmosfera. Non ho più gusto per niente, niente mi da più gioia o dolore. La natura non ha più significato per me, non distinguo più neanche i colori. Qualche volta piango, ma è un pianto vuoto, che non mi da sfogo. Quando parlo è come se non dicessi nulla. Non mi sento più al mondo. Il passato lo penso ma non lo ricordo, non lo vivo…quando mangio è come se il cibo cadesse in una buca. Sono come tutta chiusa in me. Se morisse mia madre, forse piangerei e sentirei dolore, ma senza affetto. Sono sensibile e non sensibile allo stesso tempo. Mi manca la sostanza della vita, un affetto, un bene, un dolore; per me è tutto invano, come se tutto fosse buio. Mi sento come una nuvola. Quando torno a casa non sento niente, ma mi sento costretta a fare tante cose e mentre ne faccio una devo pensare ad un'altra…le cose vanno troppo lente per me… la mia solitudine mi rende troppo veloce il tempo, non ho il controllo dell'ora, non avverto mai il tempo. Per me dieci minuti sono interminabili, vorrei che passassero molto in fretta, vorrei che fossero dieci minuti e non più…per me è tutto uguale, non penso né al passato né al presente, né al futuro… Mi senso vuota, la mia mente dovrebbe funzionare da sola, invece la sento vuoto […] (ivi)

Donna 46 a. […] Mi sento come spinta nel passato, mi appare chiara tutta la vita trascorsa, ma non mi rendo conto del presente, di cosa faccio, di cosa sono; solo nel passato mi sento io; sono costretta a rifugiarmi nel passato. […] (Callieri e Semerari, cit.)

Donna 27 a. […] Ho perduto il concetto del tempo, sembra che tutto mi sfugga, che io resti indietro, ferma in mezzo ad una corrente. Sento i rumori dei tram come se questi corressero pazzamente; mi sembrano lontanissimi, eppure li sento correre vicino a me a velocità precipitosa. La testa mi corre indietro verso il passato: io sono fuori del mondo, il tempo mi è estraneo. […] (ivi)

Derealizzazione

I vissuti di cambiamento e di estraneità, già presenti in qualità di comune denominatore di tutte le forme di depersonalizzazione, si estendono dalla persona del soggetto, ovvero dai suoi confini fisici alla realtà esterna ambientale, dando al vissuto generale una strana tonalità onirica, connotata da una sorta di angoscia per la perdita della familiarità dei luoghi e degli oggetti. Si tratta di un'accentuazione

dell'ottundimento affettivo già visto nella *desanimazione*, nella quale è il soggetto che si sente estraneo all'ambiente e agli altri, mentre nella *derealizzazione* l'estraneità si spazializza e invade il mondo esterno. Il clima potrebbe essere allucinatorio, con la deformazione delle percezioni e la perdita dei punti di répere della realtà. Ciò che esclude un'allucinazione è la consapevolezza della inadeguatezza della propria percezione e il doloroso confronto con la realtà percepita in passato e oggi irriconoscibile e non familiare. Frequente la meraviglia di vedere le cose cambiate nelle dimensioni (micropsia o macropsia); alterate nella distanza (troppo lontane, troppo vicine). Caratteristica del fenomeno è che la deformazione riguarda gli aspetti visivi della realtà piuttosto che i confini del corpo, come avviene nella depersonalizzazione propriamente detta.

Donna 33 a. […] Spesso mi trovo a invidiare le madri che devono partorire, perché mi sembra che mia figlia non sia mia, la guardo e mi chiedo chi è, mi sembra a volte come una bambola, come se appartenesse ad un'altra. Anch'io mi sento strana, mutata. La realtà mi sembra diversa, non vedo più le cose come prima, mi sembrano irreali, evanescenti. A volte se guardo nello specchio è come se ci fossero due mondi, questo e l'altro, e non so quale è più reale […] (Callieri e Felici, cit.)

Donna 43 a. […] Andata a casa mi sembrava come se l'ambiente non fosse più il mio, come se fosse strano, come se i miei parenti fossero cambiati, diversi. Ho anche visto il sole come se fosse di un altro colore, gli alberi come se fossero diversi; sapevo che erano alberi, ma per me erano diversi. Sapevo che non era vero, che ero io, ma è come se tutto fosse non più mio, come se anch'io fossi cambiata…non riuscivo neppure a spiegare ciò che provavo, non vedevo più bene. Per esempio, la Natura la vedevo in altra maniera. Come quando c'è l'eclissi lunare, con tanta angoscia…Andata a casa mi sono sentita come se fossi estranea. Tutto il viavai di macchine mi dava fastidio. Piazza Venezia non mi sembrava più la stessa, come se tutto fosse nuovo; guardavo e vedevo che era piazza Venezia, ma mi sembrava nuova come se l'avessero costruita da poco. Ieri mi sentivo così estranea al mondo, vedevo tutto il mondo cambiato, rivolevo il mio mondo. […] (ivi)

Uomo 65 a. […] Mentre stavo entrando in bagno, all'improvviso ho visto le pareti cambiate, come se gli oggetti non fossero più allo stesso posto. Le cose mi sono sembrate diverse, i colori più scuri…Uscito poi in strada non riuscivo più a sapere dove stavo, perché tutto era diverso: le case, le finestre, le macchine non mi erano più familiari, le sentivo come se appartenessero ad un'altra città a me sconosciuta. Vivevo tutto ciò senza ansia, solo con uno strano senso d'irrealtà. […] (ivi)

Aggiungo l'importante testimonianza personale di Sigmund Freud (1936):

