

Eugen Bleuler

Dementia praecox  
O  
il gruppo delle schizofrenie

Traduzione integrale di Antonello Sciacchitano



## Presentazione

Fino al 1952, anno della prima pubblicazione del DSM, esisteva il pensiero psichiatrico. Da allora, anche per l'urto della psicofarmacologia, ha cominciato a declinare e oggi ragionevolmente ci chiediamo quanto ne sopravviva.

Storicamente i pensieri psichiatrici sono stati due: quello francese e quello tedesco, spesso, se non in conflitto, almeno in contrapposizione. Il francese privilegiava i deliri cronici, sul versante paranoico, e gli automatismi mentali, mentre quello tedesco la demenza e la dissociazione.

Proporre la traduzione integrale di un classico tedesco come la *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie* di Eugen Bleuler non è il prodotto della semplice nostalgia per un pensiero ormai obsoleto; non è una semplice operazione accademica di recupero storico. Significa andare alle fonti della meditazione occidentale sulla follia, che poi non sono molto distanti dalle fonti del pensiero psicanalitico freudiano.

Naturalmente, occorre attraversare e superare gli idiotismi degli autori, nel caso quelli di grandi pensatori come Bleuler e Freud. Quelli di Bleuler nella *Dementia praecox* sono stati spesso evidenziati con brevi note di traduzione, a volte necessarie per affrontare le asperità dell'idioma bleuleriano, che non raggiunge vette letterarie eccelse. La traduzione integrale del capolavoro di Bleuler ha conservato tutte le difficoltà, non ne ha censurata nessuna, nella convinzione che anche gli idiotismi, forse perché sono così singolari, celino verità ancora da svelare, dietro la veste dell'errore, dell'ideologia e talvolta del delirio. Se poi la traduzione compare sotto il titolo di una casa editrice on line, si presenta l'occasione imperdibile della possibile interazione immediata con gli psichiatri, se mai esistono, ancora interessati alla riflessione – teorica, sociale, politica – sulla follia, che per i vari DSM, ideologicamente impostati per gestire la devianza sociale da controllare farmacologicamente e assicurativamente, non deve più essere posta.

I non psichiatri, invece, possono leggere il testo proposto come un romanzo che narra la storia di una malattia incurabile, perché non è una malattia.

Eugen Bleuler

DEMENTIA PRAECOX

O

IL GRUPPO DELLE

SCHIZOFRENIE

(1911)

Traduzione integrale e note di Antonello Sciacchitano



Titolo originale  
*Dementia praecox*  
*Oder*  
*Gruppe der Schizophrenien*  
Franz Deuticke  
Leipzig e Vienna  
1911

Prima edizione digitale 2017  
© 2017 Polimnia Digital Editions s.r.l.,  
via Campo Marzio 34 - 33077 Sacile (PN)  
Tel. + 39 0434 73.44.72  
[www.polimniadigitaleditions.com](http://www.polimniadigitaleditions.com)  
[info@polimniadigitaleditions.com](mailto:info@polimniadigitaleditions.com)

Traduzione integrale e note di ANTONELLO SCIACCHITANO

ISBN: 978-88-99193-34-8  
ISBN-A: 9788899193/348

# Indice generale

<i>Una malattia “essenziale”, essenzialmente non malattia</i> .....	IX
Antonello Sciacchitano	
Prefazione.....	XIX
Introduzione.....	1
Riferimenti storici .....	1
Il nome della malattia .....	5
La definizione.....	7
Parte prima – La sintomatologia.....	12
Introduzione.....	12
Capitolo 1 – I sintomi fondamentali .....	13
A. Le funzioni semplici .....	13
a) Le funzioni semplici alterate .....	13
$\alpha$ ) Le associazioni.....	13
$\beta$ ) L’affettività .....	40
$\gamma$ ) L’ambivalenza .....	52
b) Le funzioni intatte .....	54
$\alpha$ ) La sensazione e la percezione .....	55
$\beta$ ) L’orientamento .....	57
$\gamma$ ) La memoria .....	58
$\delta$ ) La coscienza.....	61
$\varepsilon$ ) La motilità.....	62
B. Le funzioni composte.....	62
$\alpha$ ) Il rapporto con la realtà. Autismo .....	63
$\beta$ ) L’attenzione.....	68
$\gamma$ ) La volontà .....	70

δ) La persona .....	71
ε) La demenza schizofrenica .....	71
ζ) L'agire e il comportamento.....	89
Capitolo 2 – I sintomi accessori.....	95
α) Le dispercezioni .....	95
β) Le idee deliranti.....	116
γ) Disturbi accessori della memoria.....	138
δ) La persona .....	142
ε) Linguaggio e scrittura.....	146
ζ) I sintomi corporei .....	159
η) I sintomi catatonici .....	178
1. La catalessia.....	179
2. Lo stupore .....	182
3. L'ipercinesia .....	183
4. Le stereotipie.....	184
5. I manierismi.....	188
6. Il negativismo .....	189
7. L'automatismo di comando e l'ecoprassia.....	196
8. Gli automatismi.....	197
9. L'impulsività.....	202
θ) Le sindromi acute .....	203
1. Stati melanconici .....	205
2. Stati maniacali .....	207
3. Stati catatonici.....	208
4. Il delirio.....	212
5. Gli stati crepuscolari .....	213
6. Intontimento (o ottundimento) .....	216
7. Confusione, incoerenza .....	219
8. Accessi d'ira .....	219

9. Eccitazioni delle ricorrenze .....	220
10. Lo stupore .....	220
11. Deliri .....	220
12. Stati di automatismo ambulatorio.....	221
13. Dipsomania .....	221
Parte seconda – I sottogruppi.....	222
Introduzione.....	222
A. La forma paranoide.....	223
B. La catatonìa.....	227
C. L'ebefrenia.....	228
D. Schizofrenia simplex.....	230
E. Gruppi speciali.....	233
a) Periodici .....	233
b) Gruppi di età.....	234
c) Gruppi eziologici .....	236
d) Gruppi di gravità.....	237
Parte terza – Il decorso.....	239
A. Il decorso temporale .....	239
B. L'inizio .....	244
C. L'esito .....	247
a) La morte .....	247
b) Grado di deterioramento. Possibilità di guarigione.....	248
D. Gli stati finali .....	255
Parte quarta – Associazioni tra schizofrenia e altre psicosi.....	258
a) [Idiozia].....	258
b) [Psicosi organiche].....	258
c) [Alcolismo].....	260
d) [Follia maniaco depressiva].....	260
e) [Epilessia].....	261

f) [Isteria, nevrastenia, paranoia] .....	261
g) [Delirio febbrile] .....	262
Parte quinta – Il concetto della malattia .....	263
Parte sesta – La diagnosi .....	285
A. Generalità .....	285
B. Significato diagnostico differenziale dei singoli sintomi .....	289
C. La diagnosi differenziale .....	294
a) [La follia maniaco-depressiva] .....	294
b) [Le psicosi organiche] .....	301
c) [L'idiozia] .....	304
d) [La paranoia] .....	305
e) [L'epilessia] .....	306
f) [L'alcolismo cronico] .....	308
g) [Le confusioni acute – amentia] .....	309
h) [L'isteria e la nevrastenia] .....	310
i) [Le follie degenerative] .....	315
k) [Il morbo di Basedow] .....	316
l) [La simulazione] .....	316
Parte settima – La prognosi .....	317
Parte ottava – Frequenza ed estensione .....	323
Parte nona – Le cause .....	325
A. [Ereditarietà] .....	325
B. [L'età] .....	328
C. [Predisposizioni individuali] .....	329
Parte decima – La teoria .....	335
Capitolo 1 – La teoria dei sintomi .....	335
A. I sintomi primari .....	336
B. I sintomi secondari .....	339
a) I singoli sintomi .....	339



b) L'origine dei sintomi secondari .....	341
α) Corso dei pensieri. Scissione .....	342
β) L'affettività .....	351
γ) L'autismo .....	359
δ) L'ambivalenza .....	361
ε) La memoria e l'orientamento .....	362
ζ) La demenza schizofrenica .....	364
η) La falsificazione della realtà.....	368
1. Le idee deliranti.....	368
2. Le dispercezioni .....	373
3. Gli inganni della memoria .....	375
4. Genesi delle illusioni di realtà .....	376
Rapporti tra schizofrenia e sogno.....	422
θ) I sintomi catatonici .....	424
1. Generalità.....	424
2. Stupore.....	425
3. Negativismo.....	425
4. I sintomi motori.....	427
5. I complessi sintomatologici catatonici. Automatismi.....	431
6. I manierismi.....	434
ι) Punti di vista generali .....	441
Capitolo 2 – La teoria della malattia.....	443
A. La concezione della malattia .....	443
B. Il processo morboso .....	447
Parte undicesima – La terapia .....	452
Bibliografia .....	469
Indice dei temi.....	500
Indice dei nomi.....	507

## *Una malattia “essenziale”, essenzialmente non malattia*

“Quel che penso, lo suonano le campane, le carrozze lo scricchiolano, lo abbaiano i cani, lo cantano gli uccelli”. [...] Molti schizofrenici dicono in piccolo o in grande verità che il sano non pensa nemmeno.

E. Bleuler, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, 1911

È innegabile che il nostro filosofare acquista un'indesiderata somiglianza d'espressione e di contenuto con il modo di operare degli schizofrenici.

S. Freud, *L'inconscio*, 1915

È facile far la prova. Si apra una delle ultime versioni del Manuale statistico-diagnostico delle malattie mentali, il ben noto DSM. Già dalle prime pagine appare chiaro che la psichiatria non esiste più. Non si leggono termini psichiatrici. Non esistono né psicosi, né nevrosi, men che meno esiste la follia, l'isteria non compare neppure sotto le spoglie dell'aggettivo. Si parla solo di disturbi. Con una sola eccezione: si parla ancora di schizofrenia.

Allora parliamone, per esempio, traducendo l'*opus magnum* di Eugen Bleuler, che nel 1911 coniò il neologismo “schizofrenia”, giustamente declinandolo al plurale. A rigore dovrei dire “ritraducendo”, perché da trent'anni ha circolato in Italia una “traduzione”, che purtroppo riporta anche il mio nome. È, però, un'esperienza da dimenticare. Con l'ingenua pretesa di modernizzare un classico, il presentatore di allora intervenne sulla traduzione, ne stravolse il messaggio, allontanandosi dai canoni minimali che il buon tradurre esige – integralità e fedeltà – e presentò un testo liberamente tratto dalla *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Risultato: per anni abbiamo avuto in Italia un “bigino” del capolavoro di Bleuler, una traduzio-

ne per sunto, che abbassava il classico a livello di manuale scolastico. Non si poteva far di peggio.

