

Clinica e significato psicopatologico della c.d. "Esperienza di Presenza"

Clinical expressions and psychopathological meanings of the s.c. "False Proximate Awareness"

P. LORENZI
F. SCHINIÀ

Psicologia Clinica, Università di
Firenze

Key words

*False Proximate Awareness •
Psychopathology • Ego disorders*

Correspondence: Dr. Primo Lorenzi,
via A. Baldesi 23, 50131 Firenze
Tel. +39 055 5000179
E-mail: p.lorenzi@med.unifi.it

Summary

Objectives

The Authors take into account a specific subjective symptom, known in the Scientific Literature as "False Proximate Awareness" (FPA) ("Anwesenheit" for Authors of German Language and "Esperienza di Presenza" in Italian Literature). It can be considered as a sudden awareness of the presence of an "entity" in the subjective representation of external conscientious space. All that without alterations of general conscience and without evident disorders of perceptions (Table I).

The aims are to:

- 1) search the historical roots of this odd (but not unusual!) experience, and specifically to stress this with possible alterations of K. Jaspers Ego Awareness features (Table II);
- 2) verify the phenomenon diffusion and its variety of clinical expression;
- 3) evaluate its importance both in psychopathological and clinical points of view;
- 4) propose some useful diagnostic criteria to differentiate this conditions from other similar psychopathological experiences, in order to avoid medical interventions, potentially dangerous for the patient's health;
- 5) speculate the psychopathological meaning of this experience.

Methods

The concept of False Proximate Awareness and the including empirical findings are reviewed in the Italian, German and English scientific literature. Data are stressed with constant reference to the authors personal clinical experience. Literature data are gathered to delineate a paramount vision of the clinical expression and diffusion of the condition.

Results

Results stress the presence of False Proximate Awareness in many clinical and not clinical conditions and suggest a specific position of the experience at the border between normality and psychopathology. It can be found frequently in mystic experiences, in the s.c. "imaginary companions of childhood", in the frame of grief experiences (pathologic or not), in severe psycho-physical stress (and also in Post Traumatic Stress Disorders), naturally also in endogenous psychoses and personality disorders and, lastly, in neurological pathology and in intoxications. As exemplification, clinical vignettes, coming from the Authors' clinical experience, are proposed.

Data from the Literature, compared with the Authors' personal clinical experience, allow to delineate a possible psychopathological meaning of the False Proximate Awareness and delineation of a conceptual frame to manage the condition, both in a diagnostic and therapeutic perspective. It also allow improvement in the capacity, by psychiatrists, to understand the subtle line between normal and abnormal common experiences.

Conclusions

FPA is a common experience shared by various pathological and physiological situations. It can be considered as the transposition, in the external space of conscience, of an emotionally loaded inner reality. This occurs while the subject keeps a lucid and almost critical position in the face of the experience. Knowledge of this special symptom gives the psychiatrist an important opportunity to confront with all the Ego boundaries pathology, to improve his/her capacity to detect an odd, but usual, sign and to avoid common errors in treating this as an expression of severe psychotic pathology.

Caro piccolo insetto
che chiamavano mosca non so perché,
stasera quasi al buio
mentre leggevo il Deuteroisaia
sei ricomparsa accanto a me,
ma non avevi occhiali,
non potevi vedermi
né potevo io senza quel luccichio
riconoscere te nella foschia
(E. Montale, *Satura*)

Introduzione

La particolare condizione che gli Autori di lingua italiana chiamano "Esperienza di Presenza" è indicata come "*Anwesen-heit*" o "*Leibhaftige Bewusstheit*" dagli Autori di lingua tedesca^{1,2} e come "*False Proximate Awareness*" dagli Autori anglosassoni³. Da un punto di vista psicopatologico può essere considerata come una esperienza soggettiva, di significato non necessariamente patologico, che si dà in soggetti senza manifeste alterazioni della coscienza generale. Essa consiste in una acquisizione, più o meno improvvisa, di consapevolezza della presenza di un'altra "entità" (ben distinta dall'esperienza del proprio Sé), avvertita per lo più nello spazio coscienziale esterno. Questa "presenza" si dà in un misto percettivo molto sfumato sul piano acustico, visivo, tattile, ma soggettivamente molto chiaro su un piano intellettuale⁴. Il soggetto cioè percepisce la presenza di un qualcuno senza necessariamente vederlo, né sentirlo, ma piuttosto avvertendone la presenza che, solo in un secondo tempo, può arrivare a colorarsi di una componente sensoriale più precisa.

Il nucleo essenziale dell'esperienza è riportato in Tabella I. Per completezza, a questo nucleo devono essere associate altre caratteristiche che possono essere considerate accessorie, ma non per questo di minore importanza nella valutazione psicopatologica del vissuto. In particolare:

1. l'esperienza rimane perlopiù sotto il controllo volontario di chi la vive. È cioè vissuta come scaturente dalla propria soggettività e non mani-

festamente imposta dall'esterno. Non ha cioè la perdita del primo attributo (la coscienza di attività) della Coscienza dell'Io secondo Jaspers¹ (Tab. II);

2. la "presenza" che si manifesta si riferisce ad "entità", almeno interiormente, frequentate dal soggetto. Vi si possono dunque ravvisare due componenti deterministiche: una afferente alla storia individuale del soggetto, ma anche un'altra, più generica, essenzialmente di tipo culturale;
3. il dato coscienziale sopra riferito è vissuto secondo un'ampia gamma di modulazione critica: dalla incredulità alla ferma convinzione, che comunque non esclude per definizione la possibilità di momenti di riflessione critica nei confronti dell'effettiva realtà di quanto "sentito"⁴;
4. infine l'entità di cui si avverte la presenza può essere sentita come motivata da vari sentimenti nei confronti del soggetto. Questi possono essere ora buoni e solleciti, ora francamente persecutori, comunque sempre inquietanti.