[…] Quando poi il pomeriggio dopo l'arrivo mi trovai sull'Acropoli e abbracciai con lo sguardo il paesaggio, mi venne improvvisamente il pensiero singolare: 'Dunque tutto questo esiste veramente, proprio come l'abbiamo imparato a scuola?' O, per descrivere la situazione con più esattezza, la persona che faceva questo commento si distingueva assai più nettamente del solito da un'altra persona, che prendeva nota di questo commento, ed entrambe erano meravigliate, anche se non della stessa cosa. La prima si comportava come se dovesse, sotto l'impressione di una osservazione indubitabile, credere a qualcosa la cui realtà le era apparsa dubbia fino a quel momento […] (Freud, 1936, p. 7357 ed. digitale kindle Bollati Boringhieri)

Psicopatologia generale

Fino a qualche anno fa (Le Goc-Diaz, 1988), l'approccio psicodinamico deteneva una certa prevalenza rispetto agli altri modelli interpretativi, ridondando di spiegazioni riguardanti il fenomeno depersonalizzazione, anche per via di una lunga tradizione consolidata a partire da Freud. Oggi (Saladini e Luauté, 2003, Sierra, 2009), con la definitiva messa in discussione del modello pulsionale freudiano e le dimostrazioni sempre più accurate sulla validità del modello emozionale psicobiologico, è emerso un *modello interpretativo integrato*, che è l'unico in grado di offrire al clinico una visione completa e scientificamente giustificata di una sindrome aspecifica, che caratterizza l'esordio di disturbi mentali di varia natura.

In particolare, concordo con Saladini e Luauté (cit.) sull'osservazione della frequenza di due aspetti clinici:

1. la sensazione di sdoppiamento, che apre ai noti sviluppi dissociativi come l'*autoscopia* (visione di sé stessi o di parte di sé all'esterno) fino alla comparsa di *personalità multiple*);
2. la sensazione di vuoto, fino agli estremi di annullamento di sé e morte interiore.

Oltre alla già citata *autoscopia*, una buona quota di soggetti può manifestare un vissuto nelle relazioni con gli altri, e in particolare con i familiari e gli amici: la cosiddetta *sindrome dell'illusione del sosia*[7]. In pratica, il soggetto sostiene che alcune persone familiari e amiche di sempre sono dei sosia degli originali, dei quali possiedono solo gli stessi tratti somatici.
L'esatto contrario[8] accade nel cosiddetto *déjà-vu* o *déjà-vecu*, in cui una persona o un'esperienza totalmente nuova viene vissuta come familiare o già conosciuta.
Prima di valutare i principali approcci separatamente, occorre sgombrare il campo da uno dei luoghi comuni che permangono in psicopatologia clinica, ossia l'idea che la depersonalizzazione costituisca di per sé il segno di una modalità psicotica, in particolare schizofrenica. Possiamo affermare con chiarezza che la presenza di una sindrome di depersonalizzazione, esprime sì una crisi dell'equilibrio di personalità del soggetto ma ne dimostra l'attitudine a organizzare un nuovo equilibrio, nell'intento di fronteggiare un evento interno o esterno, senza andare incontro alla *frammentazione psicotica*. Ovviamente, il nuovo equilibrio raggiunto sarà patologico e comporterà le problematiche che abbiamo descritto in precedenza. Tuttavia, la conoscenza dei cambiamenti intervenuti nella personalità con la depersonalizzazione, potrà offrire allo psicoterapeuta gli strumenti per operare ai fini della risoluzione della crisi che ha dato origine al disturbo.

Approccio psicodinamico
Lo stesso Freud (1936) invitava alla prudenza nell'interpretare in chiave pulsionale il fenomeno:

> […] Queste estraniazioni sono fenomeni molto curiosi, tuttora poco compresi. Vengono descritti come 'sensazioni', ma sono evidentemente processi complicati, connessi a determinati contenuti e legati a decisioni su questi contenuti. Molto frequenti in certe malattie psichiche, non sono tuttavia sconosciuti all'uomo normale, pressappoco come le allucinazioni occasionali delle persone sane [...]. Le estraniazioni si osservano in due forme: o è un frammento della realtà che ci appare estraneo, oppure una parte del nostro Io. Nel secondo caso si parla di 'depersonalizzazione'; estraniazioni e depersonalizzazioni sono intimamente connesse. Ci sono altri fenomeni, nei quali possiamo riconoscere, per così dire, il corrispettivo positivo di questi, la cosiddetta 'fausse reconnaissance', il 'déjà vu', 'déjà raconté', illusioni nelle quali cerchiamo di annettere qualcosa al nostro Io, così come nell'estraniazione ci sforziamo di escludere qualcosa da noi […] Dalla depersonalizzazione si è condotti alla 'double conscience', condizione straordinaria che è più giusto chiamare 'scissione della personalità'. Tutto questo è ancora così oscuro, così poco padroneggiato dal punto di vista scientifico, che devo proibirmi di discutere più a lungo. […] (Freud, p. 7361)

Agli albori della teorizzazione sui meccanismi di difesa, Freud (1936) utilizza il concetto per spiegare la depersonalizzazione.