Bleuler fu un classico della psichiatria tedesca. Definì la schizofrenia attraverso i sintomi fondamentali, cui ne aggiunse di accessori, che sarebbe meglio dire opzionali. Realizzò una sovversione classificatoria – una rivoluzione che ebbe esiti duraturi, leggibili perfino nei nostri attuali DSM “multiassiali”. Propose una categoria nosologica *sui generis*, apparentemente paradossale: *una malattia di cui non si conosce il processo morboso ma lo si suppone organico*. In questo caso la medicina usa dire che la malattia è “essenziale”; tipica è l’ipertensione essenziale. Si tratta di congetturare una “causa” ignota organica, cui si attribuiscono degli effetti noti, nel caso i sintomi psichici, documentabili in clinica. Sulla base di una *X*, per Bleuler organica, la schizofrenia produce sintomi psicologici o psicomotori – deliri, allucinazioni, blocchi, catalessie –, che servono a identificare (ma anche a nascondere) gli stati ontologici fondamentali della “malattia”, cioè a livello cognitivo la dissociazione logica dei concetti e a livello affettivo l’autismo.

Non saprei dire quale dei due stati sia più importante. Sono due facce della stessa medaglia, dove la dissociazione è forse più rilevante ai fini diagnostici, perché permette di differenziare la schizofrenia dall’isteria, essendo il delirio isterico meno dissociato di quello schizofrenico (Maleval, 1981), mentre l’autismo condiziona di più la prognosi, nel senso dell’evoluzione verso il deterioramento.

Cos’è la dissociazione? Cos’è l’autismo?

La dissociazione definisce lo stato topologico della coesione psichica. Bleuler non la racconta così, pur scrivendo ai tempi in cui veniva per la prima volta codificata la topologia moderna (Hausdorff, 1914). I termini teorici proposti da Bleuler sono due: uno più scientifico, *Spaltung*, e l’altro più poetico, *Zerfahrenheit*.

*Spaltung*, tradizionalmente tradotto “scissione”, indica la rottura delle connessioni sintattiche e semantiche tra le varie rappresentazioni psichiche, i concetti: dalle prosastiche metonimie alle più poetiche metafore. Logica e realismo non abitano più la casa del soggetto: i nuovi inquilini, abusivamente installati, sono spettri di realtà psichica; il loro nome è “complessi”. Come tanti della sua epoca, formati alla scuola idealistica, Bleuler presuppone l’esistenza in un’entità psichica, normalmente unitaria, un’essenza soggettiva, la psiche, che nella “malattia” va in frantumi, cioè si dissocia.

La psiche schizofrenica si presenta dissociata in singoli complessi tra loro non comunicanti; manca il principio unificatore, normalmente dato dalla

“rappresentazione finalizzata”, che colloca stabilmente il soggetto nel proprio contesto sociale, in accordo con le rappresentazioni finalizzate dei propri simili, che formano il collettivo in cui l’individuo vive. Mancando l’accordo con l’“altro generalizzato”, direbbe G.H. Mead,<sup>1</sup> il soggetto cade nell’isolamento di sé da sé – è la dissociazione – e di sé dall’altro – è l’autismo.

Non disponendo di strumenti topologici, Bleuler, che fu un fertile inventore di neologismi – oltre a *schizofrenia* sono sue invenzioni l’*ambivalenza*, l’*ambitendenza* e appunto l’*autismo* – forzò la lingua tedesca a far dire cos’è la dissociazione: si tratta della *Zerfahrenheit*, della sconnessione stradale, come è sconnessa la strada fangosa solcata in tutti i sensi dalle rotaie dei carri. Anche Freud usò questo termine per descrivere il suo Es inconscio.

Il valore del verbo *zerfahren* non è solo poetico. Riflette a livello individuale lo stato del soggetto collettivo. Le diverse tracce o intenzionalità del soggetto collettivo – le rotaie dei carri – non si ricompongono in unità nel soggetto individuale, ma rimangono separate, come mostra la suddetta strada fangosa. Allora l’Io perde unità; diventa legione, come dice il Vangelo del demone che si impossessò dell’uomo di Gerasa (Mt 8-28,34).

Per l’autismo, va fatto un discorso interpretativo analogo alla dissociazione ideativa, a patto di mettersi – e Bleuler sembra mettersi – in una prospettiva spinoziana. Gli affetti sono a tutti gli effetti delle idee ma non chiare e non distinte: sono delle idee come le pensa il corpo, ma non la mente razionale di Dio. Si potrebbe dire che sono le congetture necessarie a stabilire con l’altro un rapporto di odio, di amore o di indifferenza. Essendo congetturali, gli affetti sono fondamentalmente “falsi”, non perché non siano veri, ma perché, non essendo né dimostrati né confutati, non hanno un preciso valore di verità, ma funzionano al posto della verità.<sup>2</sup>

Allora, ecco il punto che interessa lo psichiatra: essendo non dimostrate, le congetture affettive potenzialmente blindano il processo ideativo delirante nell’inconfutabilità. Essendo inaccessibili alla “sana” logica realistica, le congetture affettive potenzialmente escludono il soggetto dal commercio con l’altro; anche quando mirano all’altro, isolano il soggetto in un mondo chiuso

<sup>1</sup> G.H. Mead, *Mente, sé e società* (1934), trad. R. Tettucci, Giunti, Firenze 2011 p. 212 sg.

<sup>2</sup> “Ritengo che questo modo di manipolare la verità come valore sia lo specifico della congettura; è trasporre la verità sul piano della congettura”. J. Lacan, Milano 31 marzo 1974, in *Lacan in Italia*, a c. di G. Contri, La Salamandra, Milano 1978, p. 130. Con questa affermazione Lacan sposta le interpretazioni psicanalitiche dal piano diacronico della narrazione, a sfondo ermeneutico, al piano sincronico, dove sono contemporaneamente presenti il falso e il vero.

al dialogo. Insomma, anche l'autismo è una forma di dissociazione: è la dissociazione degli affetti, il cui paradigma è l'ambivalenza (o ambitendenza), dove coesistono amore e odio senza comunicazione tra loro, quando su tutto il fronte affettivo dell'intersoggettività non prevale l'indifferenza.

Da qui emerge la possibilità, da Bleuler non approfondita, di concepire la follia in modo non medico. Sì, nella follia ci sono deliri, dispercezioni, disturbi della memoria e dell'attenzione, ma tutta la “patologia”, anche nel senso kantiano del termine, è secondaria. Il fatto primario resta la mancata integrazione dell'individuo nel sociale e, soprattutto viceversa, del sociale nell'individuo. Il folle si porta dietro un Sé, che è originariamente una struttura sociale (Mead) ma non saldata al suo Io, [la quale è] a sua volta una struttura immaginaria – un complesso – isolata nella “psiche” individuale, dissociata da quella collettiva. Il folle non trova posto al mondo, ma la follia non è prerogativa né del folle né della società, perché si localizza nella normale frattura – schizofrenica – tra individuale e collettivo.

Ancora Bleuler non lo dice così, ma in un modo forse più icastico, che riqualifica la funzione dei sintomi accessori, scrive: «Le voci dei nostri malati sono la sede delle loro aspirazioni e dei loro timori, di tutto il loro alterato rapporto con il mondo esterno». Il delirio paranoide di persecuzione è l'effetto del collettivo che si impone all'individuale – allora è delirio di grandezza – o lo schiaccia – allora è delirio di persecuzione. Le voci (dell'altro) – Bleuler non manca di notarlo con grande finezza clinica – definiscono lo spazio topologico di esistenza della schizofrenia. Lo spazio di un discorso senza parole, avrebbe detto Lacan mezzo secolo dopo. Classicamente, Freud collocava la soggettività in uno spazio pulsionale diviso: da una parte la pulsione individuale, che porta il soggetto a coincidere con se stesso, cioè alla morte, dall'altra le pulsioni collettive, o sessuali, che portano il soggetto verso l'altro. Entrambe sono traumatiche, ma in modo diverso, in un senso purtroppo lasciato imprecisato da Freud.

All'interno di questa sistemazione concettuale si profila una possibilità di cura, ovviamente non medica, cioè non centrata sull'individuo ma sul collettivo. Sarebbe una cura politica, concretamente etnopsichiatrica: cambiate il funzionamento del collettivo e avrete meno folli in circolazione. A suo modo Bleuler arriva a questa concezione nella misura in cui concepisce la terapia della schizofrenia come una sorta di rieducazione – oggi si direbbe *riabilitazione* – soprattutto attraverso il lavoro. Il lavoro, con ritmi regolari e obiettivi da raggiungere, ristabilirebbe quel rapporto con la realtà che la malattia autistica ha distrutto. *Ergo*, ergoterapia.

Propongo, allora, una chiave di lettura molto semplice del capolavoro di Bleuler, che ha il non piccolo merito di proporre un approccio non medicale alla “non malattia” schizofrenica.

Prima di ogni conflitto intrapsichico, la schizofrenia segnala la contrapposizione strutturale tra due soggetti: l'individuale e il collettivo; apre tra i due il terreno del confronto, che assume un aspetto ideologico, sul versante collettivo e, nei casi peggiori, paranoico, sul versante individuale. Allora, il collettivo fuorclude l'individuo deviante nello spazio manicomiale e l'individuo elabora il delirio di persecuzione-grandezza in risposta alla fuorclusione originaria.

La malattia non medica consiste nel fatto che il soggetto individuale non integra in sé (o lascia cadere) il soggetto collettivo, l'altro generalizzato secondo Mead. Il risultato è la dissociazione schizofrenica, quella particolare sconnesione intellettuale dei percorsi pubblici che non si organizzano in un “viaggio organizzato” del soggetto individuale, il quale resta disperso nella *Zerfahrenheit*, tra le rotaie dei carri che non vanno da nessuna parte, perché vanno da tutte le parti. Ma anche il soggetto individuale non si integra nel collettivo e rimane come una monade senza finestre, rinchiuso nel proprio autismo affettivo, da dove l'altro è escluso. Forse la topologia potrebbe dire di più, perché sono teoricamente molti e tra loro non omeomorfi, cioè topologicamente non equivalenti, i modi in cui la coesione tra individuale e collettivo può venire a mancare, ma questo è un altro discorso.<sup>3</sup>

Che comunque può partire dalla schizofrenia, per confermare una volta di più la dissoluzione del *principium individuationis*, invano cercato da secoli di filosofia medievale, nel presupposto della priorità ontologica di una sostanza umana comune. Chissà, forse la “sconnesione” schizofrenica non è quella patologia che la psichiatria vuol farci credere, ma l'originaria divisione soggettiva – la *Zerfahrenheit* – che tuttora qualche analizzante guadagna a fine analisi.