Scopo di questo lavoro è, prima di tutto, una ricerca storica su origini e sviluppo del concetto psicopatologico di "Esperienza di Presenza". Verrà poi proposta una riflessione clinica tesa ad evidenziarne la diffusione con la proposizione di una serie di bozzetti clinici tratti dalla nostra casistica. In sede conclusiva verranno poi proposte alcune valutazioni psicopatologiche sul significato del fenomeno ed una sua lettura in un'ottica di psicogenesi strutturale.

Notazioni storiche

L'Esperienza di Presenza non ha avuto quella attenzione scientifica che ci si potrebbe attendere in base alla frequenza del fenomeno, peraltro ben conosciuto (e spesso riferito senza piena consapevolezza della sua importanza psicopatologica!) da molti Autori anche non psichiatri⁵⁻⁷.

Jaspers ne diede comunque una definizione che a tutt'oggi si può considerare valida. Testualmente asserisce "... *Ci sono dei soggetti che sperimentano una speciale esperienza (in senso mentale) data dalla consapevolezza che qualcuno sia loro vicino, die-*

Tab. I. Elementi costitutivi della c.d. "Esperienza di Presenza". *The F.P.A. items.*

- a) Sensorio integro
- b) Consapevolezza di presenza (per lo più alla periferia dello spazio coscienziale esterno) di un'entità ben distinta da se stesso
- c) Questa consapevolezza è talvolta sorretta da sfumati attributi sensoriali

Tab. II. Attributi della "Coscienza dell'Io". *Components of Ego Experience* (K. Jaspers, 1913).

- 1) Coscienza di attività
- 2) Coscienza di unità
- 3) Coscienza di identità
- 4) Coscienza della specificità dei propri contenuti di pensiero (coscienza di personalità)

tro o sopra di loro, qualcuno che non sono in grado di percepire attualmente con manifesti attributi sensoriali, ma di cui sperimentano la presenza in modo chiaro e diretto ...”¹.

Nella Letteratura tedesca è importante sottolineare anche, per la precisione ed il rilievo, la descrizione che del fenomeno diede Mayer-Gross nel capitolo, da lui curato, del trattato di Bumke sul senso di falsità ed inganno⁸. Il fenomeno è poi tornato di grande attualità con gli studi di Huber e della Scuola di Bonn sui c.d. “Sintomi di Base” (*Basisstörungen*). Infatti nel sottogruppo dei “disturbi soggettivi da alterata percezione della realtà esterna” (“*Störungen des Gegenstandsbewusstseins*”), possono essere fatte rientrare anche le Esperienze di Presenza². Più recentemente Huber ha aggiunto alla lista dei sintomi di base anche quelli inerenti la difficoltà di distinguere fra dati della realtà e della immaginazione⁹.

Nella Letteratura anglosassone il fenomeno viene indicato come “*False Proximate Awareness*” e l’interesse appare essere circoscritto agli Autori a più diretta influenza continentale¹⁰⁻¹¹. La pubblicazione degli ultimi DSM (IV, IV-TR) ha comunque aperto uno spiraglio, almeno sul piano delle premesse teoriche utili, per poter pensare lo stesso sintomo psicopatologico e la sua importanza. In particolare, la conoscenza di questa nostra particolare condizione appare implicita nel momento in cui si dettano i criteri per definire esperienze allucinatorie ed illusorie¹²⁻¹⁴.

Diffusione del fenomeno: situazioni cliniche e non

L’esperienza di presenza rientra fra quei fenomeni psico(pato)logici che, se adeguatamente cercati, risultano avere una presenza e diffusione di gran lunga superiore a quello che ci si potrebbe comunemente attendere. Studi recenti hanno messo in evidenza come anche fenomeni psicopatologicamente ancora più impegnativi (come le franche allucinazioni) siano evento tutt’altro che raro nella popolazione generale o in particolari contesti culturali o di esistenza¹⁵⁻¹⁶.

Di seguito verranno fornite alcune esemplificazioni cliniche tratte principalmente dalla nostra casistica personale che possono dare, in attesa di studi epidemiologicamente più esaustivi, un’idea della diffusione del fenomeno e della diversità di ambiti in cui può comunemente essere rilevato.

ESPERIENZE MISTICHE

Per evidenziare la non necessaria rilevanza clinica del fenomeno, questa rassegna, necessariamente breve, inizierà dal resoconto di una esperienza mistica di Santa Teresa di Avila che, per molti aspetti, ci propone, con le stesse parole di chi l’ha vissuta, un’attenta e dettagliata descrizione psicopatologica dell’Espe-

rienza di Presenza. Riportiamo alcuni passi della autobiografia di Santa Teresa di Avila¹⁷:

“... mentre un giorno ero in orazione, per la festa del glorioso San Pietro, vidi, o per meglio dire, sentii, perché né con gli occhi del corpo, né con quelli dell’anima vidi nulla, vicino a me Gesù Cristo. Mi sembrava molto vicino e capivo, così almeno mi parve, che era proprio Lui a parlarmi; ignorando in modo assoluto che si potessero avere simili visioni, in principio fui presa da grande spavento e non facevo che piangere, anche se poi una sua sola rassicurante parola bastava a lasciarmi tranquilla e lieta come al solito, senza alcun timore. Mi sembrava che Gesù Cristo mi camminasse sempre a fianco e, poiché non era una visione immaginaria, non vedevo in che forma, ma sentivo ben chiaramente che stava sempre al mio lato destro e che era testimone di tutto quanto facevo, e mai, se mi raccoglievo un poco e non fossi molto distratta, potevo ignorare che mi era vicino”.