> […] Mi basta, per il mio proposito, tornare su due caratteristiche generali dei fenomeni di estraniazione. La prima è che tutti servono alla difesa, cercano di allontanare qualcosa dall'Io, di rinnegarlo. Ora, i nuovi elementi che possono obbligare alla difesa giungono all'Io da due parti, dal mondo esterno reale e dal mondo interno dei pensieri e degli impulsi che sorgono nell'Io. Forse questa alternativa ricalca la distinzione tra le estraniazioni propriamente dette e le depersonalizzazioni. […] (Freud, p. 7363)

I precedenti studi condotti sul "perturbante" (Freud, 1919) offrono per Freud l'esempio di come l'estraniazione possa provenire dal mondo esterno, così come dal mondo interno. Dal rimosso arcaico del soggetto egli vede provenire gli elementi che danno luogo alla depersonalizzazione, sia nella versione ambientale (derealizzazione) sia in quella autopsichica. La difesa di cui parla Freud, quindi, non è altro che un *atto di disconoscimento*, di *diniego*, di qualcosa di profondo che riemerge dal rimosso e fa sembrare al soggetto estraneo ciò di cui egli stesso non è consapevole.

---

[7] Detta anche sindrome di Capgras, dal nome di Joseph Capgras (1873-1950), che fu il primo a descrivere questa forma patologica nel 1923.
[8] In realtà, l'esatto contrario del *déjà vu* è il *jamais vu*, cioè l'incapacità di riconoscere come familiare una situazione o una persona ben conosciuta.

Il ritiro dell'investimento

La posizione prudente di Freud non impedisce anni di teorizzazioni incentrate soprattutto sul concetto di "ritiro d'investimento" e in genere di modificazioni dell'investimento libidico oppure di regressione a una relazione oggettuale narcisistica.

Variazioni sul tema del ritiro d'investimento sono nei lavori di Schilder (1935). L'autore, pur facendo riferimento alla dinamica dell'investimento libidico, vede la depersonalizzazione come un disturbo che comporta un impoverimento affettivo dell'immagine corporea.

> […] La depersonalizzazione è il quadro caratteristico che si presenta quando l'individuo non osa collocare la libido né nel mondo esterno né nel proprio corpo. Il cambiamento dell'immagine corporea è il risultato dell'allontanamento della libido dall'immagine corporea. […] (p. 177)

Anticipatorio delle attuali conoscenze psicobiologiche appare un lavoro di Oberndorf (1950), anche se svolto all'interno della metapsicologia freudiana. L'autore paragona l'ansia bloccata dei depersonalizzati (*detachment*) all'anestesia dolorifica indotta per via chirurgica col taglio delle vie del dolore. Pertanto, ipotizza che in futuro anche la causa organica determinata da conflitti intrapsichici possa essere risolta con mezzi fisici o farmacologici.

L'idea di Krapf (1950) parte da una corretta e plausibile analisi fenomenologica. L'autore osserva che depersonalizzazione e derealizzazione non sempre coesistono, mentre esiste il dato clinico che la cosiddetta *desanimazione* preceda sempre la depersonalizzazione. La *desanimazione* si presenta come incapacità di amare, di entrare in una relazione affettiva col mondo naturale e umano. Il venir meno di questa sintonia affettiva si manifesta con un'esperienza di debolezza e d'impotenza, una sorta di perdita di slancio psicofisico nel contatto col mondo. Nonostante le premesse, che lo porterebbero a rivalutare il pensiero di Janet[9], Krapf si uniforma in modo poco originale all'impostazione pulsionale e conclude che la depersonalizzazione potrebbe essere la conseguenza di un ritiro narcisistico della libido.

Sulla linea di un'esperienza regressiva sono i contributi di Peto (1955). Egli sostiene che all'origine del disturbo ci sia il trauma della perdita del seno al momento dello svezzamento. L'oggetto perduto verrebbe sostituito in modo fantastico, creando lo sdoppiamento della personalità.

Bouvet (1960) anch'egli si richiama all'esperienza regressiva della fissazione orale, per cui il depersonalizzato regredirebbe al primo anno di vita, cioè all'età nella quale non c'è ancora distinzione tra l'Io e il non-Io.

Perrotti (1960) si ferma a metà tra l'idea di regressione (scissione longitudinale) e l'idea di sdoppiamento (scissione trasversale).

Pur nella visione regressiva e di ritiro di investimento, l'opinione di Fornari (1960) offre una visione d'insieme interessante. Egli fa l'esempio di alcuni rettili che per difendersi ricorrono all'autotomia, perdendo una parte di sé. Allo stesso modo, il depersonalizzato si scinde per sopravvivere, manifestando una debolezza dell'Io ma anche una capacità di resistere alle conseguenze delle esperienze traumatiche.

Edith Jacobson (1959) opta per la chiave interpretativa di un conflitto narcisistico. Il conflitto riguarderebbe la lotta tra identificazioni e immagini di sé contrastanti.

Più recentemente, in campo psicodinamico, si è messa in evidenza la rappresentazione di sé come livello di base necessario perché si evitino compromissioni dell'organizzazione della personalità. In tal senso, la depersonalizzazione viene letta come un fenomeno che scaturisce da perdite ed eventi traumatici, tali da determinare un disturbo dell'identità della persona. La scissione della rappresentazione di sé porterebbe a una distinzione tra un sé osservante e un sé partecipante (Arlow, 1959). Il disturbo non sarebbe solo da attribuirsi a cause traumatiche occasionali ma anche ad arresti dello sviluppo che comportano la formazione di assetti difettuali della personalità (Storolow, 1979). L'ambito dei disturbi di personalità, quindi, si propone come il contesto nel quale, oltre all'ansia e alla depressione, si nota la costanza del disturbo di depersonalizzazione, sottolineando ulteriormente la natura non psicotica del fenomeno e la caratteristica organizzazione polarizzata[10] tra aspetti falsi (Winnicott, 1945) o "come se" (Deutsch, 1942) e l'emergenza di emotività dementalizzata.