In proposito, forse è utile che lo psicanalista fissi la differenza tra autismo e autoerotismo, che proprio la schizofrenia espone in primo piano. Il primo è un concetto più ampio del secondo. L'autismo è l'incapacità del soggetto di entrare in risonanza con l'altro generalizzato, che non è stato interiorizzato. L'autoerotismo, invece, inteso come attività sessuale senza oggetto, sarebbe, soprattutto nella versione datane da Abraham, ai tempi in cui era assistente

---

<sup>3</sup> Segnalo un modo che Bleuler non prese in considerazione. Si tratta della *folie à deux*, modalità minimale di interazione tra individuale e collettivo, su cui Lacan baserà la sua speculazione sul registro immaginario dell'intersoggettività.

di Bleuler, la "peculiarità psicosessuale della *dementia praecox*".<sup>4</sup> Sul punto Bleuler inarcherebbe il sopracciglio sinistro. La differenza tra autismo e autoerotismo prefigura la futura frattura tra scuola di Vienna e di Zurigo, come si specificherà nel dissidio del 1912 tra Freud e Jung sull'energia psichica: a Vienna era un'energia specificamente sessuale, o libido, a Zurigo un'energia genericamente vitale – Vienna potenzialmente più scientifica di Zurigo.

\* \* \*

Detto quanto precede come discorso scientifico, proviamo a farne uno un po' più filosofico, che tuttavia possa aprire la mente ad altri orizzonti.

La schizofrenia, la follia, è una "quasi normalità". Lo schizofrenico ci pone di fronte al problema: è la nostra nozione di normalità un concetto "normale"? Quando comincia la dissociazione a essere anormale; quando l'autismo?

Certo, non sappiamo rispondere, anche perché il concetto di norma è pesantemente antropomorfo e per rispondere bisognerebbe sapere cos'è umano e cosa non è più umano. Il filosofo sa cos'è "troppo umano", ma ignora cos'è troppo poco umano. Il terrorismo del nostro tempo è ancora umano? È normale?

La materia, invece, non pone problemi di norma. Nella distribuzione maxwelliana delle velocità delle molecole di un gas non ci sono velocità normali o anormali. ("In natura non c'è niente di tipico o di atipico", Bleuler). Ogni molecola ha la propria velocità, cui è associata una certa probabilità: velocità estreme, troppo alte o troppo basse, non sono anormali ma solo improbabili. Ciò non impedisce che esista una velocità media, che antropomorficamente può essere considerata come velocità "normale": è lei che definisce la temperatura registrata dai nostri sensi, limitati anche se dotati di strumenti tecnici.

Per questa via il discorso inclina verso la formazione della coscienza morale e della norma etica come comportamento medio. Se ci arrestiamo prima di scivolare lungo questa china, un dato non può non colpire. La norma è inderogabilmente connessa a un collettivo, persino nel caso delle molecole (Gibbs). In quel caso la norma si presenta come situazione di equilibrio: all'equilibrio pressione, temperatura e volume del gas non variano; allora c'è

---

<sup>4</sup> "Sarebbe, quindi, il regresso dell'individuo malato all'autoerotismo. I sintomi della malattia sarebbero una forma di attività sessuale autoerotica". K. Abraham, "Le differenze psicosessuali tra isteria e *dementia praecox* (1908), in *Karl Abraham Opere*, vol. I, trad. T. Cancrini, Boringhieri, Torino 1975, p. 234.

una velocità media “normale” delle molecole, quella della materia in equilibrio.

La parola “equilibrio” ci porta al polo opposto del concetto di essenza, che il filosofo pretende trovare nelle cose, perdendo regolarmente di vista le cose stesse. C'è equilibrio là dove esistono tante parti di materia che interagiscono fra loro in modo che, mediamente, azioni e reazioni tra le parti si equivalgono. L'equilibrio generalizza la nozione di simmetria. Invece, l'essenza, che non ha parti, non prevede un collettivo di cose diverse, quindi non ha nessuna forma di equilibrio né di simmetria. Perciò all'essenza non si applica nessuna forma di discorso scientifico, o di analisi, che dai tempi di Archimede è un discorso sull'equilibrio materiale. La leva archimedeica è in equilibrio se i momenti dei due bracci rispettano una certa simmetria.

Qual è l'essenza di cui tratta Bleuler?

È la “psiche”, come si è detto.

Bleuler non fa sua né la lezione ontologica di Brentano: “Qualcosa come un'anima non esiste”<sup>5</sup> né la lezione epistemica di James: “Quanto all'anima sostanziale la mia conclusione finale è che non spiega nulla né garantisce nulla”.<sup>6</sup> Non adotta neppure l'escamotage di Freud che parla di “apparato psichico” (*psychischer Apparat*) in contrapposizione ad “anima” (*Seele*). *La psiche esiste perché è corpo, un suo organo*.<sup>7</sup> Più precisamente, Bleuler afferma che esistono infiniti gradi di transizione tra corpo e anima. Lo dimostra la patologia. Per esempio, «c'è transizione continua dagli attacchi propriamente cerebrali organici agli stati eccitatori dei nostri malati». La continuità somatopsichica spiega allora la concezione bleuleriana della schizofrenia – apparentemente contraddittoria, se si ammette il dualismo anima/corpo – come malattia causata da cause organiche (non si sa ancora bene quali), che si esprime con i sintomi psichici della dissociazione intellettuale e dell'autismo affettivo, in un certo senso già predisposti nella psiche e messi in azione dalla causa fisica. Tale continuità ha due estremi che si esprimono, dal lato somatico, come sintomi primari – la dissociazione delle associazioni e l'autonomizzazione degli affetti – e, dal lato psichico, come sintomi secondari – deliri e allucinazioni.

---

<sup>5</sup> *Eine Seele gibt es nicht*. F. Brentano, *La psicologia dal punto di vista empirico* (1874), vol. I, trad. L. Albertazzi, Laterza 1997, p. 76. Si può dire che quella di Brentano è una psicologia senza psiche, mentre quella di Bleuler è una psiche (un'essenza psichica) senza psicologia, quindi senza metapsicologia.

<sup>6</sup> W. James, *The Principles of Psychology* (1890), vol. I, Dover, New York 1959, p. 350.

<sup>7</sup> Segnalo l'hapax bleuleriano *psychisches Organ* (“organo psichico”) nella sezione “Teoria della malattia”.



Sull'impostazione essenzialistica di Bleuler faccio notare che essa costituisce il tratto caratteristico del suo modo di teorizzare in psicopatologia. Bleuler non definisce la malattia in modo combinatorio, o estrinseco, in base alla presenza o assenza di certi sintomi, che pure clinicamente sfrutta, ma in base allo statuto ontologico da cui il fenomeno morboso origina. Bleuler è un organicista prestato alla fenomenologia.<sup>8</sup> Gli si potrebbe attribuire il motto essenzialista di Husserl: "Verso la malattia stessa". Per caso le *Idee per una fenomenologia* escono l'anno dopo questo libro.

Anche se non si può dire che la concezione di Bleuler sia scientifica, essendo dottrina, cioè dogmatica e inconfutabile, si deve ammettere che è rigorosa e ben argomentata. Bleuler è un professionista e il suo discorso professionale. Certo, la sua dottrina è rigorosa come possono esserlo le dottrine essenzialistiche. A pensarci bene, tutta la medicina lo è, essendo fondata sulle essenze morbose, e così va bene al medico con pretese di terapia.

Perciò si è ritenuto opportuno offrire al medico la versione integrale e fedele del capolavoro di Bleuler.

Se poi il corpo, che si prolunga nella psiche, fosse il corpo sociale, si torna al discorso precedente con tanto di acquisito: l'altro non sarebbe più solo il mio simile, rovescio immaginario del mio io (o lui di me), ma sarebbe l'altro generalizzato nel senso di Mead, portatore delle convenzioni collettive che istituiscono la convivenza sociale e la cooperazione dell'uno con l'altro (magari con sfruttamento dell'uno sull'altro). Allora si riaprirebbe il discorso dell'equilibrio tra individuale e collettivo, che nella schizofrenia diventa tanto precario da sembrare malattia.

Queste precisazioni andavano fatte non in nome di un rigore astratto, ma per salvare dalla devastazione e dall'impoverimento non solo il "gergo" psichiatrico ma il patrimonio concettuale sottostante, sistematicamente smantellato dalle ricorrenti edizioni del DSM, dove tuttavia proprio il termine "schizofrenia" sembra resistere meglio di altri, magari tenuto a galla dalla ciambella di salvataggio "sistemico" del doppio legame e dei connessi paradossi e controparadossi.

\* \* \*

A questo punto non dovrebbe mancare un discorso storico serio. Non avendo né lo spazio né gli strumenti per farlo, mi limito a una grossolana e

---

<sup>8</sup> In un certo senso Bleuler anticipò la recente svolta naturalistica della fenomenologia, per esempio promossa da Jean Petitot (2005).

sommatoria segnalazione geostorica, che ha una sua relativa importanza, almeno per quanto riguarda la ricezione del messaggio bleuleriano.

Prima che l'omogeneizzazione dei ricorrenti DSM appiattisse ogni differenza dottrinarie, esistevano in Europa, almeno fino alla metà del secolo scorso, due scuole di psichiatria ben caratterizzate: la francese e la tedesca, che assunsero nei confronti della follia due posizioni antitetiche, difficilmente conciliabili. Per i francesi la follia, almeno limitatamente alle psicosi croniche, era una questione di automatismi mentali, manifesti attraverso allucinazioni e deliri, anche passionali oltre che di grandezza o persecuzione, con o senza deterioramento demenziale. Per i tedeschi, allucinazioni e deliri («dato il significato poco chiaro della parola “delirio”», *Bleuler dixit*) erano sintomi secondari, benché rivelatori, di due stati psichici fondamentali: la dissociazione, a livello intellettuale, e l'autismo, a livello affettivo, come già detto. In Francia la psicosi principe era la paranoia, in generale più o meno parafrenica, con scarsa considerazione della dimensione affettiva<sup>9</sup> (con la relativa coartazione nell'autismo);<sup>10</sup> in Germania la paranoia, ancora difesa da Kraepelin, sostanzialmente decadde a variante paranoide della dementia praecox, ribattezzata schizofrenia e articolata sulle due dimensioni della vita psichica: l'intellettuale (con relativa dissociazione) e l'affettiva (con relativo autismo).