La vita spirituale, in specie nella sua dimensione mistica, è tutta tesa verso un percorso interiore volto alla epifania del divino. È un cammino intessuto dal desiderio dell’incontro e dall’invito al manifestarsi rivolto all’entità che si cerca¹⁸. Da sempre la preghiera appare come lo strumento privilegiato di questo percorso in quanto espressione di un movimento interiore verso una relazione personale con Dio. Nella sua dimensione mistica l’acme della preghiera può essere descritto come un monoideismo centrato sull’evocazione dell’incontro che distoglie dalla mente ogni altra realtà per aprirla solo al divino. Nella sua forma estrema la tensione intellettuale è tale che, espulsa ogni altra esperienza sensoriale, l’aspirazione al divino si può rivestire di dati sensoriali come nell’esperienza di Teresa di Avila sopra riportata. La presenza del divino si manifesta così con una vividezza semi-allucinatoria. In altre parole, una realtà interiore finisce per imporsi con una tale forza da essere “contemplata e intesa” in un misto percettivo che è prima di tutto intellettuale, ma anche con connotati sensoriali di vario tipo (tattile, acustico, visivo ...)¹⁹.

Nel mistico questa esperienza di presenza è l’“Incontro” per eccellenza ed ha i connotati di una grazia, di un dono, essendo accompagnata dalla consapevolezza critica della singolarità dell’evento. Inoltre l’Esperienza di Presenza viene, in questo caso, dopo un cammino di avvicinamento caratterizzato da una forte determinazione del soggetto verso il manifestarsi della presenza divina. Permangono le capacità di critica, naturalmente filtrate dalle griglie culturali ed emotive della persona che vive l’esperienza. Esse precedono l’esperienza e permangono dopo di questa. Queste caratteristiche costituiscono i requisiti per una diagnosi differenziale rispetto ad una franca allucinazione (visiva ed uditiva)⁴.

IL COMPAGNO IMMAGINARIO DEI BAMBINI

Nei bambini (specialmente in quelli eideticamente dotati) è assai frequente la fantasia di un compagno immaginario che "presiede" ai propri giochi²⁰. Talvolta l'immaginazione è talmente vivida da acquisire connotati di sensorialità e, in alcuni casi, il fenomeno è tale da far sorgere preoccupazioni nei genitori circa la salute psichica del figlio. Infatti il "compagno" spesso ha un nome, il bambino ci può parlare e può riceverne i messaggi, diventa depositario di saggezza e "suggeritore" di paure. Il bambino può tranquillamente ridimensionarsi e sorridere delle proprie fantasie, ovvero comportarsi secondo quello che il "compagno" gli ha suggerito.

Il fenomeno si verifica per lo più fra i tre ed i sei anni, per fisiologicamente ridursi, fino poi a scomparire^{11 21}. L'esperienza ha tutti i connotati soggettivi (ricerca attiva, parziale critica, possibilità di entrata ed uscita nella esperienza stessa) e sensoriali (vividezza acustica e visiva) della "Esperienza di Presenza". Si presenta inoltre come una credenza personale organizzata che non raggiunge mai comunque la granitica immodificabilità del delirio. Per alcuni versi la potremmo definire una idea prevalente²² con connotati di sensorialità.

In un'ottica evolutiva, l'idea dell'"angelo custode" può essere vista come un residuo dell'esperienza del compagno immaginario di giochi. Naturalmente dopo che sia stata sensorialmente attenuata ed intellettualmente elaborata^{23 24}.

NEL LUTTO (COMPLICATO E NON)

In Letteratura e nella pratica clinica è frequente il riscontro di casi, ad esempio di vedovanza, in cui, dopo la morte del coniuge, il paziente ne comincia ad esperire la confortante presenza^{25 26}. L'esperienza è, come già nel caso di Teresa di Avila, descritta nello spazio coscienziale esterno. Gli attributi sensoriali possono essere assenti, ma anche assai vividi.

La comparsa del sintomo è preceduta da un periodo, più o meno prolungato, di monoideismo centrato sulla figura del defunto, sulle sue caratteristiche fisiche e psichiche. In specie in concomitanza con quegli "attacchi di disperazione" che sono fisiologico reperto delle condizioni di lutto, complicato e non²⁵. Con il tempo questo monoideismo finisce per mettere in sottordine, almeno in certi momenti, ogni altra esperienza sensoriale.

A mo' di esemplificazione riportiamo dalla nostra casistica il caso di una signora di 72 anni (C. Grazia) giunta alla nostra osservazione per una serie di sintomi di tipo extrapiramidale conseguenti alle massicce dosi di neurolettici con cui era stata precedentemente trattata.

La paziente riferiva come, dopo la morte del marito, avvenuta quattro anni prima, avesse cominciato ad

"avere la sensazione che talvolta lui le stesse vicino, in specie nella loro camera da letto". Quando la sera si coricava, "sentiva" che anche lui si metteva al suo posto. Lui stava zitto, ma il letto si avvallava e la mattina, spesso, c'erano i segni della sua presenza. Ponendo attenzione al fenomeno, anzi cercandolo attivamente, "era riuscita a colloquiarmi ... o meglio a far sì che lui la incoraggiasse e le desse consigli, come soleva fare quando era in vita". La paziente "avvertiva" la presenza del marito, "... senza però riuscire a vederlo ...", la sua voce "... però era chiara", veniva da "... un punto alle sue spalle, ma se si girava non vedeva niente ...". L'esperienza veniva descritta come piacevole, anche se un po' inquietante, "solo qualche volta aveva paura ...". La voce confortante del marito era stata sentita per la prima volta dopo un litigio con il figlio: "*... la notte non avevo mai dormito e avevo tanto desiderato che lui ci fosse, che mi consigliasse. Al mattino, poi, per la prima volta ne avevo sentito la voce, come un brusio lontano che poi si era fatto più nitido ...*". La paziente fu insieme allietata e sorpresa del fenomeno che da allora prese a cercare attivamente ogni notte.