---

[9] Con il concetto di *abaissement du niveau mental*, Janet spiega la caratteristica principale dei disturbi dissociativi.

[10] Il concetto di *polarizzazione* è stato ideato dal sottoscritto (Lago 2006, 2016) per indicare i disturbi di personalità nei quali è presente una scissione irriducibile tra un polo idealizzato (*as if*) e un polo emotivo (protomentale dementalizzato). Cfr. *Compendio* cit. (2016) pp. 186-193.

La posizione di Janet

Janet spiega la depersonalizzazione come «sentiment d'incompletude» (1903) e lo collega al cosiddetto «abaissement de la tension psychologique» (1919), cioè a una sorta di regressione o di perdita di qualità mentali più evolute[11].

> […] Il sentimento di depersonalizzazione non è altro che una specie di percezione interna di un disturbo della funzione del reale. Si tratta di una forma di sentimento di estraneità, d'incompletezza, di irrealtà applicato alla persona piuttosto che alle cose. Il paziente si vede agire in modo automatico, ripetere cose del passato e non calate nel presente, egli sa in qualche modo che essere è agire, e che non poter concentrare i suoi pensieri, i suoi desideri in un'azione attuale, significa non essere più una persona. Ciò si traduce in un sentimento di non esistenza personale, la scomparsa della personalità precedente […] il fatto da me definito come fondamentale è l'abbassamento della tensione psicologica. […] (Janet, 1919, p. 560)

Anche nell'opera *De l'angoisse à l'extase* (1926), Pierre Janet sviluppa il tema della depersonalizzazione[12], che egli chiama «sentiment du vide», ossia sentimento del vuoto o sentimento di perdita del sentimento.
Janet chiude tutte le precedenti discussioni che presentavano la depersonalizzazione come un disturbo della sensibilità, ovvero come un minus propriocettivo o dello schema corporeo, e dichiara:

> […] Il sentimento del vuoto è un disturbo dell'azione e non della sensibilità o della coscienza non chiara. Presento quindi questo disturbo dell'azione come un'insufficienza, una debolezza, lo includo nella psicastenia […] (Janet, 1926 p. 71)

La più volte evidenziata disputa tra Freud e Janet in questo caso si riduce alla ben nota dialettica tra il "trauma attivo" costituito dal *conflitto* tra il rimosso o il denegato che emerge e affianca il vissuto di realtà (creando il sentimento di irrealtà) e il "trauma passivo", ossia il *difetto* determinato da una noxa traumatica o da un disturbo dello sviluppo, il quale determina un minus (debolezza) di mentalizzazione (abbassamento della tensione psicologica, psicastenia[13]). Il miglior servizio che si può fare alla clinica psichiatrica non è quindi schierarsi da una parte o dall'altra ma proporre un metodo clinico e una ipotesi interpretativa che integri Freud e Janet (e quindi freudiani e janetiani) e offra al clinico tutte le chiavi per individuare il disturbo generatore (la dissociazione) e tentare di risolverla con un metodo terapeutico altrettanto integrato, che quindi non escluda l'uso di terapie comportamentali e psicobiologiche accanto a quelle esclusivamente relazionali.

Approccio psicobiologico

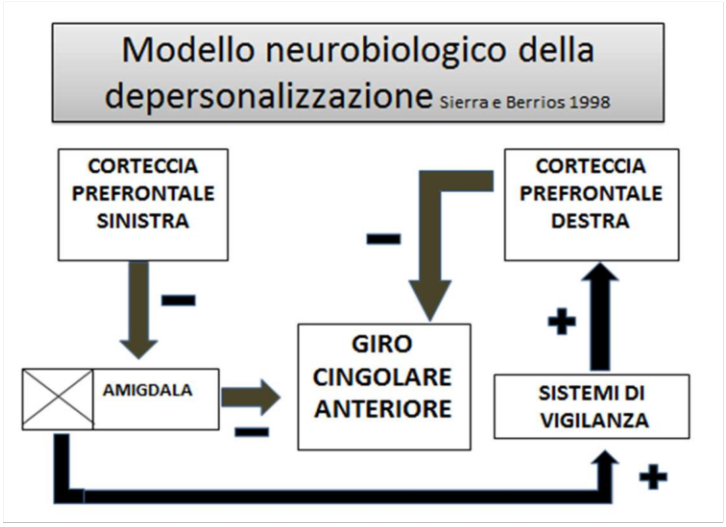
Andando agli studi con risonanza magnetica funzionale (fRMI) è interessante quanto evidenziato da Philipps et al. (2001), i quali mettono a confronto volontari sani, pazienti psichiatrici e persone con disturbo di depersonalizzazione. Sottoposti a stimoli neutrali e avversi standard, i pazienti con depersonalizzazione dimostrano un ottundimento emotivo soggettivo rispetto agli altri gruppi. Utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI), hanno così confrontato le risposte neurali a stimoli emotivamente salienti in 6 pazienti con DP, 10 con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e 6 volontari mentre visualizzavano immagini standardizzate di scene avverse e neutre, abbinate per complessità visiva. Le immagini sono state poi valutate in base al contenuto emotivo. Entrambi i gruppi di controllo hanno valutato le immagini avverse come molto più emotive e hanno dimostrato in risposta a queste scene un'attivazione significativamente maggiore nelle regioni importanti per la percezione del disgusto, l'insula e la corteccia occipito-temporale, rispetto ai pazienti con DP. Il dato si associa quindi a una mancata attivazione dell'insula anteriore da parte del gruppo dei depersonalizzati, non solo, ma anche a un'attivazione (assente nei controlli) della corteccia prefrontale ventrolaterale destra (area 47 di Brodmann). I risultati indicano che un fenomeno centrale di depersonalizzazione – l'assenza di