Miserie scolastiche. Ogni scuola ha i propri dogmatismi (non sarebbero scuole senza dogmi). Non è il caso di parteggiare né per l'una né per l'altra concezione; né per quella francese più astratta e intellettualistica, né per quella tedesca più concreta ed “esistenzialista”; sarebbe anacronistico, perché l'impatto degli psicofarmaci ha stravolto queste impostazioni dottrinarie, dimostrandone l'inconsistenza. Oggi si trattano “disturbi”, cioè sintomi, che sono sintomi di nulla, perché non dipendono da “essenze nosografiche”. Il problema della follia non si pone, quindi neppure se ne prospettano soluzioni.

È un male o un bene?

Credo che prima di rispondere a questa domanda, convenga rileggere i classici, a cominciare da Kraepelin e Bleuler da una parte, de Clérambault e Lacan dall'altra. Documentiamoci sui modi classici di interpretare la follia prima di pretendere di intervenire su di essa. È solo un consiglio pratico di prudenza o di minimale assennatezza. Magari Bleuler può servire per non

<sup>9</sup> Nell'ultima seduta del primo Seminario (7 luglio 1954), Lacan espresse tutta la propria avversione per il termine “affettivo”. *Je crois que c'est un terme qu'il faut absolument rayer de nos papiers.* (“Credo che sia un termine assolutamente da radiare dalle nostre carte”).

<sup>10</sup> Il termine “autismo” non ricorre nella tesi di Jacques Lacan sulla paranoia del 1933. La stessa assenza si registra nel nostro Sergio Piro, *Il linguaggio schizofrenico* (Feltrinelli, Milano 1967).

cadere in qualche trappola antipsichiatrica, o per formulare con più rigore una critica, anche politica, dei vari DSM, ideologicamente impostati per gestire la devianza sociale da controllare farmacologicamente e assicurativamente.

*Antonello Sciacchitano*

## Prefazione

Da troppo poco tempo conosciamo il gruppo delle malattie, riunite da Kraepelin sotto il nome di *dementia praecox*, per poterne sin da ora dare la descrizione definitiva. Il quadro è ancora fluttuante, incompleto e provvisorio. Sarebbe troppo faticoso esplicitare tutte le riserve necessarie; mi si consenta di presupporre che ogni lettore sappia sottintenderle da sé.

Dai capitoli psicopatologici arriva un'altra difficoltà: lo stato embrionale della nostra psicologia. Non abbiamo termini adatti ai nuovi concetti psicologici; tutte le parole da noi usate possono essere applicate in altro senso. Chi non si dia la briga di immedesimarsi del tutto nelle idee di chi scrive, rischia di intendere i termini in senso diverso dal convenuto e conseguentemente di interpretare in modo scorretto il processo di pensiero. Se, malgrado queste difficoltà, tento di chiarire almeno un po' le relazioni psicologiche, lo faccio non solo perché ogni nuova conoscenza ha valore in sé, ma soprattutto perché, a mio avviso, dato lo stato attuale della nostra scienza, procedendo per questa strada, ci si può attendere di arrivare al più presto a una nuova visione della natura delle psicosi.

Data questa situazione, i singoli temi sono per forza stati trattati in modo diseguale. Semplicemente esporrò quel che in linea di principio ogni psichiatra sa comprendere, mentre le cose meno note richiedono di essere introdotte, spiegate e sostenute con esempi. Non mi resta che sacrificare i fini estetici a quelli pratici. Anche le ripetizioni sono inevitabili, data la complessità della psiche<sup>1</sup> che esporta gli stessi processi nei più diversi contesti.

*L'intero concetto di dementia praecox ha origine da Kraepelin; anche il raggruppamento e la differenziazione dei singoli sintomi sono merito quasi esclusivamente suo.* Sarebbe troppo pesante segnalare i suoi meriti su ogni particolare. Basta dirlo in modo definitivo. Buona parte del tentativo di ampliare i confini della patologia non è altro che l'applicazione delle idee di Freud alla *dementia praecox*. Penso che a ogni lettore sarà senz'altro chiaro

---

<sup>1</sup> [A differenza di Brentano, James e Freud, per Bleuler la psiche esiste. Nelle 394 pagine del testo originale il termine *Psyche* ricorre 64 volte. Non ricorre mai il freudiano "apparato psichico"; "anima" (*Seele*) solo 5 volte. Ndt]

quanto dobbiamo a questo autore, anche se non lo menziono sempre. Devo inoltre ringraziare i miei collaboratori del Burghölzli; nomino solo Riklin, Abraham e soprattutto Jung. È impossibile distinguere osservazioni e idee che appartengono all'uno o all'altro di noi.

Sarebbe inutile e al tempo stesso impossibile riferire tutta la letteratura; infatti, andrebbe citata gran parte della letteratura psichiatrica, dato che quasi tutti i lavori sistematici toccano la questione che ora si può chiamare della *dementia praecox*. Un certo valore l'hanno solo le pubblicazioni più recenti e, tra queste, soprattutto le tedesche, perché fuori dalla Germania solo pochi autori trattano le psicosi dall'angolo visuale qui considerato determinante; anche tra queste, molte sono interessanti solo nella misura in cui mostrano come si possa falsare un concetto così bello. Per quanto riguarda lavori poco accessibili ai tedeschi ho per lo più fatto riferimento a relazioni comodamente raggiungibili, pur conoscendo l'originale. Ho per lo più trovato inutile leggere cose poco significative in originale.

Considero mancanza di riguardo per il lettore registrare priorità su piccole cose e ho agito di conseguenza.

Il lavoro si è concluso nell'estate del 1908, ma ulteriori pubblicazioni hanno dato motivo per aggiunte e modifiche.

I numeri tra parentesi si riferiscono alla bibliografia.

# Introduzione

## Riferimenti storici

In nessun altro campo come in psichiatria è stato tanto importante osservare che una malattia acuta può lasciare dietro di sé danni duraturi all'organo colpito. Da sempre incurabili malattie "secondarie" riempiono i nostri manicomi. Così una delle questioni più scottanti in psichiatria è stabilire quali forme acute sfocino in stati terminali incurabili e quali no. Fino a poco tempo fa tutte le forme acute stabilite come "psicosi semplici" potevano sia guarire sia diventare secondarie. Alla fine Kraepelin riuscì a mettere in luce nelle malattie con prognosi sfavorevole un certo numero di sintomi che mancavano alle altre. Raggruppò nella *dementia praecox* le psicosi così caratterizzate. Tuttavia, si sono sempre trovati casi con gli stessi sintomi che apparentemente guarivano. *Rimase acquisito che un dato gruppo sintomatologico mostrava la tendenza al deterioramento<sup>1</sup> mentre le malattie acute prive di tali sintomi e la maggior parte delle malattie rientranti nella categoria delle follie maniaco-depressive<sup>2</sup> non evolvevano mai in demenza<sup>3</sup> secondaria.* In questo modo si guadagnava molto dal punto di vista pratico e teorico, essendo grande il numero di casi con prognosi sicura su esito e stato residuo.

La presenza di un complesso di sintomi evidenti caratterizza come unità nosografica il grande gruppo della *dementia praecox*. A prescindere dal polimorfismo dei quadri clinici esterni, alla concezione di Kraepelin fa obiezione che molti medici non riescano a familiarizzarsi con un concetto di malattia basato originariamente sul decorso e comprendente casi sia a esito positi-

---

<sup>1</sup> [*Verblödung*, letteralmente "istupidimento", "indementimento" o "debolezza mentale". D'ora in avanti uso "deterioramento" nel senso di "deterioramento mentale", seguendo il suggerimento di Romolo Priori, che tradusse la *Psicopatologia generale* di Karl Jaspers (Il pensiero scientifico, Roma 1964). D'ora in poi va tenuto presente il significato affettivo del termine: sono gli affetti a essere deteriorati, avendo perso forza, chiarezza e capacità di modulazione. *Verblödung* è il secondo significante principale del discorso bleuleriano sulla schizofrenia dopo "scissione", *Spaltung*, delle diverse funzioni psichiche. Ndt]

<sup>2</sup> [Oggi si chiamano disturbi bipolari. Ndt]

<sup>3</sup> [*Blödsinn*, viene tradotto per lo più con "demenza". Il significato corrente è "fesseria", "sciocchezza". Ndt]

vo sia negativo. L'esame più preciso mostra che tutti questi casi hanno molto in comune, differenziandosi chiaramente dalle altre forme morbose; lo stesso non si può dire di nessuno degli altri quadri nosografici di questo gruppo stabiliti in precedenza. Anche se in molti casi l'esito non è la spiccata demenza, osservando attentamente si riscontrano sempre segni residuali più o meno chiaramente comuni. Pertanto, accanto all'unità sintomatologica si registra l'unità degli esiti, non tanto dal punto di vista quantitativo del processo ma dal punto di vista qualitativo, cioè nella direzione di sviluppo. Altre psicosi non hanno né uguale sintomatologia né pari esito. Viceversa, tutte le psicosi finora classificate come secondarie mostrano lo stesso complesso di sintomi. Quindi, allo stato attuale delle nostre conoscenze, la differenziazione di questo gruppo non è solo consentita ma obbligatoria.

È da tempo documentato che tutte le forme di deterioramento, le quali esordiscono più o meno gradualmente senza stadio acuto conclamato, hanno gli stessi sintomi e in nessun momento si possono distinguere dalle forme "secondarie". Bisogna, quindi, annoverare in questo gruppo anche tali malattie, già registrate sotto denominazioni diverse: "demenza primaria", "paranoia demenziale" ecc.

Tutti gli sforzi per suddividere il gran numero di casi e di configurazioni di stato in sottogruppi distinti e differenziabili non hanno finora avuto successo.

Così, sotto il nome di *dementia praecox* o *schizofrenia* riuniamo un intero gruppo malattie molto nettamente distinguibili da tutte le altre forme del sistema kraepeliniano, che hanno in comune sia molti sintomi sia la prognosi, ma le loro configurazioni di stato possono essere estremamente diverse. Anche se la formulazione di questo concetto è solo provvisoria e in seguito sarà da articolare (un po' come la batteriologia ha suddiviso le polmoniti in infezioni distinte), riteniamo che il progresso così realizzato superi la scoperta della paralisi,<sup>4</sup> a lungo celata dietro molti quadri morbosi. Infatti, sulla sistematica delle psicosi la questione della *dementia praecox* incide molto più della paralisi, a suo tempo presentata. Il residuo di mancanza di chiarezza sistematica non si riferisce principalmente all'insieme dei casi più frequenti ma a malattie, come la psicosi febbrile, finora poco accessibili allo psichiatra. Per la prima volta abbiamo delimitazioni su cui ci si può intendere, anche sapendo dove con i mezzi attuali non si possono tracciare.