Si tratta di una personalità dipendente (evidenziata anche all'MPPI), vissuta tutta la vita all'ombra del marito. Dopo la morte di questi la paziente aveva vissuto un grave lutto che si era complicato, assumendo le caratteristiche cliniche di un "lutto patologico"²⁵. L'insorgere dell'"Esperienza di Presenza" le aveva dato sicurezza e tranquillità. In qualche modo da allora la vita era ripresa, anche se il "contatto con il marito" aveva assunto il vertice dei suoi pensieri. L'incontro serale con lui era diventato un punto di arrivo delle sue giornate.

La sospensione dei neurolettici fece migliorare velocemente le condizioni cliniche della paziente. La dialogizzazione dell'esperienza le tolse molti degli aspetti inquietanti permettendole una distanziamento tale da arrivare a poterla riferire con le caratteristiche del "come se fosse reale".

NELLO STRESS ESTREMO

L'Esperienza di Presenza è stata osservata anche in individui sottoposti a condizioni di grande stress psico-fisico inquadabili clinicamente come Disturbi Post-Traumatici da Stress (guerre, viaggi, naufragi, episodi di pericolo di vita) ed anche in corso di periodi particolarmente difficili e "critici" dell'esistenza, come di fronte a scelte drammatiche e devastanti il consueto assetto di identità²⁷.

Cominciamo da questa seconda categoria dove lo stress estremo è di natura essenzialmente psicologica, per parlare poi del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) che ha assunto nei recenti Manuali Nosografici valore di un vero e proprio quadro nosografico autonomo^{12 13 28}.

Dalla casistica personale riportiamo il caso di M. Maria Pia, di 63 anni, casalinga, pensionata, giunta alla nostra osservazione per una depressione reattiva alla separazione dal marito. Si tratta di una donna semplice che tutta la vita ha “sopportato” il marito, a lei superiore per cultura, estrazione sociale, possibilità economiche, ecc. Da lui ha dovuto subire molte infedeltà, neanche tanto nascoste. È stato per lei un affronto insopportabile il fatto che lui sia andato a vivere con un'altra donna, pur pretendendo di restare suo marito. In questa situazione esistenziale ha vissuto un conflitto devastante fra una sua dignità che non poteva essere ulteriormente offesa e la voglia di restare legata (e succube!) di quell'uomo “nonostante tutto”. Ha una personalità con evidenti tratti di “sensitività” (secondo Kretschmer) e di dipendenza²⁹.

In questo contesto di grande tensione la figura del suocero, morto da alcuni anni (da lei assistito quando era stato malato e che le era stato di conforto in molti momenti critici dell'esistenza) ha cominciato a “farsi sentire”, “a farle capire che lui c'era e che non l'aveva abbandonata”. Questa presenza, attivamente cercata, si manifesta nei momenti in cui sta per prendere decisioni importanti. In breve diventa un punto di riferimento della sua vita, a lui si rivolge con rimpianto ed in uno stato d'animo teso dal desiderio di relazione e di conforto. In particolare, nei momenti più critici, quando l'ipotesi della separazione si fa sempre più insistente:

“... in camera da sola ... sentivo il letto che si abbassava ... ero sicura che lui (il suocero) se ne stava lì ... All'inizio avevo una gran paura ero come raggelata dal terrore ... ma sentivo che era una presenza buona ... Avevo difficoltà ad addormentarmi, ma poi, quando il sonno arrivava era piacevole. Sognavo lui che mi confortava, mi abbracciava, mi dava anche i numeri del lotto ...”. Gli episodi si sono protratti (sempre cercati attivamente dalla paziente) per tutto il periodo critico in cui ha preso la decisione di separarsi dal marito. Poi si sono attenuati ed infine sono scomparsi, ma anche ora se lo ricerca pensando attivamente, il suocero torna a far sentire la sua “presenza”.

La paziente è molto critica nei confronti dell'esperienza vissuta che comunque accetta come un dono per l'aspetto confortante. Inoltre la sua fede nella vita ultraterrena le conferma, almeno nella possibilità, che tutto quello che le capita possa non essere solo frutto della sua fantasia. Ad ogni buon conto la paziente ci tiene a precisare che: *“Lei dottore è il primo a cui ne parlo!”*.

La Presenza che compare in queste condizioni, aiuta ed incoraggia, anche se talvolta acquisisce connotati persecutori. È il caso di questa nostra altra paziente.

T. Lidia viene da una famiglia di ferventi cattolici. Fin da piccola è stata educata ad andare in chiesa e soprattutto ad onorare i defunti. Il tema della intercessione dei defunti presso Dio (per ottenere conforto, aiuto, attenzioni speciali ...) è stata una costante della sua vita. Recentemente ha avuto una serie di lutti, complicati da difficoltà economiche ed esistenziali ed in ultimo anche da una malattia (fisica) personale, una malattia grave con minaccia mortale. Il culto dei defunti (dei suoi defunti!) è stato accentuato e, in un primo momento, ha avuto successo ma poi, in questa “corrispondenza d'amorosi sensi”, si sono inserite altre presenze: delle vere e proprie “anime dannate”. Lei “sente” (senza attributi di sensorialità) che “si fanno avanti loro” e riempiono lo spazio dietro di lei. Così impediscono ai cari defunti di esserle vicino. Disturbano i suoi pensieri, le rendono penosa anche la frequenza in luoghi santi. Talvolta trova tracce del loro passaggio: candele spente, immagini sacre spostate, piegate, rotte. La paziente è convinta della veridicità di quanto vive e difende le sue percezioni, ma non più di quanto difenderebbe la verità della venuta di Nostro Signore.

Anche in questo caso la paziente era stata trattata (senza grande successo) con neurolettici.