---

[11] Janet in questa definizione tiene conto di Darwin (1809-1882) ma anche e soprattutto di John Hughlings Jackson (1835-1911), ovvero della sua concezione gerarchica delle funzioni nervose, per cui venendo meno l'azione delle parti più evolute del cervello si libererebbero attività nervose automatiche e primordiali, che gli esseri umani hanno in comune con altre specie.
[12] Ripreso in *L'évolution psychologique de la personnalité* (1929).
[13] Termine coniato da Janet nel 1903 e riferito a una forma di nevrosi d'ansia, con fobie, ossessioni, ipocondria e depressione. L'essenziale sta nel concetto di minus di forza mentale, cosa dalla quale è poi derivato il termine generico e vago di *esaurimento nervoso*.

esperienza soggettiva dell'emozione – è associato a risposte neurali ridotte nelle regioni sensibili alle emozioni e a risposte aumentate nelle regioni associate alla regolazione delle emozioni.
Nel lavoro di Lemche et al. (2008), vengono confrontate l'attivazione cerebrale e le risposte autonomiche degli individui con depersonalizzazione e i controlli sani. Espressioni emotive felici e tristi in intensità crescenti (da neutre a intense) sono state presentate in un progetto di risonanza magnetica funzionale (fMRI) implicita, correlata all'evento con misurazione simultanea delle risposte autonomiche. I partecipanti con disturbo di depersonalizzazione hanno mostrato una diminuzione del segnale fMRI, mentre il gruppo di controllo ha mostrato un aumento del segnale in risposta all'aumento dell'intensità delle emozioni sia nelle espressioni felici che in quelle tristi. L'analisi delle risposte emodinamiche evocate da regioni che presentano connettività funzionale tra il sistema nervoso centrale e quello autonomo ha indicato che nel disturbo da depersonalizzazione le modulazioni iniziali della risposta emodinamica si sono verificate significativamente prima (2 secondi dopo lo stimolo) rispetto al gruppo di controllo (4-6 secondi dopo lo stimolo). Risulta, quindi, che le diminuzioni del segnale fMRI sono possibili correlati della soppressione delle emozioni nel disturbo di depersonalizzazione. Questi dati indicano che la dissociazione, alla radice della depersonalizzazione, si esprime con il cosiddetto *detachment*, ovvero un distacco emotivo indotto dal trauma o dallo sviluppo patologico della personalità. Ciò comporta il formarsi del classico quadro, già descritto, nel quale il soggetto osserva se stesso secondo le quattro componenti sindromiche citate.
Tra le componenti sindromiche, la più importante è senza dubbio la *desanimazione*, ossia l'ottundimento affettivo presente soggettivamente e oggettivamente nella depersonalizzazione. A partire dalla desanimazione, Sierra e Berrios (1998) hanno elaborato un modello neurobiologico che sempre più si riempie di conferme scientifiche (Sierra, 2009; Jay, Sierra et al., 2014).
Ci sarebbe, quindi, una minore consapevolezza delle emozioni nel soggetto depersonalizzato, da ricondursi al blocco in particolare dell'insula anteriore, alla quale si attribuisce la funzione di farci esperire i sentimenti associati alle emozioni. Prove valide dimostrerebbero l'esistenza di almeno due reti neurali, che nei depersonalizzati agirebbero nel seguente modo (tab. 1):

Tab. 1



- Soppressione regolatrice prefrontale del sistema comprendente amigdala, insula anteriore, e altre strutture dell'ipotalamo e del cingolo anteriore (esperienza dei sentimenti collegati alle emozioni).
- Attivazione della rete neurale comprendente corteccia parietale inferiore, giunzione parieto-temporale e insula posteriore (esperienza di disincarnazione, ovvero mancanza di padronanza del corpo e di intenzionalità).

Secondo questo modello "frontolimbico" della depersonalizzazione, saremmo in presenza di una risposta simile a quella di attacco-fuga. L'attacco-fuga (con tutte le ben note risposte fisiologiche) funziona quando la minaccia è sufficientemente localizzabile. La depersonalizzazione, determinando un'inibizione di comportamenti emotivi non funzionali, potenzierebbe l'attenzione vigile e

consentirebbe la ricerca e l'individuazione di dati utili alla sopravvivenza quando il pericolo è indeterminato. Ovviamente, la patologia scaturirebbe da una incongrua attivazione di questa risposta preformata in situazioni conflittuali e dotate di una pericolosità subliminale.

Approccio psicoterapeutico

Il metodo proposto nel *Compendio di Psicoterapia* (cit.) non si avvale di teorie ma di evidenze scientifiche. Casomai, prova ad assemblare conoscenze psicodinamiche e neuroscientifiche in funzione di trattamenti sempre più adeguati alle condizioni effettive della personalità che vogliamo curare con la psicoterapia.

La storia del concetto di depersonalizzazione dimostra che, abbandonando le teorie, un'integrazione delle conoscenze diventa possibile e vediamo come.