---

<sup>4</sup> [Con "paralisi" Bleuler intende "paralisi progressiva" o "demenza paralitica", su base luetica, all'epoca non ancora definitivamente stabilita. Ndt]

*Lo sviluppo del concetto di dementia praecox* forma buona parte dello sviluppo della psichiatria teorica in generale: l'una non si può descrivere senza l'altro. Perciò a questo punto è impossibile presentare contestualmente la genesi del concetto di *dementia praecox*. Basti rimandare ai lavori di Arndt e di Voisin. La culla del concetto è la quinta edizione della *Psichiatria* di Krapelin del 1896.

Naturalmente, già da tempo si sa che parte delle psicosi acute guariscono e parte si cronicizzano. Da sempre si sono osservati semplici deterioramenti senza la concomitanza di evidenti complessi sintomatologici acuti. Già Esquirol separò l'“idiozia acquisita o accidentale” dall'innata; osservò anche le stereotipie. Da molto tempo si sapeva che specialmente i giovani vanno incontro a processi di deterioramento. Perciò Morel creò il termine di *démence précoce*. Nel caos di quadri sintomatologici superficialmente così diversi, destinati tutti al deterioramento, non si trovò unità. Un grosso ostacolo alla comprensione senza pregiudizi era dato anche dalla credenza, molto diffusa verso la metà del secolo scorso, che le psicosi – o quella particolare psicosi – dovessero avere un decorso ben determinato, al cui esordio si poneva solitamente uno stadio melanconico.

Da quest'ultima mentalità erano affette anche le idee di Kahlbaum, che del resto rappresentavano un progresso essenziale. Naturalmente, le teste più lucide sapevano già da prima che i vecchi nomi di melanconia, pazzia, mania e delirio designavano solo quadri di stato. L'estrazione di quadri morbosi era ancora fuori portata; perciò si trattavano per lo più le sintomatologie come se corrispondessero a malattie. Solo Kahlbaum tentò con cognizione di causa di ordinare i quadri fenomenologici in quadri morbosi.

Nel 1863, nel suo “Raggruppamento delle malattie psichiche” Kahlbaum richiamò l'attenzione sugli stati di catatonia, ma solo nel corso degli anni successivi descrisse con maggior precisione la malattia con questo nome e finalmente la fissò nella monografia del 1874. Secondo l'autore la catatonia decorre, in analogia alla sua *Vesania typica*, attraverso la serie di stadi di melanconia, mania, stupore, confusione e in conclusione la demenza. Ogni singolo stadio può mancare e la malattia può guarire in ciascuno di essi, ad eccezione dell'ultimo. Come la paralisi, la catatonia è caratterizzata da un certo numero di sintomi, considerati somatici dall'autore, oggi annoverati tra le manifestazioni catatoniche.

Da allora la nozione di catatonia non sparì più dalla letteratura, anche se molto osteggiata. Riuscì a essere riconosciuta come malattia solo da singoli autori. La maggioranza degli autori tedeschi la rifiutò per l'ovvia ragione che



proprio il tipico decorso alla Kahlbaum costituisce l'eccezione e soprattutto perché il concetto non è delimitato con chiarezza da nessuna parte.

Infatti, anche lo stesso Kahlbaum alla catatonìa avvicinò l'ebefrenia, descritta nel 1871 da Hecker da lui stimolato; poi allargò tutto il gruppo, descrivendo l'ebefrenia, una forma più lieve di ebefrenia, con manifestazioni principalmente in ambito caratteriale. Già Schuele poteva definire la catatonìa un' "ebefrenia con concomitante nevrosi da tensione".

A differenza di Kahlbaum, altri autori hanno messo in relazione le psicosi deterioranti con la *degenerazione* sia familiare sia individuale, dopo che già Morel aveva sottolineato il valore eziologico dell'ereditarietà. Difetti di formazione cerebrale predisporrebbero in modo particolare alla malattia.

Poco dopo la catatonìa e l'ebefrenia, anche il *deterioramento semplice*, spesso diagnosticato in pratica ma poco descritto in letteratura, ricevette maggiore attenzione, per esempio da parte di Pick (573) nel 1891 e in particolare da Sommer (725), il quale tre anni dopo non solo fornì una buona descrizione degli stati catatonici, ma descrisse anche le diverse forme di demenza primaria, comprendente l'ebefrenia degli altri autori, ampliando giustamente il concetto nel senso di associare alla demenza primaria le forme paranoide deterioranti. Comunque, il suo sistema separava ancora la catatonìa dal deterioramento.

All'estero le posizioni di Kahlbaum ebbero poca considerazione. Anche Séglas e Chaslin, che inizialmente si occuparono approfonditamente di catatonìa, arrivarono a concludere che sulla base del complesso sintomatologico non si trattasse di una specifica malattia. In Inghilterra la cosa fu osservata ancora più tardi.

Nel 1896 Kraepelin riunì le "psicosi con deterioramento" in un gruppo di malattie che riteneva metaboliche. In un primo tempo, riprese il nome di *dementia praecox*, assegnandolo solo alle ebefrenie e alle forme di demenza primaria degli altri autori e riservando il nome di catatonìa a tutte le forme con prevalenti sintomi catatonici, mentre con il nome di *dementia paranoides*<sup>5</sup> descrisse le rare forme a rapida evoluzione con allucinazioni, delirio

---

<sup>5</sup> [Questo fu il termine usato anche da Freud proprio nel 1911 nel saggio sul caso del presidente Schreber. S. Freud, "Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)", in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. VIII, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 239. Nello stesso saggio, che forse all'epoca Bleuler non conosceva, Freud propose il termine di *parafrenia* (ivi, p. 313), per indicare la follia con demenza. Il termine è oggi usato per indicare forme intermedie tra schizofrenia vera e propria e paranoia (parafrenia fantastica, parafrenia allucinatoria). Tuttavia si sente la carenza del termine per indicare le psicosi non dissociative, su base isterica,

confuso, comportamento esterno relativamente ben conservato e iniziale stabilità del processo. Solo tre anni dopo unificò sotto il nome di *dementia praecox* tutto il gruppo dei deterioramenti. La *catatonìa* mantenne pressappoco la propria estensione. Ciò che prima si chiamava *dementia praecox* fu a questo punto designato come *ebefrenia*, mentre – ed è questo il passaggio più importante – nella nozione furono inserite come forme paranoide di *dementia praecox* anche le vecchie forme della cosiddetta *paranoia allucinatoria o fantastica*.

Da allora l'estensione della nozione di *dementia praecox* rimase sostanzialmente identica. L'unica evoluzione fu quando Kraepelin ridusse la rilevanza dell'esito in deterioramento, dapprima tanto sopravvalutato, affermando chiaramente che nella *dementia praecox* rientrano molti casi che almeno in pratica guariscono o stabilmente o per tempi abbastanza lunghi.<sup>6</sup> Anche i sintomi *catatonici*, che per un certo periodo di tempo hanno dominato le discussioni, ma meno dello stesso concetto *kraepeliniano*, passano ora in secondo piano rispetto ai disturbi delle associazioni e dell'affettività.

Di pari passo con la genesi del concetto di *dementia praecox* procedette la formazione delle restanti categorie morbose, tra le quali, come già detto, va menzionata la *folia maniaco-depressiva*. Solo allora la *dementia praecox* conseguì una netta contrapposizione e i suoi confini furono confermati non solo unilateralmente da dentro a fuori, ma anche da fuori a dentro.

## Il nome della malattia

Purtroppo non possiamo sottrarci all'ingrato compito di forgiare un nuovo nome per questo gruppo di malattie. Quello finora utilizzato è troppo poco maneggevole. Serve solo a denominare la malattia, non i malati; non si può formare l'aggettivo corrispondente alle caratteristiche della malattia, anche se un nostro collega disperato ha dato alle stampe "sintomi *praecox*". Senza un aggettivo del genere la dettagliata diagnosi differenziale sarebbe difficile da scrivere e ancor più da leggere.

Ma c'è una ragione materiale ancora più importante per cui mi sembra inevitabile affiancare a quello in uso un nome nuovo. Il vecchio nome fu co-

---

studiate da J.C. Maleval in Id., *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris 1981. Ndt]

<sup>6</sup> Da quando ho scritto questo, Kraepelin ha di nuovo ristretto il concetto a favore della *folia maniaco-depressiva*.

niato quando tanto il concetto di *dementia* quanto di *praecocitas* erano applicabili quasi ugualmente bene a tutti i casi, nessuno escluso. Ciò non vale più per l'attuale estensione della categoria morbosa, in cui rientrano malati che non si possono dire né puramente *dementi* né solo *precocemente* deteriorati.

Per la verità, da quando Kraepelin ha spiegato in modo classico cosa intendeva, il significato originario della parola dovrebbe essere irrilevante; dopo tutto, si parla ancora di melanconia, senza che la “bile nera” ci disturbi. Non fa onore alla psichiatria che non sia così. Alla “follia periodica” di Kraepelin il nome ha chiuso molte porte, che si sono aperte alla “follia maniaco-depressiva”, solo perché degli psichiatri non se la sono sentita di definire o di vedere definita periodica una malattia che può manifestarsi solo poche volte in tutta la vita o addirittura una sola volta.

All'espressione “*dementia praecox*” va ancora peggio. Non c'è psichiatra che non abbia già più volte sentito dire che molte catatonie e altri casi, sintomatologicamente assegnate alla *dementia praecox* secondo Kraepelin, non si siano deteriorati; di conseguenza, l'intera concezione sarebbe sbagliata. Allora si è pensato di sistemare le cose mostrando che in certi casi la demenza non era precoce ma dell'età avanzata oppure addirittura identificando la *dementia praecox* con la psicosi giovanile; in questo caso, poiché si dimostra facilmente l'esistenza di diverse malattie della pubertà, sarebbe ancora sbagliato raggrupparle in un'unica categoria. In riferimento a ciò, la situazione peggiore è l'inglese; per quanto so della loro discussione, la maggioranza degli psichiatri inglesi si appiglia semplicemente alla *parola dementia praecox*, ignorando del tutto il *concetto* retrostante.