L'Esperienza di Presenza che la nostra paziente prova può avere “*nuances*” sensoriali, ma perlopiù è acquisita soprattutto intellettualmente. In qualche modo essa esprime la traduzione sensoriale di credenze personali o esperienze di vita (nel caso della prima paziente il ricordo confortante delle conversazioni con il suocero) che, nella eccezionalità dei fatti, acquisiscono un grande potere evocativo.

Per molti aspetti, queste condizioni parafisiologiche ed abbastanza comuni possono essere avvicinate all'incontro con entità mitiche come lo “Yeti” per gli esploratori himalaiani, o ai “vascelli fantasma” dei naufraghi, o alle “presenze extrasensoriali” in particolari momenti o condizioni esistenziali come nel caso delle nostre due pazienti. La Letteratura, ed i resoconti di viaggio in particolare, sono pieni di ineccepibili descrizioni di tale vissuto⁷. Fra questi ricordiamo per la precisione “psicopatologica” della descrizione, il racconto di Conrad “Il coinquilino segreto”⁵.

Esperienze simili vengono riferite anche nelle condizioni di “vicinanza con la morte” (“*Near Death Experiences*”) che si hanno in corso di prolungati pericoli per la vita o di ingresso ed uscita in stati comatosi^{30 31}.

NEL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (PTSD)

La condizione soggettiva che abbiamo indicato come “Esperienza di Presenza” viene facilmente riscontrata in corso di un “Disturbo Post-Traumatico

da Stress”^{32 33}. In questi casi le Esperienze di Presenza tenderanno ad essere messe dal clinico, e spesso anche dal paziente, in una posizione di secondo piano rispetto alla drammaticità psicopatologica e comportamentale delle altre manifestazioni del quadro clinico³⁴. Comunque nella nostra esperienza personale vale sempre la pena di considerare la possibilità di riferirsi al sintomo “Esperienza di Presenza”, in quanto:

- permane spesso anche al di fuori della fase acuta dei sintomi, i pazienti cioè lo possono riferire anche quando tutta l'altra sintomatologia (tipica delle fasi più drammatiche del PTSD) è venuta meno;
- è spesso connessa con l'evento (o gli eventi) causali del disturbo e può acquistare, al di fuori dell'episodio acuto, un'"allure" decisamente persecutoria.

Riportiamo il caso di un paziente (R.A.) visto in consulenza psichiatrica dopo un grave incidente ferroviario che ne aveva comportato l'amputazione di netto di entrambe le gambe.

Oltre al quadro clinico caratteristico di un PTSD, che comportava drammatiche esperienze in cui, in uno stato di allarme incontenibile, il paziente riviveva, più o meno rielaborata, la scena del trauma, veniva riferito il permanere, pressoché continuo, della sensazione soggettiva che ci fosse un treno, ma forse anche qualcos'altro (un carro armato, un autobus, una carrozza, talvolta anche un uomo minaccioso ...) dietro di lui, che stesse per aggredirlo da un momento all'altro. Nella fattispecie della nostra consulenza aveva sferrato un pugno ad una infermiera che giungendo da dietro aveva appoggiato un oggetto sul suo guanciale.

NELLE PSICOSI ENDOGENE

Nell'ambito della patologia psichiatrica c.d. “maggiore” un sintomo come quello della “Esperienza di Presenza” può facilmente passare in sottordine, fino a non essere preso nemmeno in considerazione. È così in pazienti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico o affettivo in cui l'esperienza è spesso concomitante con altri sintomi psicotici che dominano il quadro fenomenico/clinico, sintomi che, tendenzialmente, vengono gerarchicamente considerati più importanti da parte dell'intervistatore.

Gli studi di Huber e della Scuola di Bonn sui c.d. “sintomi di Base” (*Basisstorungen*) hanno messo in evidenza come l'esperienza di “Anwesenheit” (così viene indicata l'Esperienza di Presenza dagli Autori di lingua tedesca) possa essere proprio uno dei “sintomi di base” che precedono l'esperienza psicotica vera e propria²⁹. Anche in fase di eclatanza clinica, se indagato con cura, l'Esperienza di Presenza (che in questo tipo di patologia si può avere sia nello spa-

zio coscienziale interno che esterno) è di frequente riscontro in molti stati psicotici non solo di tipo schizofrenico, ma anche affettivo³⁵.

A questo proposito riportiamo il caso di una nostra paziente (S.A.) con una storia di Ciclotimia (DSM IV) che, in concomitanza con eventi di vita, ha approfondito le consuete oscillazioni timiche fino a configurare un quadro di franco Disturbo Affettivo Bipolare (DSM IV). Ora ha 52 anni, è una donna colta, ben inserita socialmente. Negli ultimi anni ha avuto varie gravi crisi depressive seguite da rimbalzi disforico-ipertimici. Anche nei periodi intercritici sono presenti idee ipocondriache, cenestopatie e esperienze pseudoallucinatorie molteplici. Fra queste la più pervicace viene così descritta:

“... ho spesso (e sempre nei momenti in cui sto male) la sensazione che dietro di me ci sia qualcuno, che mi sorveglia mi controlla, talvolta mi minaccia. Con ogni probabilità una Entità Maligna, ma a volte non ne sarei sicura, che cerca di uscire, di manifestarsi, ma non ne ho mai avuto una esperienza diretta. Però una volta ho percepito come un fascio di luce che da dietro mi ha colpito, mentre dormivo nel mio letto. Un'altra volta l'ho sentita come una scarica elettrica che mi ha attraversato tutto il corpo, partendo dai piedi e salendo fino alla testa. Un'altra volta, quando stavo male, ho avuto la sensazione che mi dicesse: ... morirai ...”.

Tutte queste sensazioni sono sottoposte a critica, anche se aperta al dubbio. La paziente comunque difende, sia pure in maniera critica, la veridicità di quanto percepito.