La prima considerazione è che esiste un ponte tra i dati clinici, che fanno della depersonalizzazione il terzo fenomeno più frequente dopo ansia e depressione, e le risposte adattive dei sistemi emotivi inconsci che si manifestano in determinate circostanze. Il modello neurobiologico di Sierra e Berrios (1998) è convincente, nella misura in cui affianca alla *reazione da stress* (Cannon, attacco-fuga) la reazione di *desanimazione*, ovvero quel muro di freddezza che blocca l'attacco o la fuga, ossia blocca gli impulsi ad agire una reazione motoria, producendo un'immobilità anche a scapito dell'integrità mente-corpo, ai fini della sopravvivenza. In termini psicofisiologici, osserviamo che i comportamenti di attacco-fuga sono innescati dal sistema nervoso simpatico, laddove il sistema vagale produce l'immobilità, il rallentamento motorio, l'evacuazione intestinale e un polso bradicardico fino al fenomeno della morte apparente (Porges, 2011). Nella desanimazione, sembra quindi implicato un aumento del tono vagale, come se l'ansia, pur presente, non produca più quei comportamenti caratteristici ma rimanga sospesa e impedita nel passaggio all'atto. Il soggetto sente, quindi, la stranezza dell'emozione separata dalla risposta motoria e assiste come un testimone passivo allo scollamento dei vissuti corporei dalla facoltà riflessiva, col risultato di sentirsi estraneo e cambiato e perdere il senso di appartenenza a se stesso. Ovviamente, come per la reazione di stress, anche in questo caso le manifestazioni patologiche avvengono in contesti diversi da quelli naturali, i quali hanno richiesto l'adattamento e indotto una risposta preformata. La depersonalizzazione si presenta come la risposta di coloro che si scindono di fronte agli eventi traumatici, spaccandosi tra una parte senziente ma cieca e una parte osservante ma ottusa. Paradossalmente, l'ansia e la depressione sono modalità più integre di reagire al trauma. L'ansioso, in fondo, amplifica la risposta di paura nei confronti dell'esterno, proiettandovi pericoli e azioni persecutorie; il depresso, com'è noto, amplifica il dolore per la perdita esterna volgendola in perdita interna e ineluttabile impoverimento del sé. Il depersonalizzato si spacca in due, in una sorta di autotomia antidolorifica o di un'autocondanna al silenzio del corpo, forse per l'inebetimento che segue una triste sorpresa, forse per l'onnipotenza di fissarsi ad un'unica rappresentazione di sé, quella idealizzata, e non accettare di adattarsi ai contesti che cambiano. Vero è che, così facendo, il depersonalizzato perde il corpo, ossia la spontaneità delle emozioni, e come nell'urlo di Munch, invece di gridare si deforma.

Conviene riflettere sulle modalità di insorgenza della depersonalizzazione, perché la storia di questa sindrome potrebbe coincidere con la storia della persona che ne è affetta. A un certo punto della sua esistenza, il soggetto si trova a fronteggiare un'esperienza traumatica che dapprima forse gli induce una reazione ansiosa ma in seguito, però, da acuta diventa subacuta e si inabissa in quella forma estraniata che abbiamo descritto. Forse, tutto potrebbe avere inizio con un bambino che rinuncia al pianto, tanto è inutile, e si distacca come se il malessere dell'esperienza di abbandono possa essere contenuto agendo, non sulla fonte dello stimolo, ma sull'oggetto dello stimolo ovvero il proprio corpo. Conosciamo le gravi privazioni e i traumi pesanti sofferti dai bambini molto piccoli che scelgono la via del distacco autistico, ossia preferiscono distruggere qualsiasi abbozzo mentale, pur di non soffrire l'impatto pesante con la realtà umana deludente dei caregiver. Sono forse quei bambini che, nel corso dello sviluppo, presenteranno i cosiddetti sintomi di base (Huber, 1983; Klosterkötter, 1999), manifestazioni aspecifiche molto simili alla varietà sindromica della depersonalizzazione. Dai sintomi di base agli esordi psicotici la via è aperta, anche se non determinata. Però, nonostante la convergenza di segni e sintomi, dobbiamo separare l'ambito delle psicosi da quello dove si manifesta la depersonalizzazione, per un motivo essenziale che riguarda lo sviluppo psicofisiologico e la natura del fenomeno. In sostanza, perché si verifichi quella spaccatura del sé che abbiamo illustrato è necessario un Io, ossia una istanza cosciente e funzionante, che sia in grado di condurre un esame di realtà su una parte della personalità