Pertanto, non ci resta che dare alla malattia un nome meno equivocabile. So i punti deboli del termine proposto, ma non ne conosco di migliori e, in generale, mi sembra impossibile trovarne uno abbastanza buono per un concetto in continua trasformazione. Chiamo *schizofrenia* la demenza *praecox*,<sup>7</sup> perché, come spero di dimostrare, una delle sue principali caratteristiche è la scissione [*Spaltung*] delle diverse funzioni psichiche. *Uso la parola al singo-*

---

<sup>7</sup> [Non posso sottacere il pettegolezzo che sia stato Jung a suggerire a Bleuler il neologismo “schizofrenia”. Jung fu autore di una pregevole “Psicologia della *dementia praecox*” (*Über die Psychologie der dementia praecox: ein Versuch*), che fu iniziato nel 1903 e venne pubblicato in tedesco sul finire del 1906 (con data di pubblicazione del 1907) e in inglese nel 1909. L'approccio di Jung alla malattia non fu nosologico ma schiettamente psicologico. La prima ricorrenza nelle opere di Jung del termine “schizofrenia”, con riferimento a Bleuler, è nella prefazione alla seconda edizione del 1914 della conferenza di Zurigo del 1908, intitolata “Il contenuto delle psicosi”. Ndt]

*lare solo per comodità, anche se verosimilmente il gruppo comprende diverse malattie.*

\*\*\*

Zweig e Groß (278) partono da idee simili; il primo la chiama “dementia dissecans”, il secondo “dementia disgiuntiva”. Come già segnalato, la parola “dementia” è molto poco adatta. Per la stessa ragione non possiamo accettare designazioni come “dementia primitiva” (gli italiani, Sommer), “dementia simplex” (Rieger), “dementia apperceptiva” (Weygandt). Ancora di più temerei la “paradementia” di Brugin.<sup>8</sup> Alla seconda proposta si aggiunga che il concetto di “sejunzione” secondo Wernicke non è tanto ben definito da indicare correttamente la malattia ed è da altri, proprio da Groß e dopo di lui da Weber (798, p. 922), concepito in tanti sensi ancora più indeterminati, che darebbero la stura a discussioni sterili.

Paris ha proposto “psicosi catatonica degenerativa”. Dovendo in questo contesto respingere il concetto di degenerazione e non essendo i sintomi catatonici essenziali, non possiamo accettare questa denominazione. Troppo unilaterali ci sembrano anche i nomi di “dementia paratonica progressiva” o “paratonia progressiva”, suggeriti da Bernstein, come anche “amblythimia” o “amblynoia simplex et catatonica” di Evensen (211). Del tutto inadatti sono “insania adolescenziale” (Conaghey) e “follia giovanile”. Recentemente Wolff ha proposto “disfrenia”. Il termine è stato però usato in altro senso ed è tanto facilmente comprensibile ed estensibile che la tentazione di conferirgli un senso improprio è troppo grande.

## La definizione

Con il nome di dementia praecox o di schizofrenia indichiamo un gruppo di psicosi che decorrono ora in modo cronico ora a *poussée*, potendo a ogni stadio o arrestarsi o regredire, ma senza mai consentire la completa *restitutio ad integrum*. Sono caratterizzate da specifiche alterazioni, non riscontrabili altrove, del pensiero, del sentimento e del rapporto con il mondo esterno.

In ogni caso sussiste una più o meno chiara *scissione delle funzioni psichiche*: a malattia pronunciata la personalità perde la propria unità; la persona è rappresentata ora da un complesso ora da un altro; il reciproco influen-

---

<sup>8</sup> [Come già fatto notare, Bleuler non cita la “parafrenia” di Freud. Nel 1923 Tanzi e Lugaro parlavano di “demenza schizofrenica”. Ndt]

zamento dei diversi complessi<sup>9</sup> e delle diverse tendenze o è carente o addirittura mancante. I complessi psichici non confluiscono più, come nel sano, in un conglomerato di tendenze dalla risultante unitaria, ma un singolo complesso domina temporaneamente la personalità, mentre le altre rappresentazioni e gruppi di tendenze sono “scisse” e parzialmente o totalmente influenti. Anche le idee sono spesso pensate solo in parte e frammenti di idee sono messi insieme in modo sbagliato per formare nuove idee. Perfino i concetti perdono integrità, venendo meno una o più delle loro componenti, spesso quelle essenziali; anzi, in molti casi sono presenti con singole rappresentazioni parziali.

L'attività associativa è spesso determinata solo da frammenti di idee e di concetti; pertanto risulta, oltre che scorretta, anche un po' bizzarra e per il sano sorprendente; spesso si interrompe nel bel mezzo di un pensiero o sul punto di passare da un pensiero all'altro, almeno finché è consapevole (arresto<sup>10</sup>); allora, invece di continuare, affiorano talvolta nuove idee che la coscienza del paziente o dell'osservatore non sa ricollegare al contenuto dei pensieri precedenti.

Non si documentano disturbi primari della *percezione*, dell'*orientamento*, della *memoria*.

In genere nei casi più gravi non si osservano più *manifestazioni emotive*; in quelli meno gravi si nota soltanto che i gradi di intensità delle reazioni emotive alle diverse esperienze non stanno in rapporto reciprocamente corretto; l'intensità può oscillare dalla completa mancanza di manifestazioni emotive in un complesso di pensieri alla reazione affettiva esagerata in un altro. Gli affetti possono apparire anche qualitativamente abnormi, cioè inadeguati ai processi intellettivi.

Nella maggior parte dei casi di istituzione ai citati segni di “deterioramento” si aggiungono altri sintomi, in particolare allucinazioni, idee deliranti, stati confusionali, stati crepuscolari, oscillazioni affettive melanconiche e maniacali, sintomi catatonici. Alcuni sintomi accessori comportano lo specifico carattere schizofrenico tanto che, se presenti, si possono utilizzare per la

---

<sup>9</sup> [Qui il termine è usato nel senso tecnico, proprio della scuola di Zurigo, che l'ha promosso. “Complesso psichico” è l'“insieme organizzato di rappresentazioni e di ricordi con forte valore affettivo” (J. Laplanche e J.-B. Pontalis, *Enciclopedia della psicanalisi* (1967), a c. G. Fuà, Laterza, Bari 1990, p. 74. Nella *Sintomatologia* (v. p. nota) Bleuler dà la sua definizione di complesso. Ndt]

<sup>10</sup> [*Sperrung*, equivalentemente si può dire “blocco”. Talvolta è tradotta “inibizione psichica”, che corrisponde meglio a *Hemmung*. Il termine è raro in Freud, che usa preferibilmente *Absperrung*, qui tradotto “inceppamento”. Ndt]

diagnosi. Fuori dall'istituzione esistono molti schizofrenici in cui i sintomi accessori o regrediscono o mancano del tutto.

Provvisoriamente suddividiamo la *dementia praecox* in quattro sottogruppi:

A. La *paranoide*, predominano in permanenza allucinazioni o idee deliranti.

B. La *catatonica*, predominano in permanenza sintomi catatonici.

C. L'*ebefrenica*, compaiono i sintomi accessori senza quadro predominante.

D. La *schizofrenia semplice*, in tutto il decorso si riscontrano solo sintomi specifici di base.

Per i dettagli si veda la seconda parte.

Come dimostrano i sintomi presenti in altre malattie, rispetto ad esse la delimitazione della schizofrenia è in teoria nettissima.

Le "*psicosi organiche*", espressioni dell'atrofia diffusa della corteccia cerebrale (raccolte sotto il nome di demenza paralitica o di demenza senile, anche nel senso di Korsakov), hanno le seguenti caratteristiche.

*Funzione intellettuale*: percezioni imprecise e rallentate; incapacità di pensare in modo completo cose complicate (si considerano solo associazioni rispondenti all'impulso momentaneo). I disturbi mnestici sono più spiccati per i ricordi recenti rispetto ai remoti. L'orientamento spazio-temporale e nella situazione è molto pregiudicato.

*Vita di relazione*: l'attenzione è alterata, di più e prima l'abituale della massimale.

*Affettività*: tutti gli affetti sono conservati e corrispondono qualitativamente al contenuto intellettuale. Sono però "superficiali", per lo più fugaci, incapaci di indirizzare in modo determinato e stabile le pulsioni. Nessuno di questi sintomi appartiene alla *dementia praecox*.

*Stati epilettici. Funzione intellettuale*: quando alterata, la comprensione è rallentata e confusa. Gradualmente le associazioni di idee si restringono, analogamente alle *psicosi organiche*, ma in senso più nettamente egocentrico; il corso dei pensieri diventa più lento ed esitante; difficoltà a staccarsi da un tema con grande tendenza ai dettagli inutili (cerimoniosità nel parlare e nell'agire); tendenziale perseverazione. Disturbi della memoria tardivi, molto più diffusi che nelle malattie organiche. Amnesie su basi apparentemente fisiche.

*Affettività*: tutti gli affetti sono qualitativamente adeguati al contenuto intellettuale del pensiero ma, a differenza delle *psicosi organiche*, sono più for-

ti, persistenti e difficilmente distraibili. A un certo momento l'affettività diventa affatto coerente (delirio epilettico!).

*Motricità:* Linguaggio esitante con cantilena. (Gli attacchi epilettici compaiono in modo del tutto simile anche in altre malattie, in particolare nella schizofrenia. La caratteristica dell'epilessia non è la crisi in sé, ma la frequente ripetizione negli anni e lo stato psichico.) Nessuno di questi sintomi è presente nella *dementia praecox*.

Tutte le molteplici forme di *idiotia* hanno in comune l'inizio nella prima infanzia o addirittura nella vita intrauterina; sono sostanzialmente non progressive. L'affettività è straordinariamente varia, ma in linea di massima non deviata rispetto al sano, solo l'ampiezza della variabilità è magari maggiore del normale. Nessuna inibizione degli affetti. Le associazioni si limitano all'ovvietà intellettuale. Nella *dementia praecox* i disturbi dell'associazione sono altri e il disturbo affettivo è tipico.

*Paranoia:* formazione di un incrollabile sistema delirante basato su false premesse, sviluppate logicamente e logicamente connesso nelle sue componenti, senza alterazioni dimostrabili in tutte le altre funzioni; mancano tutti i "sintomi di deterioramento", a prescindere dalla mancanza di critica alle idee deliranti.

Nella *dementia praecox* le idee deliranti, se e quando sono presenti, contravvengono la logica per lo più grossolanamente, ma sempre almeno di poco e sono sempre associate ad altri sintomi della *dementia praecox*.