La nostra paziente riferisce di aver provato esperienze simili fin da quando era piccola, rivelando in questo una difficoltà costitutiva della esperienza sensoriale di sé ed una modificazione del proprio spazio coscienziale in senso allopatico. Gli studi sugli stati pre-psicotici (in primo luogo pre-schizofrenici) pongono in grande rilievo un difetto costitutivo nella costruzione dell'esperienza sensoriale di sé come uno dei fondamentali fattori di vulnerabilità nei confronti del rischio di ammalarsi di schizofrenia. Allo stesso modo una tendenza abnorme alla fluttuazione del proprio spazio coscienziale può essere vista come un punto di partenza per molte condizioni psicopatologiche non necessariamente di tipo schizofrenico^{36 37}.

IN DISTURBI DI PERSONALITÀ

La percezione di una presenza nel proprio spazio coscienziale esterno in corso di diverse strutturazioni patologiche di identità è fenomeno descritto da vari Autori. Si va dalla quasi ubiquitarietà del fenomeno in corso di Disturbo *Borderline*^{11 38 39} o di Personalità con tratti sensitivi secondo Kretschmer²⁹. In queste personalità il fenomeno è così frequente che spesso

viene vissuto come esperienza comune e consueta: “normale”.

Come esempio riportiamo il caso di una giovane donna (Silvana D.) con un disturbo di personalità complesso, caratterizzato da tratti schizoidi e istrionici (evidenziati anche all'MMPI). La paziente riferisce di aver sempre avuto la sensazione “di non essere sola, che qualcuno fosse con lei. Fino da quando era bambina”. Da qui la sua idea di essere una predestinata, senza però mai sapere bene “a cosa predestinata”. Spesso ha sfiorato l'idea di essere una reincarnazione della Madonna. Altre volte di essere “figlia di Satana”. Attualmente (ma ormai da molti anni!) la paziente riferisce che “... presenze inquietanti accompagnano la sua esistenza, in particolare quando è in casa, nella sua camera ha la sensazione che nella stanza accanto ci sia qualcuno che la spia, la osserva, la controlla. Questa esperienza è pervasiva e sgradevole, perlòpiù egodistonica. Talvolta compaiono anche franche esperienze dispercettive di tipo uditivo, che comunque la paziente critica ed elabora secondo complessi schemi culturali così che queste assumono caratteristiche fenomeniche di tipo pseudo-allucinatorio.

IN PATOLOGIA NEUROLOGICA

Il fenomeno è anche assai diffuso in condizioni cliniche con patogenesi organica ben stabilita. Ad esempio in ambito neurologico sono assai frequenti i casi di pazienti con “aure” temporali che producono una tipica Esperienza di Presenza in questo caso sia interna che esterna⁴⁰.

Come esempio riportiamo il caso di una paziente epilettica (B. Palma) con psicosi allucinatoria innestata. La produttività psicotica viene parzialmente controllata dal neurolettico. Esistono episodi “critici” anche sotto terapia antiepilettica, caratterizzati da stati crepuscolari della coscienza. Uno di questi è stato osservato direttamente anche da uno di noi. È in terapia con Carbamazepina 800 mg/die, Risperidone 6 mg/die, Diazepam 10 mg/die.

Le esperienze di presenza sono comuni, tipiche anche dei periodi intercritici ed anche quando la sintomatologia francamente psicotica sembra sotto controllo. Ecco una sua tipica descrizione: “... *Mentre facevo da mangiare ... ho avuto la sensazione che in casa ci fosse qualcuno ... paura profonda ... Non sapevo chi fosse, ma era qualcuno di molto cattivo e minaccioso, una presenza inquietante e cattiva ...*”.

Il fenomeno è molto frequente nella vita della paziente, ma è soprattutto tipico dei momenti critici dell'esistenza. Ad esempio l'episodio riportato sopra virgolettato è stato scatenato da cambiamenti nell'ambiente di lavoro, che hanno comportato una sua difficoltà a organizzare la propria attività. In partico-

lare è stata messa in crisi dal dover fare più mansioni in contemporanea.

IN INTOSSICAZIONI E TOSSICOMANIE

Il fenomeno è stato osservato anche in corso di intossicazione o iperdosaggio di farmaci ad effetto dopaminergico e serotoninergico diretto come i derivati ergotaminici (in particolare la Lisuride). Anche certe droghe come la Psicobicina possono determinare massivi fenomeni del tipo di quello che andiamo descrivendo^{41 42}.

Questi dati tossicologici e clinici suggeriscono un coinvolgimento della via dopaminergica e serotoninergica nella fisiopatologia del fenomeno.

Come esempio riportiamo il caso di un giovane tossicodipendente (G.A.) che riferisce di aver “da sempre” avuto la sensazione di non essere mai solo (“*anche quando ero in cima ad un monte avevo la sensazione che qualcuno mi fosse vicino, che stesse dietro di me ...*”).

Poi con l'uso di sostanze psicostimolanti (in particolare cannabis e cocaina, ma anche anfetamina, ecstasy, LSD ...) il sintomo (fino ad allora una tipica Esperienza di Presenza) si è dilatato e in qualche modo “concretizzato”. In particolare la “Presenza” ha sempre più preso i connotati del padre, e la sua figura è diventata poi fisica e francamente allucinatoria. Inoltre l'esperienza sensoriale si è fatta complessa: la figura del padre si sdoppia e una schiera di demoni che, in alcuni momenti critici determinati dall'uso di sostanze psicostimolanti, dà luogo a veri e propri ritualismi tipici di persone che si sentono assediate, colorati anche da una ricca componente psicosensoriale: “voci”, toccamenti ecc.