che è diventata estranea e irriconoscibile. Ovviamente, sappiamo che questo Io è fragile e compromesso ma "resiste" in una linea di confine, dando luogo allo strano compromesso della scissione della personalità. La scissione di cui parliamo, però, non è la *spaltung* dello schizofrenico, ossia non è la caratteristica di una personalità disorganizzata circondata da un finto essere manierato, maldestramente copiato da modelli esterni (Laing, 1959). Quando parliamo di scissione, nel caso della depersonalizzazione, vogliamo indicare una spaccatura in due poli, polo emotivo e polo idealizzato, che si contrappongono nell'organizzazione binaria della personalità patologica. Quindi, superiamo una volta per tutte il confronto con le forme schizofreniche di esordio, nelle quali semmai il disturbo dell'immagine corporea assume i caratteri della dismorfofobia, in cui il corpo è l'involucro, la cornice manierata che si altera progressivamente, sotto gli occhi del soggetto, scoprendo la frammentazione psicotica sottostante. Concentriamoci, invece, sui due poli entrambi attivi, cioè non resi amorfi dal manierismo, in grado di produrre ciascuno di essi un'azione contrastante l'altro polo, in una lotta senza quartiere (conflitto insanabile) che squassa il soggetto e lo convince di non essere più padrone di se stesso. Il conflitto che sottende la scissione della personalità, secondo il modello della polarizzazione che ho proposto (cfr. *Compendio*, cit.), è la caratteristica di tutti i disturbi di personalità, a cominciare dal *borderline*. E' precisamente nell'area borderline che dobbiamo cercare il tipo particolare di *polarizzazione* che si esprime spesso con la sindrome di depersonalizzazione. Quest'ultima, come abbiamo visto, scaturisce come reazione spontanea dai sistemi emotivi che ho chiamato livello *protomentale* ed è facilitata sia da fattori temperamentali (introversione), sia da fattori contestuali (la vaghezza della minaccia o la sua imprevedibilità o indecifrabilità). Se il polo emotivo è rappresentato da un *protomentale* in quota elevata, ossia costituito da un alto numero di elementi non mentalizzati, cioè non diventati idee ma nella migliore ipotesi rimasti sentimenti, il polo idealizzato blocca il soggetto in un labirinto di aspettative deluse o semplicemente fallite, che lo spingono alla disamina impietosa che lo vede al centro di una catastrofe, nella quale nulla è rimasto come prima. Ecco il tema vissuto del cambiamento, ecco l'estraneità di fronte all'usuale vissuto come alieno e inquietante. Il processo di mentalizzazione già precario per lo sviluppo incompleto della personalità, è messo alla prova dall'evento scatenante, che ha comunque la valenza di un trauma. La crisi disintegra la relazione mente-corpo e crea il senso di non appartenenza. Il soggetto dubita della sua identità perché non riesce più a rappresentarsi l'unità psicofisica che gli darebbe la certezza di esistere; accadono allora due fenomeni:

- Il processo di mentalizzazione, nella sua valenza intersoggettiva di "tenere a mente la mente" propria e altrui si blocca. Compare la triste disamina, spesso molto lucida, della mente che "scivola" sulle cose, piuttosto che entrare al loro interno per coglierne l'essenziale e stabilirne un legame.

- Il soggetto è solo anche se circondato dal mondo; anzi proprio questo mondo, che gli diventa sempre più estraneo, lo angoscia e assiste impassibile alla sua crisi.

Ecco cosa prevede l'articolazione dell'intervento in due fasi:

- **Fase empatica**, nella quale, oltre a restituire al paziente il contesto dell'attaccamento sicuro, si cerca di ridurre la quota *protomentale* con l'ausilio di psicofarmaci secondo le linee guida previste per i disturbi di personalità. Seguendo il modello di Sierra e Berrios (1998), in questa fase, bisognerebbe ridurre l'attivazione delle aree emotive (amigdala, insula anteriore, ipotalamo, cingolo anteriore), sollevando così il soggetto dall'azione che egli stesso esercita con la corteccia prefrontale sinistra e impedendo la controattivazione di corteccia parietale inferiore, giunzione parieto-temporale e insula posteriore, fatto da cui dipende la *disincarnazione*, ovvero il *disturbo dell'immagine corporea* che affianca la *desanimazione*, cioè l'ottundimento affettivo che condanna il soggetto a prendere atto della perdita di integrazione mente-corpo. La *fase empatica*[14], in sostanza, ha un solo fondamentale obiettivo: stabilire una salda e duratura *alleanza terapeutica*[15].

[14] Cfr. *Compendio*, cit., p. 209-212.
[15] ivi, p. 46-55.

- **Fase interpretativa**[16], che procede nella misura in cui la *fase empatica* si sia potuta svolgere senza difficoltà e impedimenti. In questa fase, com'è noto, ha luogo il lavoro di *mentalizzazione*[17], non solo implicita ma anche esplicita. Il polo emotivo, gradualmente ritorna nei limiti di base, grazie alla *formalizzazione del pensiero* (mettere al confronto i vissuti esperienziali); alla *formalizzazione dei confini interpersonali* (verbalizzazione del senso della misura e dei limiti); *elaborazione dei vissuti di perdita*; *elaborazione delle esperienze traumatiche attuali*. A questo importante lavoro interpretativo, condotto in collaborazione dalla coppia terapeutica, si aggiunge l'interpretazione dei sogni[18], sia in chiave diagnostica (per valutare il disturbo del *pensiero inconscio* del soggetto), sia in chiave terapeutica (per modificare il disturbo del *pensiero inconscio*). Una importante componente della fase interpretativa, qualora il paziente presenti una sindrome di depersonalizzazione, può essere il lavoro di *ricostruzione biografica*, ossia la restituzione da parte del terapeuta di un filo conduttore esistenziale che aiuti il paziente a venire fuori dalla polarizzazione e dal percorso catastrofico che ritiene di avere alle spalle.