*Alcolismo cronico. Funzione intellettuale:* corso del pensiero rapido e superficiale con forte bisogno di completare le idee, in particolare in rapporto alle cause. In particolare, vivace sensibilità a tutti i riferimenti personali con costante prontezza a trovare scuse.

L'*affettività* reagisce a tutto, si infiamma subito ma è fuoco di paglia, labile.

Corrispondentemente l'*attenzione* è orientata al momento contingente, non dura. In stadi successivi compaiono spesso segni di disturbi organici (atrofia cerebrale). Nel complesso è il contrario della schizofrenia, ma le associazioni delle due malattie sono frequenti!

*Delirium tremens.* Determinato tipo di allucinazioni. Caratteristico stato deliroide di coscienza con possibilità di risveglio. Affettività variabile, unificabile in ogni momento con tono di fondo da "allegro disperato".

*Delirio alcolico:* vedi la quinta parte.

*Amentia.* L'amentia secondo Kraepelin ha un caratteristico disturbo della percezione e della comprensione. Esistono però anche altre forme non ancora descritte in letteratura.

*Psicosi febbrili.* Non possono essere caratterizzate in breve, perché non sono state ancora sufficientemente studiate.

*Forme maniaco-depressive.* Il quadro nosografico si manifesta essenzialmente con elevazione o depressione generalizzate del tono psichico in rapporto all'affettività, alle associazioni, alla motilità: euforia morbosa, fuga delle idee, iperattività, da un lato, depressione, inibizione del pensiero, generale inibizione motoria, dall'altro. *Mancano i segni specifici degli altri gruppi di malattie*, ivi compreso il deterioramento schizofrenico. Il cosiddetto deterioramento della follia maniaco-depressiva è solo incontinenza affettiva o inibizione intellettuale depressiva o concomitante demenza da atrofia cerebrale. Nella demenza praecox non sono rari i sintomi positivi della follia maniaco-depressiva, ma sono complicati dai sintomi specifici della demenza praecox.

*Isteria.* Natura psicogena dei sintomi essenziali, in particolare dello sviluppo degli affetti legati all'esagerazione di determinate rappresentazioni, come nella demenza praecox. Per contro, mancano deterioramento e veri e propri segni schizofrenici. Nella demenza praecox si trovano in quantità sintomi isterici, per lo più coloriti in senso schizofrenico, caricaturali e mescolati con i sintomi specifici di questa malattia.

Delle due ultime malattie – la follia maniaco-depressiva e l'isteria – e in un certo senso forse anche della paranoia, conosciamo finora solo sintomi che possono presentarsi anche nella demenza praecox. La differenza tra quelle psicosi e la demenza praecox consiste solo in quel *di più*, specifico della demenza praecox. Tutti gli altri stati psicotici hanno i propri sintomi specifici, non riscontrabili nella demenza praecox.



# Indice dei temi

Abreazione  
Abulia  
Accesso d'ira  
Adolescenza  
Affetti, superficialità degli  
Affettività  
Affetto inconscio  
Affetto latente  
Affetto, adattamento del  
Affetto, manifestazioni somatiche  
Affetto, modulazione del  
Affetto, ristagno del  
Alcolismo  
Algolagnia  
Allucinazione della rappresentazione  
Allucinazioni  
Allucinazioni della memoria  
Allucinazioni delle sensazioni corporee  
Allucinazioni extracampine  
Allucinazioni gustative  
Allucinazioni negative  
Allucinazioni negative della memoria  
Allucinazioni olfattive  
Allucinazioni psichiche  
Allucinazioni riflesse  
Allucinazioni sessuali  
Allucinazioni somatiche  
Allucinazioni tattili  
Allucinazioni transitive  
Allucinazioni uditive  
Allucinazioni visive  
Allucinazioni, valore di realtà delle  
Allucinosi  
Ambitendenza  
Ambivalenza  
Ambivalenza affettiva  
Ambivalenza della volontà  
Ambivalenza intellettuale  
Amentia  
Amnesia  
Amnesia anterograda  
Amore di genitori  
Amore materno  
Analgesia  
Anamnesi  
Anestesia  
Anestesi sistematiche  
Angoscia, stati di  
Anomalie del carattere  
Anomalie di stile  
Anoressia  
Apatia  
Appercezione  
Aprassia  
Aprassia organica  
Arte e schizofrenia  
Aspirazioni erotiche  
Associazioni  
Associazioni di allucinazioni e illusioni  
Associazioni indirette  
Associazioni laterali  
Associazioni per assonanza  
Associazioni retrograde  
Associazioni sperimentali  
Associazioni, disgregamento delle  
Assonanza  
Atavismo  
Attacco  
Attacco apoplettico  
Attenzione  
Attenzione attiva  
Attenzione passiva  
Attenzione, intensità dell'  
Attenzione, tenacia della  
Attenzione, vigilanza della  
Attività associativa  
Autismo  
Autoaccusa  
Autocastrazione  
Autoerotismo

Autofilia	Confabulazione
Automatismi spontanei	Conflitto ambientale
Automatismo del linguaggio	Confusione
Automatismo di comando	Confusione acuta
Automatismo interno	Connotazione affettiva
Automatismo mentale	Consapevolezza di malattia
Automutilazione	Conscio
Autoriferimento	Contaminazione
Azione	Contrazioni
Azione automatica	Controvolontà
Azione coatta	Coprolalia
Bevitore	Corporeo
Blocco	Coscienza
Blocco parziale	Coscienza di malattia
Bulimia	Coscienza di sé
Capacità di calcolo	Crampi
Capacità di discutere	Credulità
Capacità di esercizio	Cretinismo
Carattere	Criminalità
Carattere, alterazioni del	Crisi
Catalessia	Debolezza mentale
Catalessia flessibile	Degenerazione
Catatonìa	<i>déjà fait</i>
Catatonìa alternante	<i>déjà voulu</i>
Catatonìa tardiva	<i>déjà vu</i>
Cattura ottica	Delirio
Causa	Delirio crepuscolare
Causa psichica	Delirio di avvelenamento
Causalità, bisogno di	Delirio di base
Cefalea	Delirio di cambiamento di sesso
Cervello, danni al	Delirio di colpa
Chiusura verso il mondo	Delirio di gelosia
Cibo, arraffatori di	Delirio di grandezza
Clownismo	Delirio di inferiorità
Coazione	Delirio di influenzamento
Coazione a pensare	Delirio di invasamento
Coazione a ricordare	Delirio di negazione
Compassione	Delirio di persecuzione
Complesso	Delirio di possessione
Complesso affettivamente connotato	Delirio di pregiudizio
Complesso d'Edipo	Delirio di riferimento
Complesso dei bambini	Delirio di rovina
Complesso emotivo	Delirio di spiegazione
Complicazione alcolistica	Delirio di trasformazione sessuale
Concetti	Delirio erotico
Condensazione	Delirio estatico

- Delirio religioso  
Delirio residuale  
Delirium tremens  
Demenza  
Demenza epilettrica  
Demenza schizofrenica  
Depersonalizzazione  
Depressione  
Deterioramento  
Deterioramento affettivo  
Deterioramento schizofrenico  
Diagnosi differenziale  
Diffidenza  
Dipsomania  
Disorientamento temporo-spaziale  
Dispercezioni  
Dispercezioni visive  
Dissociazione  
Dissociazione dei concetti  
Distimia  
Distraibilità  
Disturbi del pensiero  
Disturbi della coscienza  
Disturbo affettivo  
Disturbo associativo  
Disturbo dell'intelligenza  
Dolore  
Dolore, insensibilità al  
Doppia contabilità  
Ebefrenia  
Ebefrenia da innesto  
Eboide  
Eco del pensiero  
Ecolalia  
Ecolalia allucinatoria  
Ecolalia mentale  
Ecoprassia  
Edema cerebrale  
Edema malleolare  
Educazione  
Educazione  
Egocentrismo  
Egocentrismo  
Ellissi  
Emicrania  
Empatia artistica  
Engramma  
Epilessia  
Epilessia e schizofrenia  
Eredità  
Erotismo  
Erotomania  
Errori di memoria  
Esacerbazioni  
Esame clinico  
Esame psichiatrico  
Esaurimento  
Esordio  
Esperienza, ridotta influenza  
Esperimento associativo  
Estasi  
Estensione dell'attenzione  
Estetica  
Etica  
Falsi riconoscimento di persone  
Falso riconoscimento di cose  
Famiglia  
Famiglia nucleare  
Familiare, ambiente  
Familiare, degenerazione  
Fantasia  
*Fellatio*  
Fenomeno psico-galvanico  
Filogenetico, sviluppo  
Flessibilità cerea  
Frammentazione  
Freud sulla schizofrenia  
Follia circolare  
Follia degenerativa  
Follia indotta  
Follia maniaco-depressiva  
Fuga  
Fuga delle idee  
Fuga nella malattia  
Furore  
Ganser, sindrome di  
Generalizzazione  
Gioco  
Guarigione  
Idea coatta  
Idea delirante  
Idea di copertura

Idea fissa	Iperestesia
Idea improvvisa	Ipermnesia
Idea ipocondriaca	Ipersensibilità
Idea patologica	Ipnosi
Idee deliranti e personalità	Ipocondria
Idee deliranti eccentriche	Ipovigilanza
Idee deliranti primarie	Irritabilità
Idee deliranti, carattere delle	Isteria
Idee deliranti, genesi e destino	Labilità degli affetti
Idee deliranti, reazione alle	Lapsus
Idee, fuga delle	Latente, affetto
Identificazione	Latente, psicosi
Identità	Letargia
Idiozia	Libido
Idiozia congenita	Libido, spostamento della
Idiozia morale	Lingua artificiale
Idrocefalo	Linguaggio
Illusione del ricordo	Linguaggio figurato
Illusioni	Linguaggio schizofrenico
Illusioni uditive	Linguaggio, diversità di
Illusioni visive	Lipotimia
Imitazione	Localizzazione
Immagini mnestiche	Lucidità
Impotenza	Mal di testa
Impulso	Mancanza di interesse
Impulso al suicidio	Mancanza di senso della realtà
Impulso di traverso	Mania
Impulso ideativo	Manierismo
Incantamento	Masturbazione
Inconscio	Megalomania
Indifferenza	Melanconia
Indifferenza alla contraddizione	Memoria
Induzione	Memoria, allucinazioni della
Infanzia	Memoria, errori di
Inibizione	Memoria, illusioni della
Inizio v. Esordio	Memoria, iperfunzione della
Insalata di parole	Memoria, lacune della
Insensibilità	Mestruazioni
Intelligenza	Monoideismo
Intelligenza, prova di	<i>Moral insanity</i>
Introversione	Motilità
Investimento affettivo	Mutismo
Io (I')	Negativismo
Iperamnesia	Negativismo attivo
Iperbulia	Negativismo intellettuale
Ipercinesi	Negativismo interno