Questo caso (come peraltro il precedente) ci permette una lettura *in fieri* di una possibile costruzione della esperienza di presenza e delle sue possibili evoluzioni. L'ipotesi è quella dell'esistenza (fino dalle prime fasi della vita del nostro paziente) di un qualche difetto di base nella costituzione della coscienza sensoriale di sé, declinato in un'alterazione (in senso allopatico dello spazio coscienziale). Il difetto, per molto tempo, è rimasto limitato alla espressione clinica di una “Esperienza di Presenza”. Poi l'uso di sostanze sembra aver funzionato da catalizzatore per l'esplosione di una franca sintomatologia psicotica.

Considerazioni psicopatologiche

L'Esperienza di Presenza può essere vista come un abnorme stato di coscienza, l'espressione clinica di un'alterazione delle condizioni che permettono una buona strutturazione dello spazio coscienziale.

Possiamo definire la Coscienza come la consapevolezza di se stessi e del mondo oggettivo. Quindi una

funzione integrativa che organizza il campo dell'esperienza sensibile attuale ed assicura l'orientamento spazio-temporale ed i processi di decisione e di scelta. Come Mérelau Ponty ha messo in evidenza parlare di Coscienza vuol dire parlare di una funzione, ma soprattutto di uno spazio, di un campo.

Il campo della Coscienza (quello che comunemente viene indicato come lo "spazio coscienziale") può essere definito come "lo spazio dell'attenzione più il suo sfondo". La fisiologia dello spazio coscienziale, una volta definito come sopra, ha come pilastro ineludibile una efficace (ferma e flessibile insieme) distinzione fra una sua parte interna (spazio coscienziale interno) ed una parte esterna (spazio coscienziale esterno). Lo scrinio fra lo spazio coscienziale esterno ed interno, fra ciò che sta dentro e ciò che sta fuori, è basilare per la comprensione di ogni fenomeno psicologico e psicopatologico. Anzi si può dire che molte esperienze psicopatologiche nascono proprio da una alterazione di questa capacità di discriminazione.

In realtà, nella comune vita psichica, questa barriera è una membrana continuamente e fisiologicamente oltrepassata, sia in un senso che nell'altro. Il fenomeno è dunque dotato di flessibilità per cui è sempre possibile un movimento di va e vieni. Quando questa flessibilità si perde si possono avere sia fenomeni introiettivi (elementi comunemente percepiti nello spazio coscienziale esterno vengono trasferiti nello spazio coscienziale interno) che proiettivi, dove il movimento è inverso. Fenomeni introiettivi si hanno negli stati dissociativi isterici e negli stati di sospensione-diffusione della coscienza. Fenomeni proiettivi in tutte le esperienze di conoscenza intuitive e, all'estremo, nella esperienza paranoica.

L'Esperienza di Presenza può essere interpretata come la trasposizione, spesso anche attivamente cercata (permanendo una posizione del soggetto sufficientemente critica), di una realtà internamente costruita, nello spazio esterno.

Centrale alla costruzione dell'esperienza è la volontà del soggetto, intesa come capacità di dirigere i contenuti del proprio psichismo verso una determinata meta. Questa capacità (la sua maggiore o minore integrità) si può considerare basilare nel costruire la fisiologia o patologia dell'Esperienza di Presenza. Inoltre questa capacità è inversamente proporzionale al "quid" di inquietante che l'esperienza porta con sé. Quanto più il soggetto la riconosce come propria, sintonica, quanto meno ha connotati persecutori, sgradevoli o intrusivi.

La comparsa di sensazioni riconducibili all'Esperienza di Presenza può essere, psicogenicamente, inquadrata come l'epifenomeno conseguente:

- 1) ad una precaria costituzione dell'esperienza sensoriale di sé e dello spazio intersoggettivo;
- 2) ad alcune condizioni esistenziali (con significato di eventi scatenanti) che provochino un abbassamento della "distanza" fra immagine interna dell'oggetto da percepire ed oggetto percepito. Fino a far sì che questi due aspetti del problema vengano ad avvicinarsi ed a confondersi. Così le sensazioni (intese con W.E. Straus come costrutti tutti soggettivi che non cercano, né accettano, la logica spaziale del mondo condiviso) si danno con una vividezza quasi percettiva⁴³.

Nell'Esperienza di Presenza si abbozzano le premesse per l'instaurarsi di un nuovo stile di esperienza il cui compimento più completo può essere ravvisato nell'esperienza allucinatoria franca. Ed è qui che arrivano molti dei pazienti che abbiamo portato con proposito esemplificativo. Già però a livello di "Esperienza di Presenza" si instaura una nuova (o forse più antica!) spazialità dell'esperienza in cui Io e Mondo si sovrappongono. L'esperienza perde gli attributi della spazialità condivisa, e fra questi anche quello di poter essere detta con il linguaggio (strumento principe di ogni relazionalità), per acquisire connotati sensoriali che solitamente attengono alla percezione.

Una difficoltà nella costruzione della coscienza sensoriale di sé sembra costituire la difficoltà di base (un vero e proprio "sintomo di base" in senso huberiano) che costituisce il terreno su cui l'Esperienza di Presenza può allignare. In quest'ottica, della difficoltà costitutiva dello spazio coscienziale l'Esperienza di Presenza, rappresenta una declinazione in senso allopatico. Il fenomeno appare molto diffuso, sia fra persone affette da particolari patologie psichiatriche, sia in varie condizioni morbose, magari "fra le righe" di sintomi assai più eclatanti.

La conoscenza del fenomeno e della sua frequenza può permettere una via d'accesso alla comprensione di comportamenti "strani e bizzarri" ed a capirne la valenza interiore nel vissuto di molti pazienti. Permette inoltre di evitare di ascrivere un fenomeno psicopatologico di confine (quale l'Esperienza di Presenza) ad un franco disturbo psicotico che inevitabilmente innesca una serie di "doverose" misure terapeutiche che, come in uno dei bozzetti clinici riportati, sono tutt'altro che scervi da conseguenze sia sul piano medico che di etichettamento sociale.