Riferimenti

- Arlow H. (1959) The structure of the Déjà-vu experience. *Journal of the American Psychoan. Association*, vol. VII, n. 4.
- Bouvet M. (1960) Dépersonnalisation et relations d'objet. In. Ouvres psychoan., Tome I, Payot, Paris, 1972.
- Callieri B., Semerari A. (1953) Contributo psicopatologico e critico al concetto di depersonalizzazione. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. XLII, I.
- Callieri B., Felici F. (1968) La depersonalizzazione. *Riv. Sperimen. di Freniatria*, vol. XCIII, suppl. fasc. II.
- Capgras, J. & Reboul-Lachaux, J. (1923) Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la Société Clinique de Médicine Mentale* 2 6–16.
- Deutsch H. (1942) Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoan.Quart*. 11:301-21.
- Dugas L., Moutier F. (1911) *La dépersonnalisation*. Paris, Alcan.
- Federn P. (1953) *Psicosi e psicologia dell'io*. Trad. it. Boringhieri, Torino 1976.
- Fornari F. (1960) *Nuovi orientamenti nella psicoanalisi*. Feltrinelli, Milano, 1979.
- Freud S. (1919) *Il perturbante*. OSF vol. 9, Bollati Boringhieri Kindle, 2023.
- Freud S. (1936) *Un disturbo della memoria sull'Acropoli* etc. OSF vol. 11, Bollati Boringhieri Kindle, 2023.
- Huber G. (1983) Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenartz*, 54:23-32.
- Husserl E. (1931) *Meditazioni cartesiane*. Bompiani, Milano 1960.
- Kernberg O.F. (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Trad. it Boringhieri, Torino 1978.
- Klosterkötter J. (1999) *Vulnerabilità schizofrenica e sintomi di base*, tr. it. In: Rossi Monti M. e Stanghellini G. (a cura di): *Psicopatologia della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Krapf E. (1950) *Sur la Dépersonnalisation*, Atti del I Congresso Mondiale di Psichiatria, Parigi.
- Jacobson E. (1959) On depersonalization. *Journal of the American Psychoanalitic Association*, vol. VII, 581-610.
- Jay E.L., Sierra M., Van den Eynde F., Rothwell J.C., David A.S. (2014) Testing a neurobiological model of depersonalization disorder using repetitive transcranial magnetic stimulation. *Brain Stimul.* 2014 Mar-Apr;7(2):252-9.

[16] Cfr. *Compendio*, cit., p. 212-215,
[17] Ivi, p. 61-69.
[18] Ivi, p. 111-129. Cfr. anche Lago (2023d-2023e).

- Janet P. (1903) *Les obsessions et la psychasthénie*. Alcan, Paris. (I edizione).
- Janet P. (1919) *Les obsessions et la psychasthénie*. Alcan, Paris. (III edizione).
- Janet P. (1926) *De l'angoisse a l'extase*. Alcan, Paris.
- Janet P. (1929) *L'evolution psychologique de la personnalité*. Chahine, Paris.
- Lago G. (2006) *La Psicoterapia Psicodinamica Integrata: la basi e il metodo.* Alpesitalia, Roma.
- Lago G. (2009) Curare con la mentalizzazione. *Psicologia Contemporanea*. Lug.-Ago. n. 214.
- Lago G. (2011) Empatia e sogno. *Mente e Cura*. 1/2011.
- Lago G. (2016) *Compendio di Psicoterapia*. Franco Angeli. Milano.
- Lago G. (2023a) Commento a Schore: *Psicoterapia con l'emisfero destro.* 24.01.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023b) Commento a Jurist: *Tenere a mente la mente*. 24.01.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023c) La valenza clinica del narcisismo in psicoterapia. 28.01.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023d) Pensiero inconscio e Pensiero onirico. 18.02.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023e) L'essenziale per l'interpretazione dei sogni in psicoterapia. 12.03.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023f) Transfert e alleanza terapeutica in psicoterapia. 22.03.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023g) Depressione e disturbo del pensiero. 11.04.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023h) Paranoia e dintorni. Saggio sul delirio. 21.04.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Lago G. (2023i) Il metodo di Gianni Liotti. 16.09.2023. http://www.giuseppelagoscrittore.it/component/spsimpleportfolio/item/26-articoli-recenti.html
- Laing R.D. (1959) *L'io diviso*. Einaudi, Torino 1969.
- Le Goc-Diaz I. (1988) *La dépersonnalisation*. Encyclopédie Med. Chir., Paris 37125 A10.
- Lemche E., Anilkumar A., Giampietro V., Brammer M., Surguladze S., Lawrence N., Phillips M. (2008). Cerebral and autonomic responses to emotional facial expressions in depersonalisation disorder. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 193, 222–228.
- Mayer-Gross W. (1935) On depersonalization. *British Journ. Med. Psychol*., 15, 103.
- Medford N., Brierley B., Brammer M., Bullmore E. T., David A.S., Phillips M. L. (2006) Emotional memory in depersonalization disorder: A functional MRI study, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Volume 148, Issues 2–3, 2006, Pages 93-102.
- Oberndorf C.P. (1950) *The role of anxiety in depersonalization*. Intern. Journ. of Psychoanalysis, 31, 1.
- Perrotti N. (1960) *Aperçus théoriques de la dépersonnalisation*. Rev. Franc. Psa., 24, 365.
- Peto A. (1955) *On so-called "Depersonalization".* Intern. Journ. of Psychoanalysis, 36, 379.
- Phillips M.L., Medford N., Senoir C. et al. (2001) Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psych. Res. 108:145-160.*
- Popper K. (1969) *Congetture e confutazioni*. Il Mulino, Bologna, 1972. Roth M., Argyle N. (1988) Anxiety panic and phobic disorder: an overview. *Journ. of Psychiat. Res*. 22:33-54.

- Porges S.W. (2011) *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* W W Norton & Co.
- Saladini O., Luauté J.P. (2003) *Dépersonnalisation*. Encyclopédie Med. Chir., Paris 37125 A10.
- Schilder P. (1935) *Immagine di sé e schema corporeo*. FrancoAngeli. Roma 1999.
- Sierra M., Berrios G.E. (1998) Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44:898-908.
- Sierra M. (2009) *La depersonalizzazione: una nuova prospettiva*. Astrolabio. Roma 2011.
- Storolow R.D. (1979) Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalisation. *Int. J. Psycho-Anal*. 60, 201.
- Winnicott D.W. (1962) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.