- Negativismo passivo  
 Neologismo  
 Nervosismo  
 Nevrastenia  
 Nevrosi  
 Nevrosi ossessiva  
 Nirvana  
 Nominare  
 Nostalgia di casa  
 Obnubilamento  
 Obnubilamento del sensorio  
 Odio  
 Olfattiva, allucinazione  
 Oligofrenia  
 Omicidio  
 Omosessualità  
 Onanismo  
 Organici, fattori  
 Organodinamismo  
 Orientamento autopsichico  
 Orientamento doppio  
 Orientamento generale  
 Orientamento spazio-temporale  
 Oscillazione dell'umore  
 Ostinazione  
 Ottundimento  
 Ottusità  
 Parafrenia  
 Paragrammatismo  
 Paralisi  
 Paralisi affettiva  
 Paramimia  
 Paramnesia  
 Paranoia  
 Paranoide  
 Paratimia  
 Parestesie  
 Pensiero autistico  
 Pensiero coatto  
 Pensiero impoverito  
 Pensiero logico  
 Pensiero realistico  
 Pensiero schizofrenico  
 Pensiero vischioso  
 Pensiero, anomalia di  
 Pensiero, contenuto del  
 Pensiero, eco del  
 Pensiero, errori di  
 Pensiero, flusso  
 Pensiero, furto del  
 Pensiero, sottrazione del  
 Pensiero, visibilità del pensiero  
 Percezione  
 Perplexità  
 Perseverazione  
 Persona  
 Persona propria  
 Persona, cambiamenti di  
 Personalità  
 Personificazione  
 Perverso  
 Poesia schizofrenica  
 Predisposizione individuale  
 Presentimento  
 Prevenzione  
 Privazione della libertà  
 Processo affettivo  
 Processo ideativo  
 Processo ideativo schizofrenico  
 Processo patologico  
 Profezia  
 Prognosi  
 Proiezione all'esterno  
 Pseudoallucinazioni  
 Pseudodemenza  
 Pseudoflessibilità  
 Pseudologia fantastica  
 Pseudomotivazioni retroattive  
 Psicastenia  
 Psiche  
 Psicodinamica  
 Psicogenesi  
 Psicologia  
 Psiconevrosi  
 Psicopatia  
 Psicosi  
 Psicosi carceraria  
 Psicosi da mestruazione  
 Psicosi febbrili  
 Psicosi giovanili  
 Psicosi gravidiche  
 Psicosi indotte

Psicosi ipercinetica	Sentimenti sociali
Psicosi organiche	Sentimento del noto
Psicosi puerperale	Sessualità
Pulsione del linguaggio	Sguardo paranoide
Pulsioni	Simbolismo
Pulsioni inferiori	Simbolo
Pulsioni sessuali	Simplex
Querulomani	Simulazione
Racconto	Sindrome di Ganser
Rappresentazione finalizzata	Sindrome di Korsakov
Raptus catatonico	Sintomo accessorio
Reale, funzione del	Sintomo affettivo
Realtà ( <i>Realität</i> )	Sintomo catatonico
Realtà ( <i>Wirklichkeit</i> )	Sintomo corporeo
Realtà, contatto con la	Sintomo fondamentale
Recidiva	Sintomo intellettuale
Riconoscimento delle immagini	Sintomo isterico
Ricordo coatto	Sintomo motorio
Ricordo retrogrado	Sintomo nevrastenico
Riflesso	Sistema nervoso centrale
Riflesso muscolare	Smemorataggine
Riflesso profondo	Sogno
Riflesso pupillare	Sogno eccitante
Riflesso tendineo	Sonno, disturbi del
Risposta a casaccio	Sonnolenza
Risposta <i>à coté</i>	Sovradeterminazione
Ritiro	Spaziotemporale, coscienza
Schizofrenia catatonica	Spaziotemporale, orientamento
Schizofrenia ebefrenica	Spinta a concludere
Schizofrenia latente	Spontanea, azione
Schizofrenia originaria	Spontaneo, movimento
Schizofrenia paranoide	Spostamento
Schizofrenia semplice	Stato acuto
Scissione	Stato confusionale
Sconnessione	Stato crepuscolare
Scoppio di risa	Stato cronico
Scrittura	Stato di coscienza
Sejunzione	Stato difettivo
Sensazione	Stato secondario
Sensazione di coazione	Stato stuporoso
Sensazione di estraneità	Stereotipia
Senso dell'umorismo	Stereotipia della memoria
Senso di appartenenza	Stereotipia di luogo
Senso di colpa	Stimolo
Senso stereognosico	Stordimento
Sentimenti consci	Stupore

Stupore catatonico  
Stupore emotivo  
Stuporoso  
Subconscio  
Sublimazione  
Suggestionabilità  
Suggestionabilità di massa  
Suggestione ipnotica  
Suicidio  
Suicidio, spinta al  
Suicidio, tentativo  
Tastare  
Terapia  
Terapia del lavoro  
Terapia palliativa  
Terapia psichica  
Terapia suggestiva  
Tiroide  
Tiroide, iperfunzione  
Tiroide, ipofunzione  
Tiroide e tossina schizofrenogenica  
Torpore  
Tossina  
Transfert  
Transitivismo  
Tremore  
Umore di base  
Vasocostrizione  
Verbigerazione  
Vertigine  
Vesania typica  
Violenza  
Visibilità dei pensieri  
Visioni  
Visioni di animali  
Voci  
Voci interne  
Volontà  
Volontà, blocco della  
Volontà, debolezza della  
Volubilità

# Indice dei nomi

Abraham	Bruce
Agostini	Brugin
Albrecht	Bumke
Alter	Busch
Anglade	Catala
Antheaume	Charcot
Anton	Charpentier
Argyll-Robertson	Chaslin
Arnaud in Ballet	Chénais
Arndt	Chotzen
Aschaffenburg	Christian
Assicot	Chvostek
Babinski	Claus
Baelz	Clérambault
Baillarger	Clouston
Balint	Conaghey
Ballet	Cotard
Bayes	Cramer
Berkley	Crocq
Bernhard	Cullerre
Bernstein	Curschman
Bertschinger	D'Abundo
Berze	Darwin
Bezzola	Dawson
Binswanger	De Buck
Bleuler	Décsi
Blin	Delbrück
Boeck	Deny
Bonhoeffer	Dercum
Bonon	Dide
Bornstein	Diem
Bostroem	Doutrebente
Bremer	Dreifuß
Brierre de Boismont	Dromard
Bright	Dumont de Monteux
Brion	Dupuytren
Brosius	Ebbinghaus
Brouwer	Eisath



Elmiger  
Erp Taalman Kip, Van  
Esopo  
Esquirol  
Evensen  
Ey  
Fauser  
Fischer  
Försterling  
Forel  
Foucault  
Freud  
Freusberg  
Friedmann  
Fuhrmann  
Fürstner  
Ganser  
Gatz  
Gaupp  
Geist  
Gianelli  
Gogh, van  
Gombault  
Graeter  
Groß  
Haberkant  
Hagen  
Halbey  
Hannion  
Hartmann von Aue  
Hauptmann  
Hauser  
Heilbronner  
Heilemann  
Herzer  
Hill  
Hitzig  
Hoche  
Hölderlin  
Huebner  
Huefler  
Iacoboni  
Ibico  
Ideler  
Ilberg  
Isserlin

Itten  
Jahrmärker  
Janet  
Jaspers  
Jastrowitz  
Jauregg, von  
Joffroy  
Johansen  
Jörger  
Jung  
Kahlbaum  
Kaiser  
Kandinsky  
Kaplan  
Kehrer  
Keller  
Kelp  
Kent  
Kerner  
Kiernau  
Kleist  
Klien  
Klippel  
Klipstein  
Knecht  
Koeppel  
Kölpin  
Korsakov  
Köttgen  
Kraepelin  
Krafft-Ebing  
L'Hermite  
Land  
Laubi  
Laségue  
Leeper  
Lehmann  
Lenz  
Lenzen  
Leubuscher  
Leupoldt von  
Levaditi  
Livi  
Livingstone  
Lobsien  
Lommer

Löwenfeld	Piltz
Löwy	Priori
Lugaro	Pugh
Lundborg	Purkinje
Maggioto	Radice
Magnan	Raneke
Maillard	Räoکه
Marandon de Monteyel	Reichardt
Marchand	Reis
Marie	Rheinau
Masoін	Richsher
Masselon	Rieger
Meschede	Riklin
Meyer	Ris
Meynert	Risch
Miyake	Rizor
Möbius	Rizzolatti
Mondio	Rohé
Mönkemöller	Rosenfeld
Moravcsik	Roubinowitch
Morawitz	Roy
Morel	Rozanoff
Mörike	Rudin
Muralt	Rudolphson
Muthmann	Rush
Näcke	Rust
Naecke	Sacquépée
Nasse	Salerni
Neisser	Sandberg
Neumann	Sandri
Obici	Santis, de
Oppenheim	Schäfer (Schaefer)
Ormea, d'	Scheffel
Ossipow	Schiller
Ostermayer	Schott
Paoli	Schreber
Paris	Schröder
Patmos	Schüben
Pelletier	Schuele
Peritz	Schumann
Pfenninger	Schwind
Pfersdorff	Sciacchitano
Pfister	Séglas
Pick	Sérieux
Pighini	Siefert
Pilez	Siemerling

Sioli	Trömmer
Sollier	Tschisch
Sommer	Urstein
Soukhanoff	Veraguth
Specht	Vogt
Speyr, v.	Voisin
Sprague	Vorster
Stadelmann	Wagner v. Jauregg
Stadt	Wassermeyer
Stawitz	Weber
Steele	Weiler
Steinitz	Wernicke
Stekel	Westphal
Stelzner	Weygandt
Stoddart	Wherry
Storch	Whitewell
Stransky	Wiersma
Strohmayer	Wille
Swedenborg	Wilmanns
Swoboda	Wintersteiner
Tanzi	Wolff
Tell	Wolfsohn
Tetzner	Wundt
Thomsen	Yennacopoulos
Thurgau	Zablocka
Tiling	Ziehen
Trépsat	Zweig