Bibliografia

- 1 Jaspers K. *Über leibhaftige Bewusstheiten (Bewusstheitstauschungen) ein psychopathologisches Elementarsymptom*. Zschr Pathopsychol 1913;2:157-61.
- 2 Gros G, Huber G. *Sensorische Störungen bei Schizophrenien*. Arch Psych Nervenkr 1972;216:119-30.
- 3 Dening TR, Berrios GE. *Autoscopic phenomena*. Br J Psychiatry 1995;165:808-17.
- 4 Lorenzi P, Hardoy MC, Cabras PL. *False Proximate Awareness (FPA): an experience at the border of psychopathology*. Rivista di Psichiatria 2004;4:223-8.
- 5 Conrad J. *Il coinquilino segreto*. In: Conrad J, editor. *Racconti di mare e di costa*. Milano: Mondadori 1971.
- 6 Highsmith P. *The talented Mr Ripley*. Middlesex: Penguin Books 1976.
- 7 McCulloch W. *A certain archway: autoscopia and its companions seen in Western writing*. Hist Psychiatry 1992;3:59-78.
- 8 Mayer-Gross W. *Psychopathologie und Klinik der Truwahrnehmungen*. In: Bumke O, editor. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Berlin: Springer 1928, Band I.
- 9 Huber G. *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. Nervenarzt 1983;54:23-32.
- 10 Trethowan WH. *Psychiatry*. 4th Edn. London: Bailliere Tindall 1979.
- 11 Thompson C. *Anwesenheit: psychopathology and clinical associations*. Br J Psychiatry 1982;141:628-30.
- 12 American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Edn. Washington: A.P.A. 1994.
- 13 American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edn. Washington: A.P.A. 2000.
- 14 Modestin J, Ebner G, Junghan M, Erni T. *Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients*. Compr Psychiatry 1996;37:355-61.
- 15 Al-Issa I. *The illusion of reality or the reality of illusion. Hallucinations and culture*. Br J Psychiatry 1995;166:368-73.
- 16 Bentall P. *The illusion of reality. A review and integration of psychological research on hallucinations*. Psychol Bull 1990;107:82-95.
- 17 Teresa di Avila. *Liber de mi vida*. Trad. it. *Libro della mia vita*. Milano: Edizioni Paoline 1988.
- 18 Vergote A. *Religione, fede, incredulità*. Milano: Edizioni Paoline 1985.
- 19 Nava V. *Immaginazione, allucinazioni e apparizioni. Abbozzo di una fenomenologia della presenza interiore del soprannaturale*. Neurologia Psichiatria Scienze Umane 1995;3:333-55.
- 20 Bender I, Vogel BF. *Imaginary companions of childhood*. Am J Orthopsychiatry 1941;11:56-65.
- 21 Kraupl-Taylor F. *Pseudo-hallucinations*. Psychol Med 1981;11:265-71.
- 22 McKenna PJ. *Disorders with overevaluated ideas*. Br J Psychiatry 1984;145:579-85.
- 23 Ossola C. *Gli Angeli Custodi. Storie e figure dell'amico vero*. Torino: Einaudi 2004.
- 24 Rank O (1914). *Der Doppelgänger*. Trad. it. *Il doppio, il significato del sosia nella letteratura e nel folklore*. Milano: Sugar Co Ed. 1979.
- 25 Clayton PJ. *Bereavement and Depression*. J Clin Psychiatry 1990;51,7:34-40.
- 26 Parkes CM. *Bereavement, studies of grief in adult life*. London: Penguin Books 1991.
- 27 Faguet RA. *With the eyes of the mind: autoscopic phenomena in the hospital setting*. Gen Hosp Psychiatry 1979;4:311-4.
- 28 World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptors and diagnostic guidelines*. Trad. it. *ICD-10: decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Milano: Masson 1992.
- 29 Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer-Verlag 1918.
- 30 Greyson B. *The Near Death Experience as a focus of clinical attention*. Nerv Ment Dis 1997;185:327-34.
- 31 Simpson JN. *Near Death Experience: A concept analysis as applied to nursing*. Adv Nerv 2001;36:520-6.
- 32 Gersons BP, Carlier IV. *Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept*. Br J Psychiatry 1992;161:742-8.
- 33 Horowitz MJ, Stinson C, Field N. *Natural disasters and stress response syndromes*. Psychiatr Ann 1991;21:556-62.
- 34 McFarlane AC. *The aetiology of post traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors*. Br J Psychiatry 1989;154:221-8.
- 35 Lorenzi P, Pazzagli A. *Le Psicosi Bianche, una riflessione psicopatologica e clinica sulle schizofrenie paucisintomatiche*. 2005 (in stampa).
- 36 Parnas J, Handest P. *Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia*. Compr Psychiatry 2003;2:121-34.
- 37 Prince M, Phelan M. *Invisible schizophrenia: a postal survey of the incidence and management of new cases of schizophrenia in primary care*. J Mental Health 1994;3:91-8.
- 38 Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J. *The dissociative experiences of borderline patients*. Compr Psychiatry 2000;41:223-7.
- 39 Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. *Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 1979;36:17-24.
- 40 Trimble MR. *Body image and temporal lobe*. Br J Psychiatry 1986;153:12-14.
- 41 Hollister LE. *Drug induced psychiatric disorders and their management*. Med Toxicol 1986;1:428-48.
- 42 Lewerke FM, Gerth CW, Klosterkötter J. *Cannabis-associated psychosis: current status of research*. Drugs 2004;18:895-910.
- 43 Straus EW. *Vom Sinn der Sinne*. Berlin: Springer 1935.